



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
oktober 2023

| Sluis dure
ziekenhuis-
geneesmiddelen
wérkt

| Signalement
Passende zorg
bij hart- en vaat-
ziekten: nadruk
op preventie

Gabe Sonke, internist-oncoloog:

“Tegen een nieuw
geneesmiddel moeten
we vaker ‘ja, tenzij’
durven zeggen. Of ‘nee’”

Inhoud

8 Sluis dure geneesmiddelen wérkt

In 2015 werd een 'sluis' ingevoerd om meer grip te krijgen op nieuwe dure ziekenhuis-geneesmiddelen. Uit onderzoek blijkt nu dat de sluis gezondheidswinst oplevert - én meer geld, dat besteed kan worden aan andere goede zorg.

12 Passende Zorg Pakketagenda

De door het Zorginstituut gepubliceerde *Passende Zorg Pakketagenda* heeft als doel passende zorg te bevorderen. De verwachte winst zit vooral in een betere inzet van schaars zorgpersoneel.

14 Gegevensuitwisseling iWlz

Het Actieprogramma iWlz werkt aan een nieuwe manier om gegevens over Wlz-zorg uit te wisselen: het netwerkmodel. Met de ingebruikname van het Indicatieregister is een eerste stap gezet naar een duurzaam informatiestelsel in de langdurige zorg.

24 Passende zorg hart- en vaatziekten

Het *Signalement passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten* dat het Zorginstituut vorige maand publiceerde, legt de nadruk op preventie en behoud van gezondheid.

28 Oncologische zorg

In zijn plan van aanpak benadrukt kwartiermaker oncologische netwerk- en expertzorg Hans Nijman het belang van samenwerking in netwerken om mensen met kanker de beste zorg te geven, ongeacht waar het zorgtraject start.



Rubrieken

7 Column Martin van der Graaff

10 Tien vragen aan: Marcelle Hendrickx

16 Feiten & Cijfers

18 De stelling van...
Gabe Sonke, internist-oncoloog.

22 Literair recept van de Culturele Apothekers

26 Aan het bureau / aan het bed
De vergoeding van geneesmiddel Entresto bij chronisch hartfalen.

31 De zorg van morgen
... volgens Frans Korf, manager innovatie ouderenzorg.

32 Over zorg gesproken

Voorwoord

Over de schutting?

Een jaar geleden sloten partijen in de zorg het Integraal Zorgakkoord (IZA) en sloegen zij gezamenlijk het pad naar passende zorg in. Dat doen ze voortvarend; zelfs het vallen van het kabinet lijkt geen belemmering te zijn voor hun eensgezinde inspanningen om de – vooral curatieve - zorg te transformeren.

Dat juich ik natuurlijk van harte toe. Maar daarmee zijn we er helaas nog niet. We hebben nóg een – misschien wel groter – probleem in de zorg te tackelen: de ouderenzorg en het groeiend aantal mensen dat afhankelijk is van ouderenvoorzieningen. Met zorg zie ik dat de solidariteit voor die groep tanende is. Nu we die 'grijze berg' op ons af zien komen gaan er geluiden op om de ouderenzorg uit de verzekeringssfeer te halen. Met als oplossing dat 'mensen dan maar meer zelf moeten doen'. Dat heeft iets moois, in de zin dat wij burgers naar elkaar moeten omzien. Maar het mag geen vrijbrief zijn om die zorg 'zonder aanzien des persoons' af te schuiven.

Solidariteit moet - net als bij de curatieve zorg - het uitgangspunt in de ouderenzorg zijn. Maar de uitdijende ouderenzorg wordt steeds meer als lastig ervaren. We sturen nu vooral op kosten en personeelsschaarste, terwijl we de ouderenzorg moeten zien als een morele verzekering. Een goede samenleving zorgt voor mensen in alle levensfasen. Dat wil niet zeggen dat alle zorg intramuraal moet, maar we moeten ook niet alles over de schutting gooien. Er ligt nu een grens bij 125.000 intramurale plekken. Wat doe je dan met al die andere hulpbehoevende ouderen? Vertaal die maatregel eens naar de ziekenhuiszorg: daar stellen we ook geen grens bij een x-aantal nieuwe heupen. Waarom dan wel in ouderenzorg? Vinden we de ene zorg belangrijker dan de andere? Het lijkt erop dat we met twee maten meten, maar dat moet dezelfde maat zijn. Die van de principes van passende zorg.

We zijn moreel verplicht tot passende ouderenzorg. Die beweging moet gebaseerd zijn op de passende zorg-principes, en niet op (schaarste aan) mensen en middelen. Precies zoals we dat in de curatieve zorg doen. Maar waar bij de medisch-specialistische zorg de effectiviteit een belangrijk pakketcriterium is, is dit bij de ouderenzorg minder goed in te zetten. Daar moet je veel meer kijken naar de context: kan die persoon steunen op een eigen sociaal netwerk?

Nu bieden we iedereen nog dezelfde zorg aan, ongeacht de context indiceren we op basis van de 'naakte mens in de kale kamer'. Maar omdat in werkelijkheid de context per mens verschilt, ontstaan er daardoor ongelijke kansen. Willen we iedereen gelijke kansen bieden, dan moeten we de zorg ongelijk aanbieden, zodat deze past bij het individu én zijn of haar context. Dat is een voorwaarde om te komen tot passende ouderenzorg.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland



Korte berichten

De Adviescommissie Pakket verwelkomt twee nieuwe leden

Stephanie Klein Nagelvoort en Pieter van Baal zijn voor vier jaar benoemd tot lid van de Adviescommissie Pakket (ACP), het adviesorgaan van het Zorginstituut op het gebied van het basispakket van de zorgverzekering.



Stephanie Klein Nagelvoort werkt ruim 25 jaar in de medische sector. Momenteel is zij RvB-vicevoorzitter van het UMCG en hoogleraar 'Zorg van de toekomst'. Stephanie is ervan overtuigd dat het uitgangspunt van passende zorg van groot belang is voor het streven naar een zorgsysteem dat iedereen van goede zorg voorziet. Zij kijkt ernaar uit om in de ACP een weloverwogen balans te zoeken tussen de belangen van patiënten, de zorgsector en de maatschappij als geheel, en hierover overtuigend te communiceren. Stephanie volgde per 1 oktober 2023 Carina Hilders op in de ACP.



Pieter van Baal is hoogleraar economie van de publieke gezondheid aan de Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM). Hij doet onder meer onderzoek naar de methodologie van kosteneffectiviteitsanalyses, de economische aspecten van het ouder worden, het voorspellen van de gezondheid van de populatie en de uitgaven aan gezondheidszorg en naar sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Pieter draagt graag bij aan het debat over vergoeding van nieuwe medische technologie en het versterken van de economische argumentatie van de ACP om te komen tot betaalbare, efficiënte en doelmatige zorg voor iedere Nederlander. Pieter volgde per 1 september Marcel Canoy op in de ACP.

Subsidie toegekend aan projecten 'Samen beslissen bij beperkte gezondheidsvaardigheden'

In het kader van de subsidieregeling 'Leren gebruiken van uitkomst informatie voor Samen beslissen' kende het Zorginstituut onlangs aan tien projecten subsidie toe. De subsidieregeling is een stimulans voor projecten die samen beslissen realiseren door het gebruik van uitkomst informatie. In 2023 is het thema 'Samen beslissen bij beperkte gezondheidsvaardigheden'.

De geselecteerde projecten geven de komende twee jaar een impuls aan het gebruik van uitkomst informatie bij samen beslissen bij beperkte gezondheidsvaardigheden. Het betreft de volgende tien projecten:

- MEE in de (huisarts)praktijk
- Samen-in-één
- Samen beslissen met (aanstaande) ouders afgestemd op gezondheidsvaardigheden
- Samen beter met diabetes
- Begripvol Samen beslissen
- Samen beslissen bij artrose: het Beweeghuis voor iedereen
- Hart voor Verbinden
- Samen beslissen over gewicht
- Samen beslissen voor een betere mondgezondheid!
- Samen beslissen makkelijker maken

Scan voor meer informatie over deze projecten de QR-code:



Iedereen gelijke toegang tot medisch-specialistische revalidatiezorg

Het Zorginstituut heeft in een standpunt duidelijker vastgesteld wat medisch-specialistische revalidatiezorg inhoudt en welke patiënten die zorg nodig kunnen hebben. Daardoor hebben patiënten sinds afgelopen juli gelijke toegang tot medisch-specialistische revalidatiezorg. In Nederland krijgen ongeveer 200.000 patiënten per jaar medisch-specialistische revalidatiezorg (msr). Op basis van het eerdere standpunt uit 2015 was voor veel zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties onduidelijk welke patiënt wanneer in aanmerking komt voor msr. Die onduidelijkheid leidde soms tot geschillen. Met dit nieuwe standpunt en een bijbehorende handleiding komt daar verandering in. Revalidatieartsen beschikken voortaan over een handleiding met vier indicatiecriteria. Daarmee kunnen zij voor alle patiënten op dezelfde manier beoordelen of zij in aanmerking komen voor vergoeding vanuit het basispakket. Het Zorginstituut heeft de handleiding opgesteld samen met revalidatieartsen, patiënten en



zorgverzekeraars. Deze partijen werken de handleiding verder uit tot een kwaliteitsstandaard met afspraken over hoe de revalidatiearts bij iedere patiënt dezelfde

indicatiecriteria op de juiste wijze hanteert, zodat iedere patiënt de best passende zorg krijgt.

Ovariumweefseltransplantatie onder voorwaarden verzekerde zorg

Het uitnemen, invriezen en terugplaatsen van eierstokweefsel is vanaf medio mei 2023 verzekerde zorg voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd, die een kankerdiagnose kregen waarbij snel een behandeling nodig is. Op basis van nieuw bewijs uit wereldwijd onderzoek onder 568 vrouwen oordeelde het Zorginstituut dat deze zorg effectief is en tot het basispakket kan worden toegelaten.

Chemotherapie of radiotherapie ter bestrijding van kanker kan bij vrouwen ernstige schade aan de eierstokken veroorzaken, met onvruchtbaarheid tot gevolg. Als er door de aard en ernst van kanker geen tijd is voor een hormonale behandeling om eicellen in te vriezen, kan weefsel van de eierstok worden uitgenomen en ingevroren om later weer terug te plaatsen. In Nederland gaat het jaarlijks

om zo'n 100 tot 150 vrouwen die zo snel mogelijk met hun kankerbehandeling moeten starten, waardoor er geen tijd te verliezen is. Het internationale onderzoek onder 568 vrouwen toont aan dat 28 procent van hen na hun ovariumweefseltransplantatie alsnog zwanger werd en één of meer gezonde kinderen kreeg. Het Zorginstituut verbindt een aantal voorwaarden aan de vergoeding van ovarium-

weefseltransplantatie, zodat de behandeling passend wordt aangeboden en geleverd. Zo wordt eierstokweefsel alleen ingevroren bij een hoog risico op onvruchtbaarheid bij de komende kankerbehandeling. En na de behandeling vindt terugplaatsing alleen plaats als de vrouw een actuele kindwens heeft, maar onvruchtbaar is.

Standpunt: fysio- en oefentherapie bij fibromyalgie niet in basispakket

Het Zorginstituut oordeelde afgelopen zomer in een standpunt dat eerstelijns fysio- en oefentherapie bij fibromyalgie geen passende zorg is en dus niet in het basispakket kan worden opgenomen. Bij fibromyalgie heeft iemand chronische pijnklachten in gewrichten en spieren, die vaak gepaard gaan met stijfheid en vermoeidheid. In Nederland hebben ongeveer 340.000 mensen fibromyalgie. Er is op dit moment geen behandeling of medicijn dat fibromyalgie kan genezen of verminderen.



Het Zorginstituut baseerde zijn standpunt op vijf onderzoeken waarin eerstelijns fysio- en oefentherapie wordt vergeleken met geen behandeling of de gebruikelijke zorg door de huisarts, reumatoloog of een andere medisch specialist. Hieruit bleek dat de meerwaarde voor fysio- of oefentherapie niet is aangetoond. Het Zorginstituut kan een nieuwe beoordeling doen als nieuw onderzoek daar aanleiding toe geeft.

Meer informatie?

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

IZO KennisJam 2023: van wanorde naar succes in de zorginformatievoorziening



Een chaos. Dat troffen de deelnemers aan bij de opening van de IZO KennisJam* op 15 september. Wanordelijk stonden de stoelen opgestapeld, alleen door initiatiefrijk samenwerken kon iedereen gaan zitten. En dat gebeurde, zonder instructies. Binnen enkele minuten zaten alle aanwezigen in een georganiseerde, carrévormige opstelling. Deze onconventionele opening zette de toon voor een interactieve middag over het Netwerkperspectief: een informatiekundige visie op het vastleggen en beschikbaar stellen van gegevens.

Informatiemanagers, beleidsmedewerkers, adviseurs en projectleiders uit de langdurige zorg en ondersteuning kwamen bijeen om kennis en ervaringen te delen op het gebied van elektronische gegevensuitwisseling. Onder leiding van dagvoorzitter Tom Vaessen discussieerden panelleden Wikje Muller, Chief Nursing Information Officer (CNIO) bij KwadrantGroep, Robert Verheij, hoogleraar 'Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief' en Zorgverbeteraar Jacqueline van Ginkel over thema's als vertrouwen, governance, AVG en samenwerking versus concurrentie.

Centraal onderdeel van de middag waren de jamsessies. Daarin gaven

deelnemers - vergelijkbaar met een muzikale jamsessie - inbreng voor het resultaat. In zes rondes konden deelnemers kennis en ervaringen uitwisselen bij elf sessies die te maken hadden met het framework Netwerkperspectief. Bijvoorbeeld de jamsessie van ActiZ en Zorgthuis.nl over stakeholders in een netwerkperspectief, de jamsessie van Actieprogramma iWlz over het indicatieregister of de jamsessie van CIBG en het ministerie van VWS over identificatie en authenticatie. Naast het uitwisselen van kennis en het opdoen van nieuwe inzichten droeg de middag bij aan het versterken van het eigen netwerk.

Het plenaire Lagerhuisdebat zorgde voor een levendige afsluiting van de middag. Bevlogen werd gediscussieerd over stellingen zoals 'Van alle actoren moet de zorgprofessional het meeste profijt hebben van het Netwerkperspectief'. En: 'Grote zorgaanbieders moeten de invulling van het Netwerkperspectief voor kleine zorgaanbieders realiseren'.

* IZO staat voor Informatievoorziening Zorg en Ondersteuning, een samenwerkingsverband van zestien organisaties ter bevordering van samenhang in de informatievoorziening in zorg en ondersteuning (zie www.infoizo.nl).

Column

Fitfluencers

Zoals bekend houdt jaarlijks 10 tot 20 procent van de zorgmedewerkers het voor gezien. De remedie is bekend, maar onuitvoerbaar: beter salaris, minder regeltjes, meer zelfstandigheid. Kortom, het arbeidsprofiel van de gemiddelde 'fitfluencer'. Is ook zorg, maar anders.

Maar fitfluencer worden is niet ieders keus. Je moet daarvoor wel recht in je webcam stellige uitspraken durven debiteren zonder met je ogen te knipperen: "Neem dit elke ochtend na het wakker worden direct in om de hele dag supergefocust te zijn!" Nog zo'n reclamezin: "De farmaceutische industrie wil niet dat jij dit weet!"

Opvallend vaak is zo'n perfecte remedie bedacht door verwanten van patiënten. Op basis van oprechte bezorgdheid en echte liefde doen zij zelfstandig onderzoek (verhaallijn: bevlogen amateur troeft specialisten af). Daarbij stuiten zij dan binnen de kortste keren op onderzoeksresultaten die geldwolven met gevestigde belangen in de doofpot hebben gestopt: de bedrieger ontmaskerd. Op basis hiervan ontwikkelen zij binnen twee maanden een extreem effectief middel. Wie beweert dat research moeilijk, tijdrovend en duur is? Merkwaardig is wel dat de voorraad van het wondermiddel altijd beperkt is, dus je kunt beter direct een voorraadje bestellen. Perfect verdienmodel. Dit alles uiteraard op basis van zuiver natuurlijke ingrediënten. **De research-based industry verkoopt ons soms knollen voor citroenen, maar fitfluencers verkopen continu en sans gêne producten met extracten van zowel knollen als citroenen.**

Pas sinds kort begint de overheid wat kritischer naar deze op niets gebaseerde reclame-tsunami te kijken. Daarin spoelen ook *pre-workout*-supplementen mee, voor een super efficiënt sportschoolbezoek. Een beetje ongericht transpireren in een verwassen T-shirt is er tegenwoordig niet meer bij. Ter ondersteuning van het creëren van de juiste spiermassa heb je tegenwoordig middelen met mooie namen als *boost*, *blast* en *power*. Die bevatten niet zelden een hoop cafeïne en/of DMAA-afgeleiden (speed). Genoeg om een olifant hyper te krijgen.

Wie liever geen fitfluencer wordt en toch iets met zorg wil blijven doen, kan heel eenvoudig meer salaris annex werkplezier genereren. Stap 1: neem ontslag. Stap 2: word zzp-er. Stap 3: meld je aan bij een bemiddelingsbureau. Stap 4: laat je terug inhuren door je oude zorginstelling, tegen hoger salaris en prettige roosteruren. Nacht- en weekenddiensten? Nee hoor, je zegt gewoon dat je dat niet wilt. Dat is meer iets voor vast personeel. Die moeten dan uiteraard wel de hele tijd supergefocust kunnen blijven. En zonder wonderproducten redden ze dat niet. Fitfluencers zullen de zorg redden. Het is werkelijk om niet goed van te worden.

Sluis voor dure ziekenhuisgeneesmiddelen werkt

In 2015 heeft de toenmalige minister van VWS Edith Schippers een ‘sluis’ ingevoerd om meer grip te krijgen op nieuwe dure ziekenhuisgeneesmiddelen. Onlangs heeft het Zorginstituut een onderzoek laten doen naar de effectiviteit van de sluis. De conclusie: de sluis levert gezondheidswinst op én meer geld, dat besteed kan worden aan andere goede zorg.

Tekst Jos Leijen

De sluis is bedoeld om de duurste ziekenhuisgeneesmiddelen gecontroleerd toe te laten tot het basispakket. In afwachting van een advies van het Zorginstituut, en (indien nodig) van prijsonderhandelingen tussen het ministerie en de fabrikant, wordt een geneesmiddel in de sluis geplaatst en niet vergoed. Het Zorginstituut heeft onderzoek laten doen naar de effecten van de sluis tot een periode van vijf jaar erna, vertelt Saskia Knies, senior adviseur bij het Zorginstituut en projectleider van dit onderzoek, dat is uitgevoerd door onderzoeksbureau Equalis. Daarin is gekeken naar vijf verschillende effecten van de sluis: het uitsluitingseffect, het toelatingseffect, het verdringingseffect, het netto gezondheidseffect en het budgeteffect (zie ook onderstaand kader). Voor de berekeningen is gebruikgemaakt van de gegevens over 29 geneesmiddelen die in de periode van 2015 tot 2021 in de sluis hebben gezeten, waarvan de sluisprocedure is afgerond én waarvoor een kosteneffectiviteitsanalyse beschikbaar was.

Gezondheidsschade

Gemiddeld komt een nieuw geneesmiddel 134 dagen na goedkeuring door de EMA

(Europees Medicijn Agentschap) en het CBG (College ter Beoordeling van Geneesmiddelen) beschikbaar voor patiënten. Als een geneesmiddel in de sluis terechtkomt, duurt dat langer. Daardoor ontstaat mogelijk gezondheidsschade bij patiënten die zonder sluisplaatsing eerder toegang hadden gekregen tot dit geneesmiddel. Dit is het uitsluitingseffect.

De eenheid die hiervoor wordt gebruikt is QALY: Quality Adjusted Life Years - het aantal levensjaren van goede kwaliteit. Als alle 29 geneesmiddelen na 134 dagen beschikbaar waren geweest, hadden er 4.379 QALY's gewonnen kunnen worden. Die zijn dus in theorie verloren gegaan.

Gezondheidswinst

Het onderzoek concludeert ook dat in de vijf jaar na de sluis en toelating in het basispakket 12.085 QALY's gewonnen zijn. Die gezondheidswinst is voor een deel te danken aan behandeling met het sluisgeneesmiddel zelf. Een belangrijk deel komt echter doordat onderhandelaars van VWS na beoordeling door het Zorginstituut een lagere prijs hebben weten te bedingen voor het sluisgeneesmiddel. Het budget dat daarmee

Vijf effecten van de sluis:

- Uitsluitingseffect: gezondheid die gewonnen had kunnen worden als een geneesmiddel niet in de sluis geplaatst zou worden, maar direct beschikbaar zou zijn voor patiënten.
- Toelatingseffect: gezondheidswinst door toelating van een geneesmiddel in het basispakket.
- Verdringingseffect: gezondheidsverlies doordat geld dat aan het nieuwe geneesmiddel wordt uitgegeven, niet voor andere behandelingen kan worden gebruikt.
- Netto gezondheidseffect: het verschil tussen het toelatingseffect en het verdringingseffect.
- Budgeteffect: de impact op het financiële budget.



De sluis levert gezondheidswinst op én geld, dat weer besteed kan worden aan andere goede zorg

wordt vrijgespeeld, kan gebruikt worden voor andere behandelingen die ook weer QALY's opleveren. Zo wordt het verdringings-effect verkleind.

Het netto gezondheidseffect over de onderzochte periode en de onderzochte geneesmiddelen is het verschil tussen de gewonnen en verloren QALY's, dus 7.706 QALY's (12.085 minus 4.379). "Maatschappelijk gezien levert de sluis dus gezondheidswinst op", vertelt Knies. "Tegelijk is de sluis voor individuele patiënten heel vervelend, omdat zij langer moeten wachten op een voor hen mogelijk effectieve behandeling."

Financieel is dankzij de sluis tussen 2015 en 2021 ruim één miljard euro bespaard op uitgaven voor dure geneesmiddelen, dat weer ergens anders in de zorg besteed kan worden. Een kwart hiervan komt doordat het geneesmiddel in de periode in de sluis niet werd vergoed. De overige driekwart is het gevolg van de lagere prijs die VWS in onderhandelingen met de fabrikant heeft weten te bedingen.

Munitie voor onderhandelingen

"Tijdens de beoordeling kijkt het Zorginstituut onder meer naar de effectiviteit en de kosteneffectiviteit", legt Knies uit. "Hoe goed werkt een geneesmiddel in vergelijking met andere geneesmiddelen die al vergoed worden voor dezelfde aandoening? En is de prijs van het medicijn redelijk voor wat het de patiënt en de samenleving oplevert? We vatten dit samen in een rapport voor de minister van VWS." (Zie kader.)

Het rapport geeft de onderhandelaars van VWS munitie voor de onderhandelingen met de fabrikant om een lagere prijs af te spreken. Per geneesmiddel zijn de besparingen als gevolg van onderhandelingen geheim, maar de minister meldt jaarlijks aan de Tweede Kamer de totale besparing. In 2021 werd bijvoorbeeld 520 miljoen euro uitgegeven aan intramurale geneesmiddelen. Zonder prijsafspraken zou dat bijna het dubbele geweest zijn: 1.019 miljoen euro.

"Nieuwe en effectieve geneesmiddelen wil je zo snel mogelijk beschikbaar maken voor patiënten", zegt Zorginstituut-bestuurder Sjaak Wijma. "We realiseren ons dat het voor individuele patiënten hartverscheurend is dat ze langer moeten wachten op nieuwe geneesmiddelen. Daarom blijven we fabrikanten van geneesmiddelen oproepen om hun maatschappelijke verantwoordelijkheid te nemen en redelijke prijzen te vragen. Dan zou de sluisprocedure niet nodig zijn." |

HOE WERKT DE SLUIS?

Een medicijn kan in de sluis worden geplaatst als de toepassing ervan in heel Nederland meer dan 20 miljoen euro kost, of als de kosten per patiënt hoger zijn dan 50.000 euro en de totale uitgaven hoger zijn dan 10 miljoen euro.

De sluis kent drie stadia. Als de minister besluit dat een medicijn in de sluis komt, moet de registratiehouder een compleet dossier indienen bij het Zorginstituut. Daarna beoordeelt het Zorginstituut het middel op basis van de vier pakketcriteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

Het Zorginstituut krijgt advies van twee onafhankelijke commissies: de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) en de Adviescommissie Pakket (ACP). De WAR adviseert vooral over de werking van het geneesmiddel en het wetenschappelijke bewijs dat daaraan ten grondslag ligt. De ACP adviseert over de maatschappelijke afwegingen omtrent de vergoeding van het geneesmiddel. De beoordelaars leggen het conceptrapport ook voor aan patiëntenorganisaties, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en de registratiehouder.

De Raad van Bestuur van het Zorginstituut adviseert vervolgens de minister over opname in het basispakket, en of de minister moet onderhandelen over een prijsverlaging. Als met de registratiehouder overeenstemming is bereikt over de prijs, kan een nieuw geneesmiddel worden toegelaten tot het basispakket.

10

vragen aan

Marcelle Hendrickx

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Joris Buijs

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Als kind had ik astma. Benauwd zijn is heel vervelend. Dan word je je ervan bewust hoe essentieel ademen is. Gelukkig had ik in Leiden een heel fijne longarts.”

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

“Huisarts. Ik vind het leuk dat je bezig bent met het hele spectrum van kleine ditjes en datjes tot de grote zaken in het leven. En dat rechtstreekse contact met mensen spreekt mij aan. Dat heb ik nu als wethouder ook. Wat ik ook mooi vind: de huisarts is voor inwoners een vertrouwenspersoon en eerste aanspreekpunt.”

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

“Twee dingen eigenlijk. Ten eerste: meer verbinding met het gewone leven maken. Met het sociaal domein, welzijn, onderwijs, sport. Want de zorg kan veel problemen waarmee mensen bij de zorg aankloppen, niet oplossen. Denk bijvoorbeeld aan schulden. Vaak gaat het ook niet alleen om de patiënt zelf, maar om zijn omgeving. Zorgverleners moeten meer oog hebben voor en contact houden met dat netwerk. Ten tweede wil ik meer inzetten op het gezond houden van mensen. En dat preventie

PERSONALIA

Na een jaar Nederlands bij de UvA studeerde Marcelle Hendrickx aan de Academie voor Uitgeverij (Frederik Mülleracademie) in Amsterdam (“Ik wilde eigenlijk de vrouwelijke Van Oorschot worden”). Daarna werkte ze bij de UvA als communicatiemedewerker bij het Bureau Studentenzaken en als bestuurs- en beleidsadviseur van het College van Bestuur. Die functie heeft zij daarna ook bekleed bij diverse ministeries en provincies. Hendrickx is sinds 2014 wethouder van Tilburg voor D66, met in haar portefeuille onder meer gezondheid, ouderen en passende ondersteuning en zorg. Marcelle Hendrickx is moeder van twee dochters en woont met haar man in Tilburg.



“Als je preventie en gezondheid belangrijk vindt, dan moeten die principes ook onderdeel vormen van het basispakket. Ik vind het dan ook onbegrijpelijk dat voorbehoedsmiddelen niet in het basispakket zitten. Hier in Tilburg hebben we veel mensen in een kwetsbare positie. Voor hen zijn de kosten voor condooms of de pil hoog. Iets dat zo basaal is, moet direct in het basispakket komen”

en dus gezondheid meer beloond wordt. Ook moeten we de perverse prikkels in het systeem – die aanzetten tot méér behandelen – wegnemen. Omdat de zorgconsumptie te groot is en binnenkort onbeheersbaar, moet het anders. Hier in Tilburg spreken we mensen aan op hun verantwoordelijkheid, en zetten we tegelijk in op preventie en niet meer eindeloos doorbehandelen. Dat laatste moet veel nadrukkelijker op de agenda staan.”

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

“We moeten anders over vergoeding van zorg nadenken. Bijvoorbeeld door het besluit tot wel/niet vergoeden meer te laten aansluiten op de persoonlijke situatie (leeftijd, inkomen) van mensen. Sommige zorg is alleen voor bepaalde leeftijdsgroepen relevant of is gewoon te duur. Als je die zorg alleen vergoedt voor een specifieke groep, bespaar je ook, zonder dat je die zorg in z'n geheel uit het basispakket hoeft te gooien.”

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

“Voorbehoedsmiddelen! Als je preventie en gezondheid belangrijk vindt, moeten die principes ook onderdeel vormen van het basispakket. Ik vind het onbegrijpelijk dat voorbehoedsmiddelen niet in het basispakket zitten. In Tilburg wonen veel arme mensen. Voor hen zijn de kosten voor condooms of de pil hoog. Als voorzitter van de Landelijke regiegroep Nu Niet Zwanger kom ik mensen tegen die te jong en ongewenst zwanger worden omdat ze geen voorbehoedsmiddelen kunnen betalen. Iets dat zo basaal is, moet direct in het basispakket komen.”

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

“Ik ga niet snel naar de huisarts. Maar ik heb wel geleerd om mijn gezondheid serieus te nemen. Bij een nieuw gek pijntje zal ik eerst online op zoek gaan naar informatie. En probeer ik het eerst op te lossen door goed te slapen, misschien even iets gezonder te eten en het wat rustiger aan te doen.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Misschien een beetje een rare: liefdevol. Ik heb als wethouder gemerkt dat als mensen liefdevolle aandacht krijgen, de helft al is gedaan. Liefde en aandacht zijn

ontzettend belangrijk in het contact tussen arts en patiënt, maar ook tussen artsen onderling of tussen artsen en andere medewerkers. Blijf de vraag stellen: ‘gaat het goed met je?’. En luister oprecht naar het antwoord. Het doet zó veel met mensen als ze voelen dat er echt naar hen geluisterd wordt.”

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

“Anouk. Een geweldige vrouw. Ik ben niet goed in stilliggen, maar als dat dan toch moet, dan ben ik graag in gesprek met haar. Misschien trakteert ze mij en het hele ziekenhuis dan nog op een song. Je leest vaak over de helende kracht van muziek. Haar song zou een cadeautje voor alle patiënten zijn!”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Zorg moet toegankelijk blijven voor iedereen die zorg nodig heeft. We willen dat mensen langer gezond blijven. Daarvoor moeten wij allen - overheid, sociaal domein, welzijns- en sportorganisaties en de zorg – meer invloed uitoefenen op het eetpatroon, een gezonde omgeving, mensen meer laten bewegen. En verzekeraars moeten dat belonen. Ook kunnen we de zorg meer in samenhang met welzijn organiseren in de wijk. Met een plek waar je met al je vragen naar binnen kan lopen. Tot slot moeten we veel sneller en breder inzetten op digitalisering. De ‘gamechanger’ is dat de financiering gebeurt op basis van het belonen van gezond gedrag. Zonder mensen te straffen die door armoede buiten hun schuld ongezond leven.”

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

“Ik hoop dat we via IZA de schotten doorbreken tussen zorg en het sociaal domein. Dat we meer samenwerken en dat zorgverzekeraars daarin faciliteren. Ik hoop ook dat de zorgpartners die nu veel geld verdienen en winst maken met maatschappelijk geld – zoals de farmacie – hun maatschappelijke verantwoordelijkheid gaan nemen. Dat ze verplicht worden hun winsten terug te laten vloeien naar de samenleving. Ten slotte hoop ik dat iedereen die dat nodig heeft straks in Tilburg toegang heeft tot een eigen huisarts of ggz. En dat de samenwerking tussen huisartsen, sociale partners, ggz en ziekenhuis op wijkniveau op orde is.” |

Zorginstituut publiceert eerste Passende Zorg Pakketagenda

Pakketagenda stuurt op betere inzet personeel

Afgelopen zomer publiceerde het Zorginstituut de eerste *Passende Zorg Pakketagenda*. Doel van de agenda is het bevorderen van passende zorg en het tegengaan van niet-passende zorg. De verwachte winst zit vooral in een betere inzet van schaars zorgpersoneel. Dat verbetert de houdbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Daarnaast verwachten we dat de Pakketagenda een remmend effect heeft op de kostenstijgingen in de zorg.

Tekst Edith Bijl

Beeld Mrs. Peacock

De Pakketagenda komt voort uit een van de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA). Wij hebben de Pakketagenda samen met zorgprofessionals, patiëntenvertegenwoordigers en zorgverzekeraars opgesteld. Ook de uitvoering ervan gebeurt in samenwerking. Op de agenda staan ruim vijftig behandelingen, geneesmiddelen en hulpmiddelen. De komende twee jaar bepalen we hoe en bij wie deze zorg wordt ingezet en bij wie niet. Ook komen er voorwaarden waaraan zorg moet voldoen om in het basispakket te komen of erin te blijven. Het grootste deel van alle zorg stroomt nu zonder toets vooraf in het basispakket in. Voor deze zorg is niet altijd door onderzoek vastgesteld of een behandeling echt werkt en bij welke patiënten deze zorg effectief is.

Grote maatschappelijke impact

Dertien onderwerpen op de agenda hebben een grote 'maatschappelijke impact'. Samen met zorgprofessionals, patiëntenvertegenwoordiger PFN en zorgverzekeraars geven we deze onderwerpen voorrang. Die keuze is gemaakt op basis van zes criteria: ziektelast, arbeidsinzet, praktijkvariatie, financieel beslag op het zorgbudget, mate van gezondheidswinst en klimaat- en milieu-impact. De geprioriteerde onderwerpen komen vooral uit de eerste lijn (zoals huisartsen en thuiszorg), de ggz en de langdurige zorg (zie de infographic rechts). Bij de langdurige zorg voor ouderen en chronisch zieken richten we ons op een betere samenwerking tussen professionele en vrijwilligersnetwerken. Met de opname van onderwerpen uit de eerste lijn, de ggz en de langdurige zorg draagt de Pakketagenda bij aan de verbreding van het pakketbeheer, zoals in het IZA is afgesproken.

Herbeoordeling dure geneesmiddelen

Daarnaast zijn enkele dure geneesmiddelen geagendeerd die we in het kader van 'cyclisch

pakketbeheer' gaan herbeoordelen. Het gaat om medicijnen die aanvullend worden gegeven bij de behandeling van verschillende vormen van kanker. Er bestaan (ook internationaal) twijfels in hoeverre deze zogeheten PARP-remmers daadwerkelijk iemands levensduur verlengen. De overige onderwerpen op de Pakketagenda vallen meer onder het 'klassieke' pakketbeheer: van in totaal veertig behandelingen of geneesmiddelen beoordelen wij de (kosten)effectiviteit.

Overal dezelfde kwaliteit

De Pakketagenda gaat naar verwachting ook bijdragen aan de vermindering van de zogeheten praktijkvariatie. Daardoor kunnen patiënten met dezelfde aandoening dezelfde aanpak en kwaliteit verwachten, ongeacht waar ze zich laten behandelen. Ook verwachten we dat de Pakketagenda bijdraagt aan het afremmen van de jaarlijkse stijging van de totale zorgkosten.

Vervolg

De komende tijd spreken we met de betrokken partijen af wie welke onderwerpen voor haar rekening neemt en wat ieders rol daarbij is. Enkele onderwerpen moeten eerst gezamenlijk verder worden uitgediept voordat we vervolgstappen kunnen zetten. De voortgang bespreken we in het Bestuurlijk Overleg (BO) IZA. |

Criteria maatschappelijke impact:

●	Ziekte last
●	Arbeidsinzet
●	Praktijkvariatie
●	Financieel beslag
●	Milieu- en klimaatimpact
●	Gezondheidswinst patiënt

Pakketagenda

De Pakketagenda bevat 53 behandelingen, geneesmiddelen en hulpmiddelen; deze worden in de komende twee jaar getoetst op passende zorg...

... dertien daarvan krijgen voorrang omdat zij een grote maatschappelijke impact hebben.

Eerste lijn/Langdurige zorg



SOLK (Somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten)	●	●	●	●		
ALK (Lichamelijke klachten)	●	●	●	●		
Doelmatigheid medisch-specialistische zorg thuis	●	●		●	●	
Palliatieve zorg in eerste lijn	●	●		●		
Formele/informele zorg		●	●			
Afbakening toegang Wlz-zorg met verblijf en behandeling		●	●			

Medisch-specialistische zorg



Herbeoordeling dure geneesmiddelen	●	●		●		
Adjuvante behandelingen in de oncologie	●	●		●		

Geestelijke gezondheidszorg



Samenhang Wlz/Zvw/sociaal domein		●	●			
Medisch noodzakelijk verblijf Zvw/langdurige ggz/Wlz			●			
Dagbehandeling ggz		●	●	●		
Digitale en hybride zorg		●		●		
Transgenderzorg; afbakening msz/ggz		●	●			
Psychologische zorg bij somatische ziekte		●				

Scan de QR-code voor meer info over andere onderwerpen op de agenda



“Voorkom dat we morgen achterlopen in gegevensuitwisseling iWlz”

“Gegevensuitwisseling in de Wlz is niet echt een *hot item* aan gesprekstafels. Juist omdat de uitwisseling tussen de Wlz-partijen prima verloopt. Maar de wijze waaróp dit gebeurt is niet toekomstbestendig. Ik krijg weleens de reactie: waarom toewerken naar een nieuw model in de Wlz, het gaat toch goed? Ja, voor vandaag is het prima, maar we moeten juist kijken naar de vraagstukken van morgen.” Aan het woord is Tessa van Hoof, manager bij Team Gegevensuitwisseling in de Zorg.

Tekst Thijs Weustink

“Als we nu niet werken aan een duurzaam informatiestelsel in de langdurige zorg, lopen we morgen achter. In juli hebben we de eerste belangrijke stap gezet – en het werkt”, vertelt Van Hoof. Het Actieprogramma iWlz valt onder de hoede van haar team. In de afgelopen jaren is hard gewerkt aan een voor buitenstaanders technisch ingewikkeld en lang proces.

Waar het op neerkomt, is dat het Actieprogramma iWlz werkt aan een nieuwe manier om gegevens over Wlz-zorg uit te wisselen: het netwerkmodel. Dit model vervangt het estafettemodel waarvan partijen in de langdurige zorg nu gebruikmaken in het berichtenverkeer. Eenvoudig gezegd: berichten met informatie aan elkaar doorgeven, en vervolgens afzonderlijk van elkaar in eigen systemen opslaan en bewerken, maakt plaats voor informatie putten uit één digitale bron.

“De maatschappelijke opgaven in de zorg zijn groot”, vervolgt Van Hoof. “Met passende

zorg kan iedereen nu en in de toekomst goede zorg krijgen. Zorg die mensgericht, houdbaar en duurzaam is. Het is daarbij essentieel dat informatie beschikbaar is en iedereen over dezelfde actuele informatie beschikt. Met de ingebruikname van het eerste register van het netwerkmodel, het Indicatieregister, hebben we met elkaar de eerste stap gezet in het duurzame informatiestelsel dat we nu en in de toekomst nodig hebben om de zorg op een juiste manier te kunnen realiseren, te monitoren en van elkaar te blijven leren.”

Voor het eerst concreet zichtbaar

In juli is dat voor het eerst zichtbaar geworden voor de buitenwereld. Het Zorginstituut bracht toen een nieuwsbericht uit met de titel *Ingebruikname Indicatieregister concreetiseert Actieprogramma iWlz*. “Het is natuurlijk leuk voor het Zorginstituut dat we kunnen schrijven dat gegevens over indicaties nu in het netwerkmodel worden uitgewisseld. Maar veel belangrijker is dat efficiëntere gegevensuitwisseling voor passende Wlz-zorg dichterbij is gekomen.” Daarvan profiteren cliënten,

Het verhaal van het Actieprogramma iWlz

De maatschappij verandert en technologische ontwikkelingen volgen elkaar snel op. Cliënten willen meer overzicht en inzicht in hun eigen zorginformatie en -proces. Zorgprofessionals willen minimale administratieve lasten en tijdige, volledige en betrouwbare informatie over Wlz-zorg en hun cliënten. In het estafettemodel kopiëren ketenpartijen gegevens en moeten ketenpartijen op elkaar wachten. De cliënt staat buiten dit proces. Deze manier van gegevensuitwisseling past niet bij een modern informatiestelsel voor de Wlz.

Het Zorginstituut streeft ernaar langdurige zorg toekomstbestendig te maken voor iedereen in Nederland die vertrouwt op goed verzekerde zorg, passend bij wat cliënten nodig hebben. Daarvoor ontwikkelt het Zorginstituut binnen het Actieprogramma iWlz het netwerkmodel. Voordelen:

- Cliënten zien in hun persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo) precies hoe hun zorgproces er bij elke partij voor staat.
- Zorgprofessionals doen hun administratie zo veel mogelijk digitaal en eenduidig.
- Gegevens over cliënten, indicaties, bemiddeling en zorglevering liggen aan de bron eenmalig vast.
- Cliënten, zorgaanbieders, zorgkantoren en anderen delen gegevens met elkaar via een netwerk.

“Om de passende zorg te geven die wij beogen, moeten de juiste gegevens op de juiste plek op het juiste moment beschikbaar zijn. Alleen dan kunnen cliënten en zorgprofessionals gedegen keuzes maken. Met het Indicatieregister hebben we de eerste stap gezet”

zorgaanbieders, zorgkantoren en andere Wlz-partijen. Van Hoof: “Om de passende zorg te geven die het Zorginstituut beoogt, is het essentieel dat de juiste gegevens op de juiste plek op het juiste moment beschikbaar zijn. Alleen dan kunnen cliënten en zorgprofessionals gedegen keuzes maken. Met de ingebruikname van het Indicatieregister hebben we met elkaar de eerste stap gezet.”

Koplopers wijzen de weg

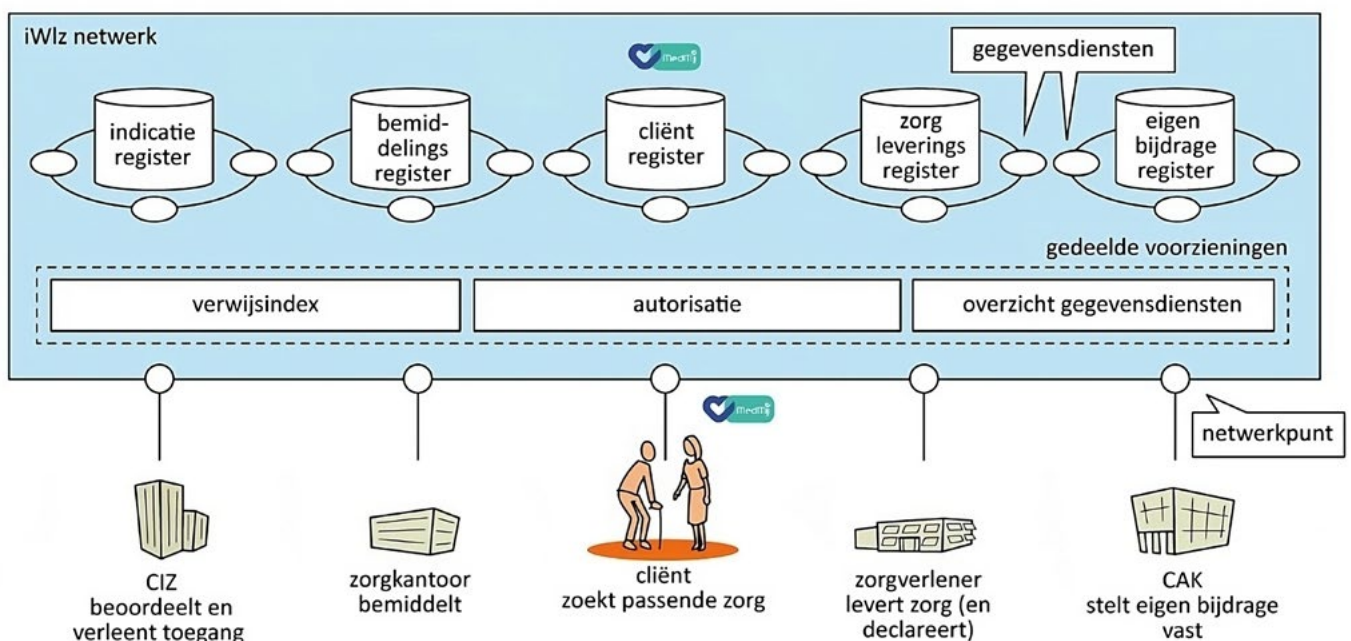
Gegevens aan de bron eenmalig vastleggen en via een netwerk met elkaar delen en meervoudig gebruiken, gaat ook op voor cliëntgegevens, voor zorgbemiddeling en voor zorglevering. Dat zijn de volgende registers die beschikbaar moeten komen. De bevindingen en ervaringen van koplopers worden daarbij ingezet. Koplopers zijn partijen die deelnamen aan een pilot met het Indicatieregister. Het gaat om de zorgkantoren DSW, Salland en Menzis, CIZ en een aantal zorgaanbieders. Zij wisselden in de proefopstelling geruime tijd gegevens uit alsof het live was. Ook VECOZO, het ministerie van VWS en het Zorginstituut waren betrokken bij de pilot.

Stap voor stap overstappen

De koplopers blijven het Indicatieregister gebruiken en andere Wlz-partijen kunnen nu aansluiten. Wanneer ze overstappen op het netwerkmodel bepalen zij zelf. Wel moeten ze voor een door ons vastgestelde datum overgestapt zijn. Conversiemodule Silvester fungeert als de vertalende schakel tussen oude en nieuwe gegevens. Dat helpt om eenvoudig het estafettemodel in te wisselen voor het netwerkmodel.

Met de ingebruikname van het Indicatieregister is nu het eerste deel van het netwerkmodel operationeel. Inmiddels is het Actieprogramma iWlz begonnen met de ontwikkeling en realisatie van het volgende register op de planning: het Bemiddelingsregister.

Van Hoof besluit: “De pilot laat zien dat het werkt om problemen in iWlz-gegevensuitwisseling vóór te zijn in plaats van af te wachten tot het misgaat, en dan pas te handelen. We kijken ook al verder: hoe kunnen we andere zorgdomeinen laten aansluiten op dit duurzame informatiestelsel?” |



Feiten & Cijfers

€ 274.602.408 aan kunstgebitten

is in 2022 vanuit de basisverzekering geleverd. Daarvan bestond ruim € 225 miljoen uit vergoede kosten; de rest werd betaald vanuit een eigen bijdrage.

BRON: ZORGINSTITUUT



1 op de 10 Nederlanders bezuinigde in 2022 op zorg. Vooral de tandarts (45%) en de fysiotherapeut (23%) werden gemeden. 1 op de 20 mensen heeft problemen met het betalen van de zorgverzekeringspremie.

BRON: PATIËNTENFEDERATIE; NIVEL

Nederland telt in 2023 ruim 5 keer zoveel **cosmetische klinieken** als in 2013: 203 ten opzichte van 38. De meeste van deze klinieken, die botox- of fillerbehandelingen geven, staan in Noord- en Zuid-Holland.

BRON: KAMER VAN KOOPHANDEL

5% meer overledenen telde het tweede kwartaal 2023. In deze periode stierven in totaal meer dan 39.000 mensen, 1.900 meer dan verwacht. Dit kwam waarschijnlijk door de warmte in de maand juni.

BRON: CBS



De geraamde lasten van de mondzorg voor 2023 stegen tot een totaal van **€ 930,5 miljoen**. Dit is een stijging van 11,2% ten opzichte van de kosten van 2022.*

BRON: ZORGINSTITUUT



De verwachte kosten voor verloskundige zorg stijgen in 2023 met 17% (**€ 62 miljoen**) ten opzichte van 2022. Voor de kraamzorg was dat 13% (€ 42,6 miljoen). Vanwege een geboortedip in 2022 vielen de kosten voor deze zorg in dat jaar lager uit dan in 2021 en 2023.*

BRON: ZORGINSTITUUT

*Dit zijn ramingen op basis van de cijfers uit het eerste halfjaar 2023.

Vrouwen gebruiken relatief vaker **extramurale geneesmiddelen** dan mannen: 68,5% van de vrouwen en 57,7% van de mannen gebruikte in 2022 extramurale geneesmiddelen.

BRON: ZORGINSTITUUT



Apothekers verstrekten in het eerste halfjaar van 2023 **40% minder vitamine D op recept**. Het aantal uitgiftes nam af van 5,5 miljoen in de tweede helft 2022 naar 3,3 miljoen in de eerste helft van 2023.

BRON: SFK

De vaccinatiegraad onder kinderen tot twee jaar zakte in 2022 **onder de 90%**.

BRON: RIVM



105.000 coaches

telt Nederland anno 2023. Dat is ruim 2,5 keer zoveel als in 2013. Vooral het aantal coaches die zich richten op mentale en fysieke gezondheid groeide. Groei ten opzichte van 2013:

- leefstijlcoaches: 13 keer zoveel (van 430 naar 5.600).
- groei personal coaches: 4,5 keer zoveel.
- groei burn-outcoaches: 3,5 keer zoveel.

BRON: KAMER VAN KOOPHANDEL

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





“Doelmatigheids-
onderzoek moet een
vast onderdeel zijn
voor de instroom
van nieuwe genees-
middelen. Een
medicijn dat al wel
voldoet aan de stand
van wetenschap
en praktijk zou
dan alleen kunnen
instromen als
belangrijke vragen
over gepast gebruik
beantwoord zijn”

De stelling van Gabe Sonke

“Tegen een nieuw geneesmiddel moeten we vaker ‘ja, tenzij’ durven zeggen. Of ‘nee’”

Er komen veel oncologische medicijnen op de markt, maar de gezondheidseffecten ervan zijn vaak lager dan verwacht en de kosten zijn hoog. Volgens internist-oncoloog Gabe Sonke is het huidige systeem van medicatieontwikkeling onvolledig: er komen onnodig dure en zware behandelingen beschikbaar die patiënten hoop bieden, al is dat soms valse hoop. Hij pleit daarom voor studies naar gepast gebruik van deze geneesmiddelen, voorafgaand aan definitieve toelating tot het verzekerde pakket. Het Zorginstituut, zorgverzekeraars en zijn eigen beroepsgroep kunnen een sleutelrol spelen bij het uitvoeren van dergelijke studies door het ‘voorwaardelijk’ toelaten van geneesmiddelen.

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“Mensen vragen mij wel eens: dokter, wat hebben we eigenlijk bereikt in de strijd tegen kanker? Dan zeg ik dat we de afgelopen tien jaar echt vooruitgang hebben geboekt. De kans om te genezen van erfelijke eierstokkanker is toegenomen van 20 naar 45 procent. Bij HER2-positieve borstkanker is dat inmiddels 90 procent. Immunotherapie heeft de behandeling van verschillende tumoren enorm verbeterd. En de kans om na vijf jaar na diagnose nog in leven te zijn, is gestegen van 58 naar 66 procent. Maar dat is niet het hele verhaal, want minder dan de helft van onze geneesmiddelen doet écht waarvoor ze bedoeld zijn. We behandelen veel kankerpatiënten tegen zeer hoge kosten, zonder resultaat. De kosten van dure medicijnen zijn vertienvoudigd, naar 3 miljard euro per jaar. Een behandeling tegen kanker van 100.000 euro per persoon is zeker geen uitzondering. In het huidige stelsel baseren wij ons grotendeels op genees-

middelenonderzoek van de farmaceutische industrie. Die is eigenaar van het geneesmiddel, bepaalt hoe het onderzoek wordt uitgevoerd en maakt daarbij keuzes die meer gericht zijn op winstgevendheid dan op doelmatigheid. De doelmatigheidsvragen blijven onbeantwoord, wat leidt tot overbehandeling van patiënten en uitgaven aan dure geneesmiddelen die andere zorg verdringen. Dat is niet vol te houden.”

Toegevoegde waarde

“Bij de opzet van geneesmiddelenstudies maakt een farmaceutisch bedrijf keuzes die de kans vergroten dat zo’n studie een positief effect laat zien. Bijvoorbeeld door een medicijn liever te lang dan te kort te gebruiken, met liever een te hoge dan een te lage dosering en vaak in combinatie met een ander medicijn waarvan dan hopelijk ten minste een van beide werkzaam is. Ook wordt er vooral gekeken naar hoe de tumor zich ontwikkelt en niet of de patiënt langer en beter leeft door het medicijn. Onderzoek wordt veelal uitgevoerd bij proefpersonen →



Gabe Sonke (50) werkt sinds 2008 als internist-oncoloog in het Antoni van Leeuwenhoek. In 2020 werd hij benoemd tot hoogleraar klinische oncologie aan de Universiteit van Amsterdam. Sonke is gespecialiseerd in borstkanker en gynaecologische kanker. Hij is lid van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Sonke verloor op 16-jarige leeftijd zijn 51-jarige moeder aan alveeskliekkanker.

“Minder dan de helft van onze geneesmiddelen doet écht waarvoor ze bedoeld zijn. We behandelen veel kankerpatiënten tegen hoge kosten, zonder resultaat”

die jonger en fitter zijn dan de patiënten die wij in de spreekkamer zien. Dit zijn slechts enkele voorbeelden van de mogelijke keuzes bij de opzet van studies. Het is aan de ene kant begrijpelijk dat die keuzes zo uitvallen dat de kans op een positief resultaat zo groot mogelijk is. We willen allemaal zo snel mogelijk nieuwe, innovatieve en betere medicijnen. Maar de keerzijde is dat vragen over doelmatigheid onbeantwoord blijven en dat de vertaling naar patiënten in de dagelijkse praktijk moeilijk is. Want de manier waarop het geneesmiddel in de studie is gebruikt, komt later ook zo in medicijnvoorschriften en richtlijnen terecht. Bovendien worden de medicijnen vaak toegepast bij patiëntengroepen die dus niet gerepresen-

teerd waren in de studies. Daardoor betalen we veel geld voor middelen die in de praktijk niet of nauwelijks blijken te werken.”

Doelmatigheidsonderzoek

“Ik pleit ervoor om voor alle nieuwe medicijnen en indicatie-uitbreidingen goed te beoordelen of er belangrijke vragen onbeantwoord zijn gebleven die doelmatig gebruik in de weg staan. Die beoordeling kan al lang voor de daadwerkelijke registratie plaatsvinden aan de hand van de horizonscan, zodat er voldoende tijd is om waar nodig een doelmatigheidsonderzoek voor te bereiden. Geneesmiddelencommissies van de verschillende beroepsgroepen in samenwerking met patiëntenvertegenwoordigers, het Zorginstituut en zorgverzekeraars zouden die beoordeling gezamenlijk kunnen doen en daarbij ook al afspraken maken over de implementatie van de resultaten van dat onderzoek. Doelmatigheidsonderzoek is bij grote voorkeur gerandomiseerd vergelijkend onderzoek waarin bijvoorbeeld langdurig en kortdurend gebruik worden vergeleken. Of een hoge dosering ten opzichte van een lagere dosering. Zo'n onderzoek moet plaatsvinden bij alle patiënten die in de praktijk voor de behandeling in aanmerking kunnen komen, onafhankelijk van leeftijd, comorbiditeit, regio



“Er is een aanzienlijke druk vanuit patiënten, dokters en farmaceutische industrie om nieuwe geneesmiddelen snel beschikbaar te stellen, ook als de werking onzeker of heel bescheiden is”

enzovoort. Het is van belang te benadrukken dat veel medicijnen ondoelmatig gebruikt zullen worden wanneer we dergelijk onderzoek niet doen. En dat geeft ook direct aan dat dit soort onderzoek geld bespaart en geen geld kost. Immers, binnen het onderzoek zal minder geld aan geneesmiddelen worden uitgegeven dan wanneer het onderzoek niet wordt uitgevoerd. Dat blijkt inmiddels uit de SONIA-studie naar het gebruik van dure CDK4/6-remmers bij uitgezaaide borstkanker. Deze studie liet zien dat korter gebruik van deze middelen geen gevolg heeft voor het effect ervan op overleving, maar wel veel minder bijwerkingen geeft. Slechts door een duur medicijn slimmer in te zetten hebben we zo'n 25 miljoen euro bespaard.”

Gepast gebruik

“Het Zorginstituut en de zorgverzekeraars bepalen of een nieuw medicijn of nieuwe indicatie voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en of het daarmee voor vergoeding in aanmerking kan komen. We kennen de sluisprocedure, waarbij voorwaarden kunnen worden gesteld aan de vergoeding van een medicijn op basis van kostenbeslag. Medicijnen die in wezen groen licht hebben gekregen op basis van een beoordeling van de stand van wetenschap en praktijk kunnen een oranje rand krijgen als ze niet kosteneffectief zijn en er eerst aanvullend onderhandeld moet worden met de fabrikant over de prijs. De sluisprocedure kan ook gebruikt worden om

afspraken te maken over gepast gebruik. Dat geeft ruimte om afspraken over doelmatigheidsonderzoek vast onderdeel te maken van de instroom van nieuwe geneesmiddelen. Het voorkomt de huidige instroom van medicijnen in het verzekerde pakket waarvan het door fabrikanten vastgestelde gebruik niet doelmatig is. Belangrijk is dat doelmatigheidsonderzoek niet meer vrijblijvend is. Het gaat erom dat we de zorg kwalitatief hoogstaand en betaalbaar houden.”

EMA

“Het Europees geneesmiddelenbureau EMA beoordeelt studies zoals ze door de fabrikant zijn opgezet en kijkt daarbij niet naar doelmatigheid en kosteneffectiviteit. Fabrikanten kunnen wetenschappelijk advies vragen bij EMA over de opzet van een studie, maar dat advies is momenteel vrijwillig en vrijblijvend. Als er geen advies wordt gevraagd, of het advies wordt niet gevolgd, dan heeft dat op dit moment geen consequentie voor de beoordeling van het dossier en ook niet voor eventuele registratie van het medicijn. Het is de moeite waard om die vrijblijvendheid te heroverwegen. Het vereist moed om twijfels te plaatsen bij een nieuw geregistreerd geneesmiddel. De commissie ter Beoordeling van Oncologische Middelen (BOM) van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) en de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) geeft vanuit de beroepsgroep advies of een door EMA geregistreerd middel inderdaad voldoende werkzaam is in de Nederlandse praktijk.”

Kiezen voor kwaliteit van leven

“Er is een aanzienlijke druk vanuit patiënten, dokters en farmaceutische industrie om nieuwe geneesmiddelen snel beschikbaar te stellen, ook als de werking onzeker of heel bescheiden is. We zijn blijkbaar bereid de onzekerheid van de vermeende effectiviteit te accepteren om snelheid te winnen en het toe te laten op de markt. De keerzijde is dat we geneesmiddelen accepteren die patiënten niet langer laten leven, niet bijdragen aan een de kwaliteit van leven, wel bijwerkingen geven en bovendien ontzettend duur zijn. Wie wil de tijd die nog rest dan doorbrengen met eindeloze ziekenhuisbezoeken, controles en bijwerkingen? Toch is dat helaas te vaak het geval. Mijn moeder overleed op haar 51^e aan alvleesklierkanker. Ze had bewust afgezien van allerlei kansarme behandelingen die haar waren voorgesteld. Ze koos voor de kwaliteit van leven, zo weinig mogelijk ziekenhuisbezoek en behoud van haar mooie bos krullen. Het zal geen toeval zijn dat mijn broer en ik later allebei in het Antoni van Leeuwenhoek/Nederlands Kanker Instituut zijn gaan werken, maar in de periode na het overlijden van onze moeder wilde ik juist niets te maken hebben met de gezondheidszorg. Ik heb pas later begrepen hoe wijs het besluit van mijn moeder was. En als dokter weet ik nu dat je hoop mag geven, maar dat je die nooit mag verkopen.” |



De Culturele Apothekers schrijven voor bij...

Veranderwoede op de werkvloer

De zomervakantie ligt alweer ruim achter ons. Hopelijk kwam u uitgerust en vol energie terug. Grote kans dat u liggend in de hangmat of wandelend door de bergen bedacht heeft om de dingen op uw werk vanaf nu hélemáál anders te doen. Of misschien ontdekte u bij terugkomst dat uw manager tijdens haar yoga-retraite besloot alles over een nieuwe boeg te gooien. Met enige regelmaat vindt iemand in de organisatie dat alles beter en efficiënter kan en die haalt er dan een externe consultant bij om het verandertraject in goede banen te leiden en iedereen daarin 'mee te nemen'. Maar hoeveel van die trajecten zijn er nu echt geslaagd? En tegen welke prijs?

Ziektebeeld

Vreest u de nieuwste grillen van uw manager die besloten heeft om met zelfsturende teams en volledig *agile* het nieuwe jaar in te gaan? Of loopt u juist over van enthousiasme voor het hypermoderne boekhoudsysteem dat u van plan bent organisatiebreed te implementeren? Ofwel: kent of bent u zo'n veranderaar die de organisatie lekker wil opschudden en de werkprocessen volledig gaat reorganiseren? Maak dan even pas op de plaats. Om op een andere wijze kennis te vergaren over wat er zoal kan spelen bij de zoveelste organisatieverandering, raden wij u aan eens niet een managementboek, maar een roman erop na te slaan.

Literaire medicatie

Wij schrijven u *De projectleider* van René den

Ouden voor. Hoofdpersoon is Jackie, aangehouden door een grote onderwijsinstelling om een vastlopend ICT-project vlot te trekken. Vol goede moed stort ze zich op de klus, die op het eerste gezicht lekker overzichtelijk lijkt. Het doel is duidelijk, de middelen zijn er, nu nog de implementatie. Maar alleen al het samenstellen van een projectteam blijkt heel wat voeten in de aarde te hebben. Het schiet allemaal niet op en langzaam komt Jackie vast te zitten in tegenwerking en stroperigheid. Wat niet helpt is dat er tegelijkertijd een ander groot project loopt: de organisatie zit in een transitie naar een inclusieve werkomgeving waar iedereen zich veilig voelt. Den Ouden beschrijft hilarisch en o zo raak welke verschillende mechanismen in werking kunnen treden bij al die veranderwoede. Leerzaam voor iedereen die op het punt staat te starten met of ondergedompeld te worden in een verandertraject.

Als tegenwicht tegen het al te herkenbare werkjargon in *De projectleider* - én om echt iets op te steken over diversiteit - raden wij u aan om ook het boek *Meisje, vrouw, anders* van Bernardine Evaristo te lezen. Maak kennis met twaalf uiteenlopende, sprankelende vrouwen van kleur. Onder hen een zwarte feministisch-activistische regisseur, een non-binaire influencer en een zelfvoorzienende 93-jarige boerin op het Britse platteland. Hun levens zijn meer of minder losjes verweven. Evaristo geeft ieder personage een heel eigen stem en laat u zo letterlijk ervaren wat diversiteit kan betekenen.



Aanwijzingen voor gebruik

U kunt *De projectleider* voor optimale werking het beste innemen voorafgaand aan een veranderproces. Het verdient aanbeveling dat alle betrokkenen beide boeken tot zich nemen en gezamenlijk bespreken.



Standpunt Domeinoverstijgende consultatiefunctie ggz

Inwinnen ggz-expertise per 2024 vergoed

Per 1 januari 2024 kunnen professionals in het sociaal domein gemakkelijker ggz-expertise inwinnen. Want vanaf dan krijgen zij deze zogenoemde ‘consultatiefunctie ggz’ vanuit de Zvw vergoed. De regeling versterkt de samenwerking tussen ggz en sociaal domein én draagt bij aan passende zorg voor cliënten. Een standpunt van het Zorginstituut maakte de weg vrij voor deze eerste landelijke domeinoverstijgende vergoeding.

Tekst Edith Bijl

“Aanleiding voor ons standpunt over de consultatiefunctie was de moeizame samenwerking tussen de ggz en het sociaal domein”, vertelt Liselotte Visser, adviseur geestelijke gezondheidszorg en sociaal domein bij het Zorginstituut. “Professionals in het sociaal domein hebben soms behoefte om ggz-professionals te consulteren over een bepaalde casus. Hierdoor kunnen zij cliënten sneller verder helpen en zwaardere zorg voorkomen. Maar dit door partijen genoemde ‘kijk- en luistergeld’ wordt niet bekostigd vanuit de ggz als de cliënt daar niet in zorg is. Dan betaalt de gemeente de kosten. Dat geldt ook als een ggz-zorgverlener hulp zoekt bij het sociaal domein. De ggz hoeft niet te betalen voor het invoeren van expertise uit het sociaal domein. Vanuit de Wmo moet dus soms wel worden betaald voor de inhuur van ggz-expertise, maar andersom geldt dat niet. Dat is een oneerlijke situatie. Daarop is het Zorginstituut gevraagd om mee te denken over de bekostiging van deze consultatiefunctie en hierover een standpunt te publiceren.”

Consultatie vs. bemoeizorg

Voordat het Zorginstituut tot een standpunt kon komen, moest er eerst een helder onderscheid worden gemaakt tussen de consultatiefunctie en de ‘bemoeizorg’, die uit de Wmo wordt betaald. Visser: “Wij hebben dat onderscheid als volgt geformuleerd: bemoeizorg is voor mensen die ggz-zorg nodig hebben, maar die dat weigeren (de zogenoemde ‘zorgmijders’). Bij consultatie gaat het om het inwinnen van ggz-expertise door een professional uit het sociaal domein, die juist gericht is op het voorkómen van duurdere ggz-zorg, of op een zo goed mogelijke begeleiding van de cliënt thuis. Bij consultatie gaat het per definitie niet om zorgmijders. Gezien de aard van de consultatievragen aan de ggz concludeerden wij dat sprake is van genees-

kundige zorg en dat de consultatiefunctie ggz dus vanuit de Zvw bekostigd kan worden. Bij dit standpunt – dat dateert van mei 2021 – stelden wij wel de voorwaarde dat veldpartijen dat onderscheid tussen bemoeizorg en consultatiefunctie in de praktijk expliciet moesten maken, zodat er in de toekomst geen misbruik van gemaakt kan worden. Inmiddels is dat duidelijk afgebakend.”

Nu ook de uitvoeringstoets van de NZa is afgerond en aan andere randvoorwaarden is voldaan, heeft de minister afgelopen zomer de NZa opdracht gegeven om een betaaltitel te maken voor de consultatiefunctie. Daarbij wordt niet per casus vergoed, maar geldt er een lumpsumvergoeding, een totaalbedrag.

Passende zorg

Dankzij de bekostiging van de consultatiefunctie wordt de domeinoverstijgende samenwerking tussen de ggz en het sociale domein gestroomlijnder. Omdat het nu makkelijker wordt om ggz-expertise in te winnen, kunnen professionals uit het sociaal domein hun cliënten sneller en beter helpen. Hiermee wordt de zorg zo dicht mogelijk bij de cliënt georganiseerd en zijn er naar verwachting minder verwijzingen naar de ggz nodig. En dat leidt tot passender zorg voor de cliënt, meent Visser. “In het IZA wordt sterk gehamerd op domeinoverstijgende samenwerking en hoe we dat bekostigen. De betaaltitel voor de consultatiefunctie is dan ook helemaal in de geest van het IZA en passende zorg. Een mooie stap op weg naar passende zorg, waarvoor wij met ons standpunt de basis hebben gelegd.” |

Signalement Passende zorg bij hart- en vaatziekten:

Nadruk op preventie en behoud van gezondheid

Vorige maand bracht het Zorginstituut een signalement uit over passende zorg bij hart- en vaatziekten. Een rapport met een bijzondere routing, want het wordt ter kennisgeving aangeboden aan de IZA-tafel (het overlegorgaan van de partijen in het Integraal Zorgakkoord). Maar ook inhoudelijk een bijzonder rapport vanwege de focus op gezondheid in plaats van ziekte. Lonneke Koenraadt, manager medisch-specialistische zorg bij het Zorginstituut, geeft toelichting.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Jeronimus van Pelt

Het is geen nieuws dat de zorg zoals die nu is georganiseerd tegen grenzen aanloopt. Het Zorginstituut wil daarom via signaleringen belangrijke vraagstukken agenderen die passende zorg in de weg staan. “Als je in de basis blijft van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg los je die problemen niet op”, zegt Koenraadt. “We moeten dus verder kijken om de zorg toekomstbestendig te kunnen maken. Dat besef is ook terug te lezen in het Integraal Zorgakkoord en de rapporten van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Het Zorginstituut richt zich hierbij onder andere op hart- en vaatziekten, want het aantal mensen en de zorgvraag hierin neemt in de komende jaren verder toe.”

Preventie

Al snel werd geconcludeerd dat de patiëntreis geen goed uitgangspunt vormde voor het signalement. “Je wilt hart- en vaatziekten vroegtijdig voorkomen, zorgen dat mensen gezond blijven en dus juist geen patiënt worden”, verklaart Koenraadt. “Vandaar dat de nadruk is komen te liggen op preventie en het behoud van gezondheid.” Toch kunnen mensen risicofactoren ontwikkelen voor hart- en vaatziekten. “Daarin spelen leefstijl en de bestaande sociaaleconomische gezondheidsverschillen een belangrijke rol. We weten ook dat aanpassing van leefstijl weerbaar is. De tweede boodschap is daarom om mensen met een licht of matig verhoogde kans op hart- en vaatziekten niet direct in zorg te brengen. Ze zijn immers nog niet ziek. Een deel van de oplossing ligt in goede verbinding en samenwerking met het sociaal domein.”

Persoonsgericht

Mensen met een hoge tot zeer hoge kans op hart- en vaatziekten ontvangen vaak zorg georganiseerd met het CVRM-

ketenprogramma. Maar recent onderzoek toont nog geen duidelijke meerwaarde aan van dit programma. “Om goede zorg te leveren moet die persoonsgericht zijn”, zegt Koenraadt. “Een ketenzorgprogramma biedt weinig ruimte voor persoonsgerichte zorg. Ook zien we dat het huisartsen en praktijkondersteuners niet lukt geschikte ondersteuning te geven bij leefstijlaanpassingen. Doorgaans wordt deze zorg bovendien geleverd door de praktijkmanager. Met afstand tot de huisarts dus. Dat maakt persoonsgerichtheid nog moeilijker.” Er moet specifiekere, dus persoonsgerichte informatie komen voor mensen met een verhoogd cardiovasculair risico, stelt ze. “Mensen weten niet wat leefstijlaanpassing of medicijnen hun kunnen opleveren aan gezonde levensjaren. Dat kan leiden tot medicalisering en te lang doorbehandelen. Uit onderzoek blijkt dat mensen een substantiële gezondheidswinst verwachten als hun zorgverlener een behandeling voorstelt. De verwachting van dat effect ligt vaak vele malen hoger dan wat wetenschappelijk is vastgesteld. De Dutch Cardiovasculair Alliance is een goed voorbeeld van hoe het ook kan: laagdrempelige keuzehulpverlening over de zorg en de effectiviteit ervan, ontwikkeld in samenwerking met patiënten en huisartsen. Maar meer is nodig, ook over behandeling met medicatie. Want die levert lang niet in alle gevallen gezondheidswinst op. Zeker niet als er niets verandert aan de leefstijl.”

Waardegedreven

Is sprake van hart- en vaatziekte, dan hebben patiënten waardegedreven zorg nodig. “We signaleren dat de aanbevelingen in de richtlijnen voor deze mensen niet altijd recent wetenschappelijk onderzoek volgen”, zegt Koenraadt hierover. “Aanbevolen persoonsgerichte zorg in een aantal cardiologische richtlijnen blijkt onvoldoende eenduidig en



"Medicatie levert lang niet altijd gezondheidswinst op. Zeker niet als er niets verandert aan de leefstijl"

transparant te zijn. Voor de duidelijkheid: ik stel niet dat de onderbouwing er niet is, maar we weten het nu onvoldoende. Dit moet dus beter. Gelukkig is de beroepsgroep daar ook mee bezig."

De laatste jaren is er veel innovatie en die vloeit laagdrempelig in in het systeem. "Op zich is dat goed, maar het is niet altijd duidelijk of een innovatie daadwerkelijk bijdraagt aan waardegedreven zorg en bijvoorbeeld effectievere personeelsinzet. De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie heeft goed beleid ontwikkeld om persoonsgerichte innovaties aan de voorkant te toetsen door ze op tijd in beeld te krijgen en te selecteren welke relevant zijn voor mensen. De implementatie van deze procedure zou nog breder moeten worden uitgerold." Een onderdeel van die innovatie is digitalisering. "We zien veel voorbeelden van monitoring en zorg op afstand. Hierbij moet goed worden onderzocht of dit niet tot extra zorg leidt. Het Kenniscentrum Digitale Zorg van Zorgverzekeraars Nederland is in dit verband een goed initiatief in de beoordeling van wat waardevolle vormen van e-health zijn."

Het signalement besteedt ook aandacht aan nazorg. "Ook hier speelt weer de vraag of dit altijd in het zorgdomein moet plaatsvinden."

Aanzet tot actie

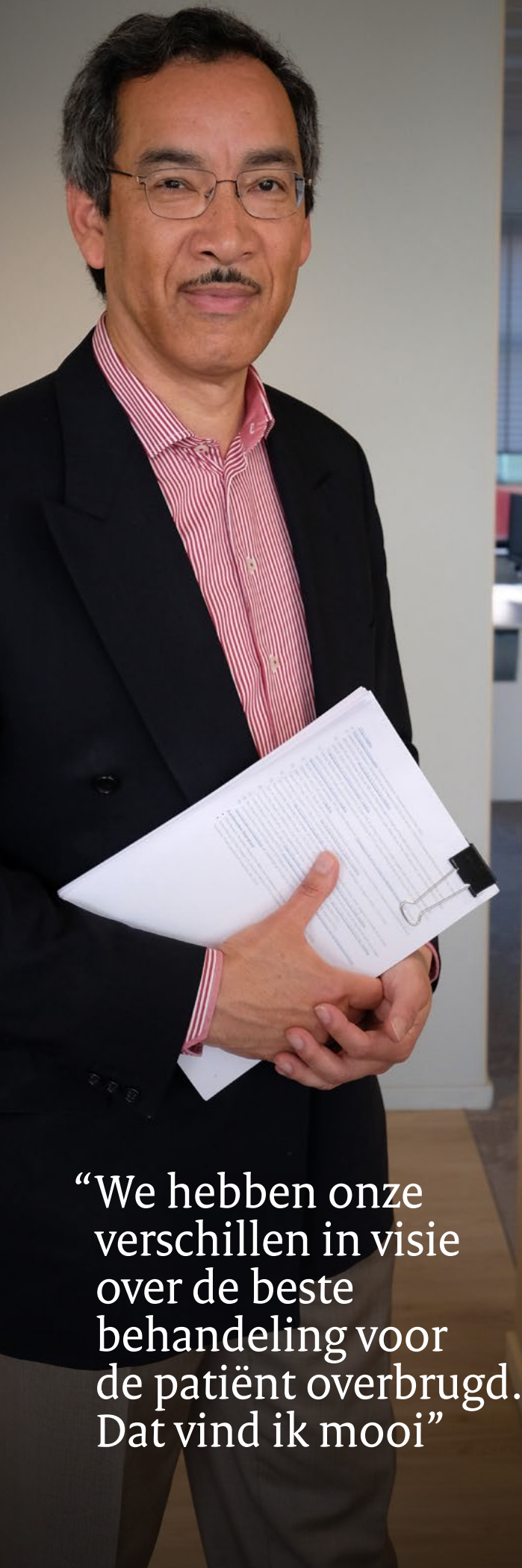
Dat het signalement wordt aangeboden aan de IZA-tafel lijkt een boodschap aan de deelnemende partijen om ermee aan de slag te gaan, stelt Koenraadt. "Drie jaar geleden hebben we samen met de NZa een visie op passende zorg gepresenteerd. Het IZA heeft dezelfde doelgroepen geprioriteerd om mee aan de slag te gaan. Hart- en vaatziekten is er een van. We hebben dit signalement geschreven voor de maatschappij. Het heeft een werkagenda opgeleverd waarmee we de IZA-partijen willen laten zien: als je deze werkagenda volgt, kun je concrete stappen zetten om tot passende zorg te komen." De kern van het signalement is helder, stelt ze: zorg voor het behoud van gezondheid van mensen. Is er toch een risico, kijk dan naar de mens in zijn context en niet naar de ziekte die er op dat moment nog niet is. "Hierin hebben de overheid, de gemeenten en de professionals een gezamenlijke taak", sluit Koenraadt af. |

"SLIMMER EN BETER OMGAAN MET CARDIO-VASCULAIRE ZORG"

Erik Klok, internist vasculaire geneeskunde in het LUMC en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Internisten Vasculaire Geneeskunde (NVIVG):

"Het is heel goed dat we als maatschappij bedenken waar we heen willen met de cardiovasculaire zorg. We moeten daar slimmer en beter mee omgaan, het signalement onderschrijft dat. Het benoemt het laaghangend fruit, maar roept vooral op tot intensieve gesprekken om de zorg anders in te richten. Heel waardevol is dat het signalement daarbij nadrukkelijk de rol van de internist en met name van de internist vasculaire geneeskunde noemt. Vanzelfsprekend heeft de cardioloog een belangrijke rol in de cardiovasculaire zorg. Maar de internist heeft dat ook. Daaraan wordt niet altijd gedacht, maar we kunnen wel belangrijk bijdragen aan de organisatie van goede zorg. Net als huisartsen zijn wij bij uitstek geëquipeerd om leefstijl- en farmacologisch beleid in alle andere facetten van de zorg te integreren

Dat het signalement wordt aangeboden aan de IZA-tafel is terecht, daar hoort het thuis. Het gaat over thema's die de individuele behandeling overstijgen en die moeten landelijk worden opgepakt. Het is nu zaak heldere afspraken te maken over welke professional op welk moment in het behandeltraject de verantwoordelijkheid heeft over bepaalde aspecten van de zorg voor de patiënt. Goede zorgpaden dus en goede verdeling en communicatie tussen de lijnen door. Dan weet je waar je als patiënt én als professional aan toe bent en kun je je verantwoordelijkheid nemen."



“We hebben onze verschillen in visie over de beste behandeling voor de patiënt overbrugd. Dat vind ik mooi”

Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, handreikingen of standpunten van het Zorginstituut in de praktijk uit? In hoeverre sluit dat wat ‘aan het bureau’ is bedacht aan op de dagelijkse praktijk ‘aan het bed’? Deze keer de vergoeding van geneesmiddel Entresto bij chronisch hartfalen.

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker en De Beeldredactie | Guido Benschop

aan het Bureau

Kenneth Watson is plv. WAR-secretaris bij het Zorginstituut.

“Ernstig chronisch hartfalen kent een levensverwachting van hooguit vijf jaar. Het afgelopen jaar brachten wij adviezen uit over vier medicijnen voor deze ziekte, waaronder Entresto®. Onze beoordeling daarvan was een bijzonder traject. In eerste instantie stelden wij dat alleen hartpatiënten die daarvoor in het ziekenhuis lagen het middel vergoed kregen. Ambulante patiënten moesten eerst een ander middel gebruiken. De cardiologen, verenigd in de NVVC, wilden echter ook deze patiënten kunnen overzetten op het in hun ogen effectievere Entresto. Volgens internationaal en eigen onderzoek leidt gebruik daarvan in de praktijk tot levensverlenging én een betere levenskwaliteit. Maar de (inter-) nationale richtlijnen zijn daarover minder stellig. Daarom konden wij deze uitkomsten niet zonder meer betrekken in onze nieuwe beoordeling. Dit verschil in inzicht hebben we openhartig besproken met de huisartsenvereniging, zorgverzekeraars en NVVC-voorzitter Rudolf de Boer. Rudolf was scherp maar altijd feitelijk en constructief. We vonden elkaar uiteindelijk in een werkbaar compromis: Entresto wordt vergoed onder de strikte voorwaarde dat de cardioloog eerst het andere middel voorschrijft en documenteert of en hoe lang dat middel werkt. Als het niet of onvoldoende werkt, krijgt de hartpatiënt alsnog Entresto als de cardioloog daartoe een machtigingsformulier ondertekent. Dat is voor ons en de zorgverzekeraars een absolute voorwaarde voor vergoeding. Het mooie van dit traject is dat we verschillen in belangen en visie rond passende zorg voor deze hartpatiënten samen constructief hebben overbrugd. De komende twee jaar monitoren we hoe lang ambulante patiënten het andere middel krijgen voordat zij op Entresto overgaan. Wordt daarbij bewezen én gedocumenteerd dat dit inderdaad korter duurt dan verwacht, dan werken Zorginstituut én zorgverzekeraars alsnog mee aan bredere vergoeding daarvan. Dat is winst voor hartpatiënten én cardiologen: omdat zij geen machtigingsformulier meer hoeven in te vullen, scheelt dat veel administratieve rompslomp.”

aan het **Bed**

Rudolf de Boer is hoogleraar cardiologie aan het Erasmus MC en NVVC-voorzitter.

“De behandeling van hartfalen is de afgelopen tien jaar enorm verbeterd. Dat komt vooral door betere medicijnen, zoals Entresto. Bijkomend voordeel is dat je met zulke medicijnen mensen langer thuis houdt en dus ook uit het ziekenhuis. Precies wat het IZA beoogt. Deze medicijnen zijn dan ook niet zo maar een speeltje voor ons of voor onze patiënten; het is een effectieve, levensreddende behandeling, vergelijkbaar met chemotherapie voor kankerpatiënten. Tot enkele jaren geleden startten we met een ouder middel, wat we na een periode omzetten in Entresto (sequentiële therapie). Maar omdat Entresto een beter medicijn is gebleken, sloegen we de laatste jaren het eerste middel steeds vaker over en gaven we direct Entresto (upfront). Tot de verzekeraars het ineens niet meer vergoedden en het dossier bij het Zorginstituut terecht kwam. Zoals Kenneth al vermeldde, hebben we hier openhartig over gesproken met het Zorginstituut. Dat gebeurde over en weer met begrip en respect. Het Zorginstituut had begrip voor onze praktijk. Andersom begrijpt de NVVC dat de zorgkosten beteugeld moeten worden. Het Zorginstituut bewaakt uitgaven aan medicijnen, maar bij de beoordeling van Entresto werden de kosten voor de extra polibezoeken en onderzoeken van ambulante hartpatiënten niet meegenomen. Ik betwijfel dus of sequentiële behandeling echt goedkoper is dan upfront. De kosten voor medicijnen versus andere zorgkosten (polibezoeken) zijn communicerende vaten. Kenneth is een fantastische gesprekspartner die enorm meedacht. Uiteindelijk kwamen we tot de Nederlandse polderoplossing die Kenneth hiernaast beschrijft. Alle partijen kunnen zo vooruit. De NVVC betreurt wel dat zorgverzekeraars invulling van een machtigingsformulier verplicht stellen. Dit botst met de maatschappelijke roep om minder administratieve rompslomp in de zorg. Maar het was een proces van geven en nemen. Overall waren de contacten goed. En er ligt nu een betere basis voor toekomstige besprekingen over passende hartfalenzorg.”



“Deze medicijnen zijn niet zo maar een speeltje voor ons. Het is een effectieve, levensreddende behandeling.”

Hans Nijman, kwartiermaker oncologische netwerk- en expertzorg:

“Er is veel meer en intensievere samenwerking nodig”

Samenwerken in netwerken helpt om ieder mens met kanker de beste zorg te geven, ongeacht waar het zorgtraject start. Dat vergt daadkracht en over het organisatiebelang heen kijken. Dit staat te lezen in het plan van aanpak *Passende zorg in oncologieregio's* waarmee onder regie van het Zorginstituut concrete stappen gezet kunnen worden om de oncologische netwerk- en expertzorg in Nederland toekomstbestendig te maken.

Tekst Edith Tulp

Beeld De Beeldredactie | Marcel J. de Jong

Kwartiermaker en hoogleraar gynaecologische oncologie Hans Nijman stelde het plan van aanpak op, in nauwe samenwerking met deskundigen en direct betrokkenen in het maatschappelijke en zorginhoudelijke werkveld. Het plan van aanpak werd afgelopen zomer aangeboden aan minister Kuipers. Het plan is de uitwerking van twaalf knelpunten en vooral twaalf oplossingsrichtingen die het Zorginstituut heeft beschreven in het *Signalement Passende zorg voor mensen met kanker; netwerk- en expertzorg*. Dit is het eerste gepubliceerde signalement van drie, bedoeld

om tot de passende oncologische zorg te komen waarover in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afspraken zijn gemaakt.

Passende oncologische zorg

Passende zorg speelt zich centraal rond de patiënt af, zoveel mogelijk thuis en met de focus niet zozeer op de ziekte, als wel op gezondheid en preventie. Dit moet leiden tot goede zorg die betaalbaar en voor iedereen toegankelijk is. In de oncologische zorg betekent dit onder meer dat er een betere concentratie en spreiding van netwerk- en expertzorg moet komen. De ambitie is om zo tot nieuwe, hogere volumennormen te komen. Deze volumennormen slaan op het uitvoeren van complexe zorginterventies op één plek. Hoe vaker een ingewikkelde interventie, zoals een complexe operatie, wordt uitgevoerd op één locatie, hoe groter de kans dat de ingreep goed en efficiënt verloopt. En dat komt de zorgkwaliteit ten goede. Naast deze zorgconcentratie is er de verspreiding van zorg over meerdere instellingen, zodat mensen met kanker waar mogelijk en wenselijk zorg dichtbij huis kunnen krijgen.

Werktafels

In het plan van aanpak heeft Nijman in samenwerking met de sector twaalf oplossingsrichtingen in thema's uitgewerkt. Om daar verdere, concrete stappen in te zetten, stelt de kwartiermaker voor om drie verschillende werktafels in te richten. Deze gaan over:

- de substitutie van zorg en de juiste zorg op de juiste plek;

Drie signalementen oncologische zorg

De kwaliteit en toegankelijkheid van goede zorg voor mensen met kanker staan in toenemende mate onder druk. Steeds meer mensen krijgen kanker, personeelskosten en behandelkosten lopen op. Vanuit onze rol van pakketbeheerder en aanjager van passende zorg brengt het Zorginstituut, in nauwe samenwerking met deskundige zorgpartijen, de knelpunten en oplossingsrichtingen in de oncologie in kaart via drie signalementen. Het *Signalement netwerk- en expertzorg voor mensen met kanker* is gepubliceerd in 2022. In het najaar wordt het *Signalement doelmatige inzet van behandelingen voor mensen met kanker* gepubliceerd. En aan het eind van het jaar zal het *Signalement Preventie van kanker* verschijnen.



“Instellingen moeten niet vanuit het eigen belang, maar vanuit het perspectief van de patiënt gaan denken”

- het transparanter werken en het beter met elkaar delen van data;
- het bestuurlijk inrichten van netwerk-samenwerking in zeven oncologieregio's waar mensen met kanker voor 90 procent de volledige zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben.

Als vierde tafel is er de ronde tafel. Daar wordt, conform de opdracht van het IZA, de voortgang van de concentratie en spreiding van zorg, die tot nieuwe volumenormenten moet leiden, gestuurd en gemonitord.

Gebrek aan regie

Een belangrijk knelpunt in de concentratie en verspreiding van zorg is een gebrek aan landelijke en regionale regie en samenwerking. “De zorg is te versnipperd”, zegt Nijman. “Er moet meer en intensiever worden samengewerkt. Dat vergt van instellingen dat ze vanuit het perspectief van de patiënt moeten gaan denken en niet vanuit het eigen belang. Het vereist ook dat ze transparanter naar elkaar toe zijn over hun bedrijfsvoering

en kwaliteit van zorg. Het is opvallend dat ziekenhuizen daar zelf ook de nadruk op leggen. Iedereen heeft in coronatijd gezien dat transparantie tussen ziekenhuizen helpt om tot een optimale capaciteit te komen.” Verder zijn aansluitende veilige systemen en software nodig voor een soepele gegevensuitwisseling. Ook moet de financiering van de zorg zich gaan richten op samenwerkende instellingen en niet zoals nu op de zorg voor één patiënt in een instelling. Voor expertzorg die zeldzame vormen van kanker betreft moet inzichtelijker worden gemaakt waar en door wie deze wordt uitgevoerd.

Zoveel mogelijk zorg dicht bij huis

Een ander belangrijk thema in het plan van aanpak is de substitutie van zorg. Nijman: “Doel is de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt thuis te organiseren. Waar mogelijk bevelen we aan om ziekenhuiszorg onder te brengen bij de huisarts, de wijkverpleging en de buurt. Alleen als het echt niet anders kan, gaan mensen nog naar het ziekenhuis. ->

Dat vergt samenwerking tussen de eerste, tweede en derde lijn. Het ziekenhuis kan op locatie met de eerste lijn gaan samenwerken. Ook is er met e-health veel mogelijk. Maar er moeten ook meer huisartsen en wijkverpleegkundigen worden opgeleid en voorzien van de juiste kennis. Daar moeten we mensen echt voor gaan enthousiasmeren.” Dat zo’n ingreep jaren gaat duren, geeft Nijman grif toe: “Maar het is wel belangrijk om er nu mee te starten, om te voorkomen dat de zorg straks volledig vastloopt.”

Nijman kijkt met “groot genoeg” terug op de gesprekken die hij voerde met betrokken partijen en experts, waaronder zorgorganisaties, beroepsverenigingen van zorgprofessionals, patiëntenvertegenwoordiger NFK en zorgverzekeraars. “Het constructief meedenken over oplossingen, de bereidwilligheid en de open gesprekken die ik kon voeren, hebben me sterk optimistisch gemaakt. Maar we moeten ook realistisch zijn. Als dit alles heel concreet gaat worden, gaat de sector weer nadenken over de belangen die spelen. Daarom moet je goed blijven vertellen waarom we dit doen. Je moet mensen hierin



verbinden en vooral ook resultaten bereiken met elkaar. Die trias zullen we telkens weer terug moeten laten komen. Hoewel ik nog wel betrokken zal blijven, is mijn formele rol als kwartiermaker afgelopen.

In overeenstemming met de afspraken uit het IZA nemen de betrokken partijen nu het voortouw en de verantwoordelijkheid bij de uitvoering.” |

Plan van aanpak vaatchirurgische zorg

Naast de oncologische zorg vormen de concentratie en spreiding van vaatchirurgische zorg een speerpunt uit het IZA. IZA-partijen hebben afgesproken dat zij bij de opgave om het zorglandschap toekomstbestendig te maken, in eerste instantie inzetten op complexe vaatchirurgische zorg. Concentratie van complexe zorg (de chirurgische behandeling van aorta aneurysma en carotislijden) heeft als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen en de toegang voor patiënten tot de zorg te garanderen door optimale inzet van schaars personeel en dure infrastructuur. Daarnaast wordt veel voorkomende zorg meer gespreid, zodat deze voor iedereen dichtbij blijft.

In het *Plan van aanpak netwerkvorming, concentratie en spreiding vaatchirurgische zorg* staat de route beschreven naar een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap. Voor het opstellen van het plan heeft het Zorginstituut eerder dit jaar oud-chirurg en voormalig zorgbestuurder Peter Go aangesteld als onafhankelijke kwartiermaker. Go stelde het plan, dat in juli werd

gepubliceerd, in samenspraak met partijen op. In september werd het plan van aanpak formeel in het IZA vastgelegd.

Vier stappen

Er zijn vier stappen nodig om tot een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap te komen:

1. De vorming van geografische netwerken die aan minimale, landelijk vastgestelde eisen voldoen.
2. Het opstellen van een Kwaliteitsstandaard vaatchirurgische netwerken, met minimale eisen voor kwaliteit en organisatie van zorg in vaatchirurgische netwerken, en afspraken over volumennormen voor de chirurgische behandeling van aorta aneurysma en carotislijden.
3. Het opstellen van transformatieplannen, inclusief impactanalyses.
4. De implementatie van vaatchirurgische netwerken, waarbij de kwaliteitsstandaard wordt toegepast binnen de vastgestelde netwerken.

“Doel is de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt thuis te organiseren. Alleen als het echt niet anders kan, gaan mensen nog naar het ziekenhuis”

DE ZORG VAN MORGEN

Met passende zorg houden we de zorg in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar. Maar *hoe* doen we dat? In deze rubriek vragen we mensen naar hun visie op de zorg van morgen. Deze keer:

Frans Korf
Manager innovatie ouderenzorg

“We zijn er in Nederland aan gewend geraakt dat ‘Vadertje Staat’ alles voor ons regelt. Die tijd is voorbij: ouderenzorgorganisaties kunnen de opgave in de ouderenzorg nauwelijks meer aan. We moeten toe naar een ‘zorgzame samenleving’; een samenleving die burgerinitiatieven, gericht op het voorkomen of anders inrichten van zorg, omarmt.

Gelukkig zie je overal van dit soort initiatieven ontstaan. Als reactie op een terugtrekkende overheid gaan burens meer voor elkaar zorgen. Dat stemt mij hoopvol; het bewijst dat mensen nog steeds naar elkaar omkijken.

Ook vanuit de professionele hoek ontstaan initiatieven die zich richten op het voorkomen van zorg. Neem het programma *Langer Actief Thuis* van Mijzo, waarin ouderen in twaalf weken tijd worden getraind om weer zelfstandig te worden. Met als gevolg minder zorg en blijere ouderen, want zij krijgen de regie over hun leven weer terug. Uit eerste onderzoek blijkt dat de aanpak werkt: 70 procent van deze ouderen is onafhankelijker geworden. Toch wordt deze aanpak nog steeds niet vergoed, in afwachting van langdurig wetenschappelijk bewijs naar de effectiviteit ervan.

Dat is even onwenselijk als onhoudbaar. Willen we écht iets veranderen in de ouderenzorg, dan moet de (lokale) overheid dergelijke burger- en professionele initiatieven actief ondersteunen. Een eerste stap is een aanpassing van de beloningsstructuur, zodat niet het *geven* van zorg, maar het *voorkómen* van zorg wordt beloond. Zo kunnen dit soort waardevolle initiatieven – gericht op preventie - veel sneller vanuit de zorgverzekeringswetten worden vergoed.”

Beeld De Beeldredactie | Dolph Cantrijn

“Beloon niet het
geven van zorg, maar
het voorkómen van
(ouderen)zorg”

Over zorg gesproken...

“Een computer kan geen luiers verschonen of haren kammen.”

Evert de Vos, chefredacteur De Groene Amsterdammer, over de verschraving van ouderenzorg, op [groene.nl](https://www.groene.nl) (9 augustus 2023).

“Als ik bij een autogarage kom, kun je me van alles wijs maken. Zo werkt het in de geneeskunde ook.”

Jim Reekers, oud-hoogleraar interventieradiologie AMC, in de Volkskrant (25 augustus 2023).

“Om los te komen van de vierjaarlijkse beleidscycli en de afhankelijkheid van wisselende partijpolitiek, moeten langetermijngezondheidsdoelen wettelijk worden verankerd.”

René Héman, voorzitter KNMG, op [knmg.nl](https://www.knmg.nl) (10 augustus 2023).

“Onze multimorbide ouderen zijn het succes van de hedendaagse geneeskunde.”

Huisarts Toosje Valkenburg in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (15 augustus 2023).

“Als we de hoofdprijs voor al die dure geneesmiddelen hadden betaald, hadden we twee middelgrote ziekenhuizen moeten sluiten.”

Zorginstituut-voorzitter Sjaak Wijma over het nut van de sluis, op BNR Nieuwsradio (16 augustus 2023).

“Als bewoners zelf de regie houden over hun zorg, zijn zij blijer, gezonder en zelfstandiger. En het scheelt al gauw zo'n 50.000 euro per persoon per jaar als je iemand uit het verpleeghuis kunt houden.”

Jan Smelik, mede-initiatiefnemer van Austerlitz Zorgt, in Zorg+Welzijn (23 augustus 2023).

“VWS geeft keer op keer het belang van een sterke eerste lijn aan. Laat ze daar dan ook naar handelen!”

Dienie Koolen-Goossens, zorgondernemer en columnist Arts en Auto, op [artsenauto.nl](https://www.artsenauto.nl) (31 augustus 2023).

“Goede zorg moet in Nederland voor iedereen toegankelijk zijn, maar is dat duidelijk niet. Hoe lager het inkomen, hoe vaker zorg gemeden wordt.”

Dianda Veldman, directeur-bestuurder Patiëntenfederatie Nederland, op www.patiëntenfederatie.nl (9 augustus 2023).

“Beloon professionals en patiënten vanuit het beleid niet met nog meer regels, registraties en richtlijnen, maar met het meest effectieve en goedkoopste (beleids)medicijn: vertrouwen.”

Guus van Montfort, hoogleraar Zorg, economie en medische technologie, op [zorgvisie.nl](https://www.zorgvisie.nl) (18 juli 2023).