



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
mei 2022

Hoogleraar obesitas
Liesbeth van Rossum:

“Obesitas
is een ziekte.
Die kunnen
we nu
aanpakken”



Inhoud

6 Hoe zien Nederlanders de zorg?

Jan Kremer, speciaal gezant Passende Zorg van het Zorginstituut, geeft duiding aan de uitkomsten van een onderzoek onder tweeduizend Nederlanders. Centrale vraag daarbij was: hoe denken Nederlanders over de huidige zorg in ons land?

12 Infographic passende zorg

Waarom passende zorg? Hoe pakken we dat aan en wat zijn de verwachte resultaten van passende zorg? Deze vragen en antwoorden hebben we overzichtelijk samengevat in een heldere infographic.

14 Interview Derk Runhaar

De hoofdfilm van onze bewustwordingscampagne #dezagvanmorgen schetst een verontrustend beeld van de zorg in 2040. Derk Runhaar, huisarts en hoofdrolspeler in deze film, vertelt over bedreigingen én oplossingen voor meer passende zorg.

24 Diabeteszorg op afstand

Diabeteszorg vindt nog vaak plaats in de vorm van persoonlijke consulten bij de huisarts of specialist. Kan monitoring op afstand niet even effectief zijn? Op initiatief van het NHG werkt een projectgroep aan aanbevelingen.

28 Betere zorg voor mensen met LVB

Nederland telt naar schatting 1,17 miljoen mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB). Uit onderzoek blijkt dat deze mensen vaak niet de juiste zorg krijgen. Een verbeteringsplan geeft aan hoe deze zorg verbeterd kan worden.



Rubrieken

- 9 Column Martin van der Graaff
- 10 Tien vragen aan: Maurice van den Bosch
- 16 Feiten & Cijfers
- 18 De stelling van... Liesbeth van Rossum, hoogleraar obesitas.
- 21 Literair recept van de Culturele Apothekers
- 22 Passende Zorg Moleculaire diagnostiek.
- 26 Aan het bureau / aan het bed Zinnige Zorg bij osteoporose.
- 31 De zorg van morgen ... volgens huisarts Toosje Valkenburg.
- 32 Over zorg gesproken

Voorwoord

De zorg van morgen

Deze editie staat in het teken van de vraag: hoe ziet de zorg van morgen eruit? In dat kader lanceren wij deze maand een bewustwordingscampagne, waarin een grote verscheidenheid aan mensen hun visie geven op 'de zorg van morgen'. Enkele van deze 'testimonials' passeren in dit magazine de revue. Samen vormen zij een hoopvolle blik op de toekomst van de zorg, waarin passende zorg de norm is.

Ook mij werd gevraagd hoe ik de zorg van de toekomst zie. Mijn antwoord daarop is: we moeten *niet* alle patiënten op dezelfde wijze behandelen. Dat klinkt misschien raar, want heeft niet iedereen recht op dezelfde zorg? Dat klopt, maar ik vind dat we binnen het zorgaanbod veel meer maatwerk moeten leveren. Zet de zorg in waar deze het meest nodig is. Kijk wie er voor je zit en geef hem of haar de benodigde zorg. Ook als die afwijkt van de standaard. Zo bied je niet iedereen meer *dezelfde* standaardzorg, maar bied je iedereen *dezelfde* kans op gezondheid. En krijgt iedereen passende zorg.

Een mooi voorbeeld daarvan toonde Eric Steegers, hoogleraar Verloskunde aan het Erasmus MC. Hij vertelde mij hoe zijn werk is verschoven van aanbodgedreven naar vraaggedreven zorg. Richtte hij zich vroeger vooral op de 'techniek' van de verloskundige zorg, nu stemt hij eerst en vooral de zorg af op de behoefte van moeder en kind. Een moeder die bijvoorbeeld gezondheidsproblemen heeft, laaggeletterd is of in een achterstandswijk woont, heeft vaak meer of andere zorg nodig. De standaard van zeven consulten per zwangere voldoet dan niet. Dit moet gericht, meer maatwerk dus.

De verschuiving van standaardzorg naar maatwerk vereist een andere organisatie van de zorg. Bijvoorbeeld door bij het pakketbeheer niet alleen te zorgen dat effectieve zorg goed verzekerd is, maar ook dat die goed en passend verleend wordt. Belangrijk is dat wij de zorgverleners daarin maximaal ondersteunen. Dat kan bijvoorbeeld door zorgverleners in moeilijke wijken meer budget te geven dan hun collega's in gezonde wijken. Mensen die minder gezond zijn moet je immers intensievere zorg bieden. Ook heb je meer tijd nodig om dingen uit te leggen, zeker als ze geen Nederlands spreken of laaggeletterd zijn. Als overheid moeten wij die extra tijd en aandacht faciliteren. Want hoe meer we aan de voorkant investeren, hoe minder zorg mensen later nodig hebben. Zo betaalt de beweging naar passende zorg zich uiteindelijk ook weer uit. Letterlijk, maar ook zeker figuurlijk.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland



Korte berichten

Zorginstituut in gelijk gesteld om hooggebergtebehandeling



Volgens de Rechtbank Amsterdam heeft het Zorginstituut zorgvuldig gehandeld bij de inname van het standpunt, eind 2019, dat hooggebergtebehandeling bij zeer ernstige astma niet effectiever is dan longrevalidatie op zeeniveau. De rechtbank deed eind maart uitspraak in een rechtszaak die Stichting MC Astmacentrum en Astmavereniging Nederland en Davos had aangespannen tegen het Zorginstituut. De stichting is eigenaar van het Nederlands Astmacentrum Davos, gespecialiseerd in hooggebergtebehandeling.

Het standpunt van het Zorginstituut leidde in 2019 tot ophef. In het vonnis toont de rechtbank begrip voor de ontstane boosheid, omdat uit de REFRASST-studie waarop het Zorginstituut het standpunt baseerde, blijkt dat patiënten baat hebben bij hoog-

gebergtebehandeling. De vraag waar het bij de vergoeding echter om draaide en waarover de rechtbank zich moest uitspreken, is of de behandeling meerwaarde heeft ten opzichte van longrevalidatie op zeeniveau. De REFRASST-studie kon dit niet aantonen. Het Zorginstituut beoordeelde de bewijslast als zeer laag, wat deels te wijten was aan gebreken bij de opzet van de studie. Gebreken die de eisende partijen niet hebben betwist. Overigens blijft een behandeling in Davos vanuit de basisverzekering mogelijk voor mensen met ernstig oncontroleerbare astma. Daarbij is de vergoeding even hoog als die voor longrevalidatie in Nederland.

Zorginstituut local host organisation van HTAi-bijeenkomst

Het Zorginstituut is dit jaar de *local host organisation* van de Health Technology Assessment international (HTAi) Annual Meeting 2022. Dit is de grootste en meest vooraanstaande internationale conferentie op het gebied van de evaluatie van gezondheidstechnologie, oftewel HTA. HTA is het proces waarmee de medische, economische en ethische waarden van gezondheidstechnologie worden bepaald. Overheden of verzekeraars gebruiken de uitkomsten om te beslissen of (nieuwe) zorg wel of niet vergoed moet worden en om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.

Op de conferentie komen meer dan duizend onderzoekers, beleidsmakers, *research and development*-professionals, zorgverleners en patiënten(vertegenwoordigers) uit de hele wereld samen. Zij delen inzichten en *best practices* op HTA-gebied. Centraal staat dit jaar de zoektocht naar een meer cyclische benadering van de evaluatie van medicijnen, apparaten en andere gezondheidstechnologieën. *Keynote* spreker op deze conferentie is prof. dr. Marcel Levi, directeur van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

Informatie en inschrijven
HTAi Annual Meeting 2022
Jaarbeurs Utrecht
25 tot en met 29 juni 2022

Voor meer informatie of inschrijven, scan deze QR-code:



Obesitasmedicijn onder voorwaarden in basispakket

Vorige maand adviseerde het Zorginstituut dat het medicijn liraglutide (Saxenda) voor de behandeling van een kleine groep mensen met ernstig overgewicht kan worden vergoed uit het basispakket. De vergoeding geldt alleen voor mensen met een Body Mass Index (BMI) van 35 of hoger, die al deelnemen aan de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Voor mensen met een BMI tussen

35 en 40 geldt dat zij een van de drie bijkomende ziekten (hart- of vaatziekte, slaapapneu of artrose) moeten hebben. Verder komen mensen alleen in aanmerking voor vergoeding als zij geen diabetes mellitus (suikerziekte) type 2 hebben en als zij (nog) niet in aanmerking komen voor operaties zoals een maagverkleining. Een belangrijke voorwaarde die het Zorginstituut in het advies

heeft opgenomen is dat de behandeling met Saxenda moet stoppen als na drie maanden gebruik het gewicht niet met minstens 5 procent is afgenomen. Als de minister van VWS het advies overneemt, is Saxenda het eerste medicijn voor de behandeling van overgewicht dat uit het basispakket wordt vergoed. Behandeling met Saxenda kost ongeveer 2.600 euro per patiënt per jaar.

Zorginstituut verduidelijkt zorg bij valpreventie

Ruim een miljoen 65-plussers vallen minstens één keer per jaar. Hierdoor kunnen zij ernstige verwondingen oplopen, zoals hersenletsel en botbreuken. Dat kan grote invloed hebben op de zelfstandigheid van deze mensen. Het heeft ook grote financiële gevolgen voor de zorg: het behandelen van valongevallen bij ouderen kost bijna 1 miljard euro per jaar. Met passende valpreventie vallen ouderen minder vaak en raken daardoor ook minder vaak gewond. Maar niet iedereen weet welke zorg onder valpreventie valt en of deze zorg wordt vergoed. Op verzoek van het ministerie van VWS heeft het Zorginstituut dit nu verduidelijkt. Als onderdeel daarvan stelt het Zorginstituut vast dat trainingsprogramma's effectief zijn en uit het basispakket vergoed kunnen worden. Vooral trainingsprogramma's die zijn gericht op het verbeteren van evenwicht, lopen en spierkracht, verminderen het aantal valongevallen en de verwondingen die daarvan het gevolg kunnen zijn. Tijdens de verduidelijking van valpreventie kwam naar voren dat passende valpreventie alleen



mogelijk is als gemeenten en zorgverzekeraars samenwerken. Passend betekent: zorg om vallen te verminderen die werkt tegen een redelijke prijs, samen met de patiënt tot stand komt, dicht bij de patiënt wordt gegeven als dat nodig is, en gericht is op gezondheid en niet op ziekte. In de huidige praktijk loopt de aanpak van valpreventie uiteen. Als gemeenten en zorgverzekeraars deze zorg samen breed en systematisch organiseren, zal dit leiden tot meer passende valpreventie.

Meer informatie?

Meer informatie over deze nieuwsberichten kunt u vinden op www.zorginstituut-nederland.nl/actueel/nieuws

Meerderheid Nederlanders: organisatie van de zorg moet op de schop

“Draagvlak voor verandering is hard nodig”

Ons zorgstelsel staat onder druk. Er moet iets gebeuren om de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Dat vraagt een beweging die vergelijkbaar is met de energietransitie, aldus Jan Kremer, speciaal gezant Passende zorg van het Zorginstituut. Ook deze beweging raakt immers alle geledingen in de samenleving, inclusief patiënten en burgers.

Tekst Jos Leijen

Beeld De Beeldredactie | Marco Vellinga

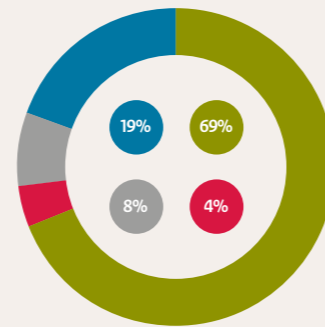
Vanwege die maatschappijbrede impact heeft het Zorginstituut onderzoek laten doen onder tweeduizend Nederlanders van achttien jaar en ouder. Centrale vraag: hoe denken Nederlanders over de huidige zorg in ons land? Uit sommige resultaten put Kremer moed, maar hij maakt zich ook zorgen om de solidariteit.

“Het is goed dat het Zorginstituut dit onderzoek heeft laten doen”, vindt Kremer. “We staan voor de grote opgave om de zorg ook in de toekomst toegankelijk te houden. Door de vergrijzing en komst van nieuwe therapieën stijgen de kosten. Daarnaast zijn er steeds meer mensen nodig om die zorg te leveren. Als we op de oude voet doorgaan, werkt over twintig jaar een op de vier mensen in de zorg en geven we twee keer zoveel uit aan gezondheidszorg. Dat kan natuurlijk niet.” “Er moet dus iets gebeuren. Van oudsher was goede zorg vooral het domein van professionals. Het afgelopen decennium is dat gelukkig wel veranderd. Er wordt beter naar de patiënt geluisterd. Met dit onderzoek krijgen we een beeld van hoe de samenleving denkt over de zorg. En of mensen beseffen dat er een crisis dreigt en wat de meningen zijn over mogelijke oplossingen om een crisis te voorkomen.”

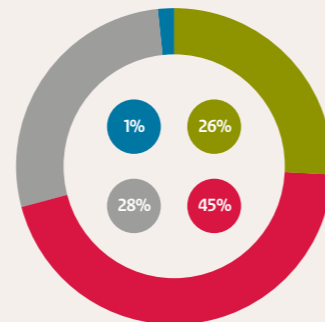
Anders organiseren

Uit het onderzoek blijkt dat 70 procent van de ondervraagden voorstander is van het anders organiseren van de zorg, als dat nodig is om de zorg goed, toegankelijk en betrouwbaar te houden (fig. 1). Duidelijk is dat de meeste mensen niet bereid zijn om meer te betalen (fig. 2a + 2b).

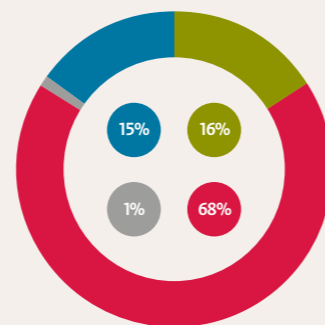
1. Om de stijgende kosten tegen te gaan moet de zorg anders georganiseerd worden.



2a. Ik ben best bereid om meer zorgpremie te betalen, als daarvoor de kwaliteit van zorg voor mij gegarandeerd goed blijft.



2b. Om de zorg betaalbaar te houden ben ik bereid een eigen bijdrage te betalen voor een bezoek aan de huisarts.



- (helemaal) mee eens
- (helemaal) niet mee eens
- weeft niet/geen mening
- weeft niet/geen mening



Kremer: “Als we op de oude voet doorgaan, werkt over twintig jaar een op de vier mensen in de zorg en geven we twee keer zoveel uit aan gezondheidszorg. Dat kan natuurlijk niet”

Kremer: “Burgers zijn tevreden over de zorg en waarden die gemiddeld met een 7,3. Het is bemoedigend dat een grote meerderheid inziet dat we de zorg anders moeten organiseren. Dat draagvlak is hard nodig, anders gaat het niet lukken.”

Een van de vier principes van Passende zorg is een doelmatige inzet van effectieve zorg en relevante winst in gezondheid. Een meerderheid van de ondervraagden is het echter niet eens met de stelling dat alleen zorg, waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat die werkt, vanuit het basispakket vergoed moet worden, ook als dit betekent dat veel preventieve zorg dan niet meer vergoed

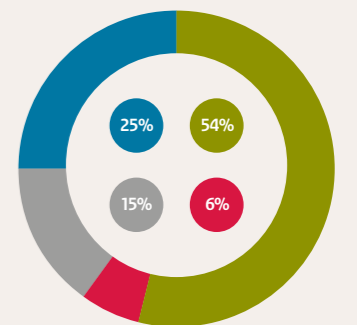
wordt. “Ik snap die uitslag wel”, zegt Kremer. “Van sommige behandelingen is de waarde nu eenmaal moeilijk objectief vast te stellen. En je kan niet alle zorg schrappen die niet aantoonbaar bewezen is.”

De effectiviteit van zorg wordt gemeten aan de hand van uitkomstmaten, maar die zijn vaak subjectief en kunnen per patiënt verschillen, geeft Kremer aan. Hij geeft een voorbeeld uit de tijd dat hij als gynaecoloog ivf-behandelingen uitvoerde. “De belangrijkste uitkomst van een ivf-behandeling is natuurlijk een zwangerschap. Toch bleken patiënten ook vaak andere resultaten te zoeken. Bijvoorbeeld het in stand houden

Als u een rapportcijfer zou mogen geven voor de kwaliteit van de zorg in Nederland, welk rapportcijfer geeft u dan?

7,3

3. Ik heb bij mijn zorgverlener voldoende inspraak bij de keuze voor een behandeling.

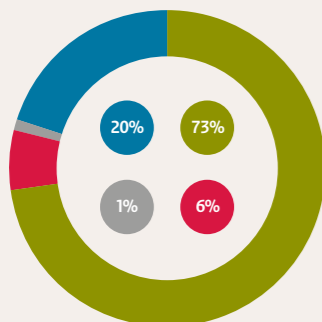


van de relatie met de partner in deze moeilijke periode, of het voorkomen van een depressie tijdens de behandeling.” Moderne hulpmiddelen en technologische innovatie kunnen helpen om de zorg efficiënter te maken. Uit het onderzoek blijkt dat iets meer dan de helft van de mensen bereid is om bijvoorbeeld medische controles op afstand te doen, dus de patiënt thuis en de arts in het ziekenhuis. Een kwart zegt ‘misschien bereid’ te zijn. “Tegelijk zien we dat veel mensen het persoonlijke gesprek heel belangrijk vinden, zeker als het om belangrijke zaken gaat”, zegt Kremer. “Dat is iets om rekening mee te houden als we dit soort innovaties doorvoeren.”

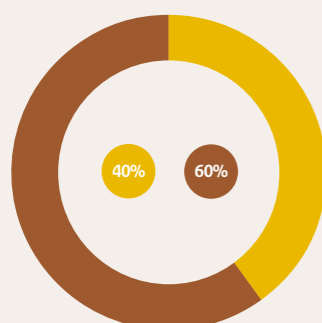
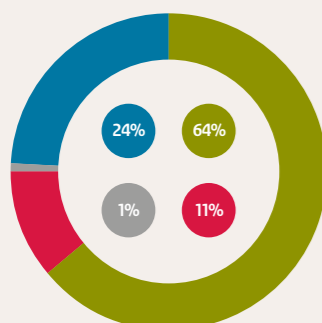
Samen beslissen

Een tweede principe van Passende zorg is dat de zorg samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand komt. Daar valt nog wel wat winst te behalen, blijkt uit het onderzoek. Iets meer dan de helft van de ondervraagden vindt dat ze voldoende inspraak hebben bij de keuze van een behandeling (fig. 3). ▶

4. In Nederland zou meer aandacht geschonken moeten worden aan het hebben van een gezonde leefstijl om ziekten en kwalen tegen te gaan.



5. Mensen met een ongezonde leefstijl moeten op hun leefstijl aangesproken worden door de huisarts.



6. A - Mensen met een ongezonde leefstijl betalen meer voor hun zorgverzekering.

B - Iedereen betaalt hetzelfde voor z'n zorgverzekering, ongeacht je leefstijl.

- (helemaal) mee eens
- (helemaal) niet mee eens
- weet niet/geen mening

“In de laatste levensfase is de beste zorg misschien wel het inschakelen van een tekstschrijver om het levensverhaal op te schrijven voor de kleinkinderen”

“Voor mij is het glas halfvol”, zegt de speciale gezant, “maar dat percentage moet toenemen. 60 procent van de mensen gaat zelf op zoek naar informatie voordat ze een arts bezoeken. En 80 procent verwacht goede informatie van de arts om samen te kunnen beslissen.”

Samen beslissen zou ook tot extra druk op het zorgstelsel kunnen leiden. Je zou immers denken dat de patiënt de beste behandeling wil, die veel geld kost. Kremer is daar niet zo bang voor. “De arts luistert naar de patiënt en geeft informatie over de opties en over de te verwachten bijdrage aan kwaliteit van leven. Vaak blijkt dan de duurste mogelijkheid niet de beste te zijn. Daarbij kunnen overigens ook niet-medische opties worden bekeken. Wanneer patiënt en arts samen het gesprek voeren over slagingspercentages en over kwaliteit van leven in de laatste levensfase, is de beste zorg misschien het inschakelen van een tekstschrijver om het levensverhaal op te schrijven voor de kleinkinderen.”

Gezonder leven

Meer nadruk op preventie is een derde principe van Passende zorg. Dat uitgangspunt wordt breed gedeeld onder de bevolking. 70 procent vindt dat er meer aandacht moet komen voor een gezonde leefstijl (fig. 4). 80 procent is het eens met de stelling dat het gemakkelijker moet worden om gezonde keuzes te maken. En twee derde vindt dat de huisarts mensen moet aanspreken op hun ongezonde leefstijl (fig. 5).

“Het is mooi dat mensen het belang zien van preventie”, vindt Kremer. “Tegelijk moeten we oppassen voor twee valkuilen. De eerste is dat we ziekte niet kunnen uitbannen; die hoort bij het leven. We worden oud, krijgen klachten en gaan dood. We kunnen er natuurlijk wel naar streven om zo lang mogelijk gezond te blijven.”

De tweede valkuil is dat we gezondheid een individuele verantwoordelijkheid maken. Ongezonder leven, betoogt hij, is niet altijd een

bewuste individuele keuze. Mensen in lagere sociaaleconomische milieus groeien vaak op in een omgeving waar roken gewoner is en ongezond eten vooral lekker. En waar de bank, de tv en een zak chips aantrekkelijker zijn dan de sportschool.”

“Gezond leven is vaak ook duurder. We moeten gezond leven stimuleren met generieke prikkels. Het is daarom goed dat er een suikertaks komt en dat de btw op groenten en fruit naar nul gaat. Zulke collectieve maatregelen duwen mensen de goede kant op.”

Solidariteit onder druk

Kremer schrikt ervan dat 40 procent van de ondervraagden vindt dat mensen met een ongezonde leefstijl een hogere zorgpremie zouden moeten betalen dan mensen die gezond leven (fig. 6).

“Daar moeten we niet naartoe”, vindt hij. “Dan zet je de bijl aan de solidariteit. Ik heb al gezegd dat ongezond leven niet altijd een keuze is. Tegelijk zien we dat mensen met lage inkomens gemiddeld ongezonder leven en een lagere levensverwachting hebben. Ze hebben al minder te besteden waardoor gezond leven moeilijker wordt. Dan kun je ze toch niet ook nog een hogere premie laten betalen?”

“Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit”, besluit hij. “Ik heb in het buitenland gezien dat het ook anders kan. Dan is er alleen goede zorg voor mensen die het kunnen betalen. Ik ben trots dat ik in een land leef waar dat anders is. Dat moeten we vooral in stand houden. Ik ben optimistisch dat ons dat met passende zorg gaat lukken. Goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor iedereen.” ●

“Gevraagd naar zijn geheim zei de onlangs op 112-jarige leeftijd overleden Spanjaard De la Fuente Garcia: ‘Een rustig leven. En niemand pijn doen.’ Een nagenoeg perfect antwoord. Een beetje beweging hoort er wel bij. Want ontstaat er eenmaal overgewicht, dan krijg je het bijna niet meer weg”



Martin van der Graaff werkte jarenlang bij het Zorginstituut en werpt nu als gepensioneerde zijn licht op de wereld van de zorg

Column

Boswandeling op recept

In het begin van de coronapandemie deden we af en toe mee aan een ritueel applaus voor de werkvloerwerkers in de zorg, ook wel ‘zorghelden’ genaamd. Dat gevoel is inmiddels weggeëbd. Misschien hadden we dáárom begin dit jaar de ‘Dag van de ode aan de zorg’. De organisatoren wilden de loftrumpet steken over alle zorgprofessionals “in een spetterende online liveshow” (het stond er echt). Zo’n oppepper, ook wel booster genoemd, kan de zorg wel gebruiken. Of het helpt is een tweede. Bijna tegelijkertijd verscheen namelijk een opiniepeiling onder werkende Nederlanders, waaruit bleek dat 27 procent alleen maar nadelen ziet aan werken in de zorg. Volgens sommige ligt dat aan “onvoldoende inzetten op het creëren van een goed werkgeversmerk”, ook wel *employer branding* genoemd. Je hebt bijkans AI-toepassingen nodig om dit soort managementtaal te ontleden tot een bruikbare mededeling. Ik hoop dat men bedoelde dat het onregelmatig werk is dat slecht betaalt, met een aansturing via overdadig veel leidinggevenden en een ongebreidelde woekering van protocollen en registraties. Wat beter werkt dan een ode of *employer branding* is geld. De overigens vaak verguisde NVZ-voorzitter Ad Melkert pleitte ervoor dat als er loonsverhogingen worden uitgedeeld, de zorgmedewerkers 9 procent meer verhoging moeten krijgen dan de rest van Nederland. Daarmee is het werkplezier nog niet terug, maar je moet ergens beginnen.

Omdat zelfs het creëren van eerlijk betaald werk met ruimte voor eigen initiatief de eindeloze zorgvraag niet zal oplossen, belijdt nu iedere weldenkende zorgbobo zijn geloof in preventie en een gezonde leefstijl. Vreemd genoeg heeft men bij de lockdownmaatregelen weinig oog gehad voor een passende invulling van dit geloof. De McDonalds en de coffeeshop bleven over het algemeen open, de deuren van sportscholen en zwembaden werden genadeloos verzegeld. Daarmee breek je gedragspatronen af die niet zo snel terugkomen. Niets is moeilijker dan het veranderen van je leefstijl. En dat begint bij minder stress. Dat wist de onlangs op 112-jarige leeftijd overleden Spanjaard De la Fuente Garcia. Gevraagd naar zijn geheim zei hij: “Een rustig leven. En niemand pijn doen.” Een nagenoeg perfect antwoord. Een beetje beweging hoort er wel bij. Want ontstaat er eenmaal overgewicht, dan krijg je het bijna niet meer weg.

Progressieve dokters neigen nu naar ‘boswandelingen op recept’. Maar die stress- en gewichtsreducerende boswandeling is niet zonder risico. Bij mij op de Veluwe zorgen intensieve landbouw en veeteelt voor een olfactorisch waarneembare stikstofaanslag op de natuur. In combinatie met overwaaierend fijnstof van de nabijgelegen A1 een behoorlijk gezondheidsrisico. Als de Veluwe ooit een Blue Zone moet worden, lukt dat misschien alleen bij een forse economische krimp. Dan hebben we geen geld meer voor vlees, auto’s en frequente vliegvakanties, en gaan we lekker goedkoop wandelen in het bos. En kan het zorginfarct wegsmelten.

10

vragen aan

Maurice van den Bosch

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Sebastiaan Rozendaal

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Ik groeide op in Brabant, waar we naast de huisarts woonden. Bij kleine ongelukjes of kwaaltjes gingen we nooit naar de praktijk; de huisarts kwam dan gewoon even bij ons langs en loste het ‘probleem’ meteen op. Dat fascineerde mij toen al enorm. Later, toen ik een jaar of zestien was, heb ik eens een dag meegelopen met dr. Louis Kollee, een zeer aimabele kinderarts in het Radboudumc. Hij gaf voor mij de doorslag om geneeskunde te gaan studeren.”

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

“Ik wilde eigenlijk bioloog worden, onderzoek doen in een oerwoud. Als ik toen Freek Vonk was tegengekomen was het misschien heel anders gelopen!”

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

“Dan zou ik aansturen op een landelijk open platform voor digitale gegevensuitwisseling. Dat is in Nederland nog sterk gefragmenteerd. Elke zorginstelling, zorgverzekeraar en huisarts heeft hier zijn eigen systeem. Stel dat iemand een diagnose krijgt van een

PERSONALIA

Prof. dr. Maurice van den Bosch (1974) is geboren in Nijmegen en studeerde biomedische wetenschappen en geneeskunde aan de Radboud Universiteit. Hij specialiseerde zich in radiologie en werkte enige tijd als interventieradioloog aan het Stanford University Medical Center (VS) en het UMC Utrecht. In 2017 werd Van den Bosch voorzitter van de Raad van Bestuur van het OLVG in Amsterdam. Deze functie combineert hij sinds 2020 met het voorzitterschap van Santeon, het samenwerkingsverband van zeven topklinische ziekenhuizen. Maurice van den Bosch woont met zijn vrouw en twee zoons in Utrecht.



“Het ziekenhuis van de toekomst zit in je binnenzak. Net zoals je voor je bankzaken niet meer naar de bank gaat, zo verplaatst de ziekenhuiszorg naar zorg thuis, met monitoring en begeleiding op afstand. Dit open ecosysteem kent minder en kleinere ziekenhuizen, die zich alleen nog richten op hoogtechnologische behandelingen. Overige zorg gebeurt thuis”

zeldzame tumor en een second opinion wil hebben in een ander ziekenhuis, dan kan je die gegevens alleen via dvd doorgeven. Dat is zó omslachtig. Daarvoor moet er één platform komen, van waaruit alle data gedeeld kunnen worden.”

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

“Ik ben een fervent voorstander van *evidence based health care*. Als onderzoek aantoonde dat een behandeling geen meerwaarde heeft, moet je daarmee stoppen. In de praktijk blijkt dit heel lastig. Daarom vind ik Passende zorg zo’n goed programma. Daarbij vind ik het meer de verantwoordelijkheid van professionals dan van organisaties als het Zorginstituut om te beslissen wat passende zorg is.”

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

“Ik ben van oorsprong interventieradioloog, iemand die katheteriseert. Bijvoorbeeld om bloedvaten te openen, of om een tumor te verwijderen. Soms is zo’n minimale invasieve behandeling beter dan een open operatie, omdat er minder kans is op complicaties en de patiënt sneller herstelt. Maar omdat een stentbehandeling niet wordt vergoed en een ‘operatie met snijden’ wel, valt zo’n innovatie droog. Ik zou willen dat dergelijke innovaties sneller in het basispakket komen, onder voorbehoud dat de resultaten na enkele jaren worden geëvalueerd. Als die resultaten aantoonbaar goed zijn, kan de behandeling in het basispakket. Anders niet.”

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

“Heel eerlijk: doormodderen. Ik kan me niet heugen wanneer ik voor het laatst bij de huisarts was. Daar ben ik niet trots op, zo gaat het. Doormodderen betekent overigens niet nietsdoen. Ik probeer zo gezond mogelijk te leven en let op signalen die mijn lichaam geeft. Heb ik na een drukke week hoofdpijn, dan neem ik gas terug.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Patiënt, patiënt, patiënt. Bij elke discussie die je voert in de zorg gaat het om de vraag: wat vindt de patiënt ervan en wat heeft die eraan? Ultimo draait het altijd om de patiënt.”

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

“De Engelse antropologe en biologe Jane Goodall. Haar leven, dat in het teken stond van het bestuderen van chimpansees in oerwouden, vind ik fascinerend. Ook wil ik haar graag spreken over haar zorg voor de planeet en haar perspectief op de toekomst. In haar recent verschenen boek *Hope* vertelt zij een positief verhaal, met vertrouwen in het adaptieve vermogen van de mens. Vanuit een oprechte maatschappelijke betrokkenheid laat ze zien hoe we stapsgewijs kunnen werken aan een betere toekomst.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Samenwerken, door de schotten heen die we hebben opgebouwd, zodat we komen tot een open ecosysteem. Dat bereiken we in stapjes. Ten eerste via waardegedreven zorg: welke waarde voegen we toe aan het leven van de patiënt? Daarbij leidt meer transparantie over uitkomsten tot een lerend systeem. Een tweede stap is werken aan bevlogen professionals. Minder bureaucratie, meer tijd voor het klinische werk. En drie: meer innoveren door inzet van digitale technologie. Samenwerken – met partijen binnen én buiten de zorg – is niet alleen de sleutel tot goede zorg. Het is ook de belangrijkste factor om plezier te halen uit werken in de zorg.”

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

“Het ziekenhuis van de toekomst zit in je binnenzak. Net zoals je voor je bankzaken niet meer naar de bank gaat, zo verplaatst de ziekenhuiszorg naar zorg thuis. Absolute voorwaarde is een gedegen digitale gegevensuitwisseling. Wordt daaraan voldaan, dan kan chronische zorg straks volledig thuis gebeuren, met monitoring en begeleiding op afstand. Dit open ecosysteem kent minder en kleinere ziekenhuizen, die zich alleen nog richten op hoogtechnologische behandelingen. Overige zorg gebeurt thuis. Dat is géén toekomstfantasie: in de regio Amsterdam vindt nu al 65 procent van de longzorg thuis plaats via een *Virtual Ward* (een virtuele afdeling waar zorgprofessionals van diverse instellingen rond een patiënt samenwerken – red.). En die beweging gaat snel. Ik zie dan ook een hoopvolle en kansrijke toekomst voor de zorg.” ●

De zorg staat onder druk

Meer en meer zorg nodig
Steeds minder zorgverleners



Steeds meer dure medicijnen
Meer zorgkosten
Iedereen moet meer betalen

Straks kan niet iedereen
meer zorg krijgen

Keuzes zijn nodig



Samenwerken aan Passende zorg

In gesprek met de samenleving



Patiënten, partijen in de zorg en de overheid maken afspraken over organiseren Passende zorg ...



... (net)werken samen ...

... en delen succesvolle projecten



Overheid vergoedt
Passende zorg

Zorgverzekeraars
kopen Passende zorg in

Zorgverleners leveren
Passende zorg

Patiënten accepteren
Passende zorg



Passende zorg biedt oplossing

Passende zorg werkt ...



... tegen
redelijke prijs ...



... wordt samen beslist door
zorgverlener en patiënt ...



... dicht bij de patiënt ...



... gaat meer over gezondheid,
minder over ziekte



Resultaat Passende zorg

Patiënten krijgen betere
zorg die bij hen past



Patiënten worden niet onnodig
onderzocht of behandeld

Zorgkosten
stijgen minder

Meer aandacht voor
gezondheid en
het voorkomen
van ziekte



Minder druk op
zorgverleners

Nieuwe veelbelovende
behandelingen en medicijnen
blijven toegankelijk

Huisarts Derk Runhaar:

“Als je stuurt op kwaliteit, worden de kosten minder”

Een oudere huisarts die uitkijkt over een wachtkamer bomvol wachtende, vaak kwetsbare patiënten. Wie de hoofdfilm* van de bewustwordingscampagne van het Zorginstituut #dezorgvanmorgen ziet, krijgt dit doembeeld niet meer van zijn netvlies. Een interview met huisarts en hoofdrolspeler in deze film, Derk Runhaar, over bedreigingen én oplossingen voor meer passende zorg.

Tekst Noël Houben

Beeld De Beeldredactie | Diederik van der Laan

Er zijn scherpe keuzes nodig als we de zorg in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit willen houden. De korte film van het Zorginstituut schetst hoe de zorg er in 2040 uitziet als we niet tot meer passende zorg komen. Daarnaast presenteren wij - in het kader van de bewustwordingscampagne #dezorgvanmorgen - meerdere testimonials van patiënten, zorgprofessionals en bestuurders. Zij geven aan welke keuzes gemaakt kunnen worden om over- en onderbehandeling te voorkomen. Waar de hoofdfilm wakker wil schudden, bieden de testimonials juist perspectief. We hebben zowel de hoofdfilm als de testimonials verspreid via verschillende (social) mediakanalen.

“Collega’s wezen mij op een oproep op Facebook voor de hoofdfilm”, vertelt Derk Runhaar. “Uit gesprekken met een researcher, de regisseur en een woordvoerder van het Zorginstituut bleek dat we een gedeeld beeld hebben van de problemen die op de zorg afkomen. Maar ook over oplossingen voor die problemen. Daarom werkte ik graag mee aan de film.”

Hoe ziet de zorg in 2040 eruit als we niets veranderen?

“Er is dan een enorm personeelstekort. Veel zorgmedewerkers zijn bovendien druk met wensdiagnostiek voor rijke zorgconsumenten-

ten. Overbehandeling met onnodige bijwerkingen en hoge kosten is het gevolg. Voor de groeiende groep ouderen en kwetsbare patiënten is er weinig capaciteit over. Steeds meer mensen krijgen daardoor te weinig of zelfs geen zorg. Dat is erg voor hen, maar ook voor de maatschappij als geheel. Een ggz-patiënt in een vroeg stadium helpen is veel goedkoper dan bijvoorbeeld de crisisbehandeling en politie-inzet die nodig zijn als je dit niet doet. De gevolgen blijven trouwens niet beperkt tot de meest kwetsbaren. Uiteindelijk vallen steeds meer patiënten buiten de boot. Ik denk dat de film dit toekomstbeeld goed neerzet.”

Hoe belanden we in dit doemscenario?

“De wortels liggen in de manier waarop de zorg is georganiseerd. De meest kwetsbare mensen krijgen nu al de minste zorg. Een belangrijke oorzaak is de loopgravenstrijd waarin zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn verwickeld. Vanuit het streven om de zorg betaalbaar te houden komen zorgverzekeraars met gedetailleerde afspraken en voorschriften. Voor zorgverleners en patiënten zijn die niet meer te overzien, laat staan werkbaar. Het wordt daardoor almaar lastiger om ieder de zorg te geven die hij of zij nodig heeft. Aan de andere kant doen zorgaanbieders er alles aan om hun bedrijfsvoering gezond te houden. Het is voor hen het aantrekkelijkst om mensen te behandelen die nauwelijks ziek zijn. Die zijn minder complex, hebben minder behande-



“De overheid moet haar regisseursrol pakken en in overleg met de zorgverleners knopen doorhakken hoe we onze zorggeuro’s het meest effectief kunnen besteden”

lingen nodig en je loopt minder risico dat je beschikbare budgetten overschrijdt.”

“Andere partijen dragen trouwens ook verantwoordelijkheid. Zorgprofessionals vinden het soms wel makkelijk dat anderen de lastige keuzes voor hen maken. Steeds meer patiënten zien de zorg als een consumptiegoed dat ze kunnen krijgen waar en wanneer ze dat willen. En de overheid heeft haar maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een groot deel gedelegeerd aan de zorgverzekeraars. Het ontbreekt daardoor aan een regisseur die boven de partijen staat.”

Wat kunnen we doen om dit doemscenario voor 2040 te voorkomen?

“Het begint ermee dat alle partijen onder ogen zien dat de kant die we nu opgaan ongewenst is. En dat we vervolgens komen tot een centraal doel waarop we ons samen gaan richten. Iedereen is het er wel over eens dat we de patiënt centraal moeten zetten. Maar in de praktijk betekent dit dat we de vraag van de patiënt centraal zetten. Als we scherpe keuzes moeten maken in de zorg kunnen we niet blind aan die vraag voldoen. Misschien is het dan beter om gezondheids-winst voor de patiënt centraal te zetten.

Sturen op kosten is in elk geval een doodlopende weg. Mijn ervaring is dat de kwaliteit van de zorg minder wordt als je stuurt op kosten. Maar als je stuurt op kwaliteit, worden de kosten juist minder. Dat vraagt wel vakinhoudelijke kennis om te beoordelen wat kwaliteit is.”

Hoe kunnen we die beweging in gang zetten?

“Het ingewikkelde is dat veel partijen belang hebben bij de huidige situatie. De overheid moet daarom haar regisseursrol pakken en in overleg met de zorgverleners knopen doorhakken hoe we onze zorggeuro’s het meest effectief kunnen besteden. Niet dat die overheid het alleen kan trouwens. Het zorgveld moet haar steunen bij de keuzes die moeten worden gemaakt; ook als sommige zorg dan niet meer geleverd kan worden omdat die niet passend is.”

Wat kunnen huisartsen doen?

“Huisartsen kunnen als geen ander identificeren welke patiënten tussen wal en schip dreigen te vallen en wie juist risico loopt op overbehandeling. Die overbehandeling kunnen we vaak ook voorkomen. Bijvoorbeeld door het gesprek aan te gaan met patiënten of door patiënten zelf te behandelen en niet door te verwijzen naar de tweede lijn. Een ander probleem is dat huisartsen nu nog erg veel tijd kwijt zijn om patiënten die dringend zorg nodig hebben ook in die zorg te krijgen. En met de behandeling van bijvoorbeeld oudere patiënten die nog niet terechtkunnen in het verpleeghuis. Of van patiënten met ernstige psychische problematiek die nog niet terechtkunnen in de ggz. Daardoor komt de rol die huisartsen kunnen spelen steeds meer onder druk te staan.”

Wat doet u zelf om te komen tot meer passende zorg?

“Ik ben sinds december 2021 medisch manager bij een regionale huisartsenorganisatie. Vanuit die rol probeer ik het aantrekkelijker te maken voor huisartsen om zich te vestigen in een praktijk. Om over- en onderbehandeling te voorkomen is een vertrouwensband met patiënten cruciaal. Het kost tijd om die band op te bouwen. Dit lukt niet als patiënten steeds wisselende huisartsen voor zich hebben.” ●

*De hoofdfilm is te bekijken via deze QR-code:



Feiten & Cijfers

Ruim 2.500.000.000 euro

is er in 2021 méér uitgegeven aan langdurige zorg dan in 2020. Een stijging van 10,8%. De stijging is voor een groot deel te verklaren door de lockdown in 2020.

BRON: ZORGINSTITUUT



Na verlopen octrooi is duur kankermiddel lenalidomide ineens **99% goedkoper**: een strip van 21 tabletten ging van ruim **4.500 euro** naar **20 euro**.

BRON: NRC EN ONDERZOEKSCOLLECTIEF THE INVESTIGATIVE DESK

Het aantal cliënten dat gebruikmaakt van geestelijke gezondheidszorg (ggz) is tussen 2016 en 2018 met 6,6% gestegen van 1,12 miljoen naar **1,19 miljoen euro**.

BRON: ZORGINSTITUUT

Ruim 18 miljoen mensen zijn wereldwijd gestorven aan covid. Dat aantal, gebaseerd op de wereldwijde oversterftecijfers, is drie keer zo hoog als de bijna 6 miljoen officieel geregistreerde sterfgevallen.

BRON: THE LANCET

79 miljard euro

dat zijn de totale kosten van overgewicht en obesitas bij volwassenen in Nederland per jaar. Dat is jaarlijks **11.500 euro per volwassene** met overgewicht/obesitas.



BRON: PON



Nederlanders met de laagste inkomens liepen in 2020 **2,5 keer meer risico** op sterfte door covid dan die met de hoogste inkomens. Onder 70-minners was dat zelfs 3,8 keer hoger.

BRON: CBS

In 2019 waren de lasten van de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) **1.885.369 euro**. In dat jaar was 70 procent van de deelnemers en van de vergoede lasten toe te wijzen aan vrouwen.

BRON: ZORGINSTITUUT

Meer ziekenhuisbestuurders:

sinds 2010 is het aantal ziekenhuizen afgenomen van 90 naar 73. Het aantal bestuurders nam toe van 186 naar 196. De raden van bestuur werden in omvang groter.

BRON: DEV ORGANISATIE ADVISEURS



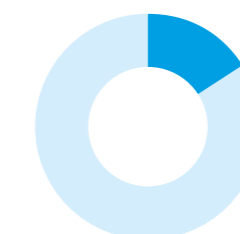
8,1 miljoen euro subsidie voor veelbelovende zorg. Het Deventer ziekenhuis, Radboudumc en Medisch Spectrum Twente ontvingen samen dit bedrag van het Zorginstituut en ZonMw voor de volgende onderzoeken:



1,7 miljoen euro voor onderzoek naar orale immunotherapie bij kinderen, ter genezing van een voedselallergie (ORKA).



5,1 miljoen euro voor onderzoek naar het effect van een nieuwe chirurgische behandeling van een hersenbloeding (DIST-ABC).



1,3 miljoen euro voor verder onderzoek naar het effect van het doorknippen van het middenrifbandje bij chronische buikklachten (CaRoSO).

BRON: ZORGINSTITUUT

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



In 2021 stopten **138 huisartsen** onder de 50 jaar met hun vak. In voorgaande jaren waren dat er gemiddeld 42.

BRON: REGISTRATIECOMMISSIE GENEESKUNDIG SPECIALISTEN

De kosten voor huisartsenzorg per verzekerde 85-plusser zijn gestegen van 445 euro in 2016 naar **546 euro** in 2018.

BRON: ZORGINSTITUUT

1.298 Nederlanders wachtten in 2021 op een nieuw orgaan van een overleden donor. In 2020 waren dat er 1.257. Voor nieren (+ 9%), hart (+ 5%) en longen (+ 3%) is de wachtlijst het meest gestegen. In 2021 zijn er **1.252 orgaantransplantaties** (van zowel postmortale als levende donoren) uitgevoerd.

BRON: NEDERLANDSE TRANSPLANTATIE STICHTING (NTS)

De stelling van Liesbeth van Rossum

“Obesitas is een ziekte die we nu kunnen aanpakken”

Om op een gezond gewicht te komen, kunnen mensen met overgewicht hun toevlucht zoeken tot gecombineerde leefstijlinterventies, gewichtsverlagende medicatie of een maagoperatie. Obesitas moet dan wél als een ziekte worden aangepakt. De Gezondheidsraad erkent obesitas als een ziekte, maar artsen vaak nog niet. Zij wachten tot de patiënt klachten krijgt en starten dan met een behandeling voor die bijkomende aandoening. Het paard achter de wagen spannen, vindt Liesbeth van Rossum, hoogleraar obesitas.

Tekst Robert van der Broek Beeld Rogier Chang

“Het kunnen betere jaren worden voor mensen met obesitas. We hebben echt andere mogelijkheden om overgewicht te bestrijden dan pakweg vier jaar geleden. Het Nationaal Preventieakkoord was zo’n beetje het kantelpunt. Hiermee wordt ‘aan de voorkant’ voorkomen dat nóg meer mensen overgewicht ontwikkelen. Daarnaast zijn behandelingen nodig voor mensen die al (ernstig) overgewicht hebben. Een andere doorbraak was de opname van gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) in de basisverzekering. Onder begeleiding van een leefstijlcoach leren patiënten gezonder te eten, meer te bewegen en hun gedrag te veranderen. Een behandelprogramma duurt twee jaar. Omdat de coronacrisis ertussen kwam is het helaas nog niet mogelijk om te evalueren wat deze GLI-programma’s voor patiënten betekenen. Wat we wel al weten, is dat een GLI voor de een heel positieve effecten heeft en voor de ander niet. In dat geval zijn aanvullende behandelingen nodig. Covid drukte ons met de neus op de feiten: bijna 80 procent van de mensen op de IC had overgewicht. Ook lopen mannen en ouderen meer risico. Die enorme aandacht voor de relatie tussen overgewicht en het coronavirus was ook een *blessing in disguise*. Er stond een momentum om obesitas als urgent probleem op de kaart te zetten.”

Complexe mix

“De helft van alle volwassen Nederlanders is te zwaar. Te veel buikvet is de belangrijkste oorzaak van de gerelateerde gezondheidsproblemen. Dit buikvet is namelijk een actief orgaan dat hormonen maakt. Ook stuurt buikvet het immuunsysteem en bepaalde hersengebieden aan, die betrokken zijn bij hongergevoel en verbranding. Als je te veel vet hebt, raakt die massa chronisch licht ontstoken. Als gevolg daarvan ontsporen al die regelmechanismen in het lichaam. Zo werkt het immuunsysteem niet meer naar behoren. Ook raakt een ernstig te zwaar lichaam als het ware ‘geherprogrammeerd’ en wil het terug naar het oude, hogere gewicht. Mensen met obesitas krijgen nog vaak te horen dat ze zich moeten leren beheersen. Dat is onredelijk en vaak te simpel gedacht. Obesitas is een complexe mix van leefstijl, genetische, biologische en psychosociale factoren en tegelijkertijd ook van maatschappelijke factoren die ongezond gedrag uitlokken, zoals de voedselomgeving waarin we leven. Andere voorbeelden zijn medicijngebruik met een gewichtsverhogende bijwerking of hormonale veranderingen die het verzadigingsgevoel verstoren. Daar komen omgevingsfactoren nog bij, zoals sociale klasse en opvoeding. Onderzoek¹ toont aan, dat de levensverwachting van lageropgelei-

den in Nederland zes jaar korter is en dat ze ook nog eens vijftien jaar langer ziek zijn dan mensen die hoger zijn opgeleid. Obesitas is op zichzelf dus een ziekte, maar is ook nog een *gateway disease*. Dat wil zeggen dat het een ziekte is die tot veel verschillende andere ziektebeelden leidt, zoals diabetes, depressie, gewrichtsklachten, een ernstiger beloop van infecties, hart- en vaatziekten, en dertien vormen van kanker, waaronder borst- en darmkanker. Wie ernstig zwaarlijvig is kan terechtkomen in een eindeloos zorgcircuit.”

Wegovy: een gamechanger

“Om de obesitasepidemie tegen te gaan hebben we een soort marshallplan nodig. We zetten dan in op zowel betere universele preventie als zorggerelateerde preventie. De kraan staat wijd open. Er komen door de huidige obesogene omgeving nog steeds mensen met overgewicht bij. Maar het bad is al vol. Stel dat we die kraan geheel konden dichtdraaien - door bijvoorbeeld het voedingsaanbod in onze omgeving conform de ‘Schijf van Vijf’ te maken - dan nog blijft het bad vol. De mensen die al obesitas hebben vallen niet vanzelf af als de voedselomgeving gezonder wordt. Vandaar dat verzekerde zorg nodig blijft, zoals leefstijlinterventies, farmacotherapie of bariatrische chirurgie. ►

“Is het betuttelend als de overheid met hardere maatregelen zou komen om het voedselaanbod gezonder te maken? In feite worden we al betutteld! Namelijk door de huidige obesogene omgeving, die ons verleidt om ongezond voedsel te eten”

Prof. dr. Liesbeth van Rossum (1975) is hoogleraar obesitas en stressonderzoek. Zij is als internist-endocrinoloog verbonden aan het Erasmus MC. Van Rossum is voorzitter van het Partnerschap Overgewicht Nederland, de koepelorganisatie van beroepsverenigingen en zorgverzekeraars. Als zodanig was zij nauw betrokken bij de invoering van gecombineerde leefstijlinterventies in de basiszorgverzekering en het Nationaal Preventieakkoord.





“Obesitas is een multifactoriële ziekte. Ben je er vroeg bij, dan kan je passende zorg leveren en het stapelen van problemen voorkomen. De zorgkosten zullen veel minder hoog zijn”

Daarmee haal je als het ware de stop uit het bad. Ik ben ook blij met de komst van nieuwe geneesmiddelen zoals Saxenda (zie ook pagina 4/5 - red.), dat met een injectie wordt toegediend.

Daarnaast komen er waarschijnlijk in de nabije toekomst nog twee medicijnen aan: Mysimba (in tabletvorm) en Wegovy. Die laatste wordt al een *gamechanger* genoemd. De resultaten zijn indrukwekkend: gemiddeld verliest 86 procent van de patiënten 5 procent aan gewicht. Een derde van de patiënten verliest zelfs 20 procent. Het effect is dus bij sommige vergelijkbaar met een chirurgische maagverkleining. Maar zelfs zonder gewichtsafname biedt een gezonde leefstijl nog veel gezondheidswinst. We moeten niet willen dat iemand twee liter cola per dag blijft drinken en dan het overgewicht tegengaat met een spuitje.”

Aanpak in de nulde lijn

“Na de WHO en de Gezondheidsraad heeft nu ook de Europese Commissie obesitas officieel als ziekte erkend. We kunnen obesitas dus als ziekte behandelen, niet enkel als ‘leefstijlprobleem’. Obesitas vraagt een revolutionair andere aanpak. Ruim twintig jaar geleden kostte obesitas de gezondheidszorg en samenleving 2 miljard euro per jaar². Artsen spraken toen al van een epidemie. Anno 2022 zijn die kosten toegenomen tot maar liefst 79 miljard euro per jaar³. Dat kan zo niet voortduren. In de landelijke Zorgstandaard Obesitas wordt daarom een langdurig traject aangeraden van coaching op gedrag, voeding en beweging. Er wordt veel geld uitgegeven aan dure behandelingen van uiteenlopende ziekten, terwijl we weten dat er minder medicijnen nodig zijn als we een gezonde leefstijl of

gewichtsafname onderdeel maken van de behandeling. Het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) werkt aan een landelijke netwerkaanpak, waarbij zoveel mogelijk nulde- en eerstelijns hulp wordt geboden; zwaardere zorg volgt alleen als het moet. Een Centrale Zorg Coördinator (CZC) maakt een eerste inschatting op welke domeinen hulp nodig is. Een voorbeeld: als iemand met obesitas door financiële schulden niet tot een gezonde leefstijl komt, is de eerste stap om die naar schuldhulpverlening te verwijzen. Zo kun je ook denken aan de lokale buurtsport-coach of psychologische hulp. In het Erasmus MC hebben wij daar een leefstijl-zorgloket voor. Als we er zo in slagen lijntjes te leggen van de curatieve zorg naar het sociale domein, blijven de gevolgen van obesitas beperkt en vermindert de druk op het ziekenhuis. Ik weet: een simpel leefstijladvies vanuit de spreekkamer wordt vaak niet opgevolgd als er niet ook goede begeleiding aan wordt gekoppeld. Daarvoor is toestemming van de patiënt nodig. Mensen vinden het prettig als ze op een niet-veroordelende manier worden bejegend. Als ze dan hulp krijgen waaraan ze echt iets hebben, worden de obesitasgerelateerde klachten uiteindelijk minder. Dát is voor mij de zorg van morgen.”

“Intussen vind ik wel dat de overheid stappen moet nemen tegen al die perverse prikkels. Overal waar we kijken zien we reclame voor suikers, vetten en zout. In de supermarkten en tankstations liggen ongezonde producten op ooghoogte. De gezonde kantine op school moet het opnemen tegen een fastfoodrestaurant om de hoek. Zelfs ziekenhuizen zijn er niet van verschoond. De overheid heeft de taak om zorg te dragen voor het welzijn van burgers. Dat is geen betutteling. De echte betutteling is om er niets aan te veranderen. Dan blijft de voedingsindustrie ons uitlokken om er een ongezonde leefstijl op na te houden.” ●

1. Pharos, 2019.
2. *Overgewicht en obesitas; een advies van de Gezondheidsraad, Meinders AE, Fogteloo J, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 20 september 2003.*
3. *Burden of disease study of overweight and obesity; the societal impact in terms of cost-of-illness and health-related quality of life, Hecker J, Freijer K, Hiligsmann M, Evers SMMA, BMC Health, 2022 Jan 7.*

De Culturele Apothekers schrijven voor bij...

Onverdraagzaamheid

Hoe langer corona in ons land was, hoe minder we van elkaar leken te verdragen. Waar we in het begin gezamenlijk de schouders eronder zetten, liepen de meningen over alles wat met corona te maken heeft – wel of niet vaccineren, zin en onzin van mondkapjes, openingstijden van horeca, et cetera – al gauw mijlenver uiteen. Het treurige gevolg: sommige familieleden gingen liever niet meer bij elkaar op bezoek, vriendengroepen meden angstvallig het C-woord en de vele politieke partijen kregen de neuzen zelden meer dezelfde kant op. En dat geldt niet alleen voor corona. Bij menig onderwerp lijken de verhoudingen al gauw op scherp te staan. We hebben collectief last van korte lontjes.

Ziektebeeld

Betrapt u uzelf ook steeds vaker op een ongenueanceerde mening? Bespeurt u bij uzelf een toenemende voorkeur om u onder gelijkgestemden te begeven? Dan heeft het onverdraagzaamheidsvirus ook u te pakken! Tijd om uw eigen, genuanceerde zelf te hervinden en uit uw bubbel te stappen met een boek. Empirisch onderzoek toonde aan dat je door het lezen van romans je empathische vermogens traint, al werd de representativiteit daarvan ook weer betwist. Maar spijkerhard bewijs of niet: zeker is dat een roman de mogelijkheid biedt om eens naar de wereld te kijken door de ogen van iemand met een heel ander leven dan het uwe.

Literaire medicatie

Lees bijvoorbeeld *Confrontaties* van Simone Atangana Bekono en verblijf enkele maanden samen met hoofdpersoon Salomé Atabong in een jeugdgevangenis. De dagen zijn er eentonig en lang. De sleur wordt enkel door-

broken door de therapeutische sessies van een voormalige tv-persoonlijkheid en door onderlinge ruzies. Hoe Salomé daar terecht is gekomen, wordt langzaam duidelijk. De directe reden weten we al gauw: de ernstige mishandeling van twee klasgenoten. Maar Salomé's verhaal blijkt vele malen complexer. Want ja, ze heeft een opvliegend karakter en heeft haar woedeaanvallen soms niet in de hand. Maar Bekono durft de vraag op te werpen hoe dat zo gekomen is. Door te beschrijven wat je als jonge zwarte vrouw in Nederland zoal meemaakt. Door invoelbaar te maken wat het met je doet als je dagelijks meer en minder goedbedoelde opmerkingen over je zogenaamde anders-zijn te horen krijgt. Door te laten zien hoe het is als je er steeds net niet bij hoort. Dit indringende boek leert dat iedereen een eigen verhaal heeft dat vele lagen kent en dat een simpel oordeel dus niet voldoet. Hoe waardevol in tijden van groeiende polarisatie!

Om de saamhorigheid verder te stimuleren raden we u aan om nog enige tijd na het lezen van *Confrontaties* dagelijks het gedicht ‘We zouden kunnen gaan zitten’ van de Vlaamse dichter Sylvie Marie in te nemen (uit de bundel *Houdingen*). De eerste twee strofen:

*we zouden kunnen gaan zitten
in een koffiekopje.*

*je weet wel,
een klassiek,
met schuine wanden,
zodat we telkens naar elkaar toe schuiven.*

Zie voor het hele gedicht: www.sylviemarie.be/ (of schaf de Plint-poster met dit gedicht aan).

HERHALINGSRECEPT:

OM UW BEGRIP VOOR ANDEREN LANGDURIG TE VERGROTEN EN TERUGVAL IN HOKJESDENKEN TE VOORKOMEN, RADEN WE AAN OM MINIMAAL 4X PER JAAR EEN BOEKENPIL IN TE NEMEN DIE U EEN HEEL ANDER LEVEN TOONT. EEN BOEKHANDELAAR, BIBLIOTHECARIS OF EEN MEDEWERKER VAN DE CULTURELE APOTHEEK KAN U HIERBIJ HELPEN.



Passende zorg voor kankerpatiënten

Moleculaire diagnostiek voorspelt effect kankerbehandeling

Er komen steeds meer geavanceerde kankermedicijnen die doelgericht tumorcellen op gen-niveau aangrijpen. Om het succes van deze – zeer dure – medicijnen te voorspellen, wordt in het DNA van de tumor gezocht naar zogeheten biomarkers. Dit heet ‘predictieve moleculaire diagnostiek’. Onder regie van het Zorginstituut werken betrokken veldpartijen samen aan de randvoorwaarden om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van dit onderzoek te borgen. Dit moet bijdragen aan passende zorg voor kankerpatiënten.

Tekst Jos Leijen

Beeld Pixabay

In april 2021 bracht het Zorginstituut advies uit over moleculaire diagnostiek aan Tamara van Ark, toenmalig minister van Medische Zorg. Het advies schetst de huidige problematiek en benoemt vier aandachtsgebieden voor nadere uitwerking:

- de effectiviteit en de rol van moleculaire diagnostiek in het zorgproces;
- de organisatie;
- de bekostiging;
- de data-infrastructuur.

Daarop vroeg de minister het Zorginstituut om de regie te voeren over de eerste drie gebieden, waarbij we oog moesten hebben voor een toekomstbestendige oplossing. Het ministerie van VWS neemt zelf het voortouw om tot de inrichting van de gewenste data-infrastructuur te komen.

Lotte Hermsen is namens het Zorginstituut overkoepelend projectleider. “In drie afzonderlijke deelprojecten werken we de ambitie van het advies de komende twee jaar uit”, legt ze uit. “We volgen daarin een integrale benadering, waarbij we de onderwerpen in onderlinge samenhang vormgeven. Hiermee creëren we de benodigde randvoorwaarden om te komen tot gepaste inzet van deze diagnostiek.”

“De deelprojecten zijn nodig om inzicht te krijgen in de effectiviteit van moleculaire diagnostiek en om ervoor te zorgen dat alle patiënten dezelfde zorg krijgen. Nu verschilt het nog per ziekenhuis welke behandeling je krijgt. Door de huidige inrichting van de bekostiging heeft niemand inzicht in het volume en de effectiviteit van het onderzoek. Het is niet mogelijk om moleculaire diagnostiektesten te koppelen aan gegeven behandelingen en de uitkomsten van die

behandelingen. Dat is nodig om nieuwe kennis te genereren.”

Regierol

De regierol van het Zorginstituut bestaat onder meer uit het samenbrengen van betrokken partijen en het stimuleren van het overleg tussen deze partijen. Daarnaast bewaken we de samenhang tussen de drie deelprojecten, zodat er straks een integraal product ligt. Bij de projecten zijn alle partijen betrokken die te maken hebben met moleculaire diagnostiek, van patiënten en verzekeraars tot pathologen, medisch oncologen en klinisch genetici.

“Het is aan de veldpartijen om in actie te komen. Zij zijn de deskundigen. Vanuit hun eigen rollen en expertise werken zij gezamenlijk in de deelprojecten aan de inhoud”, aldus Hermsen. “Zo werken zij in deelproject 1 aan een lijst met minimaal klinisch noodzakelijke testen. Die lijst helpt medisch oncologen om te beslissen welke biomarkers onderzocht moeten worden. En er is een commissie geïnstalleerd die bij toekomstige nieuwe behandelingen beoordeelt welke test nodig is. Daarnaast hebben wij zelf een onderzoek uitgezet. Dit onderzoek gaat inzicht geven in de effectiviteit en plaatsbepaling van moleculaire diagnostiek. Ook gaan we op zoek naar een duurzame manier om in te spelen op de snelle ontwikkelingen binnen dit veld.”

In deelproject 2 werken veldpartijen aan een kwaliteitsstandaard met landelijke afspraken over de organisatie van moleculaire diagnostiek. Die beschrijft bijvoorbeeld de kwaliteitscriteria voor (complexe) moleculaire diagnostiek, de wijze waarop de moleculaire diagnostiek regionaal wordt ingericht en



De Leng: “Moleculaire diagnostiek is essentieel om te voorspellen of een doelgericht medicijn kans op succes heeft”

de manier waarop data- en gegevensuitwisseling plaatsvindt. Indien nodig zet het Zorginstituut zijn eigen wettelijke instrumenten in om passende zorg te bevorderen. Hermsen: “We geven bijvoorbeeld landelijk duidelijkheid over het klinische nut van een test bij een gerichte indicatie met een duiding. Vanuit onze regierol geven we richting als partijen er zelf niet uitkomen.”

Uniforme werkwijze

De Nederlandse Vereniging Voor Pathologie (NVVP) is nauw betrokken bij de drie deelprojecten en is trekker van het deelproject ‘Organisatie van zorg’. Daaronder valt onder meer het opstellen van de kwaliteitsstandaard. Sophie van Tilburg-van Hedel is directeur van de NVVP. Wendy de Leng is klinisch moleculair bioloog in de pathologie bij het UMC Utrecht en voorzitter van de

sectie klinische moleculaire en experimentele pathologie van de NVVP. “In Europees perspectief hebben we het in Nederland al heel goed geregeld”, vindt De Leng. “Maar er is altijd ruimte voor verbetering. Het is belangrijk dat we goed identificeren welke patiënt in aanmerking komt voor een behandeling. Moleculaire diagnostiek is essentieel om te voorspellen of een doelgericht medicijn kans op succes heeft. Met dit project kunnen we landelijk tot een uniforme werkwijze komen, zodat iedereen toegang heeft tot dezelfde, passende zorg.”

Volgens De Leng is de kwaliteit in de Nederlandse ziekenhuizen goed. De kwaliteitsstandaard kan helpen om dat zichtbaar te maken en om verschillen tussen ziekenhuizen weg te nemen, stelt ze. Voor de NVVP is het belangrijk dat de zorg, en dus ook de moleculaire diagnostiek, zo dicht mogelijk bij de patiënt

wordt geleverd. Dat sluit aan bij de passende-zorgprincipes ‘de juiste zorg op de juiste plek’ en ‘zorg dicht bij de patiënt’. “We kunnen het binnen regio’s met elkaar regelen, in een netwerk van pathologieafdelingen.”

Kwaliteitsstandaard

NVVP-directeur Van Tilburg vertrouwt erop dat partijen er samen uitkomen, maar ziet ook beren op de weg. “Er is veel tijdsdruk: volgend jaar moeten we de kwaliteitsstandaard opleveren. We hebben schrijfgroepen geformeerd voor de verschillende hoofdstukken. Soms is het ingewikkeld om het eens te worden over wat er precies op papier moet komen. Belangrijk uitgangspunt daarbij is steeds: de beste zorg voor patiënten zo goed mogelijk beschrijven, zodat er een standaard komt waarin iedereen zich herkent.” Ze verwacht dat de eerste conceptversie van de kwaliteitsstandaard na de zomer gereed is. “Tussentijds houden we betrokken partijen steeds op de hoogte en kunnen zij feedback geven.”

Als de kwaliteitsstandaard klaar is, moet deze worden geïmplementeerd. Dan zal blijken dat veel afdelingen pathologie al volgens de standaard werken, verwacht Van Tilburg. Sommige zullen hun werkwijze moeten aanpassen. Ook zullen afdelingen nog meer gaan samenwerken. Op het gebied van moleculaire diagnostiek, maar ook op andere vlakken.

Leren van data

“Het is belangrijk dat de financiering ook goed geregeld wordt”, zegt De Leng. “Nu betalen sommige ziekenhuizen nog zaken uit het eigen budget terwijl andere ziekenhuizen de behandeling niet bieden. Dat levert ongelijke zorg op.” “En de data-infrastructuur moet snel op poten staan”, voegt Van Tilburg toe. “De data zijn cruciaal om een verbetering te maken en van te leren.” Het uitvoeringstraject en de deelprojecten sluiten aan bij de route naar passende zorg, aldus projectleider Lotte Hermsen. “We hanteren in het project een integrale benadering, waarbij we de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in onderlinge samenhang vorm willen geven. Leidend hierbij is dat we met het veld toewerken naar waardegedreven zorg, die op de juiste plek en in afstemming met de patiënt tot stand komt. Dit zal uiteindelijk bijdragen aan betere zorg en gezondheidswinst voor de patiënt.” ●

NHG onderzoekt effectiviteit diabeteszorg op afstand

“Iedereen moet de keuze hebben tussen liveconsult en e-zorg”

Vier keer per dag glucosewaarden meten, medicatie innemen, oppassen met voeding, voldoende bewegen. Mensen met diabetes hebben een dagtaak aan het managen van hun ziekte. Daar komen de persoonlijke consulten bij huisarts of specialist nog bij. Kan monitoring op afstand niet net zo goed effectief zijn? Op initiatief van het NHG werkt een projectgroep aan aanbevelingen.

Tekst Loek Kusiak

Beeld De Beeldredactie | Joost Hoving

“Diabeteszorg is goed planbaar, maar nog hoofdzakelijk face-to-face ingericht. Terwijl de behoefte aan digitale uitwisseling van gegevens en advies over zelfmetingen toeneemt”, zegt Angela de Rooij, belangenbehartiger van de patiëntenorganisatie Diabetesvereniging Nederland (DVN) en zelf patiënt met diabetes type 2.

Leefstijl

De Rooij is lid van de zogeheten DiDia-projectgroep, die bestaat uit huisartsen, internisten, onderzoekers van het Nationale e-Health Living Lab in Leiden en patiëntenverenigingen. Samen vullen zij bestaande richtlijnen voor diabetes aan met aanbevelingen voor een module over zorg op afstand met behoud van kwaliteit. Ervaringen met digitale zorg voor en tijdens de covidpandemie, kennis uit focusgroepen en data uit de e-healthmonitor vormen de basis voor de aanbevelingen. DiDia valt onder een stimuleringsprogramma van ZonMw en ontvangt 150.000 euro subsidie van het Zorginstituut omdat de studie passende zorg binnen handbereik brengt.

“In de diabeteszorg”, vervolgt De Rooij, “wordt men nog vaak in de watten gelegd:

‘Komt u over drie maanden maar terug’. Terwijl diabetes juist zeer geschikt is voor zorg op afstand, voor het delen van gegevens. Via de app op je smartphone geef je glucosewaarden en bloeddruk door terwijl de dokter of praktijkondersteuner *on screen* meekijkt en adviseert. We moedigen onze achterban ook aan tot zelfmanagement. Ofwel: doe thuis wat je thuis kunt doen. Waarom zou je iemand vier keer per jaar op spreekuur roepen? Voegt niets toe aan de kwaliteit van leven, althans niet voor degene met een gezonde leefstijl die zelf zijn diabetes kan managen. Maar de persoon met diabetes die door de pandemie veel kilo's is aangekomen moet de arts wel live zien.”

Excel-bestand

Gepersonaliseerde leefstijlondersteuning van de diabetespatiënt die samen met de arts in zijn spreekkamer doelen opstelt, moet je niet vervangen door digitale contacten, vindt huisarts Jako Burgers. Hij is bijzonder hoog-

leraar 'Bevorderen persoonsgerichte zorg in richtlijnen' en werkzaam bij het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de hoofdaanvrager van het onderzoek. “Streefwaarden van glucose en cholesterol gaan soms een eigen leven leiden, waarbij men de mens achter de patiënt verwaarloost. En omdat mensen met diabetes - zoals zovelen - dicht bij hun huisarts wonen, is een liveconsult makkelijk, soms zelfs noodzakelijk. Bij een liveconsult kan mijn praktijkondersteuner of ikzelf deze patiënt beter aansporen tot gezonder eten, afvallen, meer bewegen, sporten. Dat is persoonsgerichte zorg, kernwaarde van de huisartsgeneeskunde. Digitalisering kan dat ondersteunen. Het gaat dus niet om de ziekte, maar om de mens met de ziekte, om gezondheid. Met iemand die vorderingen in leefstijl maakt, kan je in het vervolg op afstand contact onderhouden.”

Burgers maakt mondjesmaat mee dat patiënten hem al systematisch meet-

gegevens sturen. “Wel zijn er patiënten met een drukke baan en weinig tijd die hun waarden in een Excelbestand invoeren via het patiëntenportaal van de huisartspraktijk. In dat portaal kan je ook om een herhaalrecept en e-consult vragen. Maar meetgegevens worden nog niet automatisch in het patiëntendossier verwerkt. Dus kan ik ook niet helder het verloop van iemands diabetes volgen.”

PGO's

Wel is er het programma OPEN Eerstelijns waarmee huisartsen medische gegevens digitaal kunnen delen met patiënten. OPEN zorgt ook voor de invoering en aansluiting op het PGO (Periodieke GezondheidsOmgeving); dat is een app of website waar men zijn medische dossier kan inzien en ook gegevens kan invoeren.

Burgers: “PGO's volgens de MedMij-standaarden kunnen digitaal koppelen met systemen van huisartsen. Zij moeten de PGO ook nadrukkelijk bij patiënten stimuleren om zelf meetgegevens in te voeren. De ontwikkeling van PGO's is echter een vrije markt met veel spelers. In elke regio wordt nu onderzocht welke PGO's geschikt zijn. Tegelijk moeten we oog hebben voor toenemende ongelijkheid tussen patiënten door verschillen in digitale vaardigheden. Niet iedereen kan of wil met een smartphone of een PGO omgaan.”

Angela de Rooij gebruikt ook een PGO voor het uploaden van haar waarden naar de huisarts. “Wij informeren onze achterban ook breed over de toegevoegde waarde en de verschillen tussen apps, zoals glucosemeters. De meeste apps kan je koppelen aan een PGO, waardoor de thuismeting met een sensor bruikbaar is als voorbereiding op een consult. Zo breng je niet alleen zorg op de juiste plek - dicht bij de mens met diabetes dus - maar kan je ook samen met de arts beslissen over de best passende behandeling. Vergeet ook niet dat mensen met diabetes soms 27 zorgverleners om zich heen hebben. Van huisarts tot podoloog, van diëtist tot pedicure. Dan is het enorm handig, ook voor mantelzorgers, om alle uitslagen in één PGO te hebben.”

Algoritme

In het door de RIVM erkende programma 'KeerDiabetes' krijgen patiënten al online professionele begeleiding bij leefstijlverbetering en het stoppen met medicatie. En in twee achterstandswijken in Den Haag start dit voorjaar een pilot met een 'gepersonaliseerd menu' voor leefstijlinterventies, e-health en thuismonitoring. Burgers: “De projectgroep gaat ook kijken naar aanbevelingen over de effectiviteit van digitale leefstijlondersteuning.”

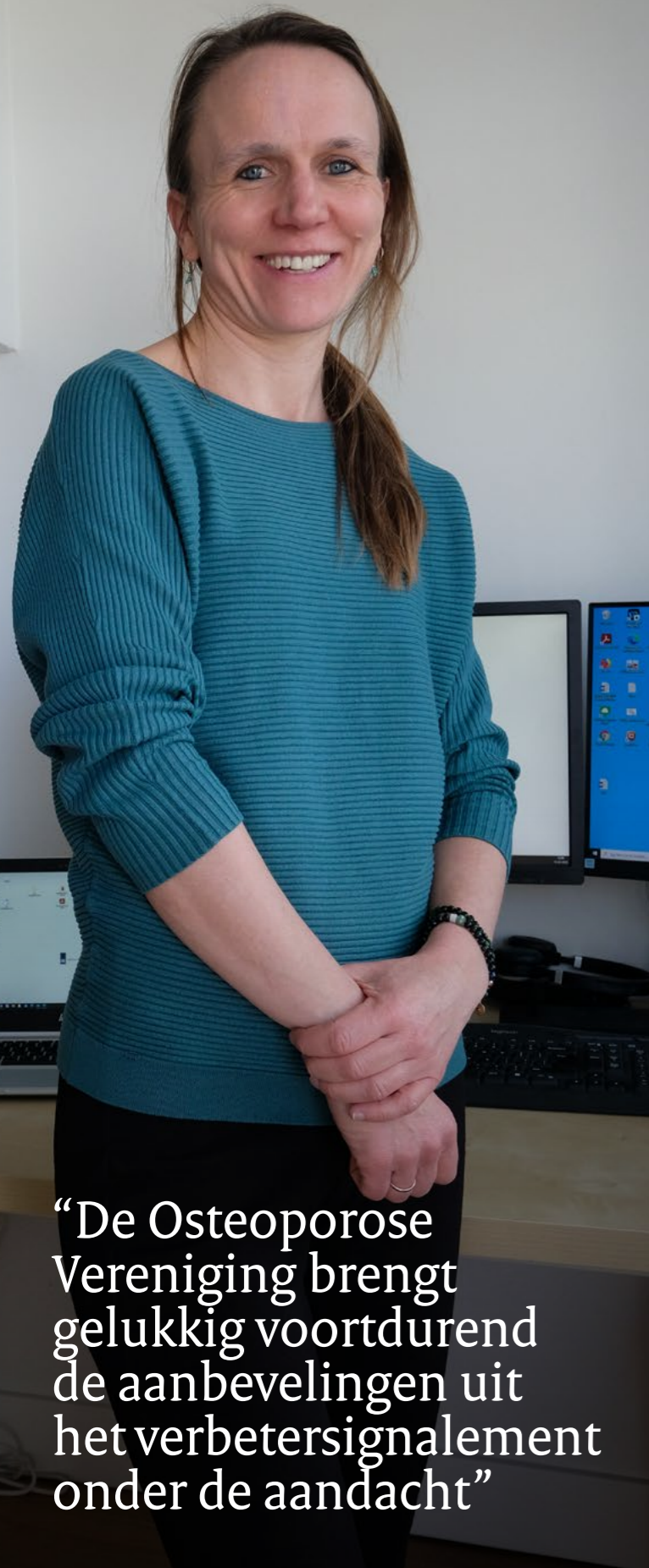
Najaar 2023 moeten de aanbevelingen voor diabeteszorg op afstand gereed zijn voor implementatie in de NHG-richtlijn. Angela

de Rooij verwacht dat in de aanbevelingen “niet aan het toeval wordt overgelaten of een individuele huisarts wel of niet bereid is tot digitale zorgverlening. Iedereen, van Bolsward tot Maastricht, moet naar keuze aanspraak kunnen maken op e-zorg of een liveconsult.”

Jako Burgers: “Persoonsgerichte zorg en richtlijnen voor diabeteszorg op afstand lijken op het eerste gezicht misschien niet samen te kunnen gaan. Maar bij een verantwoorde toepassing kan dat wel. Zolang het algoritme maar niet het gesprek tussen patiënt en huisarts domineert.” ●



Angela de Rooij



“De Osteoporose Vereniging brengt gelukkig voortdurend de aanbevelingen uit het verbeteringsignalement onder de aandacht”

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 **Verbetersignalement Zinnige Zorg bij osteoporose**.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Ron Zwagemaker en De Beeldredactie | Lex van Lieshout

aan het bureau

Iris Groeneveld is adviseur bij het Zorginstituut.

“In de osteoporosezorg zaten over het hele zorgtraject veel verbeterpunten, vanaf de opsporing op basis van de DEXA-scan tot de therapietrouw. Het gaat om een groot aantal patiënten en het is belangrijk om ze op te sporen om toekomstige botbreuken te voorkomen. Wervelbreuken geven vaak pijnklachten en heupbreuken kunnen leiden tot langdurige revalidatie. Met vroeger opsporing kunnen kosten worden voorkomen van ziekenhuis-, verpleeghuis- en revalidatiezorg, maar ook maatschappelijke kosten. Vroegtijdige behandeling zorgt ervoor dat mensen klachtvrij kunnen blijven functioneren. Maar helaas krijgt slechts 25 procent van de vijftigplussers na de eerste botbreuk een DEXA-scan; dit zou 75 procent moeten zijn. Niet elk ziekenhuis geeft de patiënt hiervoor standaard een uitnodiging, en patiënten zien er ook niet altijd het nut van in. Daarom pleiten wij onder meer voor de opzet van fractuurpreventieteams, zodat patiënten die met een botbreuk op de SEH belanden een DEXA-scan krijgen en dan op de fractuurpreventiepolikliniek kunnen starten met behandeling. Hierbij zien we een belangrijke rol voor de verpleegkundig specialist.

De totstandkoming van dit verbeteringsignalement heeft plaatsgevonden binnen het Zinnige Zorg-programma. Dit garandeert een gedegen, diepgaande aanpak met een goede balans tussen onderzoek en praktijk. Aan de presentatie van dit verbeteringsignalement is veel aandacht besteed. De eerste belangrijke stappen in implementatie zijn genomen, namelijk door verbeterafspraken te verwerken in de richtlijn. Maar dan begint het pas. Meer DEXA-scans betekent bijvoorbeeld meer diagnostiek en daarvoor zijn ICT, geld, mensen en middelen nodig. En verbetering van therapietrouw vereist samenwerking tussen huisartsen en apothekers, maar ook eigen regie vanuit de patiënt. Het is dan ook een goede zaak dat de Osteoporose Vereniging zeer actief is om de aanbevelingen uit het verbeteringsignalement voortdurend onder de aandacht te blijven brengen.”



“Het verbeteringsignalement was ook een eyeopener voor de ‘insiders’. Valpreventie krijgt nu al meer aandacht in de praktijk”

aan het bed

Peter van den Berg is verpleegkundig specialist in het Reinier de Graaf Ziekenhuis.

“Dit verbeteringsignalement brengt heel duidelijk de problemen van fractuurpreventiezorg in kaart. Die zorg is goed vormgegeven, maar is onvoldoende uitgerold. Te weinig mensen die deze zorg nodig hebben, krijgen die ook. Dat is een grijs gebied, want er is niemand die je er direct op aanspreekt. Probleem is dat deze zorg zich afspeelt tussen verschillende specialismen. De patiënt met een botbreuk wordt opgevangen op de afdeling eerste hulp. Daar wordt natuurlijk goede zorg verleend, maar fractuurpreventie staat daar niet hoog op de agenda.

De presentatie van het verbeteringsignalement door het Zorginstituut was ook een eyeopener voor de aanwezige ‘insiders’. Maar dat leidt nog niet één-twee-drie tot verandering. De bij fractuurpreventie betrokken professionals waren al gestart met het schrijven van de nieuwe richtlijn, die nu naar verwachting snel zal worden gepubliceerd. Ook zien we in de praktijk dat valpreventie al meer aandacht krijgt. De Osteoporose Vereniging heeft hiervoor heel snel een goede scholing opgezet en deze via Chronisch Zorg Net uitgerold onder fysiotherapeuten. Petje af.

Maar nu moeten de fractuurpreventieteams tot stand komen als uitrol van het verbeteringsignalement én de multidisciplinaire richtlijn. De verpleegkundig specialist kan hierin een belangrijke positie innemen, gelet op het grote patiëntenaantal dat voor fractuurpreventiezorg in aanmerking komt en de ambitie om van 25 naar 75 procent DEXA-scans te komen. In ons ziekenhuis nemen we nu het hele zorgpad kritisch onder de loep om de bottlenecks rond fractuurpatiënten en secundaire preventie in kaart te brengen. Met name de oproepstrategie om patiënten de DEXA-scan te laten nemen kan beter, weten we. Daar zullen we dus werk van maken. We hebben ons transitie- en innovatieteam gevraagd om ons te ondersteunen in de ambitie om tot 75 procent DEXA-scans te komen.”

Betere zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB)

“Belangrijk dat artsen een LVB herkennen”

Nederland telt naar schatting 1,17 miljoen mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB). Uit onderzoek blijkt dat deze mensen vaak niet de juiste zorg krijgen. Ze verwerken informatie langzamer en soms verkeerd en begrijpen niet direct wat er van hen wordt verwacht. Artsen hebben soms niet in de gaten dat ze met iemand met een LVB te maken hebben. Een onlangs verschenen verbeteringsrapport geeft aan hoe de zorg verbeterd kan worden.

Tekst Jos Leijen

Beeld De Beeldredactie | Marcel J. de Jong

Albertine van Diepen is namens het Zorginstituut projectleider van het traject Zinnige Zorg voor mensen met een LVB. In het traject bekijkt het Zorginstituut samen met veldpartijen hoe de zorg verbeterd kan worden. “We spreken van een LVB als mensen een gemeten IQ tussen 50 en 85 hebben en dat gepaard gaat met een beperkt adaptief vermogen”, legt ze uit. Mensen met een LVB hebben gemiddeld een lagere levensverwachting en maken relatief meer gebruik van de gezondheidszorg dan mensen zonder een LVB. Zij komen gemiddeld vaker bij de huisarts, gebruiken vaker meerdere geneesmiddelen en hebben een lagere kwaliteit van leven. Mensen met een LVB hebben moeite om (behandel)adviezen van de huisarts te volgen, waardoor die niet

(goed) worden opgevolgd en er geen positief gezondheidseffect ontstaat. Een bijkomend knelpunt is dat zorgverleners de diversiteit van signalen van een LVB vaak niet kennen. “Zij vermoeden dus vaak niet dat een patiënt mogelijk een LVB heeft”, zegt Van Diepen. “Soms spelen er ook andere problemen, zoals een conflict op het werk, armoedestress of ingrijpende gebeurtenissen in iemands leven. Zonder aandacht voor wat er precies aan de hand is, gaan zij vervolgens een zorgtraject in. Terwijl een sociaal traject in veel gevallen een betere oplossing kan zijn om de onderliggende problemen aan te pakken. Dan krijgen ze dus geen passende zorg.”

Onrust geeft klachten

Hilde Blokzijl-Strijker, huisarts in Hoogeveen, herkent de knelpunten die Van Diepen schetst. Ze heeft meer dan honderd mensen met een verstandelijke beperking in haar praktijk. “Sociale problemen manifesteren zich vaak medisch. Dat hoeven niet eens grote problemen te zijn. Een ruzie op het werk kan mensen al behoorlijk uit het lood slaan. Ook maakte ik van dichtbij mee hoe nieuwbouwactiviteiten bij een instelling hier in Hoogeveen anderhalf jaar lang leidden tot onrust en gezondheidsklachten bij de bewoners.”

Blokzijl kwam toevallig in aanraking met patiënten met een lichte verstandelijke beperking, vertelt ze. “Ik startte mijn praktijk hier en nam patiënten over van een huisarts die met pensioen ging. Daar zaten cliënten van een instelling bij. Ik vond het een interessante en uitdagende patiëntengroep. Mensen met een LVB komen vaak met ingewikkelde klachten en het is een puzzel om helder te krijgen wat er werkelijk aan de hand is. Ze zijn ongekunsteld en als ze je leren kennen, zijn ze vaak heel open. Ik kan als huisarts veel voor hen betekenen.”

PASSENDE ZORG

Het verbeteringsrapport voor zorg aan mensen met een LVB past naadloos bij de principes van Passende zorg, aldus projectleider Albertine van Diepen. “Waardegedreven zorg houdt in dat mensen effectieve zorg krijgen. Daarnaast gaat het om de juiste zorg (of ondersteuning) op de juiste plek. Die kan soms uit het sociale domein komen. Zorg samen met en rondom de patiënt komt tot stand als je de tijd neemt en goed luistert naar die patiënt. Zeker bij mensen met een LVB is het belangrijk dat je dingen in gewone mensentaal uitlegt en checkt of ze het ook begrijpen. En gezondheid in plaats van ziekte is de kern van LVB-zorg.”



Hilde Blokzijl-Strijker

Als er nieuwe patiënten met een verstandelijke beperking werden aangemeld bij de praktijk, kwamen ze al snel bij Blokzijl terecht. Zo kreeg zij er steeds meer patiënten met een beperking bij en kreeg ze steeds meer ervaring met hun problematiek. Toen een instelling voor beschermd wonen een nieuwe locatie opende, was Blokzijl de aangewezen huisarts.

De tijd nemen

“Het is belangrijk dat je de tijd neemt als een patiënt op het spreekuur komt. Goed luisteren. Vaak kan een begeleider of ouder aangeven wat er is veranderd. Verder houd ik het altijd zo eenvoudig mogelijk en vraag ik goed door. De antwoorden neem ik soms met een korreltje zout. Soms zeggen patiënten ja om mij een plezier te doen. Daar moet ik dan doorheen prikken.”

Ook in haar ‘gewone’ patiëntenkring zitten mensen met een LVB. “Het kan soms even duren voordat je dat doorhebt”, zegt ze. “Als je mensen vaker terugziet, moet je alert zijn. Komt je uitleg wel aan? Zit er onvermogen achter om met zaken om te gaan? Een valkuil is dat mensen soms verbaal sterk zijn. Soms

hebben ze een stevige partner en komen ze in de problemen als die wegvalt.” Wanneer Blokzijl vermoedt dat sociale problemen de werkelijke oorzaak zijn van medische klachten, schakelt ze het maatschappelijk werk in of begeleiding via de Wmo. “Er is een maatschappelijk werker gedetacheerd bij onze huisartsenpraktijk. Daar heb ik regelmatig contact mee.” Als het om een cliënt van een instelling gaat neemt ze soms contact op met de begeleiding of de gedragswetenschapper. Ook heeft ze regelmatig contact met een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG). “Een van de instellingen heeft een AVG in dienst. Die houdt zich vooral bezig met het gedrag en niet met ‘huisartsendingen’. Maar het overleg is heel waardevol, bijvoorbeeld als het gaat over medicatie.”

Scholing op LVB

Een aantal zaken die Blokzijl al in haar praktijk toepast, staan als verbeterpunten in het verbeteringsrapport. Het verbeteringsrapport is het resultaat van verdiepend onderzoek naar de kwaliteit van zorg. “Veel huisartsen weten te weinig van LVB”, zegt Van Diepen. “Je ziet vaak aan de buitenkant

Blokzijl: “Het is essentieel dat we mensen goed begeleiden en niet overvragen. Dit leidt tot gezondheidswinst, mensen zijn gelukkiger en het scheelt veel geld”

niet dat iemand een LVB heeft en signalen worden vaak niet opgepikt. Het is belangrijk dat artsen een LVB herkennen. Dan kunnen ze de patiënt passende zorg bieden. LVB moet explicieter in standaarden terugkomen en huisartsen, praktijkondersteuners en assistenten moeten erop geschoold worden.”

Mensen met een LVB vragen een andere benadering. Het verbeteringsrapport adviseert om de communicatie aan te passen aan deze patiënten. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft toegezegd een gespreksmodel te maken dat ook in de opleiding aan bod komt. Tot slot moet de samenwerking met en tussen zorgverleners verbeteren. Binnen de huisartspraktijk om kennis te delen, en tussen het medische en het sociale domein om mensen naar de juiste zorg door te verwijzen. “Veel klachten komen doordat mensen de wereld niet aankunnen”, zegt Blokzijl. “Het is essentieel dat we mensen goed begeleiden en niet overvragen. Dan voorkomen we dat ze in het verkeerde circuit terecht komen. Dit leidt tot gezondheidswinst, mensen zijn gelukkiger en het scheelt veel geld.” ●

Standpunt Zorginstituut:

Liposuctie bij lipoedeem (nog) niet bewezen effectief

De effectiviteit van liposuctie als behandeling van lipoedeem is al enige jaren omstrede. In ons recent uitgebrachte standpunt* stellen wij dat er vooralsnog te weinig wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van liposuctie. Dat betekent dat de behandeling (nog) niet kan worden toegelaten tot het basispakket.

Zorg die bewezen effectief is wordt via de basisverzekering vergoed. Soms is die effectiviteit onduidelijk, of is er discussie over ontstaan tussen zorgverleners, verzekeraars en patiënten. In dat geval wordt het Zorginstituut gevraagd hierover een standpunt uit te brengen. Op basis van wetenschappelijk onderzoek beoordelen wij of zorg bewezen effectief is en dus via de basisverzekering vergoed kan worden.

Lage kwaliteit bewijskracht

De afgelopen jaren waren er meerdere geschillen tussen zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars over de effectiviteit van liposuctie als behandeling van lipoedeem (zie voor toelichting van de begrippen het kader rechts). In deze geschillen hebben wij al eerder een negatieve uitspraak gedaan over toelating tot het basispakket. In de recente beoordeling hebben we vijf nieuwe studies meegenomen. Bij deze 'observationale' studies zijn patiënten met voor- en nametingen gevolgd. Uit dit onderzoek concluderen wij dat de bewijskracht van de studies voor alle uitkomstmaten van 'zeer lage kwaliteit' is. Op basis van het beschikbare onderzoek kunnen we daarom niet vaststellen dat liposuctie het functioneren van patiënten verbetert en (daarmee) bijdraagt aan de kwaliteit van hun leven.

Nieuw onderzoek nodig

Omdat de ziektelast van deze aandoening groot is en omdat er sprake is van een medische behoefte voor patiënten bij wie de standaardbehandeling niet werkt, adviseren wij de betrokken beroepsgroepen en patiëntenverenigingen nieuw onderzoek van goede kwaliteit op te zetten. In reactie op ons standpunt en advies stelt Joeri Gillissen, voorzitter van patiëntenvereniging NLNet: "Dit is een bittere pil voor vrouwen die door lipoedeem beperkt worden in het functioneren en voor wie de bestaande niet-chirurgische behandelingen geen of onvoldoende resultaat bieden. Op basis van de vraag naar wetenschappelijk bewijs en de geldende beoordelingsmethodiek kunnen we het niet oneens zijn met het Zorginstituut. Maar bij vrouwen die liposuctie ondergaan, zien we dat het werkt. We gaan daarom zeker niet stilzitten. Samen met onze Expertgroep Lipoedeem, waarin verschillende professionals en ervaringsdeskundigen zijn vertegenwoordigd, bekijken we de mogelijkheden om op korte termijn nieuw onderzoek van goede kwaliteit op te zetten." ●

* De volledige titel van het standpunt luidt: *Liposuctie met tumescente lokale anesthesie en vibrerende micro canules bij patiënten met lipoedeem.*

Vanwege de hoge ziektelast adviseren we de betrokken beroepsgroepen en patiëntenverenigingen nieuw onderzoek van goede kwaliteit op te zetten

Lipoedeem en liposuctie nader verklaard

Bij lipoedeem is er sprake van een abnormale verdeling van vetweefsel over het lichaam. De aandoening komt vooral voor bij vrouwen. De meest voorkomende klachten zijn hevige pijn, overgevoeligheid bij aanraking en het snel ontwikkelen van blauwe plekken. De vetophopingen beperken de bewegingsvrijheid. Liposuctie is een operatietechniek waarbij onder lokale verdoving overtollig vet wordt verwijderd. De behandeling richt zich op verbetering van het functioneren en de kwaliteit van leven van de patiënt.



“Dokters moeten minder behandelen en éérst kijken naar de context”

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:

Toosje Valkenburg Huisarts

“Dokters gaan te snel over tot het behandelen van patiënten. Want – zo wordt vaak gedacht – als je niet behandelt, lijkt het alsof je de patiënt niet serieus neemt. Terwijl iets *niet* doen, niet betekent dat je *helemaal niets* doet. Stel eerst de vraag of de behandeling een bijdrage levert aan de levenskwaliteit van de patiënt. En stel die vraag niet zozeer aan jezelf, maar eerst en vooral aan de patiënt. Die is immers de enige die deze beslissing kan nemen. Wij artsen kunnen de patiënt daarbij helpen met onze kennis. We moeten stoppen met de illusie te wekken dat we alles kunnen fixen. Je kan het de burger niet verwijten dat die blijft zoeken naar de beste behandeling. Daarom is het onze verantwoordelijkheid om de patiënt te vertellen dat een behandeling een prijskaartje heeft – en dat bedoel ik niet in financiële zin, maar in de zin van levenskwaliteit. Kijk, een nieuwe hartklep voegt vaak levenskwaliteit toe, maar soms ook niet. Zo zal een 93-jarige die de deur niet uitkomt vanwege forse artrose niet veel aan een nieuwe klep hebben. Soms is het dan beter om een patiënt een behandeling in alle redelijkheid af te raden. Dokters moeten dus minder doen. Kijk eerst naar de context van de patiënt en vraag je af of een behandeling voor hem of haar toegevoegde waarde heeft.”

Beeld De Beeldredactie | Joost Hoving

Over zorg gesproken...

“Aan iedereen die de huisartsenopleiding overweegt, zeg ik: doe het niet, er zit geen toekomst in, je ligt aan de ketting bij de zorgverzekeraar en politiek’

Dirk van Leeuwen, voormalig huisarts, in de Volkskrant (13 april 2022).

“De patiënt is een onderdeel van een geheel, de familie/dierbaren, en dat geheel verdient aandacht.”

Prof. dr. Armand Girbes, in Arts en Auto (28 maart 2022).

“Huisartsen stoppen voortijdig met hun vak vanwege het gevoel te zijn verworpen tot een duizenddingendoekje van de gezondheidszorg.”

Columniste en huisarts Danka Stuiver, in de Volkskrant (31 maart 2022).

“Onze anatomie is niet het resultaat van een bouwkundig initiatief maar de uitkomst van een paar miljard jaar slim improviseren.”

Arts, filosoof en schrijver Bert Keizer, in Trouw (18 maart 2022).

“Het ophalen van afval hebben we in Nederland beter vastgelegd dan de zorg voor kwetsbare kinderen.”

Olaf Prinsen, directeur Jeugdzorg Nederland, in het AD (23 februari 2022).

“Werken zonder de schat aan informatie die in onze data zit, is als autorijden met een geblindeerde voorruit en geen dashboard.”

Frido Kraanen, bestuurder Omring, over het belang van digitalisering in de zorg, in Zorgvisie (10 maart 2022).

“We hebben een maatschappij gecreëerd, die mensen ongezond oud maakt.”

Arts en verouderingsexpert David van Bodegom pleit voor meer overheidsinzet voor gezonder leven, op pzc.nl (26 januari 2022).

“De beste patiëntenzorg begint met de beste zorg voor je personeel.”

Peter van der Voort, IC-hoofd in Groningen, over zijn plan om de uitstroom van personeel te stoppen, in Zorgvisie (22 februari 2022).

“Per decreet een pandemie opheffen terwijl het virus nog volop rondgaat, is een privilege van gezonde mensen.”

Columnist Asha ten Broeke, in de Volkskrant (17 februari 2022).

“Te veel eelt op de ziel is voor een psychiater zeker niet goed. Empathie en inlevingsvermogen moeten altijd blijven. Daardoor blijft het balanceren.”

Psychiater Ruud Jongedijk, in Arts en Auto (11 februari 2022).