



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut Magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
maart 2024

Tijn Kool, hoogleraar Passende Zorg:

**“Écht passende
zorg vereist
verandering in
cultuur en
gedrag”**



**Koplopers gestart
met implementatie
KIK-V-methode**

**Passende zorgpraktijken:
extra impuls naar
passende zorg**

Inhoud

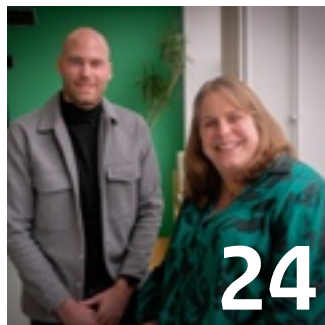
6 Passende zorgpraktijken
In 2023 startte het programma 'Passende zorgpraktijken'. Het doel: de beweging naar passende zorg een extra impuls geven, door goede praktijkvoorbeelden in beeld te brengen en de werkende mechanismen binnen deze praktijken op te schalen.

10 Implementatie KIK-V-methode
Het programma KIK-V richt zich op het verlichten van administratieve lasten en het stroomlijnen van gegevensuitwisseling. De eerste koplopers implementeren de werkwijze in hun organisaties en zijn enthousiast over de impact.

12 Moleculaire diagnostiek
Binnen de kankerzorg helpt de moleculaire diagnostiek - het bepalen van de genetische eigenschappen van tumoren - bij de selectie van patiënten die in aanmerking komen voor oncologische precisiegeneesmiddelen. Hoe werkt dat?

20 Leidraad chronische pijn
De behandeling van patiënten met chronische pijn kan beter. Pijnbehandelaars wisten dat al langer. In 2017 schreven ze een zorgstandaard voor chronische pijn. Die is nu aangevuld met een leidraad om de zorg beter te organiseren.

24 Online therapie doeltreffender
Minddistrict biedt sinds 2008 een digitaal platform voor ggz-behandelingen. Nieuw is een tool voor tussentijdse meetmomenten over de mentale toestand van de cliënt. Daardoor krijgt de therapeut een betrouwbaarder inzicht in het succes van de behandeling.



Rubrieken

- 8 Tien vragen aan:** Eugène van Mierlo
- 14 De stelling van...**
Tijn Kool, hoogleraar Passende Zorg.
- 18 Feiten & Cijfers**
- 22 Aan het bureau / aan het bed**
De verbetering van de zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten.
- 27 De zorg van morgen**
... volgens Rudi Westendorp, directeur Vereniging Reable Nederland.
- 28 Over zorg gesproken**

Voorwoord

Transparantie als gamechanger?

De laatste tijd is er veel aandacht voor de transparantie op de kwaliteit van zorg. Deze keer aangezwengeld door een publicatie over de verschillen in kwaliteit van zorg bij prostaatkanker. Hieruit bleek dat de kans op incontinentie en impotentie na behandeling sterk verschilt per ziekenhuis. Transparantie op de kwaliteit van goede zorg kan helpen om deze verschillen ter verkleinen. Het nadeel van deze methode is wel dat dit vaak leidt tot 'straflijstjes'. Dat moeten we niet willen, want dan krijg je situaties zoals je in de VS ziet, waar zorgaanbieders alleen nog eenvoudige en minder risicovolle zorg verlenen om maar hoger op die ranglijst te komen.

Wat werkt dan wel? Het antwoord daarop moeten we denk ik zoeken in 'transparantie op passende zorg'. Daarbij gaat het niet om transparantie op uitkomstindicatoren, maar om transparantie op de criteria die we hebben gedefinieerd voor passende zorg, namelijk dat zorg persoonsgericht moet zijn, houdbaar op personeel en middelen moet zijn en duurzaam is. Met de onlangs geïntroduceerde passende zorgpraktijken (zie ook pagina 6) maken we transparant waar passende zorg wordt verleend. Deze praktijken zetten we in de etalage, zodat zowel patiënten als zorgaanbieders naar binnen kunnen kijken. Dat is lerender transparantie dan lijstjes met uitkomstindicatoren. Dit vereist wél een gesprek met professionals en patiënten over wederzijdse verwachtingen. Transparantie op passende zorg gaat immers over de vraag of de zorg persoonsgericht, houdbaar en duurzaam is. Daardoor is de context waarin de zorg wordt verleend veel belangrijker dan puur de uitkomst van die zorg.

Wat bedoel ik daarmee? Twee voorbeelden. Prostaatkanker kan je behandelen met een operatie en soms met bestraling. Bij een operatie is er meer kans op zenuwbeschadiging met een verhoogde kans op impotentie en incontinentie. Bij bestraling is er meer kans op geïrriteerde darmen, wat leidt tot frequente aandrang. Waar kies je dan voor? Dat is een heel persoonlijke keuze, waarbij je weinig hebt aan transparantie op uitkomstindicatoren. Het tweede voorbeeld betreft operaties bij borstkanker: als je de hele borst weghaalt heb je per definitie vrije snijranden. Maar dat is de schijn van transparantie: je scoort dan hoog op uitkomstindicatoren, maar het is niet erg persoonsgericht. De beste uitkomst is dus niet altijd de best passende zorg voor de patiënt.

Als we de zorg willen veranderen, moeten we kiezen voor de weg naar transparantie op passende zorg. En als we dit goed doen, via passende zorgpraktijken, kan dit een echte gamechanger worden. Want als ziekenhuizen niet meedoen aan passende zorgpraktijken, kunnen ze ook niet objectief gemeten worden op het verlenen van passende zorg. Als verzekeraars dit ook als instrument inzetten bij het contracteren, wordt meedoen aan passende zorg vanzelf het nieuwe normaal. En kan de patiënt op basis van transparante informatie betere keuzes maken over echt passende zorg.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland



Korte berichten

Zorg & ICT-beurs 2024 in Utrecht



Op 9, 10 en 11 april staat het Zorginstituut op de Zorg & ICT-beurs in Jaarbeurs Utrecht. Samen met het ministerie van VWS en partners Nictiz, VZVZ, MedMij en NEN presenteren we daar een uitgebreid programma over gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid in de zorg. In de gezamenlijke stand gaan wij en de partners graag met de bezoekers in gesprek.

Karel van den Broek, directeur Fondsen & Informatiemanagement en CIO van het Zorginstituut: "Een goede informatievoorziening en digitalisering zijn nodig in de beweging naar passende zorg. Hierbij is het werken vanuit de inhoud van goede zorg en het betrekken van alle partijen voor zowel primair als secundair datagebruik essentieel om te komen tot in de praktijk bruikbare oplossingen. Gezamenlijk staan we voor de transformatie. Die gaat niet alleen over de zorgsectoren zelf, maar juist ook over het

verbinden van de domeinen. Samenwerking is nodig om passende, hybride zorg te organiseren. Wij leveren daar vanuit onze taken en verschillende programma's een bijdrage aan."

Rond het thema 'Samen werken aan databeschikbaarheid' is een mooi programma samengesteld met workshops en sprekers uit het vakgebied. Er zijn verschillende workshops over de beweging van gegevensuitwisseling naar databeschikbaarheid. Deelnemers blijven zo op de hoogte van de ontwikkelingen rondom beleid, normen en standaarden rondom deze thema's.

De Zorg & ICT-beurs is een jaarlijks (gratis) health-tech-event voor CIO's, CMIO's, CNIO's, informatici, IT-managers, programmamanagers en professionals uit de hele breedte van het zorgveld. Aanmelden kan via www.zorg-en-ict.nl.

Fitprogramma voor mensen met darmkanker niet in basisverzekering

Een programma om mensen met darmkanker in zo goed mogelijke conditie te krijgen voor hun operatie, komt niet in aanmerking voor vergoeding uit het basispakket. Dit concludeert het Zorginstituut in het standpunt *Multimodale prehabilitatie voorafgaand aan een operatie bij hoog risico patiënten met darmkanker*. Uit de beschikbare onderzoeken is niet gebleken dat deze patiënten dankzij dit programma minder risico lopen op ernstige complicaties. Ook is niet bewezen dat ze sneller herstellen of meer kwaliteit van leven ervaren na hun operatie. Bewezen effectiviteit is het belangrijkste criterium om zorg via de basisverzekering te kunnen vergoeden.

Multimodale prehabilitatie is een intensief, integraal programma voor mensen met darmkanker in de weken voorafgaand aan hun operatie. Patiënten werken onder begeleiding van zorgprofessionals aan het versterken van hun lichamelijke en mentale conditie. Daarnaast omvat het programma onderdelen van standaardzorg die al worden vergoed uit de basisverzekering.

In het standpunt beoordeelden we of multimodale prehabilitatie effectief is in vergelijking met de standaardzorg vóór een operatie aan darmkanker. We concludeerden dat de verschillende wetenschappelijke onderzoeken niet aantoonde dat multimodale prehabilitatie meerwaarde heeft vergeleken met de gebruikelijke zorg. We sluiten de effectiviteit niet uit, maar deze is op basis van de beschikbare onderzoeken niet vast te stellen. Dit staat uiteraard los van het grote belang dat wij hechten aan de brede beweging naar het verbeteren van de leefstijl en gezondheid van mensen.

Meer informatie?

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

Kansrijke Start: welke zorg rond de zwangerschap is vergoed?



Het landelijk actieprogramma 'Kansrijke Start' heeft als doel ieder kind een gezonde en kansrijke start te bieden. Het richt zich op de eerste duizend dagen van een kind; die beginnen al vóór de zwangerschap en lopen tot en met het tweede levensjaar. Over de vergoeding van de zorg in deze eerste duizend dagen heerste bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onduidelijkheid. Daarom vroeg ZN aan het Zorginstituut om voor een aantal onderwerpen te verduidelijken welke zorg onder welke voorwaarden vanuit het basispakket kan worden vergoed. Daarnaast vroeg ZN om een toelichting op onderwerpen die spelen bij zorg rond de geboorte, zoals het programma 'Nu Niet Zwanger', zorg aan asielzoekers en onverzekerden, tolkenvergoeding, BabyhuisZorg en de integrale gezinspoli.

In januari publiceerden we een eerste verduidelijking over de volgende onderwerpen: preconceptieconsult, vroegsignalering, multidisciplinair overleg, interactieve

prenatale groepszorg en kraamzorg. Uit onze verduidelijking blijkt dat niet alle zorg en ondersteuning die past binnen Kansrijke Start kan worden vergoed uit het basispakket. Zorg die niet verzekerd is moet op een andere manier betaald worden. Deze rapportage legt daarvoor een basis. Zo komt het Zorginstituut samen met partijen in de zorg, in het sociaal domein en andere overheidspartijen tot een kansrijke start voor iedereen.

Meer weten? Download de volledige rapportage *Verzekerd van een Kansrijke Start* via deze QR-code:



Advies: vergoed langdurige oefentherapie bij ernstige reumatoïde artritis

Mensen met ernstige reumatoïde artritis (RA) functioneren beter in hun dagelijks leven dankzij langdurige persoonlijke actieve oefentherapie. Het Zorginstituut adviseerde onlangs aan de minister van VWS om deze zorg uit het basispakket te vergoeden, vanaf de eerste behandeling en zonder maximum aan het aantal nodige behandelingen. Het advies geldt voor een specifieke groep patiënten met ernstige lichamelijke beperkingen door reumatoïde artritis. Als de minister het advies overneemt, gaat de vergoeding waarschijnlijk in per 1 januari 2025.

Reumatoïde artritis is een chronische aandoening en veroorzaakt ontstekingen aan gewrichten, zoals polsen en enkels. Maar ook organen als de longen kunnen ontstoken raken. Mensen met ernstige RA kunnen zichzelf zonder hulp nauwelijks verzorgen, opstaan en lopen. Ze hebben pijn en stijve gewrichten. De standaardzorg bestaat uit medicatie, informatievoorziening, bewegingsinstructie en het bevorderen van zelfmanagement. Uit onderzoek van het LUMC blijkt dat langdurige persoonlijke actieve oefentherapie door een speciaal opgeleide fysio- en oefentherapeut een

effectieve aanvullende behandeling is op de standaardzorg. Het positieve effect geldt voor een groep van ongeveer 3.750 tot 4.500 patiënten met ernstige beperkingen in hun dagelijks leven. Uit het onderzoek blijkt dat hun dagelijks functioneren aanzienlijk verbeterd dankzij de langdurige persoonlijke actieve oefentherapie. Daarmee is deze behandeling onder leiding van een speciaal daarvoor opgeleide behandelaar bewezen effectieve zorg en kan deze worden vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering.

Passende zorgpraktijken: een extra impuls naar passende zorg

In 2023 is het programma 'Passende zorgpraktijken' gestart. Het doel: de beweging naar passende zorg een extra impuls geven. Dit gebeurt door goede praktijkvoorbeelden in beeld te brengen en de werkende mechanismen binnen deze praktijken op te schalen. Het programma past binnen de doelen van het Integraal Zorgakkoord en is een van de activiteiten die het Zorginstituut in dit kader voor zijn rekening neemt.

Tekst Jos Leijen

Beeld Ron Zwagemaker

Gerdien Franx is strategisch adviseur bij het Zorginstituut. Ze vertelt hoe het programma-team vanaf eind september de eerste praktijkvoorbeelden van passende zorg verzamelde. "We hebben in een pilotproject de vraag naar voorbeelden uitgezet bij enkele landelijke programma's en bij de partijen die het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben ondertekend. Dat heeft veel mooie voorbeelden opgeleverd. Het is inspirerend om te zien hoeveel mooie dingen er al gebeuren om passende zorg te realiseren."

Sarah Kleijnen, directeur bij het Zorginstituut: "Een mooi voorbeeld is het 'Passend behandelplan'. Deze aanpak zorgt ervoor dat een oudere patiënt met kanker de zorg ontvangt die het beste bij de eigen situatie past. Hierdoor zijn er minder ongewenste ingrepen, minder operaties en complicaties en verblijft de patiënt minder lang of helemaal niet in het ziekenhuis."

Versnelling teweegbrengen

Het ophalen en helpen opschalen van passende zorgpraktijken is een van de activiteiten van het Zorginstituut om de in het IZA afgesproken versnelling van de beweging naar passende zorg te realiseren. In samenspraak met de IZA-partijen werkt het Zorginstituut ook aan toekomstbestendig pakketbeheer, om op een cyclische wijze meer passende zorg te stimuleren. Daarnaast bracht het Zorginstituut drie signalementen Passende zorg uit: over de zorg voor mensen met (risico op) kanker, over de zorg bij hart- en vaatziekten en over de zorg bij psychische problemen. Dit jaar verschijnt

een vierde signalement, over ouderen met een kwetsbare gezondheid. De publicaties zijn geschreven met inbreng van de partijen die zich bezighouden met de betreffende aandoeningen, inclusief zorgverzekeraars. Verder lopen er verbetertrajecten Passende zorg (voorheen Zinnige Zorg) voor 27 aandoeningen. Voor deze trajecten hebben betrokken partijen verbeterpunten vastgesteld die nu worden uitgevoerd. Het fundament voor alle activiteiten is het *Kader Passende zorg*, waarvan een eerste update wordt voorbereid.

Franx:

"De passende zorgpraktijken laten zien hoe je goede kwaliteit van zorg kunt combineren met minder inzet van professionals"

Met passende zorgpraktijken aan de slag

Afgelopen december werden de eerste veertien voorbeelden van passende zorgpraktijken op de website van het Zorginstituut geplaatst. "Het is een greep uit de vele voorbeelden die ons land rijk is", vertelt Franx. "Deze praktijken laten zien hoe je goede kwaliteit van zorg kunt combineren met minder inzet van professionals door anders te organiseren. We hebben er bewust voor gekozen om nu juist arbeidsbesparende

Kleijnen: “Wij hebben een goede positie om knelpunten te agenderen bij landelijke partijen en de voortgang te bewaken en te faciliteren”

initiatieven naar voren te schuiven, vanwege de overal gevoelde urgentie van tekorten aan zorgpersoneel.”

De voorbeelden ondersteunen zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de komende jaren nog meer in te zetten op passende zorg. “In veel organisaties is men al bezig met passende zorg, onze voorbeelden kunnen de lopende programma’s bevestigen of aanvullen. Ze staan voor werkwijzen die landelijk nog meer benut kunnen worden.” De geselecteerde voorbeelden zijn het vertrekpunt voor afspraken tussen zorgaanbieders, verzekeraars en alle andere partijen die nodig zijn voor opschaling van deze werkwijzen.

“Met relevante partijen kijken we wat er nodig is om de al door ons geselecteerde en soortgelijke voorbeeldpraktijken op te schalen”, zegt Kleijnen. “Daarvoor zoomen we eerst in op de werkende mechanismen van de praktijken en op de belemmeringen waar ze bij implementatie op stuiten. Vervolgens beantwoorden we de vraag welke voorwaarden nodig zijn om de werkzame mechanismen ook op andere plekken te implementeren, inclusief de concrete acties van partijen om dit te realiseren.”

Belemmeringen om passende zorg grootschalig te implementeren kunnen op meerdere gebieden betrekking hebben, schetst Franx. “We weten landelijk al veel over belemmeringen, zoals hobbels in de financiering van zorgpraktijken, of regelgeving die in de weg zit. Soms heeft het ook te maken met cultuur, dus hoe patiënten en hun familie of



Sarah Kleijnen (l.) en Gerdien Franx.

professionals en organisaties beslissingen nemen. Of in kennis en vaardigheden. Bij samen beslissen horen we bijvoorbeeld dat zorgverleners training kunnen gebruiken in gespreksvoering en dat er goede keuzehulp nodig zijn.”

Knelpunten agenderen

“Als de belemmeringen goed omschreven zijn, maken we afspraken met partijen over welke acties nodig zijn om ze weg te nemen”, zegt Kleijnen. “Het Zorginstituut heeft een goede positie om knelpunten te agenderen bij landelijke partijen en de voortgang

op afgesproken acties te bewaken en te faciliteren.”

Het Zorginstituut kan daarbij als dat nodig is wijzen op het IZA, waarin partijen met elkaar hebben afgesproken dat ieder zijn rol pakt. “Daar past het niet bij dat partijen op elkaar wachten en naar elkaar wijzen: jij eerst en dan volg ik misschien. We hebben met elkaar de urgentie onderkend en afgesproken dat we ons extra gaan inzetten om de zorg voor de toekomst mensgericht, houdbaar en duurzaam te maken. Daar gaan we partijen, inclusief onszelf, aan houden als dat nodig is.” |

10

vragen aan

Eugène van Mierlo

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Eric Brinkhorst

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Toen ik een jaar of zeven was moest ik voor controle op een hartruisje naar de cardioloog in het toenmalige Boerhaaveziekenhuis in Harderwijk. Gelukkig was er niets aan de hand. Ik vond het ook niet echt spannend. Het moest gewoon gebeuren.”

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

“Dan was ik graag traumachirurg geworden. Die 24/7-mentaliteit typeert mij wel; als wethouder sta je ook altijd aan. Maar ik had ook wel geriater willen worden. Werken met ouderen lijkt me heel mooi en eervol. Ik heb een klik met ouderen en wil er graag voor hen zijn. Zij hebben voor ons gezorgd en nu is het onze beurt.”

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

“Ik ga er eerst voor zorgen dat het geld ook echt terecht komt waar het voor bestemd is, dus de effectieve zorg. Ook streef ik naar minder markt, meer vertrouwen in professionals, een sterke eerste lijn en meer preventie. En ik wil dat er meer tijd beschikbaar komt voor ‘handen aan het bed’, de echte zorg. Daar past niet bij dat er geld weglekt naar malafide zorgbureaus die eigen financieel

PERSONALIA

Eugène van Mierlo studeerde Maatschappelijk werk aan de Hogeschool Utrecht, met als afstudeerrichting Integrale veiligheid. Vervolgens volgde hij bij de brandweer in Schaarsbergen een interne opleiding tot veiligheidsmanager. Later bekleedde hij nog andere functies in de brandweersector. In 2014 werd hij raadslid voor het CDA in Almelo en in 2018 wethouder zorg. In die functie zet hij zich sterk in voor onder meer de bestrijding van zorgfraude. Ook is hij voorzitter van het samenwerkingsverband Twentse Koers.

Eugène van Mierlo woont in Almelo met zijn vrouw, zoon van 17, dochter van 15 en hun hondje.



“Ik wil dat het geld ook echt terecht komt waar het voor bestemd is, dus de effectieve zorg. Daar past niet bij dat er geld weglekt naar malafide zorgbureaus die eigen financieel gewin boven kwetsbare cliënten stellen. Ik strijd al zes jaar tegen zorgfraude en zorgcriminaliteit. Helaas komt het geregeld voor dat de zorg en de onderwereld met elkaar verweven zijn. Dan blijkt bijvoorbeeld dat een eigenaar van zo’n zorgbureau ook gelieerd is aan een autobedrijf of hennepsteelt. Dat gaat mijn pet te boven!”

gewin boven kwetsbare cliënten stellen. Ik strijd al zes jaar tegen zorgfraude en zorgcriminaliteit. Helaas zien we geregeld verwevenheid tussen de zorg en de onderwereld. Dan blijkt bijvoorbeeld dat een eigenaar van zo’n zorgbureau ook gelieerd is aan een autobedrijf of hennepsteelt. Dat gaat mijn pet te boven!”

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

“Misschien zouden we het basispakket per inkomensgroep moeten definiëren. Dus dat mensen met een minimaal inkomen ook minder hoeven te betalen aan zorg. Wij hebben hier in Almelo voor onze minima een gemeentepolis waarin het eigen risico is meeverzekerd, zodat zij beschermd zijn tegen onverwachte kosten. We voorzien hiermee in een behoefte. Ik pleit niet voor een algehele afschaffing van het eigen risico, maar wel voor de minima. Het geeft hun echt lucht.”

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

“Ten eerste: mondzorg vanaf 18 jaar. Die wordt niet vergoed en is daardoor voor kwetsbare minima te duur. Dat heeft grote gevolgen, want het mijden van mondzorg kan leiden tot andere aandoeningen. En een verwaarloosd gebit kan ook sociaal gezien vervelende gevolgen hebben. Ten tweede: anticonceptie én goede voorlichting daarover. Daarmee kunnen we het aantal ongewenste zwangerschappen terugbrengen. Via het Kansrijke Start-programma en het project ‘Nu niet zwanger’ kunnen wij (jonge) ouders en kinderen echt helpen, zodat zij ook minder snel een beroep hoeven te doen op jeugdzorg.”

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

“Even aankijken. Ik kom zelden bij de huisarts en kijk het vrij lang aan. In 99 procent van de gevallen gaat het bij mij gelukkig vanzelf over.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Maatwerk, in combinatie met preventie. Er is vaak niet één standaard antwoord te geven op complexe gezondheidsproblemen. We moeten passende zorg bieden die aansluit bij de persoon om wie het gaat. Daarvoor moet je eerst met die persoon in gesprek.”

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

“Het liefst naast niemand! Ik wil dan vooral rust, denk ik. Maar als ik toch een naam moet noemen, dan Erik Scherder, hoogleraar klinische neuropsychologie. Hij heeft een boeiende visie op gezondheid waar ik persoonlijk veel van kan leren.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Dat de zorg in ons land beschikbaar, betaalbaar en van goede kwaliteit blijft. Daarvoor moeten we veel meer domeinoverstijgend en met alle partijen samenwerken. Hier in Almelo doen we dat al binnen de ‘Twentse Koers’. Daarin werken gemeenten, provincie, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, ggd, zorgkantoor en welzijnsorganisaties samen, met de focus op preventie. Ook zetten we innovatieve projecten op, zoals ‘Samen indiceren in de wijk’. Dat vind ik echt een pareltje! Kort gezegd krijgen wijkverpleegkundigen daarbij de bevoegdheid om – als ze toch bij mensen thuis zorg verlenen – ook meteen te kijken of er wmo-voorzieningen nodig zijn. Dat scheelt een extra bezoek van iemand van de gemeente. Uit een proef in Enschede blijkt deze werkwijze veel efficiënter en uiteindelijk ook veel goedkoper te zijn. We breiden dit dan ook uit naar zeven andere gemeenten.”

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

“Als we het niet anders gaan doen, loopt de zorg vast: de zorgvraag en -kosten nemen toe, net als het personeelstekort. Alleen door samenwerking kunnen we de juiste zorg op de juiste plek leveren. Maar ook dan kunnen we niet meer uitsluitend op de formele zorg steunen. We moeten mensen daarom onafhankelijker maken van die formele zorg. Een mooi voorbeeld is *reablement*. Wij bieden ouderen, voordat ze (wmo-)zorg nodig hebben, een *powerful aging*-traject aan. Daarbij leren zij technieken om meer zelf te kunnen (blijven) doen.

Ook moeten we meer integrale, preventieve en laagdrempelige ondersteuning in de wijk bieden, gedragen door vrijwilligers en helpenden. Die informele zorg, vanuit het idee van *noaberschap* zoals we dat hier in Twente noemen, is in de toekomst nog veel meer nodig. De zorg zal er over vijf jaar dus heel anders uitzien.” |

KIK-V: succesvol platform voor efficiënte gegevensuitwisseling en samenwerking

Koplopers gestart met implementatie KIK-V-methode

Het programma KIK-V is inmiddels een begrip in de verpleeghuiszorg en gaat de implementatiefase in. KIK-V richt zich op het verlichten van administratieve lasten en het stroomlijnen van gegevensuitwisseling. Teun Koldewij, datascientist bij ouderenorganisatie Marga Klompé, en Bastiaan van Houselt, manager Finance & Control bij Zorggroep Apeldoorn, implementeren de werkwijze in hun organisaties en zijn enthousiast over de impact. Niet gek dus dat uitbreiding naar de ggz, de gehandicaptenzorg en de volledige VVT wordt verkend.

Tekst Ruth Wouters

Beeld Michel Henry

Accurate en betrouwbare data spelen een cruciale rol bij het bieden van passende langdurige zorg. Zorgaanbieders gebruiken data voor hun operationele (zorg)processen, terwijl externe informatievragende partijen bepaalde gegevens nodig hebben om toezicht te kunnen houden op zorgkwaliteit en bestedingen. En voor zorgprofessionals is het elektronisch uitwisselen van gegevens belangrijk om passend en tijdig te kunnen handelen.

Uniek systeem

In lijn met het Integraal Zorgakkoord en de nieuwe Wet op elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz), draait KIK-V om het verbeteren van data-uitwisseling en het terugdringen van de administratieve lasten (zie ook kader). Binnen het programma ontwikkelen informatievragende partijen en zorgaanbieders in de verpleeghuissector samen onder meer uitwisselprofielen. Hierdoor ligt per informatievragende partij vast

welke gegevens zij mogen opvragen (bijvoorbeeld op het gebied van bedrijfsvoering of personeel) hoe ze met die gegevens omgaan en waarvoor ze gebruikt mogen worden.

Bastiaan van Houselt:
 “KIK-V is niet alleen functioneel, het is ook een verbindend platform”

Eenmalig registreren, meervoudig gebruik

Uitgangspunt van KIK-V is dat een informatievragende partij alleen brongegevens mag opvragen die een zorgorganisatie sowieso al opslaat voor het eigen operationele proces. Deze efficiencyafspraken bespaart zorgaanbieders veel werk. Ook stemmen informatievragende partijen onderling af wanneer ze een ‘gegevensvraag’ doen. Zo is de zorgaanbieder goed voorbereid en kost het beantwoorden van de vragen beperkt tijd.

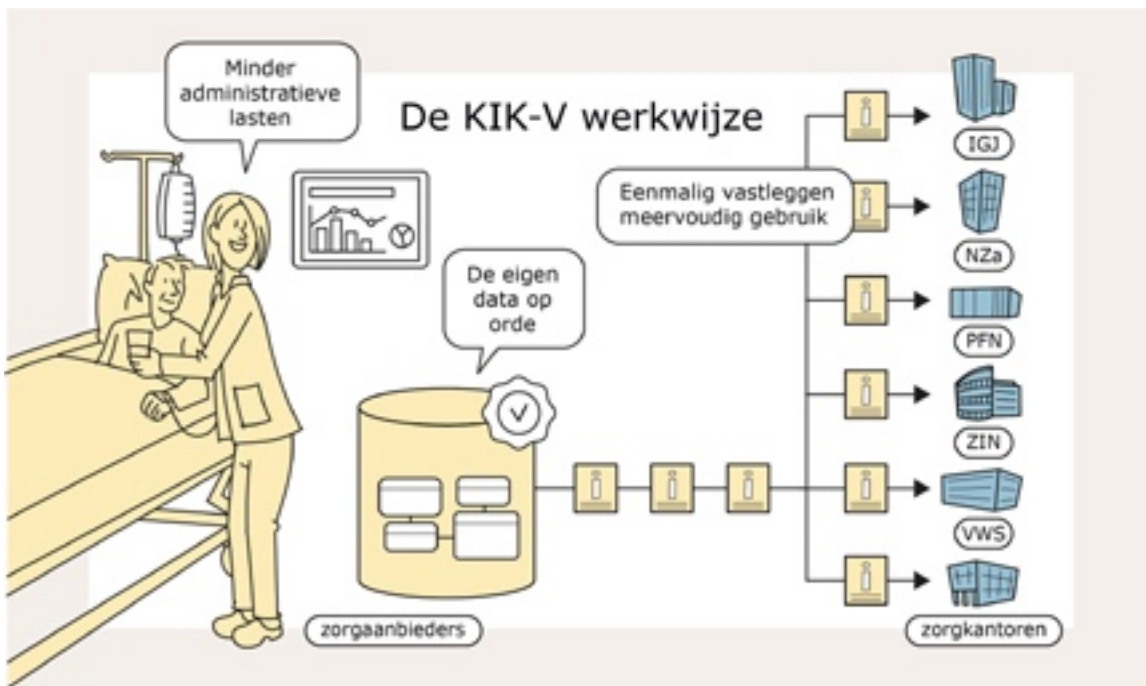
Wat is KIK-V?

KIK-V heeft als doel de informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders en ketenpartijen te verbeteren. Binnen het programma maken partijen in de verpleeghuiszorg samen afspraken over het vaststellen en uitwisselen van informatie over bijvoorbeeld zorgkwaliteit, personeelssamenstelling en bedrijfsvoering. KIK-V geeft invulling aan de Nationale Visie en Strategie op het gezondheidsinformatiestelsel in de praktijk en heeft oog voor ontwikkelingen in de omgeving. Het Zorginstituut faciliteert het programma met als belangrijkste doel het verbeteren van de informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders en informatievragende partijen. Door de vragen van informatievragende partijen op elkaar af te stemmen en zoveel mogelijk uit te gaan van de gegevens die zorgaanbieders zelf gebruiken en vastleggen, wordt het uitvraagproces eenvoudiger en efficiënter ingericht. De partijen hebben in 2023 hun aangescherpte ambities vastgelegd in een manifest: scan hiervoor deze QR-code:



KIK-V-bijeenkomst

Op 28 mei is er een informatiebijeenkomst over KIK-V. Kijk op [kik-v.nl](https://www.kik-v.nl).



Teun Koldewei: “Door KIK-V hanteren we nu standaard- definities om de berekeningen te maken. Dat haalt veel discussie uit de organisatie”

Koplopers

Inmiddels zijn circa driehonderd zorgaanbieders betrokken bij KIK-V, waaronder veertig koplopers. Dit zijn zorgaanbieders die de KIK-V-werkwijze al hebben geïmplementeerd of daarmee bezig zijn. Stichting Zorgcombinatie Marga Klompé is een van de koplopers. Hoewel de organisatie de eerste automatische gegevensuitwisseling nog voorbereidt, is Teun Koldewei al een warm pleitbezorger: “Door KIK-V hanteren we nu standaarddefinities om de berekeningen te maken, bijvoorbeeld voor het aantal medewerkers. Dat haalt veel discussie uit de organisatie. Daarnaast heeft KIK-V geleid tot goed geordende data. Er is geen verschil meer tussen in- en externe gegevens en relevante data zijn nu goed te vergelijken met andere zorgaanbieders. Zo kunnen we van elkaar leren.”

Ook Zorggroep Apeldoorn is voortvarend aan de slag gegaan met KIK-V. Bastiaan van Houselt: “Voor de huidige transitie in de zorg

is het snel delen van actuele data cruciaal. KIK-V stimuleert en stroomlijnt dat. Hoe eerder we inzicht hebben in knelpunten of ontwikkelingen, hoe eerder wij (zorgorganisaties en informatievragende partijen - red.) met elkaar in gesprek kunnen. Data spelen daardoor een sleutelrol in de ontwikkeling van de organisatie en de branche. Naast de lastenverlichting is dat voor ons een belangrijke meerwaarde van KIK-V.”

Sturing

Koldewei moedigt aan dat KIK-V nog meer stuurt op uniforme administratie. “Niet iedere zorgaanbieder brengt bijvoorbeeld een functie als afdelingscoördinator onder in de categorie ‘zorgfunctie’. Die afwijkingen vertroebelen het totaalbeeld van het aantal mensen dat die functie bekleedt en maken vergelijken lastig.”

Van Houselt ziet een uitdaging in het verder uitwerken van de definities: “Soms lopen we tegen vervolgvragen aan. Bijvoorbeeld: wanneer gebruik je welke definitie voor fte? Is het een formatie-fte, een ingezette fte of een fte waarvoor loon wordt betaald? Tegelijk is het mooi om te zien hoe goed alle partijen samenwerken. KIK-V is niet alleen functioneel, het is ook een verbindend platform.”

Olievlek

De behoefte aan efficiënte en effectieve gegevensuitwisseling beperkt zich niet tot

de verpleeghuissector. In 2023 is gekeken of KIK-V ook geschikt is voor de ggz, de gehandicaptenzorg en de hele VVT (Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg). Binnen deze zorggebieden is er in elk geval een breed gedragen steun voor de principes en werkwijze van KIK-V. Dit jaar vindt er vervolgonderzoek plaats dat meer inzicht zal geven in de toepasbaarheid van KIK-V in de verschillende sectoren.

Meer uitwisselprofielen

Op dit moment kent KIK-V vijf uitwisselprofielen voor gegevens die de IGJ, het Zorginstituut, de zorgkantoren, VWS en de NZa kunnen opvragen. In 2024 komen er profielen bij voor gegevensuitwisseling met onder meer een uitwisselprofiel om de keuze van een cliënt voor een verpleeghuislocatie te ondersteunen. Ook gaat het Zorginstituut dit jaar, als een van de eerste informatievragende partijen, zorgaanbieders de mogelijkheid bieden om gegevens via de KIK-V-methode daadwerkelijk en officieel geautomatiseerd aan te leveren. |

Scan voor meer uitleg over de begrippen in dit artikel de QR-code hieronder:



Passende zorg begint bij goede diagnostiek

Moleculaire diagnostiek - het bepalen van de genetische eigenschappen van tumoren - helpt binnen de kankerzorg bij de selectie van patiënten die in aanmerking komen voor oncologische precisiegeneesmiddelen. De afgelopen twee jaar hebben pathologen, klinisch moleculair biologen in de pathologie (KMBP), oncologen en andere partijen in het 'uitvoeringstraject moleculaire diagnostiek' de kaders vastgesteld voor toepassing, kwaliteit en bekostiging hiervan.

Tekst Jos Leijen

Beeld De Beeldredactie | Siese Veenstra

Ed Schuuring, hoogleraar moleculaire oncologische pathologie en KMBP bij het Universitair Medisch Centrum Groningen, was nauw betrokken bij het traject. Hij is een man met een missie: door een goede toepassing van moleculaire diagnostiek komt iedere kankerpatiënt in Nederland in aanmerking voor dezelfde beschikbare optimale (doelgerichte) behandelingen. Daarom moet zowel patiënt als behandelaar goed geïnformeerd worden over deze behandelingen en de juiste bijbehorende moleculaire diagnostiek.

Kijken op DNA-niveau

"Als een patiënt bij de dokter komt met klachten die op kanker kunnen duiden, wordt een stukje weefsel afgenomen", steekt hij van wal. "Een patholoog onderzoekt dat stukje weefsel om vast te stellen of het kanker is en welk type kanker. Van oudsher gebeurt dat onder de microscoop, maar de laatste jaren gebeurt dat steeds vaker ook op DNA-niveau. Veel tumoren hebben afwijkingen in het DNA. En veel nieuwe geneesmiddelen richten zich juist op kankercellen met dergelijke specifieke DNA-afwijkingen of 'targets'. Als je de DNA-afwijking weet, weet je welke behandeling je het beste kunt inzetten. Of welke juist niet."

Het doelgericht inzetten van geneesmiddelen op basis van specifieke moleculaire

eigenschappen van de tumor noemen we therapie op maat. De afgelopen tien jaar is het aantal (doelgerichte) geneesmiddelen sterk toegenomen en de verwachting is dat het aanbod blijft groeien. Daarmee zal de hoeveelheid, diversiteit en complexiteit van de moleculaire diagnostiek ook toenemen. Het gaat hierbij om kostbare therapieën. Opvallend is dat vergoeding van (moleculaire) diagnostiek die noodzakelijk is om te bepalen of de patiënt in aanmerking komt voor een doelgerichte behandeling, vaak nog niet geregeld is als de therapie ter beschikking komt.

Omdat het om een relatief nieuw fenomeen gaat, startte het Zorginstituut het uitvoeringstraject in opdracht van de minister van VWS. Binnen dit traject werden drie deelprojecten opgezet. Deelproject 1 was bedoeld

om tot een duurzame systematiek te komen voor de effectiviteit en plaatsbepaling van de moleculaire diagnostiek. Deelproject 2 moest een kwaliteitskader opleveren met afspraken over de kwaliteit en organisatie van de moleculaire diagnostiek. Deelproject 3 had tot doel om tot een passende structuur voor de bekostiging te komen.

Adviescommissies

Schuuring was vooral betrokken bij deelproject 1. Binnen dit deelproject zijn onder meer twee adviescommissies opgezet. De Commissie klinisch noodzakelijke targets (CieKNT) adviseert, op basis van de beschikbaarheid van geneesmiddelen, per tumorsoort welke targets in de moleculaire diagnostiek getest moeten worden. Daarnaast heeft de Nederlandse Vereniging voor Pathologie de Commissie ter beoordeling diagnostiek (CieBOD) opgericht. Deze commissie geeft landelijk advies over de optimale teststrategie om de DNA-afwijkingen aan te tonen in de targets waar de doelgerichte geneesmiddelen op gericht zijn. "Met de CieKNT hebben we overzichten gemaakt voor verschillende soorten kanker", legt Schuuring uit. "Welke behandelopties zijn er voor patiënten met uitgezaaide kanker? Welke doelgerichte geneesmiddelen zijn beschikbaar en op welke targets

Elke patiënt dezelfde kans

Ed Schuuring vertelt hoe een ontmoeting hem heeft gemotiveerd om zich ervoor in te zetten dat iedere kankerpatiënt dezelfde behandel mogelijkheden krijgt aangeboden. "Bij de verjaardag van een familielid in Den Haag sprak ik elk jaar de buurvrouw. Deze jonge vrouw bleek een tumor in haar hoofd te hebben. Ik vroeg of ze een moleculaire test heeft gehad, maar dat was niet het geval. Ik gaf haar een briefje met de naam van de moleculaire test mee voor haar behandelaar, maar die was niet bekend met moleculaire diagnostiek. En ondertussen was ze gestart met traditionele chemotherapie. Ik bracht haar in contact met een oncoloog in een academisch centrum voor een *second opinion*, en daar bleek dat ze een DNA-afwijking had waarvoor een doelgerichte behandeling beschikbaar was. Inmiddels is ze overleden, maar ze heeft wel langer en beter geleefd dan wanneer ze met chemo behandeld was."



moet dan getest worden? Dat was en is een behoorlijke klus met veel literatuuronderzoek. De eerste dertien lijsten met klinisch noodzakelijke targets (KNT) zijn gepubliceerd, er volgen er nog zes. Deze dynamische lijsten werken we steeds bij.”

Genetisch paspoort van de tumor

Er zijn verschillende manieren om tumoren te testen op DNA-afwijkingen. Je kunt specifiek op een klein aantal targets testen, of breed testen en een ‘genetisch paspoort’ van de tumor maken. Schuurin is voorstander van breed testen. “Dan heb je weliswaar meer

informatie dan je nu nodig hebt, maar daardoor kun je alle mogelijke DNA-afwijkingen van alle targets van de tumor tegelijk in kaart brengen. Je kunt voor alle kankers dezelfde brede test gebruiken en wanneer er nieuwe doelgerichte geneesmiddelen beschikbaar komen, kun je de nieuwe targets ook met dezelfde brede test analyseren. Breed testen is dus veel doelmatiger en uiteindelijk ook kosteneffectiever.”

Moleculaire diagnostiek gaat meer geld kosten, maar het kostenaspect was de taak van deelproject 3, aldus Schuurin. “Er

“Veel tumoren hebben afwijkingen in het DNA. Als je de DNA-afwijking weet, weet je welke behandeling je het beste kunt inzetten. Of welke juist niet”

komen wel wat ingewikkelde afwegingen aan. De komende jaren zal het aantal kankerpatiënten toenemen door vergrijzing, net als het aantal (doelgerichte) geneesmiddelen, en daarmee ook het aantal targets. Dit zal tot hogere zorgkosten leiden. Gaan we dan alle kankers testen? Alle patiënten? En alle targets voor elke kanker? Dat zijn ethische vraagstukken.”

Schuuring zet overigens een kanttekening bij de constatering dat nieuwe (doelgerichte) geneesmiddelen de behandeling van kankerpatiënten alleen maar duurder maken. “Als je het hele zorgtraject bekijkt, valt het mee. Doelgerichte geneesmiddelen zijn effectiever en hebben een hogere kwaliteit van leven met veel minder bijwerkingen dan traditionele chemotherapie of immunotherapie. Daardoor leiden doelgerichte behandelingen tot veel minder ziekenhuisbezoek. Het is belangrijk om alle DNA-afwijkingen waarvoor doelgerichte behandelingen beschikbaar zijn te identificeren, zodat patiënten juist niet in aanmerking hoeven te komen voor een andere, vaak duurder combi van chemo- en immunotherapie. Passende zorg begint bij goede diagnostiek.”

Werk te doen

Inmiddels ligt het raamwerk er, zijn verschillende commissies geïnstalleerd, is de kwaliteitsstandaard opgenomen in het Kwaliteitsregister en worden er afspraken gemaakt over de bekostiging van moleculaire diagnostiek. De volgende stap is ervoor te zorgen dat alle plannen en afspraken in het hele land worden uitgevoerd. Schuurin: “Daar is nog wel werk te doen. 20 procent van de kankerpatiënten krijgt momenteel geen test of niet alle patiënten worden getest voor alle targets waarvoor een doelgerichte behandeling beschikbaar is. Daardoor krijgt nog steeds niet iedere kankerpatiënt in Nederland dezelfde behandelmogelijkheden aangeboden.” |



“Te lang hebben wij als artsen gedacht: we moeten de patiënt iets geven, óók als hij er niets mee opschiet en het zelfs bewezen ineffectief is. Te lang hebben wij als burger gedacht: we hebben recht op zorg, ook als we het eigenlijk niet nodig hebben”

De stelling van Tijn Kool

“Écht passende zorg vereist een verandering in cultuur en gedrag”

Als hoogleraar Passende Zorg onderzoekt Tijn Kool hoe zorgverleners het best geholpen kunnen worden bij het leveren van passende zorg en het verminderen van niet-passende zorg. Volgens hem zijn we de gezondheidszorg gaan beschouwen als onbegrensd toevluchtsoord, terwijl de effectiviteit ervan wordt overschat en zorgverleners lang niet altijd aan de verwachtingen kunnen voldoen. Een maatschappijbrede gedragsverandering is noodzakelijk om kritisch te kunnen bepalen welke zorg écht passend is, voor wie en wanneer.

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“Mijn ouders waren 66 jaar samen toen ze overleden, niet lang na elkaar. Vóór die tijd heb ik, samen met mijn broer en zussen, er alles aan gedaan om ze zoveel mogelijk uit het ziekenhuis te houden. Dat is gelukt. Toen mijn vader op zijn 96^e een hartinfarct en longontsteking kreeg wilde hij dan ook niet alsnóg het ziekenhuis in. Het was mooi geweest, zei hij, laat mij maar thuisblijven en hier sterven. Ik vond dat een goede les en ik hoop dat mij die keuze ook gegeven zal zijn. Ik wil met dit voorbeeld twee dingen duidelijk maken. Ten eerste: zorg is niet altijd nodig en je hoeft er dus niet altijd gebruik van te maken. Ten tweede: als je mensen goed informeert over welke zorg helpt en welke waarschijnlijk niet, zullen ze sneller kiezen voor minder ingrijpende zorg. Patiënt en huisarts kunnen er samen voor zorgen dat het ziekenhuis uit beeld blijft, zoals wij dat in onze familie hebben gedaan, door de patiënt te coachen met alternatieve opties. Overigens zijn het niet alleen de financiële prikkels van maatschappijen die niet-passende zorg in stand houden. Dit komt namelijk ook voor bij specialisten, artsen en verpleegkundigen die in loondienst werken. Het is een

veelomvattend probleem met veel factoren die een rol spelen. Het probleem is dat zorgverleners maar ook politici de verwachtingen zo ver hebben opgerekt, dat wij er als burger van uitgaan dat er voor elke ziekte, aandoening of kwaal altijd een remedie bestaat. Maar dat is maar ten dele het geval. Het Zorginstituut en de NZa hebben geholpen passende zorg bovenaan de agenda te krijgen, maar het is niet nieuw. Passende zorg is vanwege personeelsgebrek wel steeds urgenter. Toch houden we dure zorg, die vaak onnodig is en zelfs schadelijk kan zijn, in stand.”

Toegevoegde waarde

“Voor burgers kan de transitie naar passende zorg best even slikken zijn. Ineens adviseert de huisarts jou om te stoppen met die maagzuurremmers, terwijl je daar zo aan gewend bent geraakt. Of zegt de orthopeed dat je beter kunt afzien van die kniekijkoperatie, want boven de vijftig jaar haalt dat niet veel uit. Passende zorg is een verandering van gedrag, maar ook van cultuur. Het zal niet makkelijk zijn en kost veel tijd. Het is immers veel makkelijker om door te gaan op de ingeslagen weg. Door antidepressiva voor te schrijven in plaats van ouderen thuis ‘activerende begeleiding’ te bieden. →



Tijn Kool (1964, Rome) studeerde geneeskunde en economie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Sinds 2011 is hij onderzoeker aan de afdeling IQ Health van het Radboudumc. Vorig jaar werd hij benoemd tot hoogleraar Passende Zorg. In 2016 presenteerde hij de *Beter-niet-doen-lijst* voor medisch specialisten. Later volgden lijsten voor verpleegkundigen en huisartsen. Hij heeft de afgelopen acht jaar het programma *Doen of laten?* geleid, waarin hij samenwerkte met zorgverleners die laten zien dat vermindering van niet-passende zorg noodzakelijk en haalbaar is.

“Terughoudendheid is geen kwestie van je recht op zorg inleveren. Integendeel: kiezen voor afwachten of nietsdoen is heel vaak een gezonde keuze”

En door foto's te laten maken terwijl je ook zónder beeldvorming een diagnose kunt stellen. Het is ook makkelijker om elke technologische innovatie die op de markt komt meteen te omarmen, ook al is de toegevoegde waarde ervan nog niet bewezen. Kijk naar al die ziekenhuizen die in de rij staan voor robotchirurgie. Te lang hebben wij als artsen gedacht: we moeten de patiënt iets geven, zeker als hij erom vraagt. En óók als hij er niets mee opschiet en het zelfs bewezen ineffectief is. Te lang hebben wij als burger gedacht: we hebben recht op zorg, ook als we het eigenlijk niet nodig hebben. Welke

zorg werkt nu écht? Wat heeft toegevoegde waarde? Het wordt tijd dat we de antwoorden vertalen naar passende zorg, sámen met de patiënt. Ja, voor samen beslissen is moed nodig, een andere houding dan het ingesleten paternalisme van 'de dokter weet raad'."

De patiënt centraal

“Passende zorg is een schuivend continuüm, het verandert mee met de levensfase. Als je een jonge sporter bent kan een arthroscopie helpen bij knieklachten, maar als je een wielrenner op leeftijd bent zoals ik, is dat niet meer per definitie zo. Kwetsbare ouderen die kanker hebben, zouden zich moeten afvragen of ze nog een ingrijpende operatie willen ondergaan waarvan je weet dat het risico op complicaties en overlijden groot is. Juist daarom is het belangrijk dat zorgverleners het gesprek aangaan. We zégggen wel dat 'de patiënt centraal' staat, maar doen we dat in de praktijk ook? Artsen zijn vaak toch geneigd het woord te voeren en een beslissing te nemen, omdat de volgende patiënt alweer voor de deur staat. Dat kan ook anders. Uit lokale initiatieven van passende zorg blijkt dat patiënten best openstaan voor alternatieven. Maar dan moet je als arts die keuze wél

“Als je mensen goed informeert over welke zorg helpt en welke waarschijnlijk niet, kiezen ze sneller voor minder ingrijpende zorg”

bieden. En ja, je moet bij een slecht vooruitzicht ook over de dood durven beginnen. Veel mensen hebben het idee dat ze hoe dan ook behandeld moeten worden, maar dat komt door een informatieachterstand. Je hóeft immers niet gebruik te maken van zorg. Niet alles wat kán, moet. Dat is een heel andere attitude ten opzichte van zorg.”

Landelijke transitie

“Voor passende zorg is het deïmplementeren van niet-passende zorg cruciaal. Er zijn veel behandelingen en medicijnen die niet bewezen effectief zijn. Het veranderen van die situatie zal veel tijd kosten, omdat zorgverleners hun gedrag moeten veranderen en burgers zich beter moeten laten informeren. Tijdens mijn opleiding tot arts was het nog heel normaal om bij een hernia bedrust voor te schrijven. Inmiddels weten we dat bedrust een slecht advies is en dat je juist moet blijven bewegen met pijnstilling, maar het heeft dertig jaar geduurd voordat de meeste artsen zo gingen behandelen. Ik denk dat het volledig deïmplementeren van passende zorg lang gaat duren. Het is een illusie om te denken dat dat zo gebeurd is. Doelgerichte deïmplementatie vraagt om een maatschappijbrede transitie. De medisch-specialistische zorg heeft het goede voorbeeld gegeven met het programma Zorg-evaluatie en Gepast Gebruik, waarin ik zitting heb als vertegenwoordiger van de academische centra. Daar wordt systematisch gekeken welke kennis ontbreekt en wat geïmplementeerd moet worden. Ik pleit voor een goed doordachte implementatie van passende zorg. Als we landelijk een slag willen maken, kunnen we beter met elkaar afstemmen wie waarmee bezig is en hoe we van elkaar kunnen leren.”

Winst behalen

“Een mooi voorbeeld is een project in Drenthe. Daar heeft het Radboudumc samen met de huisartsenzorggroep Dolter Drenthe succesvol het niet-passende gebruik van inhalatiecorticosteroiden teruggebracht bij mensen met COPD. Heel veel COPD-patiënten gebruiken die inhalatiemiddelen terwijl dat niet nodig is en wel complicaties oplevert. En het overmatig gebruik van deze ‘puffers’ is ook nog eens slecht voor het milieu. We hebben een toolbox gemaakt voor de huisartsen, informatiemateriaal voor patiënten en een training voor

huisartsenpraktijken. We willen dit project nu opschalen naar de rest van het land, want er is nog veel winst te behalen.”

“Terughoudendheid is geen kwestie van je recht op zorg inleveren. Integendeel: afwachten of nietsdoen is heel vaak een gezonde keuze. Je wil toch niet zomaar in de medische molen terechtkomen? Opereren bij een achillespeesruptuur is meestal niet nodig, een brace kan volstaan. Kinderen met een acute oorontsteking moet je meestal geen antibiotica geven. En vergroot het werkelijk de kwaliteit van leven als je boven de negentig jaar nog een gebroken heup laat opereren? Een goede dokter durft dat te benoemen. Hij moet echt geïnteresseerd zijn in wat iemand als probleem ervaart en samen een oplossing willen zoeken.”

Niet-medische invloeden

“Patiënten zouden zich op hun beurt beter kunnen laten informeren, bijvoorbeeld door eerst eens te kijken op thuisarts.nl in plaats van direct naar de huisarts te gaan. Zij kunnen samen met de huisarts ook veel meer aandacht schenken aan leefstijlpreventie. De overheid moet beginnen met campagnes tegen roken, drinken en overgewicht. We hebben de gezondheidszorg gepresenteerd als de oplossing voor alle problemen, maar een patiëntenprobleem is vaak niet medisch. Uit onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie blijkt dat medische zorg maar 11 procent van je gezondheid beïnvloedt. Maar liefst 89 procent van alle gezondheidsproblemen wordt dus veroorzaakt door gedrag, sociale omgeving, milieu en genetische aanleg. Het komt erop aan dat we de positie van patiënten versterken door hun betere informatie te geven, zodat zij een beargumenteerde keuze kunnen maken. Je zult zien, dat mensen dan veel terughoudender zijn bij het vragen om zorg.” |



Feiten & Cijfers

27.000 fte

Dat kan de zorgsector jaarlijks besparen door inzet van digitale hulpmiddelen. Dat is een kwart van het verwachte personeelstekort. De opbrengst van digitalisering kan oplopen tot **€ 1,9 miljard** in 2028.

BRON: SIRM I.O.V. VWS

Stijging van 1487%

Het aantal ingrepen per jaar waarbij de tongriem van baby's wordt doorgeknipt is toegenomen van **586 in 2013** naar ongeveer **9.300 in 2023**. Dit is een stijging van 1487%.

BRON: ZORGINSTITUUT



40% van de 11.000 ondervraagden ervoer wel eens **'onnodige zorg'**. 20% zegt ooit te veel medicatie meegekregen te hebben. 19% vond een controle- of vervolgspraak niet nodig.

BRON: PATIËNTENFEDERATIE NEDERLAND



Circa **11.000.000** mensen in Nederland gebruiken regelmatig medicijnen. In 2023 gebruikte 14% van hen 5 of meer medicijnen. En 2% nam meer dan 10 medicijnen chronisch in.

BRON: IVM



In 2023 was in totaal **2.292** keer een medicijn langer dan 2 weken landelijk niet leverbaar.

BRON: KNMP



Zeker **1,4 miljoen levens** zijn in Europa gered met coronavaccins.

BRON: WHO



Ruim **500.000 Nederlanders** verleenden in de afgelopen 5 jaar mantelzorg aan een terminale zieke thuis. Van deze mantelzorgers is 7 op de 10 overbelast.

BRON: VPTZ NEDERLAND



In 2022 liet naar schatting ongeveer **4 van de 5 zwangeren** een termijnecho maken.

BRON: ZORGINSTITUUT

Minstens 8,5 uur per dag zitten

Dat doet 26% van de Nederlanders op een gemiddelde dag. Daarmee zijn wij Europees kampioen 'zitten': elders in Europa zit 11% van de mensen zo lang. Er zijn grote verschillen in beroepen:

- in de financiële sector zit men 7 uur tijdens de werkdag;
- in de ICT zit men 6,8 uur;
- in de horeca zit men 1,3 uur.

BRON: TNO



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

De kosten voor meerzorg* in de gehandicaptenzorg zijn gestegen van € 412,5 miljoen in 2021 naar € 519,8 miljoen in 2023.

BRON: ZORGINSTITUUT

*Meerzorg is een extra geldbedrag dat aangevraagd wordt als de zorgbehoefte van de cliënt minimaal 25% hoger is dan het best passende zorgprofiel.

Nieuwe leidraad moet helpen chronische pijn te voorkomen

In Nederland hebben ongeveer drie miljoen mensen chronische pijn. Bij de helft daarvan gaat het om pijn in de lage rug. De behandeling van deze patiënten kan beter, bleek eerder uit een inventarisatie door het Zorginstituut. Pijnbehandelaars zelf wisten dat al langer. In 2017 schreven ze een zorgstandaard voor chronische pijn. Die is nu aangevuld met de *Leidraad organisatie en werkwijze zorg voor patiënten met chronische pijn*. Deze is bedoeld om de zorg beter te organiseren, zodat patiënten sneller de juiste behandeling krijgen.

Tekst Jos Leijen

Beeld Theo Proeskie

Lage rugpijn was een van de aandoeningen waarvoor het Zorginstituut samen met beroepsgroepen en patiëntenverenigingen een verbetertraject startte in het programma Zinnige Zorg, inmiddels hernoemd tot Passende zorg. In 2021 werden in een verbeter signalement afspraken vastgelegd om de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug te verbeteren. Belangrijke doelen waren betere afstemming in de keten en betere voorlichting aan patiënten.

Medische bril

“Chronische pijn werd van oudsher vooral door een medische bril bekeken”, zegt Marianne Horn, projectleider bij het Zorginstituut. “Inmiddels is er een breed besef dat allerlei factoren een rol spelen, zoals (geld)zorgen, eenzaamheid, stress, gebrekkige gezondheidsvaardigheden, overgewicht en te weinig beweging. Dat vraagt een multidisciplinaire benadering en samenwerking in de keten. Maar in de praktijk ontbreekt het daar vaak aan. De leidraad biedt handvatten voor betere afstemming en effectievere behandeling.”

De werkgroep ‘Leidraad chronisch pijn’, onder voorzitterschap van hoogleraar André Wolff, heeft de afgelopen jaren gewerkt aan de leidraad. Deze bestaat uit drie modules: organisatie van de pijnzorg, versterking van de eerste lijn en criteria voor het op- en afschalen van zorg tussen de eerste en tweede lijn. De leidraad ligt ter autorisatie voor aan de besturen van ongeveer twintig partijen die betrokken zijn bij de behandeling van chronische pijn.

Intensief traject

Omdat zoveel partijen te maken hebben met chronische pijn was de totstandkoming van de leidraad een intensief traject, gevolgd en

gestimuleerd door het Zorginstituut. “We hebben vanaf het begin de organisatie en werkwijze bij behandeling van lage rugpijn gescheiden van vragen over haalbaarheid en implementatie”, legt Wolff uit. “Daarvoor hebben we een aparte werkgroep opgezet onder voorzitterschap van anesthesioloog-pijnspecialist Leon Timmerman.” Terugkijkend vindt Wolff dat een goede keuze, omdat zijn werkgroep daardoor kon focussen op hoe de zorg het beste georganiseerd kan worden. De werkgroep van Timmerman kon zich vervolgens buigen over wat daar dan voor nodig is en welke knelpunten er opgelost moeten worden.

Vroegtijdig afstemmen

De leidraad biedt met bouwstenen en aanbevelingen een blauwdruk voor de organisatie van zorg die ruimte laat voor regionale verschillen. Bouwstenen zijn bijvoorbeeld multidisciplinair overleg, triage en zorgcoördinatie. “Triage is belangrijk om in een vroeg stadium af te stemmen bij welke hulpverlener een patiënt het beste geholpen kan worden”, legt Horn uit. “Bij multidisciplinair overleg kijken verschillende zorgverleners wat passende zorg is voor de patiënt.”

Versterking van de eerste lijn, zoals huisartsen en fysiotherapeuten, is belangrijk om te voorkomen dat pijn chronisch wordt, vertelt Wolff. “Je wilt dat zorgverleners in de eerste lijn risico’s op chroniciteit tijdig herkennen en op de juiste manier verwijzen. Nu is de zorg nog gefragmenteerd. Patiënten hoppen soms van behandelaar naar behandelaar, ondergaan regelmatig onnodige onderzoeken en behandelingen, en zijn jaren verder voordat er een goede diagnose wordt gesteld. We hopen dat dat verleden tijd wordt met samenwerking door de lijnen heen.”



André Wolff (boven) en Leon Timmerman geven een presentatie tijdens de conferentie Passende pijnzorg in november 2023.

Iedereen aan de slag

Het is zaak om na de autorisatie van de leidraad het momentum vast te houden, vindt Wolff. “Iedereen is het erover eens dat we de zorg bij chronische pijn kunnen en moeten verbeteren. Als we dat ook willen realiseren, moet iedereen aan de slag.”

Om dat momentum een extra stimulans te geven, organiseerde het Zorginstituut in samenwerking met een aantal deskundigen op het gebied van chronische pijn in november 2023 een conferentie voor alle betrokken partijen. Medisch specialisten, paramedici, huisartsen, patiënten waren allen aanwezig.

Ook de Nederlandse Zorgautoriteit, VWS en zorgverzekeraars sloten aan. “Deze partijen hebben we hard nodig als we de zorg anders willen organiseren”, legt Horn uit. “Zij moeten meedenken over de transitie naar passende organisatie van zorg voor mensen met chronische pijn.”

Van papier naar praktijk

De bekostiging was ook een van de onderwerpen waarover de werkgroep ‘Implementatie en haalbaarheid’ van Leon Timmerman zich boog. Timmerman is pijnspecialist bij het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein.

“We moeten de leidraad van papier naar praktijk brengen”, zegt hij. “Wij hebben gekeken wat daarvoor nodig is. Sommige dingen zijn eenvoudig in te voeren. Bel bijvoorbeeld je collega en overleg voordat je een patiënt verwijst.”

Andere zaken lijken eenvoudig, maar brengen toch knelpunten. Als voorbeeld noemt Timmerman de beoordeling van verwijzingen door een specialist. “Die kan zich dan afvragen: is deze patiënt bij mij op de goede plek? Of kan hij beter naar iemand anders? Maar de tijd die hij hiermee kwijt is, kan hij nergens declareren als hij de patiënt in kwestie niet ziet. Hetzelfde geldt voor diverse vormen van multidisciplinair overleg. Daar moet een oplossing voor komen.”

Een extra knelpunt bij de bekostiging is dat er nog geen wetenschappelijk bewijs is dat de werkwijze volgens de leidraad werkelijk leidt tot minder over- en onderbehandeling en lagere zorgkosten. “Zorgverzekeraars hanteren bij hun beoordeling ‘de stand van wetenschap en praktijk’. Wij zijn ervan overtuigd dat bijvoorbeeld triage en multidisciplinair overleg effectief zijn, maar er is weinig onderzoek naar gedaan.”

Aanjager

Het implementeren van de leidraad is een van de verbeterafspraken van het verbeter-signalement *Klachten vanuit de lage rug*. Het Zorginstituut heeft vanuit die achtergrond een faciliterende rol bij het implementeren van de leidraad.

Een vraag is wie de implementatie van de leidraad gaat aanjagen. Een voor de hand liggende partij is volgens Horn de Pijn Alliantie in Nederland (PAiN), een samenwerkingsverband van vijftien verenigingen en organisaties in Nederland die zich met pijn bezighouden. “Maar PAiN heeft geen eigen middelen en draait volledig op vrijwilligers. Zo’n traject vraagt professionele inzet; het kost veel tijd en energie.”

André Wolff kijkt intussen vooruit: “Als we deze leidraad implementeren, in combinatie met een voorlichtingscampagne voor het publiek, komt de patiënt eerder op de juiste plek, krijgt hij een effectieve behandeling, voorkomen we chronische pijn en verlagen we de zorgkosten. Dat zou een flinke bijdrage zijn aan passende zorg en de doelen van het Integraal Zorgakkoord.” |



“Er komt steeds meer aandacht voor bekkenbodemplachten. Hopelijk zoeken vrouwen daardoor sneller medische hulp”

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 **verbetering van de zorg voor vrouwen met bekkenbodemplachten**.

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker en De Beeldredactie | Guido Benschop

aan het **Bureau**

Sjoerd Jilderda is projectleider bij het Zorginstituut.

“In het *Verbetersignalement Zinnige Zorg bij bekkenbodemplachten* (juli 2020) beschreven wij samen met betrokken partijen hoe deze zorg verbeterd kon worden. Het ging hier vooral om de zorg voor vrouwen met urine-incontinentie (UI) en baarmoederverzakking (prolaps). Deze klachten komen veel voor bij vrouwen boven de veertig: van hen heeft 30 tot 55 procent UI-klachten en 40 procent een prolaps. Hoewel deze klachten veel ongemak geven, zoeken maar weinig vrouwen medische hulp. Velen denken dat er weinig aan te doen is. Verbetering van de patiënteninformatie is dan ook een belangrijk verbeterpunt uit het signalement. De andere drie punten zijn 1: betere diagnostiek bij UI door de richtlijnen beter te volgen. 2: toepassen van *stepped care* bij UI-behandeling in de eerste lijn. Gebruik bijvoorbeeld eerst een plasdagboek in plaats van direct door te verwijzen of medicijnen voor te schrijven. Ook moet het makkelijker worden om bij een prolaps een steunpessarium door de huisarts te laten aanmeten en plaatsen. En 3: eerder evalueren van het effect van bijvoorbeeld een medicijn, urine-incontinentiemateriaal of de bekkenbodemplachtherapie, zodat tijdig bijgestuurd kan worden.

Eind 2021 begonnen partijen met de implementatie van deze punten. Dat loopt tot eind 2024. Het Zorginstituut monitort de voortgang en faciliteert waar mogelijk. Zo onderzoeken we momenteel of steunpessaria in de eerste lijn kunnen worden vergoed als hulpmiddel tegen UI. Deze zorg valt dan mogelijk onder ‘noodzakelijk te verzekeren zorg’, zoals omschreven in een recent geüpdatet afwegingskader hierover. Daarnaast voerden we afgelopen jaar een ‘mediascan’ uit. Daaruit bleek dat betrokken partijen hun patiënteninformatie al sterk geprofessionaliseerd hebben. Ook is er in publieksmedia inmiddels meer aandacht voor deze klachten. We kunnen nog niet concluderen of vrouwen nu sneller naar de dokter gaan, maar het is zeker een stap in de goede richting.”

aan het **Bed**

**Jacqueline Groeneweg is gynaecoloog en
secretaris NVOG-werkgroep bekkenbodem.**

“Naast mijn werk in het IJsselland ziekenhuis heb ik parttime bij het Zorginstituut gewerkt en meegeschreven aan het verbeteringsignalement. Het was leuk om eerst betrokken te zijn bij de theorie om die daarna in de praktijk te kunnen brengen. Duidelijk werd dat vooral de richtlijnen aangepast en beter op elkaar afgestemd moesten worden; de richtlijnen van de NHG en de NVOG weken namelijk van elkaar af. Mede daarom past de NVOG steeds vaker alleen modules aan. Door daarbij ook input van huisartsen en urologen te gebruiken, zijn de richtlijnen nu meer op elkaar afgestemd. We hebben inmiddels goede slagen gemaakt met de implementatie. Een mooi voorbeeld van de verbetering van de ‘nuldlijnszorg’ is de website bekkenbodemwijzer.nl. Ook werken we aan een verschuiving van zorg naar de eerste lijn door meer huisartsen te scholen in het plaatsen van een pessarium. Dat maakt het voor vrouwen makkelijker om de zorg dicht bij huis te krijgen.

Los van het verbeteringsignalement werken we vanuit de NVOG verder aan de *awareness* van artsen. In deze regio doen we dat binnen het netwerk BeterKeten. We organiseren fysieke en online bijeenkomsten voor gynaecologen om elkaar bij te praten en van elkaar te leren. Zulke netwerken zijn er ook in Brabant, Groningen en Noord-Holland. Binnen BeterKeten weten we van elkaar welke ingreep in welk ziekenhuis wordt gedaan. Daardoor kan je makkelijker doorverwijzen. Ook geeft het regionaal overleg meer inzicht in eventuele praktijkvariatie, waardoor we er beter op kunnen sturen dat iedereen dezelfde zorg krijgt. Zo werken we – binnen en buiten de context van het verbeteringsignalement – samen aan hetzelfde doel: zorgen dat vrouwen met bekkenbodemplakhten goed geïnformeerd worden en betere toegang krijgen tot passender en effectievere zorg, en bij voorkeur dicht bij huis.”



“Vrouwen met
UI of prolaps moeten
betere toegang krijgen
tot passender zorg, en
bij voorkeur dicht
bij huis”

Minddistrict innoveert ggz-vragenlijst

Online therapie doeltreffender met extra meetmomenten

Minddistrict biedt sinds 2008 een digitaal platform voor ggz-behandelingen. Nieuw is een tool voor tussentijdse meetmomenten over de mentale toestand van de cliënt. Daardoor krijgt de therapeut een betrouwbaarder inzicht in het succes van de behandeling. En kan hij bijsturen, met meer eigen regie voor de cliënt.

Tekst Loek Kusiak

Beeld Ron Zwagemaker

Je kunt geen röntgenfoto maken van iemands gevoelsleven, van zijn mentale toestand. Cliëntgegevens voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) komen daarom uit vragenlijsten. Behalve onmisbaar voor een diagnose van een psychisch probleem vertelen vragenlijsten ook iets over het succes van een behandeling. Daarvoor is er *Routine Outcome Monitoring (ROM)*: een methodiek waarbij de behandelaar aan het begin, halverwege en aan het eind van de behandeling vooruitgang of achteruitgang bij de cliënt vaststelt.

“Een nadeel van deze methode is dat het een momentopname is. De uitkomsten zijn niet per definitie representatief voor de gesteldheid van de cliënt. Dat biedt weinig mogelijkheden om in te spelen op veranderende behoeften van de cliënt. Met vragenlijsten meten hoe de therapie aanslaat vergt daarom een andere vormgeving.” Dat stellen

Jeanette Ploeger, ceo van e-healthaanbieder Minddistrict en Remy Lamers, verantwoordelijk voor productontwikkeling. De catalogus van Minddistrict met online tools omvat een diagnose op filtering en doelgroep en zestien zogeheten transdiagnostische thema's, waarbij meer dimensionaal naar stoornissen wordt gekeken. Binnen elk thema zijn er instrumenten als basismodules, dagboeken en videobellen.

Lamers: “Door gebruik te maken van de functionaliteit van ROM kunnen we frequentere, kleinere en gerichtere meetmomenten toevoegen in het behandelproces”

Online feedback

Digitale therapieën zijn volgens Ploeger even geschikt als (en voor sommige aandoeningen zelfs effectiever en minder duur dan) traditionele face-to-face-behandelmethoden. “Bij online therapie schrijft de cliënt over gevoelens en gedachten, bijvoorbeeld in een oefening of een dagboek. De therapeut geeft daarop feedback. Dat beklijft langer. Bovendien sta je niet zoals voor een face-to-face-therapie drie maanden op een wachtlijst. Voor online is de indicatie gemiddeld veertien dagen, maar vaak kan het sneller.”

De intake start direct met psycho-educatie en met doelen die de cliënt wil stellen. “Zo weet ook de therapeut vooraf al dat deze

nieuwe cliënt bijvoorbeeld worstelt met een verslaving, een depressie of angststoornis. De ggz ziet ook steeds meer angstpatiënten. Die zijn sowieso gemotiveerd. Ze ervaren een acuut probleem en zijn zeer geschikt voor online therapie.”

Gebruiksvriendelijker

Hulpverleners konden altijd al in Minddistrict vragenlijsten afnemen, bijvoorbeeld als beslisondersteuning in de eerstelijnszorg. Eind 2023 is Minddistrict in het eigen platform gestart met het vernieuwen van de vragenlijsten. Die zijn nu ook via de mobiele apps beschikbaar voor cliënten; dat is behalve gebruiksvriendelijker ook een eerste stap naar een datagestuurde behandeling.

“Door gebruik te maken van de functionaliteit van ROM”, legt Lamers uit, “kunnen we frequentere, kleinere en gerichtere meetmomenten toevoegen in het behandelproces. Deze methodiek noemen we *Ecological Momentary Assessment* en verbetert het inzicht in het dagelijks leven van de cliënt. De behandelaar kan nu het verloop van gedragspatronen sneller in kaart brengen. Die kan besluiten meer gepersonaliseerde zorg te bieden wanneer uit de dagboeken blijkt dat er een andere oorzaak van de klachten is dan eerder gediagnosticeerd.” Ploeger vult aan: “De cliënt krijgt ook meer grip op zijn behandeling dankzij de tussentijdse meetmomenten en het kunnen teruglezen van de informatie.”

Slaapprobleem

Lamers noemt slaapproblemen als voorbeeld. Iets waar zeer veel mensen mee kampen. “De cliënt denkt bijvoorbeeld

dat eindeloos piekeren de oorzaak van het slaapprobleem is. Dus daar gaat hij met de behandelaar aan werken terwijl er om de drie maanden een ROM-vragenlijst wordt ingevuld, de gangbare aanpak dus. Deze vragenlijsten zijn lang en monotoon om in te vullen. Door ook kortere, gerichte vragen te stellen in tussentijdse momenten van het behandeltraject krijg je betrouwbaardere gegevens. Via het cliëntdagboek kan het platform signaleren dat andere symptomen het slaapprobleem beïnvloeden, zoals alcohol of een eerder niet genoemde verslaving. Wat aanleiding kan zijn om de behandeling aan te passen.”

Intensiever traject

Voor de klassieke face-to-face-therapie van een depressie staan gemiddeld twintig gesprekken van een uur verdeeld over twintig weken. Ploeger: “We weten dat een cliënt zodra hij de spreekkamer na een sessie verlaat 80 procent weer vergeet. Die tijd kun je met *blended* therapie, dus een combinatie van offline en online contact, efficiënter benutten. Je doet twaalf gesprekken fysiek, of via videobellen circa een half uur, en spreidt die over een kortere tijd. Daar voeg je veertien online contacten van één kwartier aan toe. Met 26 contacten en minder tijd creëer je een intensiever en beter behandeltraject.”

Lamers: “Zeker bij iemand met weinig intrinsieke motivatie helpt het elkaar vaker te spreken. Cliënten zijn online opener en eerlijker over hun gevoelens. En vaak gaat het ook over leuke dingen in het leven.”

Hoewel de populariteit van online therapie, mede vanwege corona, is toegenomen, blijkt het nog een hobbel om zorgverleners te motiveren voor een digitale uitwerking van een effectieve behandeling. “Behandelaars moeten cliënten de mogelijkheid van online therapie aanbieden”, zegt Ploeger. “Ik hoor vaak dat zij dat zien als weer een toepassing erbij. Maar in de praktijk hebben én krijgen therapeuten weinig tijd om de online therapie goed in hun werkproces te integreren. Voor sommigen voelt e-health ook als een bedreiging. Alsof hun werk wordt overgenomen door de techniek. Je mist dan wel kansen om de zorg te verbeteren.”

Agenda slim beheren

Sinds 2022 valt de vergoeding voor e-healthcontacten die een behandelaar



Ploeger: “Voor een face-to-face-therapie sta je drie maanden op een wachtlijst. Voor online gemiddeld veertien dagen, maar vaak kan het sneller”

inzet als ‘directe tijd’ onder het nieuwe declaratiesysteem ZorgPrestatiemodel (ZPM). De vergoeding aan hulpverleners voor korte contacten is per minuut hoger dan voor lange contacten. Oftewel, voor een gesprek dat de behandelaar efficiënt, dus *to the point* met zijn cliënt inricht en dat dus korter duurt, staat ook een betere vergoeding.

Als de voordelen van e-health in meerdere opzichten zo evident zijn, welke voorwaarde voor een grote doorbraak ontbreekt dan nog? “Agendabeheer is een verandering die nog moeilijk te maken is”, constateert Ploeger. “De planning van de face-to-face-agenda ligt bij het secretariaat. Zodra je *blended* gaat werken, is het belangrijk blokken tijd te reserveren voor de online contacten en

het schrijven van feedback. Behandelaren als basispsychologen en specialistisch verpleegkundigen gaan daarmee flexibel aan de slag, maar psychiaters krijg je nog moeilijk mee.”

“Daarnaast vinden sommige bestuurders het lastig dat zorgverzekeraars hen erop wijzen dat *blended* zorg, zoals onderzoek aantoonde, doelmatiger en goedkoper is. ‘We committeren ons niet aan efficiëntie’, is de reactie. Die groep wordt gelukkig een minderheid. Van bestuurders hebben we visie op digitale zorg nodig, en doelstellingen. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) stuurt op transformatie van zorg, zoals digitalisering. Er is budget voor specifieke projecten en producten. Dat opent deuren naar meer interesse voor *blended* zorg.” |

Subsidie versnelt besluit toelating veelbelovende zorg

Tien miljoen euro voor onderzoek kunstalvleesklier

De kunstalvleesklier, ontworpen door de Nederlandse diabetespatiënt Robin Koops, is een veelbelovende uitvinding. Zeker voor de circa honderduizend patiënten met diabetes type 1 in Nederland. De eerste resultaten van het apparaat zijn positief, maar uitgebreider wetenschappelijk onderzoek is nodig. Dit werd mogelijk gemaakt dankzij de Subsidie Veelbelovende zorg van bijna 10 miljoen euro van het Zorginstituut en ZonMw.

Tekst Edith Bijl

Beeld Vincent Jannink (ANP)

De zogenaamde 'bi-hormonale kunstalvleesklier' bestaat uit een glucosemeter en een pompje. De glucosemeter meet continu de suikerwaarden. Is deze te hoog, dan dient het pompje insuline toe. Bij een te lage suikerwaarde geeft het pompje glucagon af. Zo helpt het apparaat patiënten met diabetes type 1 om hun bloedsuikerwaarden op het juiste niveau te houden.

Meer onderzoek nodig

Er is al studie gedaan naar de effectiviteit van deze kunstalvleesklier. Maar om te kunnen bepalen of deze zorg in het basispakket kan worden opgenomen is grootschaliger onderzoek nodig. Dit is mogelijk gemaakt met de subsidieverlening via Veelbelovende zorg. Hierdoor kunnen twaalf Nederlandse ziekenhuizen onder leiding van UMC Utrecht in een uitgebreid klinisch onderzoek de werking van de kunstalvleesklier testen. Aan dit onderzoek doen 240 volwassen patiënten met diabetes type 1 mee.

“Met onze subsidie kan het UMC Utrecht de bi-hormonale kunstalvleesklier direct vergelijken met de huidige standaardzorg. Dat is nodig om een uitspraak te doen of

voor deze patiënten de kunstalvleesklier in het pakket moet komen”, vertelt Yuri Souwer, projectleider Veelbelovende zorg bij het Zorginstituut. Het veelbelovende zorg-project is in volle gang. Volgend jaar ontvangt het Zorginstituut de resultaten. Op basis daarvan kunnen we beoordelen of de bi-hormonale kunstalvleesklier vergoed kan worden uit het basispakket - en met name voor welke mensen dit de juiste zorg is. We verwachten hierover begin 2026 een uitspraak te doen. |

Subsidieregeling veelbelovende zorg

De subsidieregeling is bedoeld voor veelbelovende zorg die nog niet uit het basispakket vergoed wordt, omdat in Nederland nog niet is onderzocht wat de effectiviteit van deze zorg is ten opzichte van de standaardzorg.

Met de subsidie worden zowel de zorgkosten als de onderzoekskosten vergoed. Bij positieve resultaten wordt deze zorg voortaan vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering.

Door veelbelovende zorg sneller bij de patiënt te brengen, dragen we bij aan meer passende zorg. Het Zorginstituut en ZonMw voeren de regeling uit.





“Het onbenutte reservoir aan vitaliteit kan het gevreesde zorginfarct voorkomen”

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:

Rudi Westendorp
Directeur Vereniging
Reable Nederland

“Als het gaat om de ouderenzorg, dan kunnen we elkaar ongelooflijk goed in de put praten. Natuurlijk zijn er problemen die moeten worden opgelost, maar de emotionele en praktische drempels die we zelf opwerpen zijn veel groter dan de obstakels die er in werkelijkheid zijn. Omdat we niet buiten de gebaande kaders durven te kijken komt alles tot stilstand. Neem het veronderstelde tekort aan mantelzorgers. Wanneer je mantelzorgers beperkt tot mensen jonger dan 65 jaar, dan is er een toenemend tekort en worden de problemen onbeheersbaar groot. Maar waarom niet rekenen op de grote aantallen 65-plussers die actief en fit genoeg zijn om mantelzorg te kunnen bieden?

Ik word verdrietig en wanhopig wanneer we iedere 65-plusser wegzetten als oud, zorgbehoevend en kostenpost. En dat terwijl deze ouderen een enorm reservoir aan vitaliteit vormen dat nu nog onvoldoende wordt herkend. Bij navraag blijkt het gros hulp te willen verlenen. Ook geven zij aan daar zingeving aan te ontlenuen. Maar er is onder diezelfde ouderen ook sprake van vraag- en daadverlegenheid. Wanneer we de problemen in de ouderenzorg willen aanpakken, moeten we meer inzetten om samen zelfredzaam te worden. Herken dat ouderen kunnen en willen meehelpen om het gevreesde zorginfarct te voorkomen! Leer ouderen dat zij om hulp mogen vragen én hulp mogen aanbieden. En schep de mogelijkheden zodat zij met elkaar in contact komen.”

Beeld De Beeldredactie | Angeline Swinkels

Over zorg gesproken...

“Minder creativiteit, minder je geheugen aanspreken, minder goed kunnen beslissen: dat doet AI met ons brein. Daarom noem ik AI ook wel Afnemende Intelligentie.”

Hoogleraar neuropsychologie Erik Scherder op gezondheidsnet.nl (5 maart 2024).

“De eenzaamheid van ziekte is een dubbele eenzaamheid. Wie uit de wereld verdwijnt laat een gat achter. Als je lang genoeg ziek bent sluit dat zich langzaam. Mensen wennen eraan dat je niet meer meedoet.”

Schrijver en filosoof Eva Meijer in de nrc (27 februari 2024).

“Als uitkomstverschillen openbaar zijn, moet je als specialist misschien constateren dat je minder goed bent dan je dacht. Dat je dat vreselijk vindt, is menselijk. Maar dat je niet meewerkt aan transparantie om zorg te verbeteren, is niet professioneel.”

Columnist Mariska Koster op artsenauto.nl (15 februari 2024).

“De zorg is mooi, belangrijk en economisch vitaal: dat mag best wat kosten”

Evelien Tonkens, hoogleraar burgerschap en humanisering van de publieke sector, in Trouw (7 februari 2024).

“Ik heb mijn kiezen maar laten trekken, behandelen was te duur.”

Gerda Sterrenburg kan de tandarts niet betalen, op dvhn.nl (20 januari 2024).

“Zorgprofessionals moeten toegroeien naar de rol van bewaker van de collectieve gezondheid, waarbij niet meer alleen het belang en de wensen van een individu ons handelen dicteren.”

Wink de Boer, internist/mdl-arts, in Collectieve Gezondheid (1 februari 2014).

“Er is veel aandacht voor het aantrekken van mensen om in de zorg te werken. Maar hoeveel aandacht wordt besteed aan het duurzaam behouden van mensen?”

Raymonda Romberg, anesthesioloog en medisch manager, op artsenauto.nl (30 januari 2024).

“Als partijen niet over hun schaduw stappen, wordt de uitvoering van de goede IZA-intenties en afspraken ingewikkeld.”

Arthur Schellekens, directeur-bestuurder van Patiëntenfederatie Nederland, op zorgvisie.nl (8 februari 2024).

“Waarom krijgt Henk die makkelijk bij kan dragen aan zijn behandeling (vindt Henk zelf ook) hetzelfde vergoed als Harrie die dat niet kan?”

GZ-psycholoog Anja de Bok op artsenauto.nl (31 januari 2024).

“Als we verloskunde en gynaecologie niet hadden uitgevonden, waren we allang uitgestorven.”

Cat Bohannon, wetenschapsonderzoeker in de VS, in de Volkskrant (13 januari 2024).