



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
december 2023

*Preventiecardioloog
Tamara Aipassa:*

“Preventie is onderdeel van de zorgplicht van medisch specialisten”

| Grotere rol voor helpenden en hulpmiddelen in wijkverpleging

| Ggz-problematiek vereist breed perspectief

Inhoud

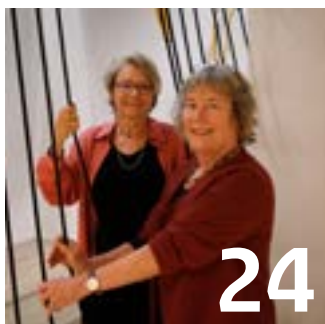
6 Advies wijkverpleging
De wijkverpleging staat onder druk. De vraag naar wijkverpleging groeit, terwijl er een groot tekort is aan personeel. Het Zorginstituut ziet een grote rol weggelegd voor helpenden en hulpmiddelen om de wijkverpleging overeind te houden.

12 Passende zorg voor mensen met psychische problemen
Het Zorginstituut publiceerde vorige maand het *Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen*. Het rapport schetst diverse oplossingsrichtingen die samenleving, sociaal domein, huisarts en ggz met elkaar verbinden.

22 MammaPrint en Oncotype DX
Het Zorginstituut concludeerde onlangs dat MammaPrint en Oncotype DX deel uitmaken van het basispakket. Deze genexpressietesten voorspellen of vrouwen met borstkanker in een vroeg stadium het genetisch risico lopen op uitzaaiingen.

24 Vernieuwende acute ouderenzorg
Zes belangrijke vernieuwingen kunnen bijdragen aan een betere organisatie van acute zorg voor kwetsbare ouderen. Dat blijkt uit onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Zorginstituut.

28 Gegevensuitwisseling essentieel voor passende zorg
Passende zorg en goede gegevensuitwisseling worden nog vaak gezien als twee verschillende werelden. Maar goede informatievoorziening is essentieel voor passende zorg. Het informatievraagstuk moet in het zorgproces dan ook zo vroeg mogelijk worden meegenomen.



Rubrieken

- 9 Column Martin van der Graaff
- 10 Tien vragen aan: Karin Timm
- 14 Literair recept van de Culturele Apothekers
- 16 Feiten & Cijfers
- 18 De stelling van...
Tamara Aipassa, preventiecardioloog.
- 26 Aan het bureau / aan het bed
Gepaste inzet van antibiotica bij infectieziekten.
- 31 De zorg van morgen
... volgens Elnathan Prinsen, psychiater en RvB-lid Parnassiagroep.
- 32 Over zorg gesproken

Voorwoord

Politiek is aan zet

Tijdens de verkiezingscampagne hebben politieke partijen ons vooral toezeggingen over de zorg gedaan: meer personeel, minder eigen bijdrage, liefst alles in het basispakket. Maar nu, aan de formatietafel, komt het erop aan: welke beloftes worden daadwerkelijk ingelost?

In de verkiezingsprogramma's werd vooral ingezet op het blijven investeren in de zorg. Politieke partijen keken met name naar passende zorg in de zin van passend bij de mens, bij het individu. Zij brandden zich niet aan de vraag of die zorg ook past bij de samenleving. Want het antwoord daarop vereist keuzes. Lastige keuzes over hoe we de 111 miljard euro gaan besteden die is begroot voor de zorg. En die vallen in verkiezingstijd niet altijd goed.

Maar nu de tijd van politiek wensdenken voorbij is, is het tijd voor politieke realiteit. Al eerder besloot de Kamer door te gaan met passende zorg en de uitvoering van het IZA, WOZO en GALA. Hoe we dat precies gaan vormgeven bepaalt de politiek. Samen met de NZa willen we daarom de formerende partijen oproepen om in hun coalitieakkoord duidelijke uitspraken te doen over hoe we verdergaan met passende zorg, en hoe we mensen en middelen inzetten om tot zorg te komen die ook passend is voor de samenleving. Het is nu aan de politiek om daarin keuzes te maken en daar ook voor te gaan staan.

Welke keuzes zijn dat dan concreet? Dat zijn er vele, maar in dit voorwoord beperk ik mij tot de volgende drie suggesties. Ten eerste: investeer niet zozeer in zorgproducten, maar in een gezonde samenleving. Anders blijf je medicaliseren en professionaliseren. Investeren in een gezonde samenleving betekent ook investeren in een gezonde omgeving, in sociale zekerheid, wonen, onderwijs en duurzaamheid. Misschien hebben we daarvoor wel een minister voor gezondheid nodig, een interdepartementale minister die beleid voert over de departementen van sociale zaken, wonen, onderwijs en zorg heen. Ten tweede: voor de houdbaarheid van de ouderenzorg is het noodzakelijk om de context van de persoon erin te betrekken, zodat langdurige zorg kan worden gepersonifieerd en niet langer voorliggend is.

Ten derde: focus niet alleen op het stimuleren van passende zorg, maar ook op het stoppen van niet-passende zorg. Dat is een moeilijk gesprek, maar dat moet wel gevoerd worden. Niet alleen met zorgprofessionals en verzekeraars, maar ook met burgers, met de samenleving. Want zonder maatschappelijk draagvlak gaat het terugdringen van niet-passende zorg niet lukken. Daarom is het zo belangrijk dat de politiek duidelijke keuzes maakt en deze vastlegt in een regeerakkoord. Zodat we – ondersteund door de politiek en gedragen door de samenleving – keuzes kunnen maken op de weg naar passende zorg.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland



Korte berichten

Generiek kompas voor zorg thuis, in de wijk en in het verpleeghuis



Het Zorginstituut ontving eind november het Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'. Het kompas is gezamenlijk ingediend door zorgaanbieders, beroepsgroepen, cliëntenvertegenwoordigers, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Het Generiek kompas gaat over verpleeghuiszorg én over zorg en ondersteuning thuis en in de wijk voor (veelal) ouderen en specifieke doelgroepen zoals mensen met niet-aangeboren hersenletsel, Korsakov, Huntington, Parkinson en jonge mensen met dementie.

Alle partijen die betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van dit Generiek kompas hebben de afgelopen maanden in een intensief proces samengewerkt om tot een gezamenlijke visie te komen. Op basis van het Toetsingskader (3.0) toetst het Zorginstituut of het Generiek kompas voldoet aan de criteria om te kunnen worden opgenomen in het Register. Eenmaal opgenomen in het Register vervangt het kompas het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, het addendum Wlz thuis en het Kwaliteitskader Wijkverpleging.

Zorginstituut: goede hoorzorg is meer dan een hoortoestel

Slechthorenden krijgen op dit moment niet de hoorzorg waar zij recht op hebben uit het basispakket en die nodig is om optimaal te functioneren. Dit concludeert het Zorginstituut in het *Verbetersignalement Perceptieve slechthorendheid bij volwassenen – Onderweg naar passende hoorzorg*.

Passende hoorzorg bestaat uit drie componenten: een goed aangemeten hoortoestel met vijf jaar nazorg, psychosociale hulp en zorg gericht op het bevorderen van communicatie. Slechthorenden krijgen nu meestal alleen een hoortoestel en weinig nazorg. Betere voorlichting over het zorgaanbod, de hoortoestellen en goede informatie-uitwisseling tussen audiciens en huisarts zijn nodig om patiënten de juiste keuzes te laten maken.

Op dit moment kampt circa 1 miljoen Nederlanders met slechthorendheid. De meeste slechthorenden hebben last van perceptief gehoorverlies, dat ontstaat door schade aan

het binnenoor. Hierdoor worden signalen die nodig zijn om te horen niet goed doorgegeven aan de hersenen. In 2030 zijn er naar verwachting zo'n 1,7 miljoen slechthorenden in Nederland. Slechthorendheid grijpt diep in op het leven van mensen en is een groeiend maatschappelijk probleem.

Het Zorginstituut en betrokken partijen in de hoorzorg hebben inmiddels de benodigde afspraken gemaakt om de beoogde goede, persoonsgerichte verzekerde hoorzorg te realiseren. De betrokken zorgpartijen gaan nu aan de slag met de ontwikkeling van een overkoepelende zorgstandaard met de integrale aanpak van slechthorendheid als uitgangspunt. Zij willen de beoogde verbeteringen in de verzekerde hoorzorg uiterlijk eind 2025 volledig doorgevoerd hebben. Het Zorginstituut monitort de voortgang van de verbeteringen en faciliteert de partijen waar nodig tijdens het proces.



Rob Tollenaar nieuwe voorzitter van programma ‘Passende zorg in oncologieregio's’

Rob Tollenaar start vanaf januari 2024 als voorzitter van het programma 'Passende zorg in oncologieregio's'. Hij gaat samen met betrokken partijen aan de slag met de acties uit het *Plan van aanpak passende zorg in oncologieregio's*. Het plan omvat samenhangende maatregelen om passende zorg voor mensen met kanker te realiseren. De huidige netwerken en overlegstructuren worden hiervoor de komende jaren verbeterd en verbreed. Ook zullen er nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan. Complexe oncologische zorg zal meer worden geconcentreerd, wat leidt tot betere kwaliteit van zorg voor patiënten. Tollenaar is bekend met het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Hij is oncologisch chirurg en hoogleraar Heelkunde bij het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en lid van de Raad van Bestuur van het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), dat

hij in 2012 oprichtte. Het DICA is een non-profitorganisatie die de kwaliteit van zorg inzichtelijk maakt. Daardoor kan zorg continu verbeterd worden. “Het meten van kwaliteit heeft veel impact op het redden van levens. Het complicatiepercentage daalt en dat redt levens. En minder complicaties betekent minder handen aan het bed na een operatie”, zegt Tollenaar over zijn bestuurswerk bij het DICA.

Tollenaar stelt dat het uiteindelijke doel van het programma is om te komen tot “de best mogelijke zorg voor de patiënt. Als voorzitter zie ik mezelf als aanjager om de neuzen dezelfde kant op te krijgen. Dan kijken we samen waar de pijn voor organisaties zit en hoe we dat kunnen verzachten. Maar uiteindelijk moet wel dat besluit genomen worden, want het belang van de patiënt staat voorop.”



Advies tijdkritische aandoeningen spoedzorg

Het Zorginstituut heeft - op verzoek van het ministerie van VWS - opdracht gegeven aan adviesbureau KPMG onderzoek te doen naar de medische onderbouwing van bestaande kwaliteitsnormen voor vijf acute en complexe aandoeningen, de zogenoemde tijdkritische aandoeningen. Patiënten die acuut complexe medische zorg nodig hebben moeten snel naar een ziekenhuis worden vervoerd dat beschikt over zorgverleners met de juiste vaardigheden en de benodigde faciliteiten. Dat kan veel gezondheidsschade voorkomen.

KPMG onderzocht welke kwaliteitsnormen er landelijk vastgelegd zijn voor het leveren van acute zorg voor de volgende tijdkritische aandoeningen: acuut hartinfarct, acuut herseninfarct, ruptuur van de buikslagader, multitrauma en acute verloskunde. Half september werd de rapportage opgeleverd. Deze geeft per aandoening inzicht binnen hoeveel tijd welk type zorg moet worden verleend of beschikbaar moet zijn (de zogenoemde tijdindicaties) en aan welke kwaliteitskenmerken deze zorg moet voldoen. Op basis van het rapport concludeert het Zorginstituut dat de onderbouwing van de tijdsindicaties onvoldoende is voor vier van de vijf aandoeningen. Het rapport bevat aanknopingspunten voor verbetering van de onderbouwing. Bijvoorbeeld door samen met het zorgveld kwaliteitsnormen te formuleren voor het traject vanaf de eerste melding tot aan het ziekenhuis. Daarnaast helpt het om afspraken te maken over structurele gegevensuitwisseling en het delen van beeldbeschikbaarheid.

Meer informatie?

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

Advies *Verdelen van schaarste in de wijkverpleging:*

Grotere rol voor helpenden en hulpmiddelen in wijkverpleging

De wijkverpleging staat onder druk. Door de vergrijzing en de wens om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, groeit de vraag naar wijkverpleging. Tegelijk is er een groot tekort aan verzorgenden en verpleegkundigen om mensen thuis te verplegen en te verzorgen. Het Zorginstituut schreef een advies voor demissionair minister Conny Helder om de wijkverpleging overeind te houden. Hierin is een grote rol weggelegd voor helpenden en hulpmiddelen.

Tekst Jos Leijen

Beeld Mrs. Peacock en

De Beeldredactie | Lex van Lieshout

Voor de aanleiding van dit advies moeten we terug naar het voorjaar van 2022. Branchevereniging Actiz suggereerde toen om de aanspraak op wijkverpleging te beperken. Ofwel: om een deel van de zorg die nu nog in de basisverzekering zit, niet meer te vergoeden. Dat zou een oplossing zijn om de krapte op de arbeidsmarkt het hoofd te bieden. Immers, op dit moment kunnen sommige zorgorganisaties de vraag niet aan omdat ze te weinig medewerkers hebben.

Dat ging het Zorginstituut te ver, vertelt Aster de Lange, een van de auteurs van het advies. Het zou ook geen echte oplossing zijn, want het verlegt het probleem naar mensen die dan geen of minder zorg krijgen. “Daarmee verdwijnt de zorgvraag niet, maar dupeer je de meest kwetsbaren in de samenleving.” Het Zorginstituut besloot daarom alle betrokken partijen bij elkaar te roepen en samen te kijken hoe de schaarste opgevangen kan worden zonder te snijden in bestaande afspraken op wijkverpleegkundige zorg. Op 16 maart 2023 kwamen deze partijen bij elkaar: brancheverenigingen Actiz en Zorgthuis.nl, de Patiëntenfederatie, beroepsvereniging V&VN en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Hamvraag: wat is er nodig om passende wijkverpleging te bieden?

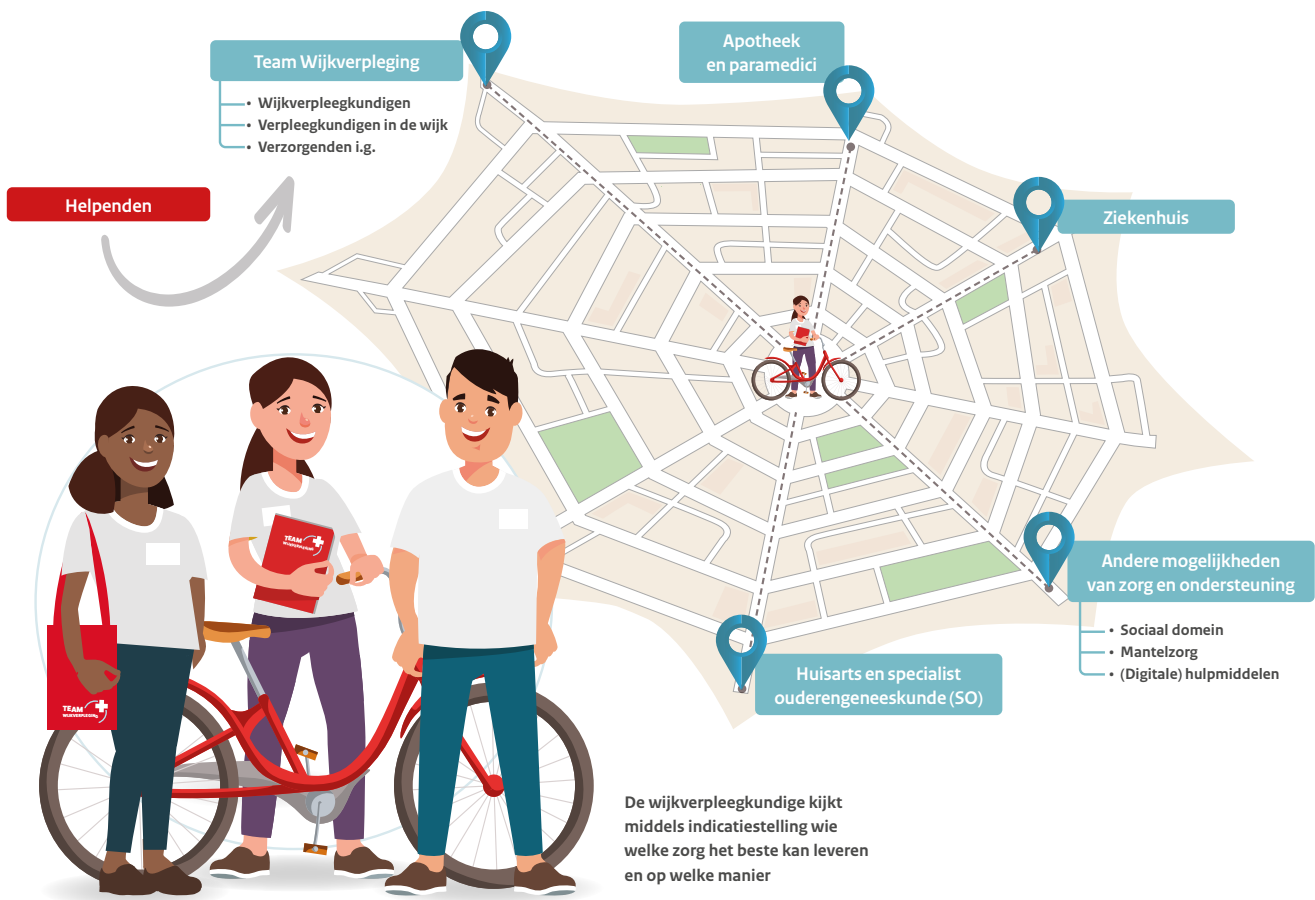
Niet-medische handelingen

Uit de sessie kwamen diverse alternatieven naar boven voor het beperken van de vergoede zorg. De belangrijkste en volgens sommige partijen meest kansrijke was de

herintroductie van helpenden. Helpenden zijn zorgverleners met een mbo-niveau-2-opleiding. Zij mogen niet-medische verzorgende handelingen en signalerende taken uitvoeren onder toezicht van de wijkverpleegkundige. Sinds 2015 is deze categorie in de wijkverpleging vrijwel verdwenen, mede omdat zorgverzekeraars in hun voorwaarden hebben staan dat medewerkers in de wijkverpleging minimaal niveau 3 moeten hebben.

Andere oplossingen die genoemd werden waren de inzet van hulpmiddelen, beter indiceren volgens het normenkader, en betere samenwerking rond de cliënt tussen wijkverpleging, huisarts, sociaal domein en andere betrokken partijen. Onderzoeksbureau GUPTA ging samen met het Zorginstituut aan de slag met de suggesties en bedacht scenario's. De resultaten waren opzienbarend: de gecombineerde inzet van hulpmiddelen en helpenden kan tot een verschuiving van 10.000 fte leiden. Dat is bijna genoeg om de verwachte groei van de vraag naar wijkverpleging de komende jaren volledig op te vangen.

De inzet van helpenden en hulpmiddelen is dan ook een van de kernpunten in het advies aan het ministerie van VWS. Het Zorginstituut adviseert om maximaal in te zetten op passende zorg en passende inzet van wijkverpleging. “Als we wijkverpleging meer passend inzetten, is het niet nodig om nu over te gaan tot minder vergoeding van wijkverpleging uit het basispakket van de zorgverzekering”, aldus het advies.



Indiceren volgens normenkader

Essentieel bij de voorgestelde acties is de indicatiestelling. De wijkverpleegkundige bepaalt hoeveel en welke zorg een cliënt nodig heeft. In het normenkader van de beroepsvereniging V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) staan de regels voor de indicatiestelling. De wijkverpleegkundige kan bij de indicatiestelling kijken of er helpenden ingezet kunnen worden in plaats van verzorgenden of (wijk)verpleegkundigen. Verder kijkt de wijkverpleegkundige of het mogelijk is om digitale zorg en hulpmiddelen in te zetten, zodat mensen meer zelf kunnen doen en minder hulp van wijkverpleging nodig is.

“Er zijn aanwijzingen dat de indicatiestelling verbeterd kan worden”, zegt De Lange. “Er lijken verschillen te zijn tussen indicatiestellers en tussen organisaties. Het onderzoek daarnaar loopt nog, maar de eerste resultaten wijzen uit dat bij veel indicaties van het normenkader wordt afgeweken. En er is nog

“Als we wijkverpleging passender inzetten, hoeven we nu niet over te gaan tot minder vergoeding van wijkverpleging”

niet altijd voldoende oog voor de mogelijkheid om hulpmiddelen in te zetten.” Als het advies wordt uitgevoerd zoals het Zorginstituut het voor ogen heeft, gaan alle partijen de gevolgen voelen. “Niemand is er 100 procent blij mee, maar als we allemaal in beweging komen en iedereen zijn steentje bijdraagt, kan het een succes worden.” Cliënten moeten er rekening mee houden dat vaker een beroep wordt gedaan op hun zelfredzaamheid, bijvoorbeeld doordat ze moeten leren hulpmiddelen te gebruiken. Een nadeel is dat die hulpmiddelen meestal niet vergoed worden en dus extra kosten brengen voor de patiënt. Daarnaast heeft de huidige generatie ouderen weinig ervaring met computers, waardoor digitale hulp-

middelen niet optimaal benut worden. Maar dat is een tijdelijk probleem; de volgende generatie ouderen is digitaal vaardiger.

Aankleden en wassen

Branchevereniging Zorgthuis.nl is blij met het advies, zegt beleidsmedewerker Jolien in 't Veld. “Het is goed om eerst te kijken wat we met passende zorg kunnen bereiken, voordat we de aanspraak verkleinen. Dat treft de meest kwetsbaren. Helpenden konden we vroeger ook inschakelen. In de praktijk is het niet altijd nodig om verzorgende niveau 3 in te zetten.” Ze verwacht dat er ook in de krappe arbeidsmarkt voldoende belangstelling zal zijn om op niveau 2 in de wijkverpleging te werken. →



Aanbieding van het advies aan demissionair minister Helder, 2 november 2023.

In 't Veld: "In de praktijk is het niet altijd nodig om verzorgende niveau 3 in te zetten"

Directeur Wilhelmiën Looymans van de Utrechtse zorgorganisatie Zorgwacht deelt het optimisme van In 't Veld. "We hebben na het sluiten van de verzorgingshuizen een verschuiving gezien naar zorg thuis. Veel ouderen hebben hulp nodig bij het aankleden en wassen. Dat kan heel goed gedaan worden door helpenden. Zeker als die daarbij coaching krijgen van de wijkverpleegkundige." In 't Veld ziet bovendien kansen om via de functie van helpenden meer verzorgenden niveau 3 in de wijkverpleging te krijgen. "Veel mensen die wel in de wijk zouden willen werken, worden afgeschrikt door de opleiding op niveau 3. Als ze kunnen instromen op niveau 2 kunnen ze misschien later doorgroeien naar niveau 3, zeker als we ze daarbij faciliteren door modulair onderwijs. Zo kunnen we het tekort aan verzorgenden aanvullen."

Het advies zet kanttekeningen bij de versnippering in de wijkverpleging. In sommige steden zijn tientallen aanbieders actief. Dat maakt de samenwerking met huisarts,

sociaal domein en andere partijen ingewikkeld. Looymans relateert dat knelpunt: "In Utrecht hebben we een convenant ouderenzorg ondertekend en overleggen we maandelijks in een stuurgroep. In samenwerking met de huisartsenpraktijken bezoeken we preventief kwetsbare ouderen bij wie we een GFI (Groningen Frailty Indicator - red.) afnemen. Vaak hebben deze ouderen de afgelopen drie jaar geen contact meer gehad met de huisarts."

Vertrouwen en vraagtekens

Milanda Koopman is bestuurslid van de afdeling Wijkverpleegkundigen V&VN. Ze heeft vertrouwen dat succes mogelijk is, als alle partijen zich ervoor inzetten. Ze zet wel vraagtekens bij de voorspelde mogelijke inzet van helpenden: "7.500 fte is erg optimistisch; het is een scenario en er is geen goed onderzoek voorhanden naar de effecten. Het is belangrijk om goed te indiceren welke zorg door een helpende kan worden uitgevoerd. Een steunkous aantrekken lijkt eenvoudig, maar als je een wondje

op het been over het hoofd ziet of verkeerd beoordeelt, kan dat grote gevolgen hebben. Het goede aan het advies is dat het een erkenning is van de rol van de wijkverpleegkundige", vindt zij. "De wijkverpleegkundige indiceert volgens het normenkader aard, duur en omvang van de wijkverpleging en is daarbij autonoom. Dat betekent ook dat de verpleegkundige goed bij de les moet zijn. En dat vraagt investeringen in vakbekwaamheid. Daarnaast kunnen er strijdige belangen zijn. Als een organisatie wel helpenden beschikbaar heeft en geen verzorgenden, kan er druk ontstaan om die in te zetten, ook als het eigenlijk niet kan. Daar moeten we alert op zijn."

Volledige uitvoering van het advies is een uitdaging, erkent Aster de Lange van het Zorginstituut. "Wij zullen de komende jaren evalueren hoe het gaat en ons inzetten om te zorgen dat partijen afspraken maken en zich daaraan houden. In het belang van alle verzekerden. Als het niet lukt is de uiterste consequentie dat we pakketmaatregelen moeten nemen. Dus dat we gaan snijden in wat er vergoed wordt. Maar daar worden uiteindelijk vooral kwetsbare ouderen de dupe van. Dat willen we voorkomen." |

Koopman: "Het advies is een erkenning van de rol van de wijkverpleegkundige"

Column

Woningen voor ouderen

Het tekort aan bruikbare woningen waarin bejaarden een mensonterend verblijf in een verpleeghuis kunnen uitstellen, is groot en groeiende. Het goede nieuws: eindigen in een verpleeghuis wordt steeds minder waarschijnlijk, want het aantal plaatsen (130.000) is nu al te klein en kan niet groeien. Het slechte nieuws: in 2040 zullen 1,7 miljoen Nederlanders tachtigplusser zijn, onder wie (bij leven en welzijn uiteraard) ook ondergetekende. Demissionair minister Conny Helder vindt dat wij burgers over de gevolgen daarvan tijdig moeten nadenken.

De totale uitdaging voor de BV Nederland: 900.000 woningen extra tussen 2030 en 2040, waarvan 250.000 woningen voor ouderen en 40.000 verpleegzorgwoningen. Wie dan die verpleegzorg gaat leveren, is helaas nog onbekend. Opgeruimd zegt de minister: "De mensen zullen het toch meer met elkaar moeten doen." Maar het kan zomaar zijn dat de mensen (lees: de mantelzorgende familie) daar geen tijd voor hebben. Helder is op studiereis naar Scandinavië geweest. Daar managen bejaarden samen hun appartementencomplex. Ze wil ook in Nederland dat soort complexen neerzetten, "...met mensen die daar ook wonen en die ouderen kunnen helpen." Ik vraag me af waar we die mensen gaan vinden.

Zelf heb ik al maatregelen genomen, want ik verhuisde recent van een stadhuis met veel steile trappen naar een flatappartement. Toen ik aan een medewerker van een meubelwinkel de afmetingen van onze lift door gaf, zei hij grijnzend: "Ik hoor het al, een standaard brancardlift." Zoiets geeft veel vertrouwen voor de zorgtoekomst, zullen we maar zeggen.

In onze nieuwe flat bleken wij de jongsten te zijn. **Een bewoner die veel regelt in de flat hield mij onlangs in de parkeergarage staande, keek mij vorsend aan en vroeg: "Ben jij nog recht van lijf en leden?" Ontkennen had geen zin, dus ik knikte. "Mooi zo", sprak hij monter, "dan kan ik je indelen in het corveeschema voor de rolcontainers".**

Dus vanaf volgend jaar zal ook ik regelmatig roze, groene en grijze afvalcontainers naar buiten rijden, weer binnen halen en reinigen met de hogedrukspuit.

Voor het geval mijn mobiliteit achteruitgaat, verheug ik mij nu al op de zorguitstellende dan wel zorgvervangende domotica. Hoewel, Engelstalige websites formuleren de addertjes onder het gras puntig: "... systems may require technical knowledge and troubleshooting skills" en men eist van gebruikers dat ze de software regelmatig updaten. Allemaal vaardigheden die achteruitgaan tegen de tijd dat je domotica nodig hebt. In onze flat had de vorige en kennelijk dove eigenaar een stukje domotica achtergelaten: een apparaat dat het geluid van de deurbel tot oorverdovend niveau versterkt en daarbij lichtflitsen afgeeft. De enige manier waarop we het apparaat het zwijgen konden opleggen bleek het verwijderen van de batterijen. Dat belooft wat voor de toekomst.

10

vragen aan
Karin Timm

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Diederik van der Laan

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Ik was denk ik een jaar of zeven toen ik voor een keelontsteking naar de huisarts moest. Volgens de huisarts moesten mijn keelamandelen verwijderd worden na drie keelontstekingen. Bij de tweede keelontsteking deed ik maar alsof ik geen last had. Mijn amandelen heb ik dus nog steeds!”

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

“Ik hou erg van taal en dacht toen aan logopedie. Maar mijn vader vond dat niks voor mij, met mijn Rotterdamse accent. Dat was genoeg voor mij om dit idee los te laten, ook al was die combinatie van taal en zorg – beide vond ik toen al interessant – best logisch geweest. Toch heb ik nooit spijt gehad van mijn keuze voor verpleegkunde.”

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

“Ik zou kijken hoe we kunnen komen tot minder wetten en regels die samenwerking in de zorg belemmeren. Denk bijvoorbeeld aan de scheiding van de eerste, tweede en derde lijn. Voor mensen is het veel fijner als ze met hun aandoening direct terecht kunnen bij de juiste professional, die lijnoverstijgend denkt. Ook voor zorg-

PERSONALIA

Karin Timm werkte 38 jaar als verpleegkundige en verpleegkundig specialist op het gebied van dermatologie. Zij bekleedde tussen 2015 en 2023 diverse functies bij thuiszorgorganisatie Allergo. Daarnaast was zij vanaf 2021 directeur Kwaliteit & Veiligheid en later ook Chief Nursing Officer bij Orpea Nederland. Deze grote landelijke zorgorganisatie is actief op het gebied van thuiszorg, woonzorg en ggz. Sinds 1 juli dit jaar is Timm lid van de Raad van Bestuur van het Zorginstituut.

Karin Timm woont met haar man Anthon in Krimpen aan den IJssel.



“Iedere zorg-professional moet zich realiseren dat zorg afhankelijk maakt. En dat ieder hulpbehoevend mens een medemens is, die goede zorg verdient. Natuurlijk is enige professionele distantie goed ter zelfbescherming. Maar voer dat niet te ver door. Bedenk wat je zou doen als de patiënt je vader of moeder was. Met die gedachte ga je anders zorg verlenen. Dat is voor mij goede zorg”

professionals is dat prettiger, want samenwerking leidt ook tot efficiënter werken. En als ik het écht voor het zeggen had, zou ik samen met iemand die verantwoordelijk is voor de woningbouw onderzoeken hoe we buurtinitiatieven kunnen realiseren waar jong en oud nauw samenleven en ieder zijn eigen rol heeft. Daar zie ik veel toekomst in.”

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

“Alle niet-passende zorg. Want die kost zorgprofessionals te veel tijd en ons als maatschappij te veel geld. Als we alle niet-passende zorg uit het pakket schrappen, voorkomen we dat de collectieve gelden ongelijk verdeeld worden.”

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

“Alle extra zorg die in het pakket komt leidt tot hogere premies en dat wil niemand. Steeds als er nieuwe zorg instroomt, zal er dus ook iets uit het pakket moeten.”

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

“Mijn moeder zei altijd: ‘Het gaat wel over voordat je een jongetje bent’. Hoewel inmiddels achterhaald - want tegenwoordig kan je wél een jongetje worden - heeft die uitspraak mij zeker gevormd. Ik ga dus niet snel naar de huisarts. En als ik iets heb, dan raadpleeg ik eerst Thuisarts.nl, die biedt heel betrouwbare informatie.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Leefplezier. Bij Orpea, waar ik hiervoor werkte, hebben we dit concept omarmd. Het betekent eigenlijk ‘ongehaaste aandacht voor bewoners’. We onderwerpen mensen niet aan een vast regime, maar we kijken wat iemand wil: wel of niet elke dag douchen, vroeg op of juist uitslapen. Je behoudt zo de waarde van de mens, ook als die ouder wordt. En zo blijft die persoon het leven leiden dat hij of zij gewend was. Nog mooier is als je aan dat leven iets extra’s kan toevoegen, bijvoorbeeld door de ervaring en kennis van de ouderen te delen met kinderen. Dat vergroot hun leefplezier en de kinderen kunnen wat leren van de wijsheid van de ouderen. Ik vind dat een heel mooi concept.”

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

“Nou... niet per se naast een hotshot. Liever lig ik naast iemand met veel levenswijsheid, aan wie ik vragen kan stellen als: hoe was een ziekenhuis vroeger? Hoe ervaart u dit nu, in dit ziekenhuis? Geef mij die praktijk maar, want daar gaat het natuurlijk om.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Ik vind het belangrijk dat iedere zorgprofessional zich realiseert dat zorg afhankelijk maakt. En dat ieder hulpbehoevend mens een medemens is, die goede zorg verdient. Natuurlijk is enige professionele distantie nodig ter zelfbescherming. Maar voer dat niet te ver door. Bedenk wat je zou doen als die ander je vader of moeder was. En dat diegene nu afhankelijk van je is. Met die gedachte ga je anders zorg verlenen. Dat is voor mij goede zorg.”

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

“Ik hoop dat er dan minder regels zijn en dat we dan veel meer doen met data, zonder dat dat extra administratieve lasten geeft. En dat we dan een digitale persoonlijke gezondheidsomgeving hebben die voor iedereen beschikbaar is. Tot slot hoop ik dat we over vijf jaar wat meer vertrouwen in elkaar hebben, elkaar beter kennen en goed luisteren naar elkaar. Daarvoor moeten wij als Zorginstituut sterke binding houden met de praktijk. Gelukkig hebben we veel zorgprofessionals in huis die ook met één been in de praktijk staan. Zelf wil ik die binding houden door regelmatig op meewerkbezoek te gaan. Dat helpt mij bij mijn missie om passende zorg ook echt in de praktijk te brengen. Passend voor de patiënt, passend bij de professional en passend in de zin dat het betaalbaar moet blijven. Als zorgprofessionals dit zelf voelen, kunnen zij dit ook uitleggen aan de patiënt. En dan zijn we al een heel eind op weg.” |

Passende zorg voor mensen met psychische problemen gaat niet alleen over ggz

Ggz-problematiek vereist breed perspectief

Het Zorginstituut heeft de titel van het *Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen* zorgvuldig gekozen. Psychische problemen zijn lang niet altijd ggz- of zorgproblemen. De oplossingen voor de nu bestaande knelpunten in de sector liggen dan ook voor een belangrijk deel buiten de zorg. Het signalement schetst verschillende oplossingsrichtingen die samenleving, sociaal domein, huisarts en ggz met elkaar verbinden.

Tekst Frank van Wijck

Het Zorginstituut heeft voor het ontwikkelen van signalementen van passende zorg vier doelgroepen gekozen waarvoor de situatie in de zorg het meest urgent is. “De ggz is er een van”, vertelt Nanni Klein, manager ggz en sociaal domein. “We kozen ervoor een breed signalement te schrijven, voor alle mensen met psychische problemen. 84.000 mensen staan op de wachtlijst voor ggz-zorg, maar die wachtlijst ontstaat in de samenleving. Dus als we mensen beter en sneller willen helpen, moeten we in de samenleving dingen anders gaan doen. We kunnen niet van de ggz alleen verwachten dat ze de huidige problematiek oplost. Ook de huisartsen of de professionals in het sociaal domein kunnen dit niet alleen. Er zijn immers heel veel factoren die bepalen of het goed gaat met iemand.”

Passende zorg

De basisvraag bij dit signalement was: hoe zetten alle betrokkenen in op de knelpunten in de zorg en ondersteuning aan mensen met psychische problemen? Wat valt ons op en vooral: hoe kunnen we met elkaar het verschil maken, ieder vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheden? “Nieuw is dat we hiervoor de vier principes van passende zorg hebben gebruikt: waardegedreven, de juiste zorg op de juiste plek, samen met en rondom

de burger en gericht op gezondheid in plaats van ziekte. Door die bril kijkend naar de ggz-problematiek constateerden wij dat de oplossing om een breed perspectief vraagt. Het zit in werk, school, de leefomgeving, een sportclub die mensen met een handicap toelaat, kletskaas’s. Maar ook in een overheid die zijn verantwoordelijkheid neemt.” Het startpunt werd dus mentale gezondheid en de rol die we daarin als samenleving vervullen.

Rol samenleving, sociaal domein en ggz

Het Zorginstituut roept op tot een publiek debat over mentale gezondheid. “We hebben hiervoor aan de start van de passende zorg-campagne een voorzet gegeven. Nu is het aan het ministerie van VWS om dat publieke debat verder vorm te geven. De campagne

‘Hé, het is oké’ over de mentale gezondheid van jongeren is een goed voorbeeld. Het moet duidelijk worden dat de maatschappij van iedereen is en dat je niemand moet uitsluiten. En dat eenzaamheid en stress geen ggz-problemen zijn. Dingen die bij het leven horen, moeten we ook als samenleving kunnen oplossen. En daar waar mensen echt ggz-behandeling nodig hebben, moet die binnen redelijke termijn toegankelijk zijn.”

Het signalement pleit onder andere voor meer ruimte voor laagdrempelige ondersteuning van mensen in hun eigen omgeving. “Dit is lastig van de grond te krijgen omdat ondersteuning uit de Wmo wordt betaald en zorg uit de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet”, zegt Klein. “Wat kan helpen is als mensen met psychische problemen laagdrempelig terecht kunnen bij elkaar of ervaringsdeskundigen. Zij kunnen elkaar helpen met allerlei vragen om een weg te vinden in hun leven. Cliënten, ervaringsdeskundigen en organisaties in het



“Omdat er een ervaringsdeskundige bij de intake zat, hoorde ik dat er naast ‘behandeling’ ook andere mogelijkheden zijn. Dat ervaringen delen kan helpen en dat daar groepen voor zijn. En dat er cursussen zijn om samen met anderen aan je herstel te werken. Ik wist het écht niet!”

sociaal domein zijn nog onvoldoende vertegenwoordigd in diverse werkgroepen en overlegstructuren. Je wil juist hun perspectief erbij hebben. Daarnaast moeten de financiering en regelgeving de domeinoverstijgende samenwerking meer faciliteren, zodat aanbieders van elkaar kunnen leren.”



"In de zelfhulpgroep leer ik actief regisseur te worden van mijn herstelproces en ben ik niet langer passief ontvanger van zorg. Uiteindelijk liggen de antwoorden echt bij mijzelf."

Niet medicaliseren

"Van daaruit hebben we gekeken naar het sociaal domein. Mensen met psychische problemen niet medicaliseren, maar laagdrempelig contact bieden met lotgenoten, ervaringsdeskundigen of maatjes. Het kunnen ook buurtinitiatieven zijn; hierin hebben de gemeenten een verantwoordelijkheid. Sociaal domein en zorg kunnen beter samenwerken. Er mag best samen met mensen met psychische problemen kritischer worden gekeken wie nu precies waarmee het beste geholpen is. De huisarts speelt daarin een cruciale rol. Op lokaal en regionaal niveau werken organisaties in sociaal domein en zorg daar steeds vaker in allerlei gezamenlijke initiatieven aan. Ten slotte is ook de ggz-sector aan zet. Vooral voor mensen met meerdere en complexe problemen is dat belangrijk, omdat zorg en ondersteuning goed op elkaar moeten aansluiten. Ook heeft de ggz-sector de opdracht om integraal en

waardegedreven te handelen. Er kan nóg meer samen worden geleerd of korter en sneller worden behandeld, of bijvoorbeeld meer in groepstherapie als dat mogelijk is."

Vier taken

Concluderend ziet het Zorginstituut op dit dossier vier belangrijke taken waarmee het een bijdrage wil leveren aan passende zorg: regie voeren op de oplossingsrichtingen uit

het signalement zodat hier echt opvolging op plaatsvindt; passende zorgpraktijken van domeinoverstijgende samenwerking vinden en delen; de pakketagenda waarin het Zorginstituut afbakeningsproblemen en vraagstukken over waardegedreven zorg met partijen onder de loep gaat nemen; en partijen faciliteren om te leren en verbeteren door middel van kwaliteitstransparantie. |



"Ik vind het heel fijn dat mijn FACT*-begeleider iedere week een uur komt. Maar de week heeft daarnaast nog 167 uur en ik mis mensen om samen leuke dingen mee te doen."

*Flexibele Assertive Community Treatment

 De geanonimiseerde citaten op deze pagina zijn afkomstig van bezoekers van de zelfregie- en herstelcentra.

Zorg als deel van een groter geheel

Sonja Visser, directeur van de Nederlandse Vereniging voor Zelfregie en Herstel, zegt: "Er is te lang gedacht dat 'zorg' (ggz) het enige antwoord was op psychische problemen. Ik ben dus erg blij dat in het signalement de verzekerde zorg wordt gepositioneerd als deel van een groter geheel. Dat doet recht aan dat in het leven van mensen soms passende en tijdige zorg nodig is en dat soms andere dingen dan zorg nodig zijn om je (weer) mentaal gezond te kunnen (blijven) voelen. Het opheffen

of voorkomen van eenzaamheid, je bestaanszekerheid op orde hebben, met onderlinge steun (*peersupport*) betekenis geven aan wat je is overkomen, je van betekenis voelen, je veilig voelen in je huis en straat, of gewoon de mogelijkheid om op adem te kunnen komen. Door deze bril kijken vraagt ook herpositionering van al die delen, dus ook van de ggz. Wat moet de ggz dan anders doen? Wat minder? Wat meer? Krijgt de ggz daartoe genoeg richting met dit signalement? Dat vind ik nog

een spannende, want over de beschikbaarheid van die andere waarden om mentaal gezond te kunnen zijn, gaat de ggz niet. Het is goed dat het signalement wel de aanzet geeft voor het publieke debat over hoe deze andere waarden wél voor meer mensen beschikbaar kunnen zijn. We zien in het signalement ook de erkenning voor juist het mogelijk maken van die andere waarden door bijvoorbeeld zelfregie- en herstelinitiatieven. De ggz, als deel van een groter geheel, zou volgens mij nog

beter kunnen leren herkennen als een inwoner misschien geholpen is bij het opheffen van diens eenzaamheid - en dan ook actief de verbinding leggen met kansrijke plekken in de sociale basis. Dat goede domeinoverstijgende voorbeelden hiervan een podium krijgen gaat zeker bijdragen aan de ambitie van het signalement om gezamenlijk verder te bouwen aan het verschil!"

De Culturele Apothekers schrijven voor bij...

Verlangend naar vrede

We hollen in rap tempo naar de donkerste dag van het jaar en de daaropvolgende feestdagenperiode. De etalages in de winkelstraten flonkeren erop los en de kerstmuziek vliegt ons om de oren. Maar terwijl Bing Crosby droomt over een *white Christmas* en Mariah Carey niets anders wil voor kerst dan *you*, knaagt bij velen van ons een ander verlangen in ons binnenste. En nee, dan hebben we het niet over een tafel vol kaarsjes en fijne vrienden of mooi ingepakte cadeautjes, hoe blij we daar normaliter ook van worden. Dit jaar woedt bij veel mensen onderhuids een urgent verlangen naar iets groter dan groots: vrede.

Diagnose

Bent u zo iemand die normaal gesproken niets heeft met het verhaal van engelen die met kerst vreehééde op aarde komen brengen, maar hoopt u nu toch op verlossing die - hop! - uit de hemel komt vallen? Of raakt u die oorworm van John Lennon maar niet kwijt die laatst opeens oppopte: *Imagine there's no countries / It isn't hard to do / Nothing to kill or die for / And no religion, too....?* Dan lijdt u onomstotelijk aan een aan u vretend vredesverlangen. U bent niet de enige. De oorlog in Oekraïne wakkerde bij velen nog wel wat oorlogszucht aan, en de behoefte om de vorderingen aan het front van dag tot dag te volgen. Maar de geweldsexplosie in het Israëlisch-Palestijnse conflict met zijn zeer complexe dynamiek leidt bij menigeen tot een bijna hulpeloze hoop op een einde aan alle strijd. Kijkt u ook liever geen nieuws meer en hoopt u op reddende engelen? Tijd om het beest in de bek te kijken.

Literaire medicatie

Lees op kerstavond of een ander vrij moment om te beginnen het prentenboek *Deze rots is van ons*, van Kate en Jol Temple. Welke kant van het boek u ook als eerste kiest: het drukt u met de neus op het feit dat elk verhaal onvermijdelijk altijd twee kanten heeft. Dat maakt hopelijk de knoop in uw maag al een beetje losser.

Nestel u dan op tweede of derde kerstdag, of wanneer de kerstdrukke voorbij is, op de bank met *Apeirogon* van Colum McCann. In deze caleidoscopische roman worden 1001 verhalen verteld, maar wordt ook steeds teruggekeerd naar hetzelfde waar-gebeurde verhaal over een Palestijnse en een Israëlische man die bevriend raken nadat ze beiden door het oorlogsgeweld in het Palestijns-Israëlische conflict een dochter verliezen. Zij vinden elkaar in het besef dat elkaar verhalen vertellen en naar elkaars verhalen luisteren de enige manier is om hardnekkige tegenstellingen te overstijgen.

Lees tot slot een paar weken lang dagelijks het gedicht *Voorloper van Vrede* van Typhoon uit 2020. Hopelijk voelt u zich dan gauw wat krachtiger en minder hulpeloos, omdat u ervan doordrongen raakt dat vrede onhaalbaar groot klinkt maar bij uzelf begint. Hier een strofe als voorproefje:

*Geen muren, scharnieren of barrières,
alleen de wind die ons zijn geheim vertelt:
"Langer kijken doet ontmoeten,
ontvankelijkheid boven rede.
Het voordeel van de twijfel
is de voorloper van vrede."*



Meer passende zorg voor mensen met darmkanker dankzij regie op zorgdata

Geef ons betrouwbare gegevens!

Om goede keuzes te maken over behandeling bij ziekte is het essentieel dat behandelaar en patiënt kunnen beschikken over betrouwbare gegevens. Ook voor andere doelen zijn goede gegevens cruciaal. Denk aan het pakketbeheer, kwaliteitsverbetering en onderzoek. Om niet telkens weer een aparte gegevensset te genereren voor losstaande projecten is het ‘harmonisatieproject dikkedarmkanker’ geïnitieerd.

Tekst Jos Leijen

Het project vloeide voort uit meerdere programma’s waarin gegevenssets moesten worden opgeleverd, waaronder het programma Regie op Registers voor dure geneesmiddelen van het Zorginstituut. Hoogleraar medische oncologie Miriam Koopman was nauw betrokken bij dit programma en een van onderzoekers van de casestudie darmkanker: “Als behandelaar wil je weten wat het effect is van een behandeling. Producenten van geneesmiddelen doen onderzoek naar de effectiviteit bij een selecte groep patiënten in studieverband en dit zijn vaak jonge en fitte patiënten. Maar je wilt ook weten wat het middel doet bij de meerderheid van de patiënten die buiten studieverband worden behandeld.”

Gegevensset vastgesteld

In het harmonisatieproject dikkedarmkanker definieerden (ziekenhuis)artsen onder meer welke gegevens er in een gegevensset over darmkanker zouden moeten zitten. “Het gaat daarbij om gegevens die je echt nodig hebt voor diagnostiek en behandeling”, aldus Koopman. “Zoals kenmerken van de patiënt en de tumor, de behandeling en de effectiviteit van die behandeling, en de ervaren kwaliteit van leven.”

De gegevensset is vastgesteld, maar dat is pas een eerste stap. Een van de uitdagingen is dat alle behandelaren de gegevens gestructureerd en gestandaardiseerd kunnen gaan vastleggen en dat de verschillende ziekenhuissystemen eenmalige registratie voor meervoudig gebruik mogelijk maken, vertelt Koopman: “Ziekenhuizen hebben allemaal een eigen systeem en binnen zo’n systeem bestaan weer vele verschillende specialismespecifieke subsystemen. Vervolgens zijn deze systemen niet zodanig met elkaar geïntegreerd dat de relevante gegevens automatisch worden getoond.

Door gebruik van verschillende definities in zowel vaste als open tekstvelden is het vrijwel onmogelijk de juiste gegevens eruit te halen en op het scherm te krijgen.”

Autoriteit zorgdata

Alleen als het epd-systeem en de diversiteit aan subsystemen in het ziekenhuis zo is ingericht dat gegevens aan de bron gestructureerd en gestandaardiseerd in de systemen komen, kan databeschikbaarheid optimaal effect hebben en wordt het eindeloos overtypen eindelijk verleden tijd.

De hoogleraar pleit voor nationale regie om het primaire zorgdatalandschap goed in te richten. Het ministerie van VWS zou bijvoorbeeld een autoriteit zorgdata in het leven kunnen roepen. “Er zijn nu veel partijen bij betrokken die allemaal hun eigen belangen hebben. Het mooiste zou zijn als er een centrale regie op gezondheidsdata komt, een National Health Data Space, zoals er ook aan een European Health Data Space wordt gewerkt.” Een goed ingericht zorgdatalandschap levert op vele fronten winst op, aldus Koopman: “Door goede gestructureerde registratie kunnen met de gegevens vele vragen vanuit verschillende stakeholders beantwoord worden, door completere verslaglegging gaat de kwaliteit van de zorg omhoog en als een epd ons beter ondersteunt in de verslaglegging en gegevens maar één keer hoeven te worden vastgelegd, gaat ook de registratielast naar beneden. Ik ben zeer gemotiveerd dit voor elkaar te krijgen, samen met alle experts uit het harmonisatieproject. Op naar een lerend zorgsysteem waarmee een behandeladvies op maat voor iedere patiënt mogelijk is!” |

Feiten & Cijfers



40% van hun tijd

zijn zorgmedewerkers kwijt aan registraties. Ondanks allerlei programma's is de registratielast de afgelopen 4 jaar niet afgenomen

BRON: NIVEL

Leefstijlbevorderende maatregelen kunnen jaarlijks zo'n **40.000 kankergevallen** voorkomen. Een ongezonde leefstijl is een belangrijke veroorzaker van kanker:

- Naar schatting 19.095 diagnoses zijn toe te schrijven aan roken. Dat is 16% van alle kankergevallen.
- Per jaar leidt blootstelling aan de zon tot 6.374 gevallen, circa 5% van alle kanker.
- En 6.452 diagnoses komen op conto van ongezonde voeding. Dat is ook zo'n 5%.

BRON: KWF KANKERBESTRIJDING

De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor mensen met overgewicht wordt steeds meer ingezet: in 2023 zijn de kosten hiervoor gestegen van **21,6 miljoen** naar **53,3 miljoen euro**.

BRON: ZORGINSTITUUT

Bijna 394.000 jongeren kregen in het eerste halfjaar van 2023 jeugdzorg; 2.000 meer dan in dezelfde periode vorig jaar. Dat is ongeveer 1 op de 11 23-minners.

BRON: CBS

Jaarlijks zijn zorginstellingen **12,5 miljard euro** kwijt aan vertrekkende werknemers. Er vertrekken jaarlijks ongeveer 300.000 mensen uit de zorg. Gemiddeld kost het vertrek een zorginstelling dus **42.000 euro** per werknemer.

BRON: ADVIESBUREAU PORRES



In 2023 **stijgen de totale kosten voor wijkverpleging** naar verwachting met 3,7% ten opzichte van vorig jaar. Dat is een breuk met de jaren daarvoor: sinds 2018 daalden deze kosten.

BRON: ZORGINSTITUUT



Er zijn steeds minder mantelzorgers per 85-plusser:

- Nu staan er 14,5 mantelzorgers tegenover elke 85-plusser.
- In 2035 zijn dat 8 mantelzorgers per 85-plusser.
- In 2050 zijn er nog maar 5 mantelzorgers per 85-plusser.

BRON: CBS

22.218 mensen wachten momenteel op een plek in het verpleeghuis of op verpleegzorg thuis. Dat is een toename van meer dan 1.000 ten opzichte van 4 maanden geleden.

BRON: ZORGINSTITUUT

Blijvende daling van aantal deelnemers aan de bevolkingsonderzoeken

Zo daalde het aantal deelnemers aan het bevolkingsonderzoek naar:

- borstkanker van 73% in 2021 naar bijna 71% in 2022
- baarmoederhalskanker van 54% in 2021 naar 46% in 2022
- darmkanker van 71% in 2021 naar 68% in 2022

BRON: RIVM

Ruim 35.000 abortussen

waren er in 2022. Dat is een toename van ruim 4.500 ten opzichte van het jaar ervoor. 65% van alle abortussen vond plaats in de eerste 8 weken van de zwangerschap. 23% van de abortussen vond plaats bij vrouwen tussen de 30 en 35 jaar. In totaal waren er 2.700 afbrekingen van tienerzwangerschappen in 2022.

BRON: IGJ



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

De stelling van Tamara Aipassa

“Preventie is onderdeel van de zorgplicht van medisch specialisten”

Leefstijl is de belangrijkste risicofactor van hart- en vaatziekten en heeft alles te maken met gedrag. Hiervoor mag veel meer aandacht komen in de zorg, vindt preventiecardioloog Tamara Aipassa. Het effect van preventieve maatregelen is nog onvoldoende. Leefstijl en gedragsverandering worden nog te veel vanuit het gezichtspunt van de arts besproken, als het al ter sprake komt. Zij pleit daarom voor een omdraaiing van het perspectief. De motivatie om gezonder te leven ligt immers enkel en alleen bij de patiënt. De arts kan met de juiste vraagstelling wel een gedachteproces op gang brengen dat zich grotendeels buiten het spreekuur afspeelt.

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“Laatst was hier een meneer die naar mij vroeg. Hij was opgenomen geweest voor een hartinfarct. Tijdens zijn opname had ik een gesprek met hem over zijn rookverslaving. Nu kwam hij naar het ziekenhuis om mij te bedanken. Hij was gestopt met roken, na vijftig jaar. Terwijl hij van tevoren nog heel stellig was: ‘Niemand laat mij stoppen met roken.’ Blijkbaar had ik hem het laatste zetje gegeven. Zorgverleners zijn het gewend om vooral de nadruk te leggen op nadelige effecten van een ongezonde leefstijl. Alsof patiënten niet zelf weten dat ze gezonder zouden kunnen leven. Ik heb gaandeweg

geleerd om niet mijn eigen agenda op patiënten te plakken. Daarom gebruik ik andere gesprekstechnieken om iemands motivatie te vergroten. Een voorbeeld is *motivational interviewing* uit de verslavingszorg. Ik houd mijn oordeel voor me en stel persoonlijke vragen. Hoe vind je dat het gaat? Kun je mij zeggen wat voor jou de voor- en nadelen zijn van je dagelijkse levensstijl? En wat zou voor jou een goede reden zijn om daar wat aan te veranderen? Zo help ik iemand om bij zichzelf te rade te gaan. Ik plant een zaadje voor een gedachteproces dat doorgaat buiten de tien minuten van het spreekuur.”

Oorzaken van ziekte

“Als interventiecardioloog heb ik veel dotterbehandelingen uitgevoerd. Patiënten met coronair lijden roken vaak en bewegen te weinig. Dan zag ik die vergeelde nicotinevingers en wist ik: de kans is heel groot dat ik hen weer terugzie. Toen ik me meer verdiepte in de leefstijlrisico's voor slagaderverkalking ontdekte ik een wereld van onderliggende problemen, zoals stress, roken, drinken, slecht eten en niet of nauwelijks bewegen. Ik wilde mij daarop toelagen. Het leek mij belangrijker om iets aan de oorzaken van ziekte te doen dan alleen de gevolgen ervan te repareren. Mijn omgeving reageerde sceptisch. ‘Dat heeft hier geen zin’, zeiden ze. Het Zuyderland Medisch Centrum staat midden in de voormalige mijnstreek Heerlen, waar de mensen al van oudsher een slechte algemene gezondheid hebben. Dat triggerde mij. Want juist hier, waar zoveel mensen lijden aan kanker, overgewicht, hart- en vaatziekten en diabetes, kan een kleine verbetering meteen het verschil maken. Toen besloot ik mijzelf om te scholen tot preventiecardioloog. Ik houd mij bezig met cardiovasculair risicomanagement en voer gesprekken over een gezonde leefstijl en gedragsverandering. Preventiecardioloog is bij ons nog geen erkend subspecialisme zoals in de Verenigde Staten, maar ik wil deze belangrijke functie op de kaart zetten. Gelukkig staan zowel de nationale als de Europese cardiologievereniging hier helemaal achter.” →



“Wij artsen moeten
veel meer durven
experimenteren.
Preventie is innovatie.
Vernieuwen kost
tijd en oefening.
Misschien moet je
wat onzinnige zorg
accepteren om bij
zinnige zorg uit te
komen”

“Soms hoor ik dat ik ‘te goed word betaald’ om mij met leefstijl en preventie bezig te houden. Kennelijk wordt het voorkomen van ziekte minder serieus genomen dan het behandelen van ziekte”

Goede nachtrust

“Een gezonde leefstijl begint bij gedragsverandering. Gedrag verander je niet in één keer, maar met kleine stapjes. Van mensen met overgewicht en een sedentaire levensstijl kun je niet verwachten dat ze meteen drie keer per week naar de sportschool gaan. Ook een chronisch medicijnenregime is een uitdaging als patiënten niet therapietrouw zijn. Je kunt iemand die erg veel stress heeft wel verbieden om te roken, maar misschien is een goede nachtrust een betere eerste stap. Van het een komt dan het ander. Het gaat erom dat iemand doet wat bij hem of haar past. En niet alles in één keer. Van een berg voorlichtingsfolders en goedbedoelde adviezen blijft in de praktijk weinig hangen. Uit eigen ervaring weet ik dat het de mensen duizelt, of dat ze niet weten waar ze moeten beginnen. Vind je het gek? De truc is om in het begin *minder* te doen. Wat wil en kan iemand nou zelf? Een dieet, bewegingsadvies of trainingsprogramma kun je niet opleggen aan iemand die er niet aan toe is. We hoeven ook niet in de beperkte tijd van het spreekuur resultaat te boeken. Het leven van de patiënt speelt zich af buiten het ziekenhuis, dáár moet het gebeuren.”

Doorpakken

“Wij zorgverleners moeten durven experimenteren, zonder meteen resultaat te verwachten. Gedrags- en leefstijlprogramma's hebben hun beperkingen. Maar de eerste dotterbehandelingen waren ook niet perfect. Preventie is innovatie. Vernieuwen kost tijd en oefening. Misschien moet je wat onzinnige zorg accepteren om bij zinnige zorg uit te komen. Ik ben ervan overtuigd dat voorkomen op de langere termijn meer oplevert dan behandelen. Preventie heeft ook een grotere reikwijdte. In een preventiegesprek over een rookverslaving pak ik immers naast het hart ook andere aandoeningen mee: de longen, vaatproblemen, wondgenezing en dementie. Daar kan geen pil tegenop. Helaas verdwijnen veel preventieprogramma's in een la op het moment dat er structurele financiering voor nodig is. Preventie leidt niet direct tot financiële opbrengsten. Daar is geduld voor nodig. Ondertussen zijn de budgetten voor preventie alleen maar kleiner geworden en is het vergoedingensysteem contraproductief. Als specialist mag ik niet naar een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) verwijzen;

Tamara Aipassa (40) is preventiecardioloog in het Zuyderland Medisch Centrum in Heerlen en Sittard. Ze volgde haar opleiding tot cardioloog in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven, waarna ze werd opgeleid tot interventiecardioloog in het Radboudumc Nijmegen. Zij is tevens leefstijlcoach bij de Academie voor Leefstijl en Gezondheid.

Tamara woont met haar gezin in Berg en Terblijt en houdt van kamperen en sporten. Van 2007 tot 2010 was ze onderdeel van het Nederlandse bobsleeteam.



dat mag alleen de huisarts. Ik kan dus niet direct doorpakken. Zoals altijd is geld weer het probleem. Toch weet ik zeker dat investeren in preventie de druk op de zorg kan verlichten.”

Zorgplicht

“De arts heeft geleerd hoe je een anamnese uitvraagt, lichamelijk onderzoek doet en een diagnose stelt. Daarna wordt de behandeling medegedeeld. Maar leefstijl hierin toevoegen? Buiten een algemeen advies weten we vaak niet wat te zeggen. Zo zijn we vroeger ook niet opgeleid. Ja, tegenwoordig zit er meer leefstijlgeneeskunde in het curriculum van de opleiding, maar de huidige werkende generatie heeft dit niet meegekregen en laat het liever over aan de praktijkondersteuner. Dat is jammer, want dan mis je een kans om het onderwerp in het spreekuur aan te snijden. Maak gebruik van de autoriteit die je witte jas uitstraalt! Ik vind dat preventie onderdeel is van onze zorgplicht als medisch specialist. Preventie speelt zich voor een groot deel af in de eerste lijn, bij de huisarts en in het sociaal domein. Maar heeft een zieke patiënt in de



“Ik vond het belangrijker om iets aan de oorzaken van ziekte te doen dan alleen de gevolgen ervan te repareren”

tweede lijn niet evenveel baat bij preventie en een goed leefstijladvies? Sterker nog: in het kader van zinnige zorg zullen we *juist* die zieke patiënt voor erger moeten behoeden. Dan besparen we ook de samenleving onnodige zorgkosten. Soms hoor ik dat ik ‘te goed word betaald’ om mij met leefstijl en preventie bezig te houden. Kennelijk wordt het voorkomen van ziekte minder serieus genomen dan het behandelen van ziekte.”

Intrinsieke motivatie

“We werpen barrières op in onze verwijssystematiek, terwijl we leefstijl en gedragsverandering direct bij de hoorns kunnen vatten. In het Zuyderland hebben we een

leefstijlloket geopend. Het leefstijlloket is een verlengstuk van het spreekuur. De patiënt krijgt daar tijd om de mogelijkheden tot een gezonde leefstijl te verkennen, samen met de preventiemedewerker. De patiënt moet zelf tot de ontdekking komen dat er iets moet veranderen. Kun je de trap nog op zonder buiten adem te raken? Wil je de kleinkinderen omhelzen zonder die eeuwige tabaksgeur om je heen? Zou je niet graag een fietstocht maken met je vrouw? Of ben je al tevreden als je zelf naar de supermarkt kunt wandelen? Bij voldoende motivatie kunnen we mensen in contact brengen met leefstijlinterventies in de buurt. Zo voorkomen we dat zij nog een keer afzonderlijk naar de huisarts moeten voor een verwijzing, of dat ze verdwalen in het woud van aanbieders. We kunnen patiënten veel meer helpen bij het zetten van de eerste stap naar een gezondere leefstijl. Met laagdrempelige verwijzing, de juiste gesprekstechniek en een gepersonaliseerde aanpak, want iedereen is anders.” |

Zorginstituut oordeelt positief over genexpressietesten

MammaPrint en Oncotype DX in basisverzekering

Het Zorginstituut concludeerde onlangs, na bestudering van recent onderzoek, dat MammaPrint en Oncotype DX deel uitmaken van het basispakket van de zorgverzekering. Deze genexpressietesten voorspellen of vrouwen met borstkanker in een vroeg stadium het genetisch risico lopen op uitzaaiingen. Bij een laag risico is het niet nodig om na een operatie ook chemotherapie te ondergaan. Dat betekent een hogere kwaliteit van leven en een lager beslag op schaarse zorgcapaciteit.

Tekst Jos Leijen

Beeld Zorginstituut

Redeker: “De genexpressietesten passen goed in het streven om overbehandeling te voorkomen en passende zorg te stimuleren”

Mede dankzij het bevolkingsonderzoek wordt borstkanker meestal in een vroeg stadium ontdekt. De behandeling van borstkanker hangt onder meer af van de grootte van de tumor, het soort borstkanker, de agressiviteit en de hormoongevoeligheid. Op basis van deze factoren bepaalt de behandelaar het risico dat een tumor uitzaait of al is uitgezaaid, ook al is dat op foto's niet te zien.

Als er een hoog risico is op uitzaaiingen, volgt meestal chemotherapie. Maar deze behandeling kan nare bijwerkingen hebben,

zoals haaruitval, neuropathie, vermoeidheid, cognitieve problemen en emotionele impact. Als je het risico op uitzaaiingen beter kunt inschatten, kun je voorkomen dat vrouwen onnodig deze zware behandeling krijgen. En dat is precies het uitgangspunt waarmee de zogeheten genexpressietesten MammaPrint en Oncotype DX zijn ontwikkeld.

Risico voorspellen

MammaPrint en Oncotype DX analyseren genen in de tumor en helpen het risico op uitzaaiingen te voorspellen. De testen zijn vooral een aanvulling op de standaard risicoschatting zoals die tot nu toe gebruikt wordt. Als de behandelaar inschat dat het risico waarschijnlijk hoog is, kan hij een van de testen toepassen om meer zekerheid te krijgen. Ingrid de Groot en Steef Redeker zijn lid van een team bij het Zorginstituut dat zich het afgelopen jaar boog over de vraag of MammaPrint en Oncotype DX tot het verzekerde pakket moeten worden toegelaten. Ze keken daarbij onder meer of de interventie voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’, ofwel of de inzet van genexpressietesten meerwaarde heeft toegevoegd aan de standaard risicoschatting.

Borstkankervereniging Nederland (BVN): Verheugd over toelating

“We zijn verheugd dat mensen met een bepaalde vorm van borstkanker nu toegang hebben tot de testen”, zegt Marjolein Scholten van BVN. “Wij hebben geadviseerd over de opname van genexpressietesten in het basispakket. Op basis van individuele behoeften en de testuitslag kan een patiënt samen met de arts beter afwegen om wel of geen chemotherapie in te zetten. Dit is een belangrijke stap richting gepersonaliseerde behandelingen. BVN pleit er wel voor om de komende jaren onderzoek te doen naar het gebruik van de test en het verschil tussen de twee testen die nu beschikbaar zijn.”



“In het verleden hebben we al vaker standpunten bepaald over genexpressietesten”, vertelt De Groot. “Op basis van het destijds beschikbare onderzoek hebben we toen negatief geadviseerd. Een van de knelpunten was dat er geen goede gegevens beschikbaar waren over de overleving na tien jaar. Inmiddels zijn er nieuwe onderzoeken. Die laten zien dat er bij vrouwen ouder dan vijftig jaar met bepaalde vormen van kanker geen verschil in overleving is tussen vrouwen die na hun operatie chemo hebben gekregen en vrouwen die dat niet hebben gehad.”

Leeftijdsgrens op vijftig

Voor vergoeding van de testen vanuit het basispakket is een van de voorwaarden dat vrouwen met borstkanker in een vroeg stadium ouder dan vijftig jaar zijn. “Bij vrouwen die jonger zijn is er geen twijfel over de meerwaarde van chemotherapie”, legt Redeker uit. “Bij vrouwen vanaf vijftig jaar is die twijfel er wel. Waarom vrouwen anders reageren, is niet helemaal duidelijk. Vermoed wordt dat het iets te maken heeft met de hormoonhuishouding na de menopauze. Daarnaast zijn er criteria voor de aard en de grootte van de aangetroffen tumor.”

De uitslag van de test is een hulpmiddel in het proces van samen beslissen. Of er vervolgens chemotherapie plaatsvindt, hangt af van het gesprek tussen patiënt en behan-

delaar. “We hopen dat vrouwen met een laag genetisch risico afzien van verdere behandeling”, zegt De Groot. “Daarmee voorkomen ze dat ze een zwaar traject ingaan met mogelijk nare bijwerkingen. We verwachten dat de test per jaar ongeveer achthonderd keer worden uitgevoerd en dat daardoor vijfhonderd vrouwen geen chemotherapie krijgen.”

Op 24 oktober heeft de Raad van Bestuur van het Zorginstituut het advies bekrachtigd. Het Zorginstituut zal monitoren hoe de testen in de praktijk toegepast worden. De wetenschappelijke verenigingen van de oncologen gaan de richtlijn aanpassen en de patiëntenverenigingen ontwikkelen voorlichtingsmateriaal om patiënten te informeren. “Alle betrokken partijen zijn enthousiast dat de testen nu vergoed worden”, weet De Groot.

Passende zorg stimuleren

Als inderdaad vijfhonderd vrouwen per jaar afzien van chemotherapie, worden daarmee enkele miljoenen euro's bespaard. “Dat is peanuts op de totale begroting”, erkent Redeker. “Maar het past heel goed in het streven om overbehandeling te voorkomen en passende zorg te stimuleren. Bovendien scheelt het voor deze vrouwen een hoop ellende en mogelijk langdurige schade door bijwerkingen van de chemotherapie.” |

De Groot:
“We hopen dat vrouwen met een laag genetisch risico afzien van verdere behandeling en daarmee voorkomen dat ze een zwaar traject ingaan met mogelijk nare bijwerkingen”

Naar vernieuwende acute ouderenzorg

Onderzoek in opdracht van het Zorginstituut identificeert zes belangrijke vernieuwingen die kunnen bijdragen aan een betere organisatie van acute zorg voor kwetsbare ouderen. De vernieuwingen moeten in samenhang in de regio tot stand komen. Het onderzoek benadrukt ook de noodzaak van integrale bekostiging van de wijkkliniek en vergelijkbare initiatieven.

Tekst Jos Leijen

Beeld Ron Zwagemaker, Djanko

In 2018 bracht het Zorginstituut de startnotitie *Op weg naar integrale reguliere zorg voor kwetsbare ouderen thuis* uit. Hierin werd het zorgpad van thuiswonende ouderen beschreven en de risico's op een acute gebeurtenis in kaart gebracht. Rond dezelfde tijd begonnen Cordaan, Amsterdam UMC en Zilveren Kruis de WijkKliniek. De kliniek biedt ouderen die anders in het ziekenhuis worden opgenomen, acute medische zorg en herstelgerichte ondersteuning dicht bij huis. Als vervolg hierop zijn op negen locaties proeftuinen gestart waarin wordt gewerkt aan de doorontwikkeling van het zorgconcept wijkkliniek.

In opdracht van het Zorginstituut is onderzoek gedaan naar het zorgconcept wijkkliniek als onderdeel van vernieuwende acute ouderenzorg. Welke zorg wordt er geleverd? Welke onderdelen zijn cruciaal? Wat is ervoor nodig om acute integrale ouderenzorg tot een succes te maken? Een goede beschrijving van de activiteiten en voorwaarden kan de basis zijn voor structurele financiering van wijkklinikenzorg. Dan zijn instellingen die deze zorg bieden niet meer afhankelijk van projectsubsidies.

Wachten op acute situatie

Marjolein de Booys en Tjitske Vreugdenhil zijn vanuit het Zorginstituut nauw betrokken bij het onderzoek, dat is uitgevoerd door Eline Kroeze, Susanne Smorenborg

en hoogleraar Bianca Buurman. "Ouderen wonen langer thuis, vaak met meerdere aandoeningen tegelijkertijd", zegt De Booys. "Dan kun je wachten op een acute situatie, bijvoorbeeld als iemand valt en een heup breekt. Via de spoedeisende hulp belanden ze dan in het ziekenhuis."

Jaarlijks komen ongeveer 800.000 ouderen naar de spoedeisende hulp (SEH). Van hen wordt 35 procent opgenomen in het ziekenhuis. Maar van opname in het ziekenhuis worden kwetsbare ouderen vaak niet beter.

Een op de vijf wordt binnen een maand na ontslag opnieuw opgenomen, en een op de drie loopt blijvend functieverlies op door bijvoorbeeld delier of medicatiefouten. Een deel van de ouderen die naar de SEH van Amsterdam UMC wordt doorverwezen, komt daarna niet in het ziekenhuis, maar in de WijkKliniek. Die richt zich op herstel van het functioneren met het oog op terugkeer naar huis. Bij opname worden doelen en verwachtingen met de patiënt besproken, en er wordt een op maat gemaakt herstel- en revalidatieprogramma opgesteld, inclusief *advance care planning*.

Beter af in de WijkKliniek

De ervaringen met de WijkKliniek leren dat oudere patiënten beter af zijn. Het overgrote deel van de patiënten laat herstel zien tijdens de opname en kan direct terugkeren naar huis. Drie maanden na opname functioneerde 70 procent van de ouderen



Tjitske Vreugdenhil (l.) en Marjolein de Booys

als voorheen. Ze krijgen minder vaak een delier dan in het ziekenhuis en er zijn 30 procent minder heropnames. “Over de effectiviteit van de zorg die in de wijkkliniek wordt geboden is eigenlijk al geen discussie meer”, zegt Vreugdenhil. “Wat we wilden weten is: wat zijn werkzame elementen, beïnvloedbare contextfactoren en randvoorwaarden voor de organisatie van acute ouderenzorg?”

De onderzoekers benoemen zes belangrijke vernieuwingen voor het organiseren van acute ouderenzorg dicht bij huis:

- Preventieve en proactieve zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen.
- Medebehandeling door de specialist ouderengeneeskunde bij thuiswonende ouderen met complexe multiproblematiek.
- Wijkteam acute zorg.
- Vernieuwingen in het tijdelijk verblijf.
- De wijkkliniek.
- Regionale zorgcoördinatie.

Urgentiebesef en vertrouwen

De regio's moeten deze vernieuwingen in samenhang implementeren, betogen de onderzoekers, zodat er werkelijk integrale acute zorg tot stand komt. Een regionale aanpak van acute ouderenzorg is noodzakelijk. Belangrijke punten daarbij zijn: het ontwikkelen van een brede visie, inclusief preventieve zorg thuis; het bevorderen van integrale samenwerking tussen zorgprofessionals en organisaties; en een systematische aanpak met datagedreven analyse. Verder zijn een gezamenlijk besef van urgentie, vertrouwen tussen partners en gezamenlijke verantwoordelijkheid essentieel voor succesvolle implementatie van integrale acute ouderenzorg in de regio.

Het onderzoek is een belangrijke basis voor gesprekken met de beroepsgroepen, aldus Vreugdenhil. “We moeten met elkaar tot consensus komen wat goede, integrale acute ouderenzorg is. De regio's zijn nu volop bezig met het maken van regioplannen in het kader van het Integraal Zorgakkoord. Het zou mooi zijn als de vernieuwingen die in dit onderzoek worden genoemd daar een plek in krijgen.”

Acute situaties voorkomen

“Belangrijk is ook dat we voorkomen dat kwetsbare ouderen in een acute situatie terechtkomen”, benadrukt De Booy. “Preventie en proactieve aandacht voor het

SAMEN BESLISSEN MET KWETSBARE OUDEREN



Samen beslissen met kwetsbare ouderen was in 2021 het thema van de eerste ronde van een subsidie-regeling om uitkomst informatie te gebruiken bij samen beslissen. Op 28 september werd deze ronde afgesloten met een conferentie. Zeven projecten presenteerden hun resultaten en deelden succes- en faalfactoren. “We hopen dat andere initiatieven hiervan leren en ook aan de slag gaan”, zegt programmamanager Uriëll Malanda van het Zorginstituut.

Het centrale thema bij de zeven projecten was hoe zorgprofessionals met ouderen en hun mantelzorgers in gesprek kunnen gaan over wensen en behoeften. En hoe je, als je die wensen en behoeften kent, tot passende en persoonsgerichte zorg kunt komen.

Ruth Pel, onderzoeker bij Vilans en sinds 1 mei 2023 tot bijzonder lector ‘Samen beslissen met ouderen met complexe zorgvragen’ bij HAN

University of Applied Sciences, betoogde dat Samen beslissen smeerolie is voor de vastgelopen ouderenzorg. Als je kwetsbare ouderen benadert vanuit wat ze zelf willen, verleen je alleen zorg waar die echt nodig is en voorkom je medicalisering.

“De grote winst van de regeling en de zeven projecten is bewustwording”, zegt Malanda. “Ook bij kwetsbare ouderen moet je op zoek naar wat zij willen in het leven en daar de zorg op inrichten.” Eenvoudig is het niet altijd, erkent hij. Zo is het een uitdaging om ervoor te zorgen dat de wensen van ouderen niet alleen bekend zijn bij de eigen huisarts, maar ook bij andere zorgverleners.

Het Zorginstituut heeft een overzicht gemaakt van de zeven projecten. Naast een korte samenvatting komen praktische vragen aan bod. De praktijkgids staat op de.zorginstituutnederland.nl, zoekterm ‘praktijkgids Samen beslissen’.

systeem rond de ouderen is daarbij cruciaal. Om de spoedeisende hulp te ontlasten, maar vooral om complicaties bij ouderen te voorkomen. Je kunt het aantal ouderen dat op de SEH komt zien als de kanarie in de kolenmijn; het laat zien hoe goed we de preventie voor elkaar hebben.”

Een belangrijk aspect wordt de bekostiging. Tot nu toe maken samenwerkende

zorgorganisaties daar onderling afspraken over, soms (maar niet altijd) geholpen door de zorgverzekeraar. De onderzoekers pleiten voor een meer integrale, domeinoverstijgende bekostiging. De Booy: “Voor vernieuwende initiatieven zoals een wijkkliniek moet voor zowel het ziekenhuis als de vvt-organisatie een financieel veilige omgeving worden gecreëerd.” |



“Zonder ingrijpen overlijden in 2050 naar schatting wereldwijd 10 miljoen mensen door antibioticaresistentie”

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 **gepaste inzet van antibiotica bij infectieziekten**.

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker en De Beeldredactie | Marcel Krijgsman

aan het **Bureau**

Corline Brouwers is adviseur Infectieziekten bij het Zorginstituut.

“Uit onze Zinnige Zorg-projecten rond infectieziekten concludeerden wij al eerder dat er te veel, te lang en te breed antibiotica wordt gegeven. Gepast gebruik van antibiotica is urgent; doen we dat niet, dan groeit het gevaar van antibioticaresistentie. Dat geeft op den duur problemen: zonder ingrijpen kunnen er in 2050 jaarlijks 10 miljoen mensen wereldwijd overlijden aan de gevolgen van antibioticaresistentie.

Het Zorginstituut wil gepast antibioticagebruik stimuleren, zonder daarbij op de stoel van de beroepsgroep te gaan zitten. Daarom richten wij ons op de verbetering van de randvoorwaarden om tot gepaste inzet van antibiotica te komen. Samen met de Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB) hebben we daarvoor drie projecten opgepakt. Ten eerste hebben we een module ontwikkeld die spiegelinformatie geeft over het voorschrijven van antibiotica bij longontsteking, zodat artsen van elkaar kunnen leren. Het tweede project betreft een richtlijnherziening van de zogenaamde A-teams (antibioticateams) in ziekenhuizen. Jaap ten Oever van de SWAB vertelt hiernaast meer over beide projecten. Bij het derde project hebben we samen met het Tergooi ziekenhuis en de SWAB geïnventariseerd welke mogelijkheden het elektronisch patiëntendossier kan bieden om artsen te stimuleren antibiotica gepast in te zetten. Binnenkort ronden we deze inventarisatie van *best practises* af en presenteren we de uitkomsten aan andere ziekenhuizen. Ziekenhuizen kunnen zo van elkaar leren. Ook beogen we hiermee de landelijke samenwerking tussen ziekenhuizen op dit vlak te stimuleren zodat zij sterker staan tegenover hun epd-leverancier om aanpassingen door te voeren. Bij alle drie projecten heb ik – samen met mijn collega Katrijn Rensing - heel prettig samengewerkt met SWAB. We vulden elkaar goed aan en zaten vaak op dezelfde lijn, waardoor ook de implementatie van de werkzaamheden heel vlot loopt.”

aan het **Bed**

Jaap ten Oever is internist aan het Radboudumc in Nijmegen.

“Vanuit mijn rol als voorzitter van de SWAB-werkgroep Anti-microbial stewardship werk ik samen met het Zorginstituut aan de verbetering van het antibioticagebruik. Ik ervaar die samenwerking als heel plezierig, constructief, efficiënt en open. Wat ik vooral goed vind, is dat het Zorginstituut actief experts uit het veld erbij betreft, zodat het product ook echt gebruikt gaat worden.

Samen ontwikkelden we een module die inzicht geeft in gepast antibioticagebruik bij longontsteking voor de kwaliteitsregistratie de AntiMicrobial Stewardship Monitor (AMSM). We brengen voor enkele ziekenhuizen in kaart welke antibiotica zij geven bij een longontsteking. Daarbij gebruiken we alleen data die al eerder is uitgevraagd. De verzamelde data brengen we onder in de AMSM, die landelijk kan worden gebruikt voor spiegelinformatie. Alle deelnemende ziekenhuizen hebben nu al toegang hiertoe, maar we blijven de AMSM doorontwikkelen en vullen met data die ziekenhuizen aanleveren. Doordat steeds meer ziekenhuizen aanhaken, wordt de monitor de komende tien jaar alleen maar beter.

Daarnaast werken we samen aan de richtlijnherziening van A-teams. Elk ziekenhuis heeft zo'n antibioticateam, dat ten doel heeft het antibioticagebruik te verbeteren. Maar niet alle teams zijn even effectief. Sommige teams functioneren niet optimaal vanwege onvoldoende budget, onvoldoende ICT-capaciteit of lage prioriteitsstelling vanuit het ziekenhuis. Met hulp van het Zorginstituut beschrijven wij nu welke randvoorwaarden ingevuld moeten zijn zodat A-teams goed kunnen functioneren en zij het antibioticagebruik ook daadwerkelijk kunnen verbeteren.

Dat laatste zal nog wel even duren. Net als de AMSM is de richtlijnherziening vooral bedoeld om de organisatorische randvoorwaarden te verbeteren. Pas als de noodzakelijke aanpassingen in financiering en organisatie van de zorg zijn gerealiseerd – en dat kost tijd – ligt de weg vrij om te komen tot minder en passender inzet van antibiotica. Daarvoor hebben we met deze projecten de eerste stappen gezet.”



“Met onze projecten zetten we de eerste stappen op weg naar minder en vooral passender inzet van antibiotica”

Goede informatievoorziening is essentieel voor passende zorg

Passende zorg en goede gegevensuitwisseling gaan hand in hand, maar worden vaak nog gezien als twee verschillende werelden. “Dat is gelukkig aan het veranderen”, zegt Margo van der Gaag, senior adviseur Informatiemanagement. “Goede informatievoorziening is essentieel voor passende zorg. In het zorgproces moet het informatievraagstuk zo vroeg mogelijk worden meegenomen.”

Tekst Thijs Weustink

Beeld Patricia Rehe (ANP)

“Passende zorg gaat over het anders organiseren van zorg, gedreven vanuit gezondheid en aansluitend bij de behoefte van de burger”, vertelt Van der Gaag. “Zo blijft de zorg toegankelijk en betaalbaar. Dat kun je niet alleen doen, daar moet je afspraken met elkaar over maken. Gegevensuitwisseling wordt vaak nog als iets technisch gezien in plaats van als een wezenlijk onderdeel van het zorgproces en daarmee van de zorgverleners zelf. Zorgverleners zien gegevensuitwisseling vooral als beslisondersteuning in het zorgproces waardoor zij betere zorg kunnen leveren aan de patiënt. Goede en passende zorg is ook afspraken maken over welke informatie je nodig hebt. Zorg en informatie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Gelukkig onderschrijven steeds meer mensen dit.”

Belang van informatie

Een voorbeeld is geboortezorg. Geboortezorg is netwerkzorg. In het netwerk rond vrouwen met een kindwens, zwangeren en pas bevallen vrouwen werken gynaecologen, verloskundigen en kraamverzorgenden samen om de zorg die zij leveren nauw op elkaar te laten aansluiten. Samen werken zij ook aan een gegevensuitwisseling die de beweging naar passende hybride netwerkzorg ondersteunt.

Van der Gaag: “Goede gegevensuitwisseling in de zorg gaat over de juiste informatie op het juiste moment en op de juiste plaats, met inachtneming van de vereisten voor veilige gegevensdeling. Het helpt het primaire zorg-

proces, het helpt om te leren en verbeteren binnen de zorg. En het helpt cliënten en patiënten om samen met hun zorgprofessionals te beslissen over specifieke zorg.”

Kwaliteit van zorg

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren, stimuleert en ondersteunt het Zorginstituut de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. In die standaarden staat goede zorg centraal. Vanzelfsprekend moet er dan ook aandacht zijn voor goede gegevensuitwisseling. “Een aantal kwaliteitsstandaarden heeft inmiddels een informatieparagraaf. Daarin staat beschreven welke gegevens vastgelegd en uitgewisseld moeten worden in het zorgproces van de cliënt. Dat visualiseren we

CMIO's en CNIO's slaan brug tussen ICT en patiëntenzorg

De werkvloer is de plek waar de verbinding tussen passende zorg en gegevensuitwisseling concreet wordt. Dat doen CMIO's en CNIO's: *Chief Medical of Chief Nursing Information Officers*. Zij slaan de brug tussen ICT en patiëntenzorg. Ruud de Waal is voorzitter en medeoprichter van de vereniging CMIO Zorgnetwerk Nederland. Hij was geruime tijd CMIO in ziekenhuis Amphia in Breda, waar hij intensivist is.

Ruud: “Alle ziekenhuizen in Nederland hebben inmiddels een CMIO. De vereniging ontstond in 2017, nadat een groep gelijkgestemden constateerde dat we allemaal tegen dezelfde problemen aanlopen. Systemen waar we nu mee werken zijn niet gebruiksvriendelijk. Ze zadelen je bijvoorbeeld op met een waslijst aan checkboxes waar je vroeger genoeg had aan een compacte mededeling. Software moet processen ondersteunen, niet andersom. Als intensivist ben ik in het ziekenhuis om mensen te helpen. Digitale systemen zijn een voorwaarde om mijn werk goed te kunnen doen. Je hebt artsen zonder witte jas nodig die de tijd hebben om met ICT en gegevensuitwisseling bezig te zijn. Zorgverzekeraars en de overheid mogen van mij nog wel meer laten zien dat ze dat belangrijk vinden. Ter vergelijking: in de VS bestaat al een CMIO-vereniging sinds 1995.

Als gegevens gestandaardiseerd vastgelegd worden en beschikbaar zijn, kan het niet anders dan dat er minder fouten gemaakt worden, dat er minder dubbel werk is en de kwaliteit toeneemt.”



“Zorg en informatie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Gelukkig onderschrijven steeds meer mensen dit”

onder meer in een procesplaat”, licht Van der Gaag toe. “Een recent voorbeeld hiervan is de informatieparagraaf van de overdracht van medicatiegegevens die aan de kwaliteitsstandaard is toegevoegd. Het realiseren van gegevensuitwisseling in de eigen organisatie, en met andere organisaties, vereist ook afspraken en samenwerking over de registratie. Zo ontstaat er een samenhang en ben je in staat om daadwerkelijk op de juiste manier de informatie met elkaar uit te wisselen.” Met het Toetsingskader beoordeelt het Zorginstituut of een kwaliteitsstandaard een verantwoorde beschrijving is van goede zorg.

Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz)

Bij het Zorginstituut is het de taak van Margo van de Gaag en haar collega’s om partijen die een kwaliteitsstandaard opstellen te ondersteunen om de brug te slaan tussen afspraken over goede zorg en informatie. “Op die manier dragen we bij aan het formaliseren en stimuleren van gegevensuitwisseling. Dat betekent veel praten, overleggen en helpen

bij het vertalen van informatie naar gegevens. Door een goede begeleiding van dit proces kunnen de informatieprocessen goed in beeld worden gebracht.”

De Wegiz verplicht elektronische uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners onderling en de persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo) van cliënten en patiënten. De wet zegt niet welke gegevens moeten worden uitgewisseld; dat staat in de kwaliteitsstandaard die als basis voor de verplichting dient, vertelt Van der Gaag. “De Wegiz stelt niet alle uitwisselingen verplicht maar begint met die van medicatiegegevens, de basisgegevensset zorg tussen medisch-specialistische instellingen, verpleegkundige overdracht, radiologische beelden en acute zorg. Hierdoor wordt gewerkt aan een basis om andere gegevensuitwisselingen voor passende zorg vorm te geven. Dankzij de Wegiz groeit bewustwording bij zorginstellingen, waardoor elektronische gegevensuitwisseling meer aandacht krijgt.” |

Farmacotherapeutisch Kompas beschrijft milieu-impact geneesmiddelen

Naar duurzamer medicijngebruik

Het is een vreemde paradox: geneesmiddelen houden mensen gezond of maken hen beter, maar tegelijk is ons huidige medicijngebruik zwaar belastend voor het milieu – en dat heeft weer negatieve gevolgen voor de algemene gezondheid. Minder en bewuster medicijngebruik is een goede eerste stap naar een duurzamere (zorg)toekomst. Met een nieuwe informatiepagina over de milieu-impact van geneesmiddelen helpt het Farmacotherapeutisch Kompas (FK) de zorgverlener en de gebruiker op weg.

Tekst Edith Bijl

Binnen de zorgsector groeit het besef dat de zorg moet verduurzamen. Een belangrijke stap hierin is de 'Green Deal Duurzame Zorg' (www.greendealduurzamezorg.nl), een initiatief van brancheorganisaties van zorgverleners. De ondertekenaars van de Green Deal – waaronder ook het Zorginstituut – streven naar duurzamere zorg, onder meer door het terugdringen van grondstofgebruik en restafval en het verminderen van de milieubelasting van medicatie(gebruik).

In dat kader heeft het FK nieuwe informatie toegevoegd over de milieu-impact van geneesmiddelen. Het FK is bedoeld als hulpmiddel bij het nemen van farmacotherapeutische beslissingen, om gepast gebruik van geneesmiddelen te bevorderen. Het biedt gedetailleerde informatie over de samenstelling, effectiviteit en bijwerkingen van geneesmiddelen. En sinds kort kunnen de bezoekers van de FK-website hier dus ook informatie vinden over de milieu-effecten van medicijnen. Zo wordt bijvoorbeeld expliciet gewezen op de hoge broeikasgas-emissie door het gebruik van dosisaerosolen bij astma en COPD en anesthesiegassen. Daarbij doet het FK ook suggesties om dit gebruik te verminderen, dan wel milieubewuster met deze medicatie om te gaan.

Geneesmiddelen in oppervlakte- en grondwater

Ook besteedt het FK aandacht aan de vervuiling van het oppervlaktewater door medicijnen: jaarlijks belandt minstens 190 ton geneesmiddelresten in het oppervlaktewater van ons land. Naast een algemene beschrijving van de milieueffecten geeft de site een overzicht van geneesmiddelen die in het oppervlaktewater waren aangetroffen en daarbij één of meerdere keren de risicogrens overschreden. Medicijnvoorschrijvers kunnen met deze informatie bewuster ervoor kiezen om deze middelen – waaronder veel antibiotica – minder voor te schrijven of alternatieven aan te bieden.

Verspilling tegengaan

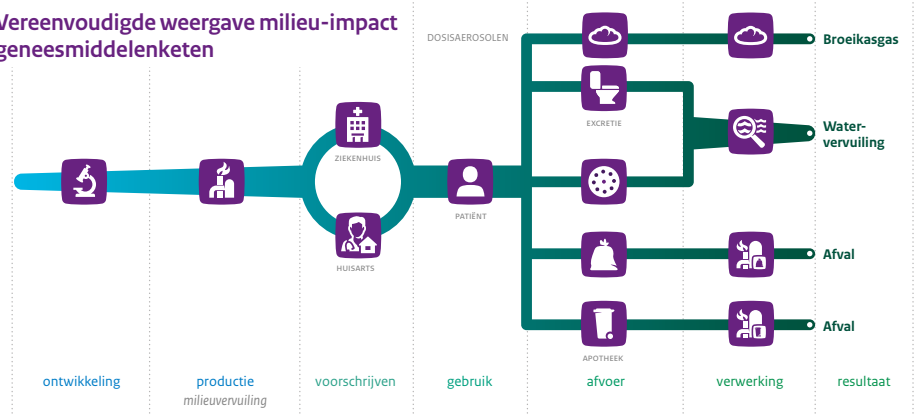
Het FK benadrukt dat we verspilling van geneesmiddelen zoveel mogelijk moeten voorkomen. Die verspilling komt voor in de gehele distributie- en gebruiksketen van medicijnen: van de fabrikant en de groothandel tot aan de voorschrijver, de apotheker en de patiënt. Al deze spelers, inclusief de zorgverzekeraars, krijgen op de site suggesties hoe zij verspilling zoveel mogelijk kunnen tegengaan. Zo kunnen FK-gebruikers overtollige medicatie voorkomen door zorgvuldig de behoefte van de patiënt te beoordelen en medicatieplannen te herzien.

Duurzaam voorschrijven

De milieubelasting kan worden verlaagd door duurzaam of gepast voor te schrijven. Het FK doet hiervoor meerdere suggesties, zoals het stimuleren van een gezonde leefstijl of het minderen of stoppen van medicatie. De site helpt zorgprofessionals niet alleen naar medische effectiviteit te kijken, maar ook naar de milieu-impact van voorgeschreven medicatie. En dat draagt weer bij aan een bewustere en duurzamere zorgpraktijk.

U vindt de nieuwe informatie over milieu-impact op www.farmacotherapeutischkompas.nl/farmacologie/milieu-impact-geneesmiddelen.

Vereenvoudigde weergave milieu-impact geneesmiddelenketen



(bron: LHV/NHG, 2021)

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:

Elnathan Prinsen
*Psychiater en RvB-lid
Parnassiagroep*

“Gezien de discussies over stijgende zorgkosten moeten we hier met een bredere, meer macro-economische blik naar kijken: welke investeringen in de zorg renderen voor de maatschappij? Uit onderzoek blijkt dat elke euro die we investeren in de ggz – en daarmee verlies van arbeid voorkomen – zich twee tot drie keer terugbetaalt in de maatschappij. Dit komt vooral omdat 75 procent van de psychiatrische problemen al vóór het 25^e levensjaar begint. We zouden dus vooral moeten inzetten op deze groep jongeren, want hun herstel heeft het meeste voordeel voor de hele maatschappij. Als we, in brede samenhang met andere domeinen en naasten, zorgen dat deze groep kan functioneren in de maatschappij, verdient zich dat snel terug.

Dit is natuurlijk een heel harde manier om naar zorg te kijken. En het kan voelen als een contrast met de intrinsieke drive van zorgprofessionals die – óók ik – zich willen inzetten voor het welzijn van ál hun patiënten. Bovendien gaat het niet alleen om het functioneren in de maatschappij. Positieve gezondheid draait ook om persoonlijk herstel. Hoe combineren we dat? Daarvoor moeten we allereerst stoppen met de segmentatie van zorg en kiezen voor modulaire zorg: bouw rondom een individu modules die over de zorg- en sociale domeinen heen reiken. Modulaire zorg is gericht op individueel herstel, maar ook op het maatschappelijk rendement van de zorg. Als de overheid, financiers en ggz inzetten op modulaire zorg, kunnen we persoonlijke zorg blijven leveren, en neemt de kwaliteit en het rendement toe.”

Beeld De Beeldredactie | Marco Vellinga

“Investeren in
geestelijke gezondheid
betaalt zich
maatschappelijk terug”

Over zorg gesproken...

“Als we allemaal stoppen met roken, scheelt dat 16 procent van alle kanker. Dat zet echt zoden aan de dijk.”

KWF-directeur Carla van Gils op skipr.nl (24 november 2023).

“Als het even kan moet je met je medische tengels van een mens afblijven. Nodeloos gepeur in iemands ziel of lichaam is niet onschuldig of zonder risico's.”

Huisarts en columnist Rinske van de Goor in de Volkskrant (21 september 2023).

“In de zorg ervaar ik een streven naar perfectie. Men wil vanuit een risico-averse houding de stip op de horizon helemaal begrijpen. Daardoor komt er nog te weinig van de grond.”

Gerben Douma, zorgbestuurder van Beweging 3.0, op zorgvisie.nl (3 november 2023).

“Wie de pech heeft in een ziekenhuis of zorginstelling te belanden heeft geen recht op vegetarische of plantaardige voeding. Voor gedetineerden is de zaak beter geregeld.”

Vegetariërsbond in een petitie aan de Tweede Kamer (24 oktober 2023).

“Versterk de burger, verlicht de zorg: dát is de transitie die we moeten maken. Maar dat kan alleen als je die burger aan tafel hebt.”

Lea Bouwmeester, onder meer voorzitter Federatie voor Gezondheid, op skipr.nl (27 november 2023).

“We kunnen ook in 2040 fatsoenlijke ouderenzorg leveren, maar dat vergt wel scherpe keuzes. Laat je het op z'n beloop, dan nemen de gezondheidsverschillen alleen maar toe. Je ziet nu al zorgvilla's opkomen.”

Bram Wouterse, universitair hoofddocent gezondheidseconomie, in de Volkskrant (18 oktober 2023).

“Er groeit een generatie op die meer waarde hecht aan wat een knappe BN'er of influencer met een indrukwekkend verhaal vertelt, dan aan wat de huisarts zegt.”

Huisarts Bernard Leenstra, op ad.nl (16 oktober 2023).

“De zorg wordt gefinancierd door ordinaire handjeklap, niets meer en niets minder. En zeker niet met de doelstelling van IZA voor ogen om het allemaal beter te maken.”

Margret Kortooms, verpleegkundige, op zorgvisie.nl (18 oktober 2023).

“Als je één of twee ziekenhuizen in een regio overhoudt, krijg je daar heel goede zorg. En het is soms echt beter als ziekenhuizen bepaalde zorg niet meer leveren, omwille van de kwaliteit.”

NWO-voorzitter Marcel Levi op zorgvisie.nl (17 november 2023).

“Verpleegkundigen willen als expert gezien worden, niet als poppetje aan het bed.”

Kim Verhaegh, verpleegkundige, antropoloog en lector Verpleegkundig Leiderschap, op zorgvisie.nl (14 november 2023).