



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
december 2021



Psychiater Damiaan Denys:

“Medicalisering van
mild psychisch lijden
zet ggz onder druk”

Hoe houden we
de zorg gezond?

Pijn wegschieten
in virtual reality

Inhoud

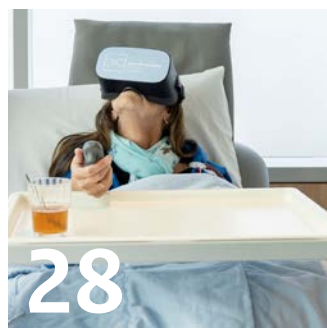
6 Op weg naar passende zorg
Om de gezondheidszorg gezond te houden, moet er een beweging naar passende zorg komen. Maar hoe komen we daar? Willemijn Krol werkt aan een Kwaliteitskader Passende zorg. “Als we niets doen, groeit de zorg kapot”, waarschuwt ze.

12 Digitale Zorg
Bij digitale zorg denk je al gauw aan toepassingen zoals beeldbellen, automatische medicijndispensers, telemonitoring en sociale robotica. Maar hoe zetten wij al deze toepassingen veilig en effectief in voor burger en professional?

14 Samen beslissen
In 2018 begonnen zestien projecten met subsidie uit de regeling ‘Transparantie over de kwaliteit van zorg’ aan een traject om uitkomst informatie te gebruiken voor Samen beslissen. Twee van deze projecten lichten we hier uit.

24 Tool voor indicatorontwikkelaar
Het Zorginstituut zet in op passende zorg van hoge kwaliteit. Daarvoor is goede informatie over de kwaliteit van zorg essentieel. De nieuwe indicatortool helpt partijen bij het (door)ontwikkelen van deze kwaliteitsinformatie.

28 Pijn wegschieten in VR
Virtual reality (VR) kennen we van de game-industrie, maar ook in de zorg is rondwalen in een gesimuleerde werkelijkheid in opmars. Bijvoorbeeld bij pijnbestrijding en revalidatie na een coronabesmetting.



Rubrieken

9 Column Martin van der Graaff

10 Tien vragen aan: Carina Hilders

16 Feiten & Cijfers

18 De andere blik
Psychiater Damiaan Denys.

21 Zinnige Zorg
Zinnige Zorg bij infectieziekten.

26 Aan het bureau / aan het bed
De subsidieregeling anonieme e-mental health.

30 Literair recept
van de Culturele Apothekers

31 Elevator Pitch
Het werk van Zorginstituut-medewerker Ingrid Denkers in 200 woorden gevat.

32 Over zorg gesproken



Marathon

Voorwoord

Op het moment van dit schrijven wordt er in Den Haag (nog steeds) druk geformeerd. En wachten wij met z'n allen tot de nieuwe regering de grote en urgente kwesties die momenteel spelen gaat oppakken.

Een van die kwesties is de houdbaarheid van ons zorgstelsel. Wij – het Zorginstituut en partijen in de zorg – wachten op het verlossende startschot vanuit Den Haag, zodat we aan de slag kunnen met het in praktijk brengen van passende zorg. Wij zijn er klaar voor. Vergelijk het met een marathon lopen: wij staan allemaal klaar, hebben onze schoenen en shirtjes aan, maar wachten op het startschot. Maar: wordt er wel een startsein gegeven? En zo ja, wie geeft het dan: de minister, de samenleving? En hoe helder klinkt dat schot?

Daarom vraag ik me af: waarom zouden we lijdzaam wachten op het startsein? Waarom gaan we niet gewoon lopen? Natuurlijk: een officieel startschot heeft ook mijn voorkeur. Dan gaat iedereen tegelijk van start. Maar ook zonder een officieel startsein gaat uiteindelijk toch iedereen wel lopen. Waarom kunnen wij als zorgsector niet hetzelfde doen met passende zorg?!

Net als bij een echte marathon hebben we te maken met een onvoorspelbare factor: covid. Je kan je afvragen: is dit het moment om die beweging naar passende zorg in te zetten? Moeten we niet alles afblazen en eerst het virus verslaan? Als het gaat om de zorg, denk ik: *juist* niet. De covid-crisis legde de problemen in de zorg genadeloos bloot. Vóór covid besteedden we al alle mensen en middelen aan gepaste én niet-gepaste zorg. Nu covid daarbij is gekomen, stevenen we af op een zorginfarct. Zeker in het licht van covid is het *nóg* belangrijker om ons te focussen op passende zorg. Neem alleen al de inhaalzorg: op dit moment zijn er rond de 360.000 achterstallige medische ingrepen. Trekken we daar de *niet-gepaste* ingrepen van af, dan houden we 190.000 ingrepen over*. Nog steeds een zeer verontrustend aantal, maar het verschil zet je op z'n minst aan het denken.

De urgentie van passende zorg lijkt mij duidelijk. Daarom zeg ik: laten we gaan lopen, met of zonder startsein. Het wordt, net als een marathon, een lange weg. Onderweg zullen we best wel eens pijn lijden, een steek in de zij voelen. Maar gaandeweg ontmoeten we ook anderen, leren we steeds beter te lopen en gaan we daar de winst van inzien. We zijn er klaar voor. Wat weerhoudt ons?!

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland

*Bron: 'Monitor Toegankelijkheid van Zorg' van de NZa.

Korte berichten



Nieuwe interactieve tool stimuleert regionale samenwerking IC's

In 2016 is de Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care vastgesteld. Een belangrijk onderdeel daarvan is het versterken van de regionale samenwerking en het vormen van IC-netwerken. In dat kader startte het Zorginstituut in 2019 een onderzoek naar regionale netwerkvorming van IC's. Daarbij onderzochten we onder meer wat goed werkt in het samenwerken en in het 'samen leren & verbeteren' via deze netwerken. Op basis van onze bevindingen hebben we een toegankelijke, interactieve pdf ontwikkeld. IC-netwerken kunnen deze als instrument gebruiken om de samenwerking in hun netwerken te versterken en het samen leren en ontwikkelen

binnen regionale netwerken te verbeteren. Ondanks de vertraging die we hebben opgelopen door de covid-crisis, is de ontwikkeling van de interactieve pdf doorgegaan. Op 15 december* organiseren we in samenwerking met de NVIC een webinar waarin de lessen van de covid-crisis in aanvulling op het gepresenteerde model worden opgehaald. Begin 2022 publiceren we de pdf, inclusief de ingewonnen lessen, op onze website.

** Bij het ter perse gaan van dit nummer was het in verband met de covid-crisis nog onduidelijk of dit webinar kan doorgaan. Deelnemers hebben hier inmiddels bericht over ontvangen.*

Floortje Scheepers voorzitter Kwaliteitsraad

De Raad van Bestuur van het Zorginstituut heeft prof. dr. Floortje Scheepers per 1 november benoemd tot voorzitter van de Kwaliteitsraad. Zij volgt Jan Kremer op die vanwege het aflopen van zijn termijn is gestopt. Scheepers is hoogleraar Innovatie in de Geestelijke Gezondheidszorg, hoofd van de afdeling Psychiatrie (zorg, onderwijs en onderzoek) van het UMC Utrecht en wetenschappelijk directeur van Phrenos. Sinds 1 april 2019 is zij lid van de Kwaliteitsraad.

Als (onafhankelijke) adviesraad helpt de Kwaliteitsraad het Zorginstituut de kwaliteit van zorg in Nederland te verbeteren. De Kwaliteitsraad bestaat nu uit negen onafhankelijke leden die uit diverse zorgsectoren komen, met uiteenlopende kennis en expertise.

Succesvolle methode vermindert verspilling in langdurige zorg

In de medische wereld groeit de aandacht voor duurzaamheid en het tegengaan van verspilling in ziekenhuizen en andere zorgorganisaties. Ook in de langdurige zorg wordt onderzocht hoe duurzaamheid geïmplementeerd kan worden in de praktijk. Een van de manieren om zorgmedewerkers te begeleiden naar duurzame langdurige zorg is de Groeilemnischaat-methode. Deze methode van Stichting Eten+Welzijn richt zich specifiek op eten en drinken, een van de kwaliteits-indicatoren voor basisveiligheid waaraan de langdurige zorg moet voldoen. Elke dag moet hier aandacht voor zijn, maar in de praktijk is dit vaak anders.

In 2021 startte Stichting Eten+Welzijn in opdracht van het Zorginstituut een pilotproject met het Groeilemnischaat in drie verschillende verpleeghuiszorg-organisaties. Onlangs heeft het Louis Bolk Instituut deze pilot geëvalueerd. De resultaten laten zien dat het Groeilemnischaat op korte termijn toepasbaar is in de ouderenzorg. Binnen drie maanden heeft een zorginstelling na toepassing van het Groeilemnischaat meer aandacht voor gezondheid en duurzaamheid. Voor een structurele verandering in de zorg moet het Groeilemnischaat herhaald blijven worden.

Het volledige rapport is te downloaden op <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2021/09/29/evaluatie-onderzoek-groeilemnischaat-ouderenzorg>. Of scan de QR-code hieronder:



HAG: Europese samenwerking bij evaluatie gezondheidstechnologie

Het Zorginstituut voert het secretariaat van een nieuw Europees samenwerkingsverband op het gebied van evaluatie van gezondheidstechnologie: de Heads of Agencies Group (HAG). De negentien deelnemende Europese organisaties gaan informatie, standpunten en methodieken met elkaar uitwisselen over de evaluatie van gezondheids-technologie.

Tiana van Grinsven, RvB-lid van het Zorginstituut:

“Het is belangrijk dat we de Europese samenwerking bij de evaluatie van nieuwe behandelingen, geneesmiddelen en gezondheidstechnologie verder intensiveren. We kunnen veel van elkaar leren, dubbel werk voorkomen en de doorlooptijd van evaluaties van gezondheidstechnologie verkorten. Dat is ook in het belang van de mensen in Nederland; zij krijgen hierdoor sneller toegang tot behandelingen, geneesmiddelen en innovaties.”

Passender zorg bij 'etalagebenen'



Oefentherapie onder begeleiding van een fysiotherapeut is succesvol als eerste stap in de behandeling van zogeheten etalagebenen, een vaatziekte die zich kenmerkt door veel pijn in de benen. Dankzij deze 'gesuperviseerde looptraining' daalt het aantal patiënten dat uiteindelijk een dotterbehandeling of operatieve ingreep nodig heeft. Het Zorginstituut concludeert in

het rapport *Eindevaluatie Perifeer Arterieel Vaatlijden* dat zorgverleners en patiëntenverenigingen er goed in zijn geslaagd passen der zorg te bieden aan mensen met etalagebenen. Huisartsen verwezen bij etalagebenen standaard door naar de vaat-chirurg voor behandeling. In 2016 hebben zorgverleners, patiëntenverenigingen en zorg-verzekeraars onder leiding van

het Zorginstituut vastgesteld dat een chirurgische ingreep meestal niet de best passende behandeling voor de patiënt is. Dit heeft tot meerdere verbeterafspraken geleid, op basis waarvan de zorg de afgelopen jaren anders is georganiseerd. De huisarts is nu de regisseur die de diagnose stelt en vervolgens de zorg aan patiënten coördineert. Daarbij is gesuperviseerde looptraining de eerste stap. Nu wordt pas een chirurgische ingreep overwogen als de looptraining geen effect oplevert.

Inmiddels krijgt 86 procent van alle nieuwe patiënten gesuperviseerde looptraining; het streven is 95 procent. Het inzetten van looptraining als eerste behandelstap leidt tot een significante vermindering van het aantal operaties. Dat leidt tot een besparing van bijna 31 miljoen euro per jaar. Gesuperviseerde looptraining is sinds begin 2017 verzekerde zorg.

Meer informatie?

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

Op weg naar passende zorg

“Niet verbeteren wat er al is, maar anders doen”

De toekomst van goede zorg in Nederland staat op het spel, waarschuwen het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een jaar geleden. De kosten blijven maar stijgen en het wordt steeds lastiger om voldoende personeel te krijgen. Er moet een beweging komen naar ‘passende zorg’. Maar hoe komen we daar? Willemijn Krol van het Zorginstituut werkt aan een ‘Kwaliteitskader Passende zorg’. “Als we niets doen, groeit de zorg kapot”, waarschuwt ze.

Tekst Jos Leijen

Beeld Ron Zwagemaker

Om inzichten en inspiratie op te doen voor een Kwaliteitskader Passende zorg sprak Willemijn Krol met vertegenwoordigers van zorgorganisaties, verzekeraars, onderwijs, koepelorganisaties, banken en zelfs waterschappen. “De term ‘kwaliteitskader’ wekt de indruk dat het om zorginhoudelijke kwaliteit gaat, om effectiviteit van interventies. Maar het gaat veel meer om afspraken over de lerende beweging die we met elkaar maken richting toekomstbestendige zorg.”

Anders doen

In haar verkenning schetst Krol een rode draad waarlangs die afspraken vorm kunnen krijgen: “Het begint met een gedeelde bedoeling: samen werken aan gezonde zorg nu en in de toekomst. En de overtuiging dat je die niet bereikt door te verbeteren wat er al is, maar door anders te doen. Dat anders doen gaat over de maatschappelijke opgave waarvoor we staan. Dat gaat over meer dan alleen kwaliteit van zorg of betaalbaarheid. Passende zorg wordt alleen wat als we volledig gericht zijn op wat mensen nodig hebben en wat we als samenleving belangrijk vinden. En dit bereiken we met samenhang in plaats van versnippering.”

“Samenwerken en anders doen vormen met de vier passende zorg-principes (zie kader op pagina 8) de ruggengraat voor het vormgeven van gezonde zorg, preventie en welzijn. Met deze basis kunnen we een blijvende beweging op gang brengen, die niet meer vrijblijvend is. Een beweging waarin betrokkenen elkaar aan de uitgangspunten en principes houden en elkaar waar nodig corrigeren.”

Mantra

Het zorgstelsel moet zelf gezonder worden, betoogt Krol. Het is de afgelopen decennia uit zijn voegen gegroeid. De kosten blijven stijgen, het personeel staat onder grote druk en het is nog maar de vraag of de komende generatie de zorg kan krijgen die ze nodig heeft. “We sussen onszelf in onze beleidsstukken in slaap met de mantra dat we in Nederland ‘een van de beste zorgstelsels ter wereld’ hebben. Dat is misschien nog steeds zo, maar hoe borgen we dat voor de komende generaties? Hoe houden we de gezondheidszorg gezond? We hebben inderdaad prachtige interventies, maar daarvoor grijpen we vaak te snel naar medische oplossingen en denken we te weinig na over

“We sussen onszelf in onze beleidsstukken in slaap met de mantra dat we in Nederland ‘een van de beste zorgstelsels ter wereld’ hebben. Dat is misschien nog steeds zo, maar hoe borgen we dat voor de komende generaties? Hoe houden we de gezondheidszorg gezond?”



alternatieven. Mijn schrikbeeld is dat we in de toekomst fantastisch ‘gereedschap’ hebben, maar dat de weerbaarheid is uitgeput, de solidariteit is uitgeput, de zorgverleners zijn uitgeput, en de essentie van de opgave niet wordt geraakt. Passende zorg gaat over een gezond en toekomstbestendig zorgstelsel. Dat is meer dan de vraag of we de zorg die we kunnen leveren, gepast gebruiken. Daarmee kunnen we de aanbodkant sturen. Maar een minstens zo grote opdracht ligt in het beïnvloeden van de vraagkant.”

Overtuiging, wilskracht en moed

Er is een transformatie nodig die de inzet van alle betrokken partijen vraagt. “We moeten

omdenken. Dat is lastig voor partijen die in het systeem zitten. Het vraagt creativiteit en de wil om voorbij het eigen belang en de eigen manier van werken te kijken. Het komt erop aan dat partijen die onderdeel zijn van het systeem, ook onderdeel willen worden van de opgave voor de toekomst. Dat geldt voor zowel private als publieke partijen. Daarvoor moeten we de benodigde overtuiging, wilskracht en moed in elkaar ‘aan zetten’. Dat ‘aan zetten’ en richten naar de opgaven waarvoor we staan is de échte uitdaging van passende zorg.”

Hoe passende zorg er precies uit gaat zien, weet Krol nu ook nog niet. “Dat gaan we ►

Signalementen Passende zorg

Het Zorginstituut werkt aan een Kwaliteitskader Passende zorg, dat medio 2022 naar verwachting klaar is. Dit kwaliteitskader biedt een duidelijk beeld van de voorwaarden waaraan passende zorg in de praktijk moet voldoen. Deze leidraad gaat ook gelden voor de vergoeding van zorg via het basispakket: zorg die niet aan de basisprincipes voldoet, moet in de toekomst niet (langer) worden vergoed. Ook publiceert het Zorginstituut in samenwerking met zorgverleners en patiëntenverenigingen binnen een jaar vier zogeheten Signalementen Passende zorg: voor mensen met kanker, hart- en vaatziekten, en voor de ggz en langdurige zorg. We brengen de grote, complexe vraagstukken in kaart, en de oplossingen waaraan al wordt gewerkt. Met als doel het realiseren van passende zorg.

VIER PRINCIPES

Passende zorg kenmerkt zich door vier belangrijke principes. Deze staan beschreven in het adviesrapport *De toekomst is nu*:

1. Passende zorg is waardegedreven: zij heeft meerwaarde voor de patiënt tegen redelijke kosten.
2. Passende zorg zet in op gezondheid in plaats van ziekte: veel ziekten kunnen worden voorkomen of uitgesteld door een gezonde leefstijl of door preventieve (zorg)interventies.
3. Passende zorg komt samen met de patiënt of cliënt tot stand: de patiënt is goed geïnformeerd over alle behandelopties en de voor- en nadelen daarvan. Op basis daarvan kiest de patiënt samen met de behandelaar een behandeling die het beste past bij zijn of haar situatie.
4. Passende zorg wordt waar mogelijk dicht bij de patiënt of cliënt georganiseerd: vaak is het mogelijk (delen van) zorg vanuit het ziekenhuis naar de omgeving van de patiënt (de eerste lijn) te verplaatsen of deze digitaal aan te bieden.



Fragment uit video over Passende zorg (te zien op zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg)

“Mijn schrikbeeld is dat we in de toekomst fantastisch ‘gereedschap’ hebben, maar dat de weerbaarheid, de solidariteit en de zorgverleners zijn uitgeput, plus de essentie van de opgave niet wordt geraakt. Passende zorg gaat over een gezond en toekomstbestendig zorgstelsel”

de komende tijd met elkaar vormgeven.” Ze vertelt dat ze op een zondagavond VPRO Zomergasten keek met als gast Rijksbouwmeester Floris Alkemade. Die deed een uitspraak die ze direct op een kladje schreef en verwerkte in haar presentatie over de kaders voor passende zorg: je leert pas dijken te bouwen als je je kunt voorstellen dat het mogelijk is om op de bodem van de zee te wonen. Het begint met die verbeeldingskracht.

Ieder zijn rol

“Passende zorg betekent dat we verder moeten kijken dan wat er nu is. Elke partij heeft daarbij haar rol. Het Zorginstituut kan bijvoorbeeld bijdragen met risicogericht cyclisch pakketbeheer, zodat behandelingen die geen maatschappelijke meerwaarde hebben niet meer vergoed worden. Of door zichtbaar te maken waar en hoe nu lokaal en regionaal al invulling wordt gegeven aan de principes van passende zorg. Verder blijven we samen met het veld signalementen maken om knelpunten en kansen in beeld te brengen. Om vandaaruit te herkennen wat er nodig is om de beweging naar passende zorg te versterken.”

“Belangrijk is dat we dat ‘multipartiet’ doen in plaats van tripartiet: aanhakend op álle partners die bijdragen aan de weg naar passende zorg. En dat zijn er meer dan alleen de aanbieders, patiënten en verzekeraars. Als we werken aan de maatschappelijke opgaven van deze tijd komen ook andere partners aan boord: gemeenten, scholen, ondernemers en vooral burgers. Zij maken in gezamenlijkheid de weg naar passende zorg. Iedereen wil het zorgstelsel gezond maken. Nu is het tijd om samen die beweging vorm te gaan geven.” ●

“Theorie: ons zorgstelsel hoort bij de top tien van de wereld. Praktijk: veel zorgverleners komen niet meer aan fatsoenlijke zorg toe. Inmiddels kan bijna iedere talkshowgast het woord ‘post-covid-zorginfarct’ zonder haperen uitspreken”



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

Column

Theorie en praktijk

In de zorg is de kloof tussen theorie en praktijk zo breed geworden dat hij nauwelijks nog gedempt kan worden met al die mensen die op een wachtlijst staan. Theorie: ons zorgstelsel hoort bij de top tien van de wereld. Praktijk: veel zorgverleners komen niet meer aan fatsoenlijke zorg toe. Inmiddels kan bijna iedere talkshowgast het woord ‘post-covid-zorginfarct’ zonder haperen uitspreken.

Laat ik me haasten te verkondigen dat er veel goed gaat. In dit land lig je niet buiten het ziekenhuis onder een afdak te wachten tot er plek is. Dat gezegd zijnde... soms scheelt het weinig. Momenteel vervoeren ambulances vrouwen die op bevallen staan van het ene afgeladen ziekenhuis naar het andere. Tot er een file ontstaat. Ik voorspel een toename in het aantal vluchtstrookbaby's. Thuiszorg wordt inmiddels vanwege ziekteverzuim en personeelsgebrek een luxe uit vroegere tijden. Volgens een bestuurder van Actiz: “We proberen mantelzorgers vooraf te informeren dat als ze hun vader of moeder laten opereren, ze ook echt mee moeten helpen met de nazorg.” Het lijkt verdorie wel alsof kinderen het maar niet kunnen laten om hun ouders voor pret-operaties bij het ziekenhuis af te leveren, zodat die kinderen eens lekker onbezorgd op vakantie kunnen. In werkelijkheid regeert de wachtlijst. Stel, je wacht al meer dan twee jaar op een nieuwe heup. Je conditie holt achteruit, de pijn neemt toe. De dokter vertelt je met een uitgestreken gezicht dat het slecht is om sterke pijnstillers te nemen, maar zo langzamerhand laat je toch maar eens in de *shared decision making*-gesprekken het woord ‘oxycodon’ vallen. Je moet toch wat.

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid beweert in een recent rapport dat “scherpe keuzes” nodig zijn om de zorg betaalbaar te houden. Een van die keuzes is in stilte al gemaakt: de desastreuze versobering in de zorg, ontstaan door de door privatisering ingegeven bezuiniging op de aandacht die dokters, verpleegkundigen en thuiszorgers aan kwetsbare mensen mogen geven. Onderbemenst en onderbetaald, kunnen ze de zorg alleen nog maar afraffelen. Tot grote frustratie van alle betrokkenen. Maar het is net als met het klimaat: iedereen klaagt erover, maar niemand doet er wat aan.

Is er dan niks positiefs te melden? Zeker wel. Wat dacht u van de nieuwe aanpak van leefstijladviezen door dokters? In plaats van te roepen: “Je bent te dik!”, vragen ze: “Is je gewicht stabiel?” Het lijkt een kinderachtig verschil, maar het ene jaagt mensen in hun schulp, het andere nodigt uit tot gesprek. Als al die werkdruk inspireert om in beperkte tijd betere gesprekken met elkaar te voeren, hebben we de kloof tussen theorie en praktijk een klein beetje gedicht. En waarmee? Met menselijke maat.

10

vragen aan Carina Hilders

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Lex van Lieshout

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“De eerste ervaring weet ik niet zo goed, maar tien jaar geleden had ik wel een heel heftige ervaring. Ik werd toen acuut opgenomen met een geperforeerde blinde darmontsteking. En lag ik dus opeens als patiënt aan de andere kant van de zorg. Ik zag verpleegkundigen die keihard werkten en artsen die te weinig tijd hadden voor een gesprek. Voor mij werd toen heel duidelijk hoe weinig rek er in de zorg zit. En dat er niet nog meer bezuinigd kan worden. Het sterkte mij ook in de overtuiging dat de zorgprofessionals in the lead moet zijn om de zorg gezond te houden.”

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

“Boerin! Dat heb ik altijd al gewild. Geen idee waar dat vandaan komt. Misschien omdat de rust en ruimte me trekken... Maar ik ben dus geneeskunde met specialisme gynaecologie gaan studeren. En ik ben nog dagelijks blij dat ik die keuze heb gemaakt! De zorg ligt mij heel na aan het hart.”

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

“Dan zou ik volop inzetten op levensloopgeneeskunde. Dat houdt in dat je op de juiste momenten de juiste zorg levert. Dat

PERSONALIA

Carina Hilders (1965) is sinds 2002 als gynaecoloog verbonden aan het Reinier de Graaf ziekenhuis. In 2016 werd zij directievoorzitter van dit ziekenhuis en lid van de Raad van Bestuur van de Reinier Haga Groep. Daarnaast is zij lid van de raden van toezicht van het Radboudumc en Sanquin.

In 2015 werd zij hoogleraar aan de Erasmus Universiteit, European School of Health Policy & Management (ESHPM) op de leerstoel Medisch Management en Leiderschap.

Hilders werd in 2016 lid van de Adviescommissie Pakket van het Zorginstituut en is binnen VWS onder meer actief op de dossiers ‘Verspilling in de Zorg’, ‘Kansrijke Start’ en ‘Modern Werkgeverschap’. Carina Hilders is moeder van twee volwassen dochters en woont met haar twee honden in Den Haag.



“Oprechte aandacht is mijn favoriete zorgwoord. Aandacht voor onszelf, voor elkaar, en natuurlijk voor de patiënt: kijk welke zorg passend is voor die ene patiënt. Want je kan wel een pilletje voorschrijven, maar als je patiënt geen geld, geen woning of geen sociale contacten heeft, dan moet je de oplossing misschien breder zoeken”

draait om twee aspecten: samenwerken in netwerken en preventie. We weten bijvoorbeeld dat een zwangerschapsvergiftiging de kans op hart- en vaatziekten op latere leeftijd vergroot. En dat iemand met een laag geboortegewicht rond zijn vijftigste een grotere kans heeft op diabetes. Deze mensen kan je erop wijzen dat ze een verhoogd risico hebben en dus bij klachten sneller aan de bel moeten trekken om erger te voorkomen. Een ander voorbeeld is dat we nu weten dat vrouwen met hartklachten een andere behandeling nodig hebben dan mannen. Daardoor kunnen we veel gerichter de juiste zorg leveren. Passende zorg dus, waar ook het Zorginstituut nu op inzet.”

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

“Als lid van de Adviescommissie Pakket (ACP) van het Zorginstituut zou het raar zijn als ik het niet eens zou zijn met de samenstelling van het basispakket. Wel hebben we binnen de ACP discussies over deze vraagstukken. Dat zijn boeiende gesprekken, waarin we de kwesties vanuit diverse perspectieven (wetenschappelijk, macro-economisch, medisch-ethisch) belichten. Dat vind ik ook het mooie van dit systeem. Wat ik *niet* oké vind, is als onze discussies worden gebruikt voor politiek spel. Zoals bij de anticonceptiepill; ik vind het niet correct dat partijen hier steeds weer politiek gewin uit willen halen.”

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

“Hier geldt dezelfde redenering als bij de vorige vraag. De ACP en het Zorginstituut willen wel meer aandacht gaan besteden aan preventie. In de praktijk worden er al belangrijke stappen hierin gezet, maar er gebeurt nog te weinig. Daar willen we als ACP meer mee doen.”

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

“Haha, ik blijf altijd doorlopen! Gelukkig ben ik gezond, net als iedereen om mij heen. Daar ben ik elke dag dankbaar voor. Maar ik weet wel hoe kwetsbaar dat is. Een tijd geleden had ik een knobbeltje in mijn borst en zat ik in de wachtkamer te wachten op de uitslag. Lamgeslagen. Toen merkte ik: samen beslissen is belangrijk, maar als je als patiënt

in zo’n kwetsbare situatie zit, kan je heel passief zijn. Dat moet de zorgprof dus heel goed begeleiden. Als directeur probeer ik steeds die twee perspectieven voor ogen te houden. Daarom ben ik ook blij dat ik als gynaecoloog nog steeds patiënten in de spreekkamer zie. Zo blijf ik feeling houden met de praktijk.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Oprechte aandacht. Aandacht voor onszelf, voor elkaar, en natuurlijk voor de patiënt: kijk welke zorg passend is voor die ene patiënt, rekening houdend met onder andere zijn sociale en financiële situatie. Want je kan altijd wel een pilletje voorschrijven, maar als je patiënt geen geld, geen woning of geen sociale contacten heeft, dan moet je de oplossing misschien breder zoeken.”

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

“Naast de toekomstige minister van Volksgezondheid. Ik zou heel graag met hem of haar in een rustige ziekenhuissetting - beiden patiënt en dus kwetsbaar - willen praten over de zorg en waar we de komende vier jaar op gaan inzetten.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Passende zorg; zorg moet kwalitatief goed zijn en financieel verantwoord zijn. En het moet vooral ook de zorg zijn waarmee we de patiënt het beste helpen. Passende zorg wordt een beetje een buzz-woord, maar al deze aspecten zijn echt noodzakelijk om goede zorg te leveren.”

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

“Misschien is alles nog hetzelfde, maar het zorgstelsel kan ook helemaal zijn gekanteld. Nu is het hele financiële systeem van ons stelsel gericht op de cure. Wat nou als we in dat systeem de care centraal stellen? Dan is ons zorgstelsel erop gebaseerd dat we mensen zo lang mogelijk gezond houden (care); wordt iemand ziek, dan gaan we over op cure. Misschien is zo’n kanteling wel de oplossing voor de alsmaar stijgende zorgkosten.” ●

Datagedreven leren van digitale zorg

Bij digitale zorg denk je al gauw aan toepassingen, zoals beeld bellen met de huisarts, automatische medicijndispensers, telemonitoring en sociale robotica of VR-toepassingen in de behandeling. Maar hoe zetten wij deze toepassingen veilig en effectief in voor burger en professional?

Tekst Thijs Weustink

Beeld Frédéric Ruys

“Het is niet alleen het gebruik van apparaten en hightech dat de zorg verandert. In de transformatie naar digitale zorg zie je steeds meer dat er vragen komen over de behandeling. Zoals de zorg nu is, moet een cliënt of patiënt zich aanpassen aan de zorgaanbieder. Ook op dat terrein kan digitalisering ertoe bijdragen dat de zorg voor onze eigen gezondheid meer een deel van ons leven wordt”, zegt Teresa Cardoso Ribeiro, programmamanager Digitale Zorg bij het Zorginstituut. In vier projecten werkt het programma aan condities om digitale zorg te integreren als reguliere, passende zorg. Dat gebeurt samen met zorginnovators, experts uit het zorgveld, de maatschappij en de overheid, en deels ‘datagedreven’. Het ministerie van VWS is opdrachtgever van het programma, dat in augustus 2020 van start ging.

Wereldwijde pilot

De samenleving is in de afgelopen decennia al veel digitaler geworden. De zorg transformeert mee. Digitalisering heeft er zijn weg gevonden en nut en noodzaak worden steeds meer omarmd. Cardoso Ribeiro: “Al jaren wordt de ontwikkeling van digitale datagedreven zorginnovaties gestimuleerd. Denk aan apps, *wearables*, inzet van AI. De afgelopen achttien maanden heeft digitale zorg noodgedwongen een sprong gemaakt en duidelijk gemaakt hoe het ook kan. Bijvoorbeeld dat je niet meer naar het ziekenhuis hoeft te komen voor de uitslag van een bloedonderzoek. Of dat voorzorg ook online aangeboden kan worden in de geestelijke gezondheidszorg.” Ook zijn tijdens de pandemie online allerlei groepen bereikt die offline zorg mijden. Hoe houden we dergelijke ontwikkelingen vast? Voor wie is het een goede uitkomst en voor wie is fysiek leveren van zorg beter?

Het raakt aan veel

In proeftuinen laten digitale zorginnovators zien dat hun toepassingen doen wat ze moeten doen, maar opschaling na het experiment is uitzonderlijk. Ze lopen tegen de grenzen van het systeem aan. De rol van het Zorginstituut betreft alles wat te maken heeft met de kwaliteit van zorg en de verzekerde zorg; andere partijen gaan over bekostiging en wetwijzigingen. Het raakt aan zo veel. Toch moeten alle Nederlanders kunnen profiteren van succesvolle digitale zorginnovaties. Daarom begon in december 2019 de ZorgZandbak. Zorginnovators, experts uit het zorgveld en vertegenwoordigers van maatschappij en overheid leren samen hoe elkaar in stelling te brengen om hardnekkige knelpunten aan te pakken. Duurzaam en als geheel, dus voorbij de tijdelijke fix per toepassing op microniveau.

"Digitale zorg heeft duidelijk gemaakt hoe het ook kan. Bijvoorbeeld dat je niet meer naar het ziekenhuis hoeft te komen voor de uitslag van een bloedonderzoek"

Digitale zorg stimuleren

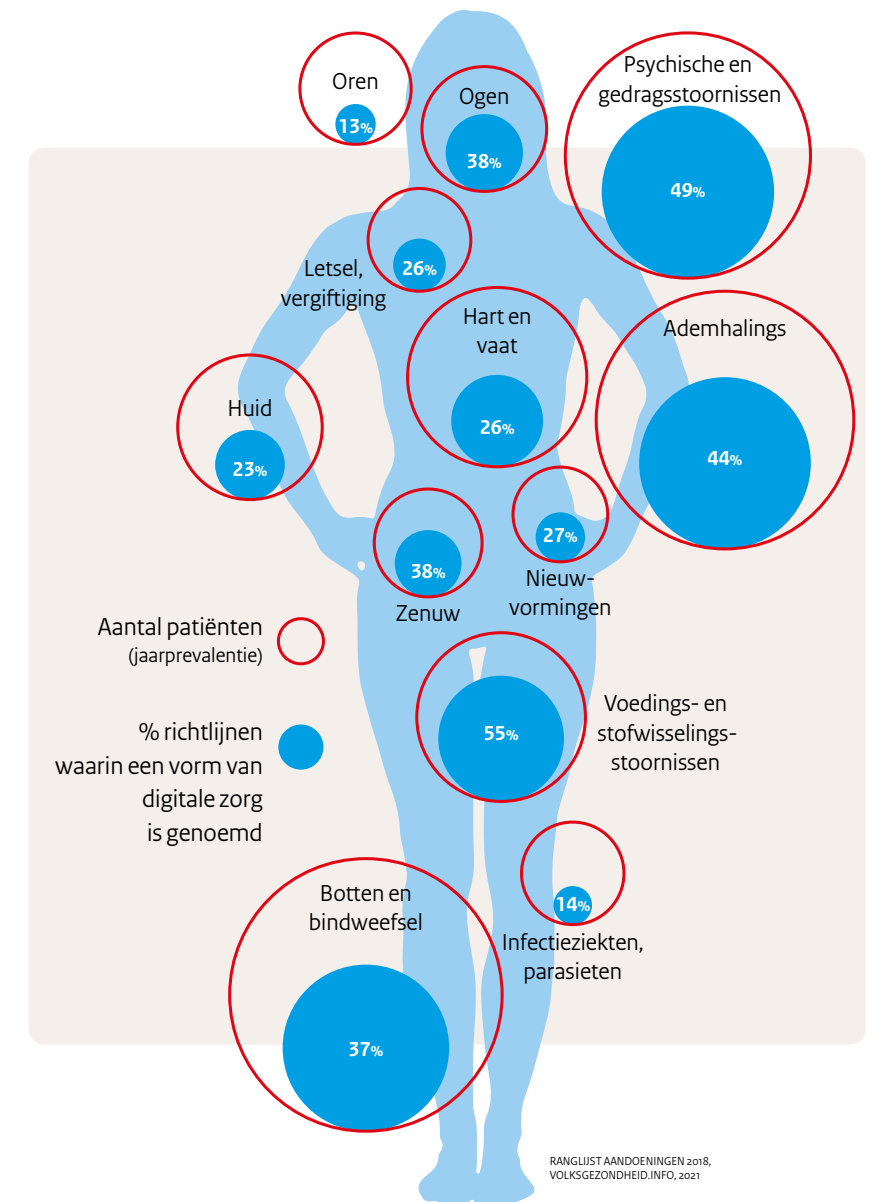
Cardoso Ribeiro: “In de ZorgZandbak onderzoeken we onder andere instrumenten om digitale zorg te versnellen. Tussen een idee uitwerken, testen en in gebruik nemen zit al gauw drie à vier jaar. Dat overstijgt vrij snel de digitale houdbaarheid van een toepassing die nú van meerwaarde kan zijn. De ZorgZandbak wordt als platform voor ‘één overheid’ goed ontvangen: zij voorziet in de vraag naar een samenwerkende overheid die als één team naar voren treedt. We leren samen over de impact van de digitale transformatie en hoe we die als overheid kunnen versnellen.” De politiek dringt daar ook op aan. Zo wil de Tweede Kamer digitale zorg versnellen via standaarden. Daar staan bijvoorbeeld richtlijnen in voor goede zorg en patiëntgegevensuitwisseling. De aanname was dat standaarden geen informatie bevatten over digitale zorg.

Duizend standaarden

Maar in de ZorgZandbak bleek het tegendeel waar: in veel zorgdomeinen hebben zorgprofessionals er wel degelijk ‘iets’ over vastgelegd. De Kamer wilde graag weten wát precies. Cardoso Ribeiro: “Toen hadden we een klusje te doen: ruim duizend standaarden doorzoeken. Soms telt een standaard een paar honderd pagina’s, en het kan gaan om diverse bestandstypen – rijp en groen door elkaar. Samen met softwarespecialisten van het eScience Center heeft collega Kees Luykx de zoektocht in een paar maanden voltooid.” De afbeelding rechts toont wat dat heeft opgeleverd.

Doorzoeken wat je normaal niet kunt doorzoeken

Joris van Eijnatten, directeur van het Nederlands eScience Center: “Wij zijn er om met geavanceerde software wetenschappers te



helpen problemen op te lossen. We bedienen de wetenschap onder meer met software om data in het gareel te brengen, software waar de mensheid iets aan heeft. Met software voor *text mining* hebben we de driehonderd standaarden in het register van het Zorginstituut doorzocht, en nog eens zevenhonderd standaarden van onder andere het NHG en de medisch specialisten. Het enige alternatief zou zijn met stift op papier. Dit project gaat over persoonlijke zorg en grote hoeveelheden ongestructureerde data. Wat staat er in standaarden over goede zorg? En staan er ook inzichten in om gebruik te maken van digitale zorg? Die vragen zijn nu beantwoord. Ik kijk terug op een mooie samenwerking waarin we snel en slim kennis hebben ontwikkeld waarmee digitale zorg de volgende sprong kan maken.”

Belangrijke aanname doorgeprikt

Ook de andere kant is onderzocht in de ZorgZandbak: wat vinden Nederlanders van digitale zorg? Cardoso Ribeiro: “Een opmerkelijk resultaat is dat de groep tussen 18 en 34 jaar een lichte voorkeur heeft voor fysieke in plaats van digitale zorg. Dat strookt niet met de aanname ‘hoe jonger en digivaardiger, hoe liever digitaal’. In een vervolgstudie willen we de drijfveren van deze groep nader onderzoeken. Wat maakt dat ze meer of minder bereid zijn om zorg op afstand te ontvangen?” ●

Meer informatie:

Het volledige rapport over digitaal burgerschap (KiesKompas) vindt u binnenkort op zorginstituut.nl. Meer over de ZorgZandbak leest u op zorgzandbak.nl.



“Richt de zorg meer op de behoefte van de cliënt”

Samen beslissen bij geboortezorg en depressie

In 2018 begonnen zestien projecten met subsidie uit de regeling ‘Transparantie over de kwaliteit van zorg’ aan een traject om uitkomstinformatie te gebruiken voor Samen beslissen. De projecten zijn inmiddels afgerond. Uit de evaluaties blijkt dat deze projecten inderdaad de patiënt en behandelaar helpen om samen over de behandeling te beslissen. Ter illustratie lichten we hier twee van deze projecten uit.

Tekst Jos Leijen

Beeld Patricia Rehe (ANP)



Hoogleraar verloskunde Arie Franx was een van de subsidieaanvragers voor het project BUZZ (Bespreken Uitkomsten Zwangerschap met de Zwangere). Eerder was hij betrokken bij het opstellen van de internationale ICHOM-standaard voor geboortezorg. ICHOM is een organisatie die standaardsets maakt voor uitkomstmetingen per ziektebeeld of conditie. “We hadden de ICHOM-set gevalideerd voor de Nederlandse situatie en wilden het bespreken van de uitkomsten uit de vragenlijsten nu in de praktijk toepassen”, zegt Franx. “Deze subsidie bood ons de kans om dat te doen.” Het geld werd onder andere gebruikt om projectteams in te richten, zorgverleners een training gezamenlijke besluitvorming aan te bieden en de vragen-

lijsten zo toegankelijk mogelijk te maken. Zes verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) en een integrale geboortezorgorganisatie (IGO) gingen met de vragenlijsten aan de slag. Zwangere vrouwen vulden tijdens en na hun zwangerschap vijf keer een vragenlijst in, voorafgaand aan een consult. Die vragenlijst vormde de basis voor het gesprek met de behandelaar.

Een heel ander gesprek

“In de vragenlijsten is aandacht voor medische aspecten, maar ook voor andere zaken”, legt projectleider Hiske Ernst uit. “Bijvoorbeeld hoe zwangere vrouwen de kwaliteit van hun leven ervaren. Er zijn ook vragen over psychische gesteldheid,

incontinentie en seksleven. Dat zijn onderwerpen waar veel zwangere of pas bevallen vrouwen mee worstelen, maar die in de spreekkamer vaak niet aan bod komen. Door ze in de vragenlijst op te nemen, zien vrouwen dat ze daar ook over kunnen praten met hun verloskundig zorgverlener. Dat leidt tot een heel ander gesprek.”

Dat andere gesprek is hard nodig, benadrukt Franx. “We hebben ons de afgelopen jaren te veel op het wetenschappelijk bewijs gericht en hebben te weinig aandacht gehad voor de context waarin de zorg wordt geleverd en voor de voorkeuren van de cliënt - ik zeg bewust cliënt in plaats van patiënt, want een zwangere vrouw is niet ziek. Dokters hebben

Jörg: “Patiënten krijgen meer regie over hun behandeling. Ze kunnen meebeslissen en alleen al daarom is er meer kans op succes”

lang een houding gehad van ‘wij weten wel wat het beste is’. Het is goed dat we met Samen beslissen de zorg meer richten op de behoefte van de cliënt, zeker bij de keuze van het behandeltraject.” Zowel behandelaars als zwangere vrouwen zijn enthousiast over de nieuwe werkwijze in de geboortezorg, weet Ernst. “De vragenlijsten worden verwerkt in een dashboard. Tijdens het consult ziet de behandelaar in een oogopslag welke zaken aandacht verdienen. Doordat vrouwen de vragenlijst een paar dagen vóór het consult invullen, zijn ze beter voorbereid op het gesprek. Ze kunnen ook in alle rust aangeven welke onderwerpen voor hen belangrijk zijn.”

Informatieachterstand

Een ander project dat in 2018 subsidie ontving, is het project ‘Samen sturen’ van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en patiëntenvereniging MIND. Dit was erop gericht om Samen beslissen bij een depressie te stimuleren. “De meeste patiënten hebben een enorme informatieachterstand”, zegt onderzoeker Frederike Jörg. “En veel behandelaars willen wel samen beslissen, maar weten niet goed hoe ze het moeten aanpakken.”

Om patiënt en behandelaar te helpen bij Samen beslissen ontwikkelde het UMCG de toolkit I-SHARED. Deze bestaat uit een rapport, keuzekaarten en een top 3 van potentieel succesvolle behandelingen. Het rapport wordt samengesteld uit standaard vragenlijsten die patiënten toch al invullen voordat ze naar de behandelaar gaan. De computer vergelijkt het rapport met geanonimiseerde gegevens van patiënten met een depressie. Het UMCG heeft deze gegevens de afgelopen jaren samen met vijf ggz-instellingen verzameld. De software filtert uit de data vergelijkbare patiënten die met succes een therapie hebben doorlopen. Zo ontstaat een top 3 van behandelingen die voor de patiënt in kwestie effectief kunnen zijn.

Keuzekaarten

Patiëntenorganisatie MIND ontwikkelde keuzekaarten voor patiënten. Hierin worden alle mogelijke therapieën voor depressie beschreven, zoals medicatie, psychotherapie,

vaktherapie en zelfhulp. Deze keuzekaarten maken de patiënt wegwijs in het woud van mogelijke behandelingen. “Het rapport van de ingevulde vragenlijsten, de keuzekaarten en de top 3 van aanbevolen behandelingen geven patiënt en behandelaar iets om over te praten”, aldus Jörg. De resultaten uit een pilotproject zijn positief, vertelt de onderzoeker. “Dankzij het rapport hebben behandelaars een beter eerste gesprek en met de tools kunnen ze samen met de patiënt bekijken welke behandeling het beste past. Patiënten krijgen meer regie over hun behandeling. Ze kunnen meebeslissen en alleen al daarom is er meer kans op succes. Vroeger bepaalde de behandelaar welke weg het beste was, nu beslissen behandelaar en patiënt samen.”

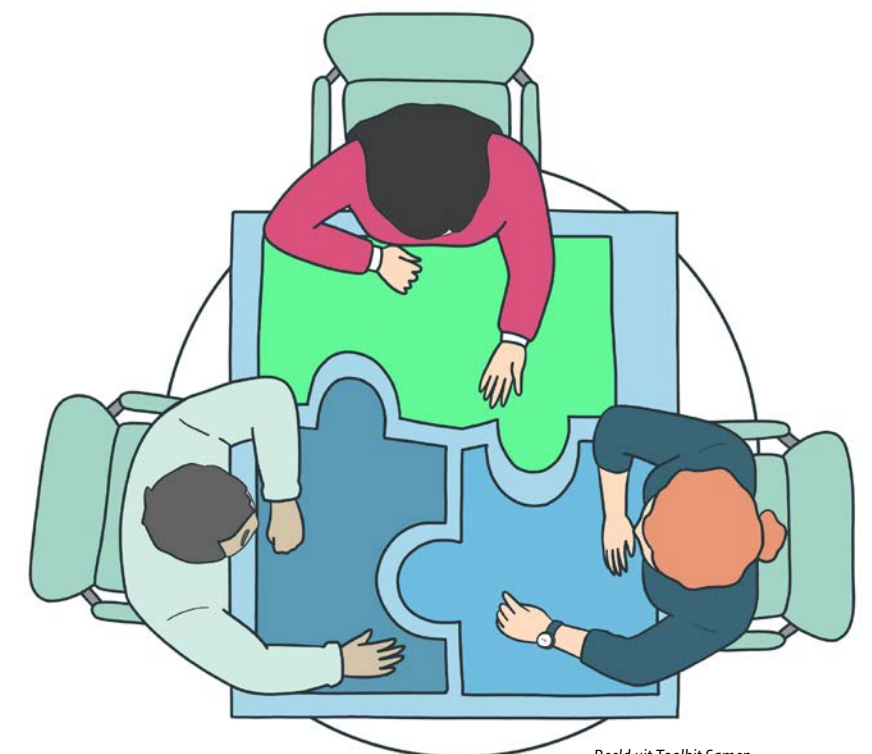
Vervolg

De uitdaging voor beide projecten is nu om te zorgen dat de nieuwe werkwijze breed wordt toegepast. Jörg wil het databestand vergroten en is hierover in overleg met tien

grote ggz-instellingen. Daarnaast moeten instellingen enthousiast gemaakt worden om met I-SHARED te gaan werken. Jörg en haar collega's vertellen over I-SHARED op congressen en symposia en hebben contact met diverse ggz-instellingen. Het UMCG heeft daarnaast samen met de VU en het Trimbos-instituut een subsidieaanvraag ingediend bij de Nationale Wetenschapsagenda om het gebruik van I-SHARED te stimuleren. “Mocht die aanvraag niet worden gehonoreerd, dan gaan we op zoek naar andere bronnen.”

Hiske Ernst hoopt dat de zeven geboortezorgnetwerken die deelnamen aan de pilot doorgaan met het meten en bespreken van uitkomsten. Er is veel belangstelling van andere organisaties, maar de IT is nog een bottleneck. Binnen de geboortezorg worden veel verschillende systemen gebruikt. Dat maakt het versturen van vragenlijsten naar cliënten en informatie-uitwisseling ingewikkeld. “Daar moeten afspraken over gemaakt worden. We overleggen met het College Perinatale Zorg hoe we dit het beste kunnen oppakken.” ●

Kijk voor meer informatie over deze en de andere veertien projecten op platformuitkomstgerichtezorg.nl.



Beeld uit Toolkit Samen Beslissen bij een depressie



Damiaan Denys (Wevelgem (B), 1965) is filosoof en psychiater. Hij is hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam en is afdelingshoofd van het Amsterdam UMC Psychiatrie. Vorig jaar verscheen zijn boek 'Het tekort van het teveel – de paradox van de mentale zorg'. Volgend jaar verschijnt 'Onze adembenemende autonomie', over de illusie van zelfbeschikking en keuzevrijheid.

“Juist de mensen met ernstige psychische aandoeningen moeten gevrijwaard zijn van de continue bewijsvoering die het systeem verlangt”

De andere blik

“Medicalisering van mild psychisch lijden zet ggz onder druk”

Psychiater Damiaan Denys vindt dat psychiatrische klachten te pas en te onpas worden verward met psychisch lijden. Ons is aangepraat dat geluk maakbaar is. Daardoor verlangen we een medische diagnose voor iets dat hoort bij het leven, zoals falen, verdriet of somberheid. Ondertussen dreigen de mensen die écht lijden aan ernstige psychische stoornissen tussen wal en schip te vallen. Volgens Denys is zijn beroepsgroep niet in staat om grenzen te stellen. “We zitten gevangen in een overgereguleerd systeem.”

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“Ik mag me graag verdiepen in het leven en werk van Frederik van Eeden, die leefde van 1860 tot 1932. Hij was behalve een veelzijdige schrijver ook huisarts en psychiater. De notities die hij maakte in zijn spreekkamer zijn ontzettend interessant. Van Eeden wist in een paar zinnen de essentie van een stoornis te omschrijven. Er was een fundamenteel vertrouwen in de medische wetenschap. Dat stemt mij weemoedig, want dat vertrouwen is er niet meer. Alles wat we doen wordt vastgelegd en gecontroleerd. Ik mag niks opschrijven en moet mijn afspraken digitaal invoeren. Ziekteverschijnselen moet ik labelen, terwijl dat vaak niet kan, want psychische problemen zijn multifactorieel. Alles moet controleerbaar zijn en te verantwoorden: anamneses, diagnoses, verwijzingen, declaraties. We hebben onszelf afhankelijk gemaakt van dat systeem. Door al die gedwongen administratie hebben we steeds minder tijd om echte gesprekken te voeren, van mens tot mens. Er is eerder sprake van ontmoediging dan van een prikkel om mensen te spreken. Als collega voel ik mij verwant met Van Eeden, toen een dokter nog de tijd had om zich met de ziel van het vak bezig te houden.”

De oplossing is het probleem

“De druk op psychiatrische hulpverlening en de ggz-zorg neemt almaar toe. Ik geloof niet dat dit te maken heeft met de coronapandemie. De trend om psychisch lijden te medicaliseren speelt al veel langer. Angst heet tegenwoordig een fobie, somberheid een depressie. Een heel bataljon aan psychiaters wordt geconsulteerd,

maar ook psychologen, psychotherapeuten en lifestyle-coaches. Door commercialisering wordt een hulpvraag gecreëerd. De ggz kan die vraag niet aan. Door nog meer professionals in te zetten die met hun aanbod nog meer vraag creëren, houdt het systeem zichzelf in stand. Het probleem wordt veroorzaakt door de oplossing. Er zijn in Nederland 120 keer meer psychiaters dan in laag-ontwikkelde landen. Toch staan er 75.000 mensen op de wachtlijst. De ggz beweegt zich op het kruispunt van bestuurlijke, psychiatrische en sociale domeinen. Je moet daarvan een totaalbeeld hebben om passende zorg te kunnen bieden. In de praktijk zit iedereen in zijn eigen cocon. Voor bestuurders spelen altijd beleidsmatige en politieke overwegingen een rol. Psychiaters en de samenleving hebben hun eigen ideeën.”

Versplinterd aanbod

“Het is voor psychiatrische patiënten moeilijk om hun weg te vinden in de ggz. Een patiënt voelt zijn ziekte als een eenheid, maar komt terecht in een labyrint waar dat lijden wordt gedifferentieerd in hokjes, afvinklijstjes en procedures. Het zorgaanbod is versplinterd. Je hebt de huisartsenzorg, de generalistische ggz en de specialistische ggz. Dan heb je de verwijzingen naar de eerste, tweede of derde lijn. Vervolgens is de acute ggz weer anders georganiseerd dan de chronische of reguliere ggz. Maar ook de financiering door ziektekostenverzekeraars kent een wirwar van regeltjes. Door commercialisering en medicalisering wordt ons vaak een ziekte opgedrongen. Een voorbeeld: een docent wilde een tijdje stoppen met haar werk omdat ze oververmoeid was. Verwarring bij het schoolbestuur. Vermoeidheid is geen ziekte. Toch kreeg ze de diagnose van een psychische stoornis, ►



“Door commercialisering en medicalisering wordt ons vaak een psychische ziekte opgedrongen”

want haar afwezigheid kan enkel worden gerechtvaardigd met een ziekte. ‘Maar ik ben niet ziek’, protesteerde ze nog. Waarom moet er een medische aanleiding zijn om een tijdje thuis te blijven als je dat nodig hebt?”

Onderscheid maken

“Ik vind dat de overheid, maar ook mijn eigen beroepsgroep, veel meer grenzen moet stellen en keuzes moet maken. Begin met onderscheid maken tussen mensen met milde klachten en mensen met ernstige psychische stoornissen. Het navrante van de psychiatrie is dat het bestaan van depressie, angststoornissen of schizofrenie niet te bewijzen valt. We weten dat het er is, maar kunnen dat niet aantonen. Aan de andere kant kunnen we ook niet bewijzen dat de geestesziekte *niet* bestaat. De patiënt kan niet zeggen wat er precies aan de hand is. Hij is onlosmakelijk onderdeel van het probleem dat biologisch, psychologisch en sociaal van aard is. Een psychiater moet daar dus achter zien te komen en een behandeling is niet altijd succesvol. In de ogen van de ziektekostenverzekeraar wordt daarbij heel veel nutteloos werk geleverd. Om één patiënt met een dwangstoornis te genezen, moet je er 25 behandelen. Je kunt niet vooraf voorspellen wie zal responderen. Maar zelfs als we dat wisten, kunnen we op ethische gronden niet die andere 24 mensen een behandeling weigeren. Psychisch lijden is geen commercieel product.”

De ggz als product

“Mij wordt wel eens gevraagd: hoe komen we hieruit? Om te beginnen moeten we ons ervan bewust zijn dat we onszelf slaaf hebben gemaakt van een controlesysteem dat zo uitputtend is opgebouwd, dat we erin gevangen zitten. We *willen* wel terug naar de tijd van Frederik van Eeden, maar we *kunnen* niet. We hebben van de zorg een product gemaakt, dat verhandelbaar is. De Zorgverzekeringswet stelt iedereen verplicht om een zorgverzekering te nemen. Er is gereguleerde marktwerking ontstaan. De gezondheidszorg vercommercialiseert. De burger verkoopt zijn lijden, wij verpakken het als een product. Zo’n product moet worden gekwantificeerd, gerubriceerd, geprotocolleerd. Maar zorg kun je niet zomaar kwantificeren, de ggz nog in het minst. We hebben in Nederland 250.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen. Zij weten zelf niet wat hun mankeert. Die mensen moeten gevrijwaard zijn van die continue bewijsvoering. Zij hebben structuur nodig en levenslange begeleiding. Laten we voor hen een apart budget uittrekken. Dan hoeven zij niet op een wachtlijst te staan, tussen al die mensen met milde klachten. Voor bipolaire en persoonlijkheidsstoornissen, autisme en trauma bedraagt de wachttijd al meer dan vijftien weken!”

Vertrouwen schenken

“Het Zorginstituut wil ervoor zorgen dat het basispakket aan zorg goed, toegankelijk en betaalbaar is. Dat is mooi, want iedereen heeft recht op basiszorg. Ook wil ik wel geloven dat het Zorginstituut die drie pijlers evenredige aandacht geeft. Maar als de kosten van de gezondheidszorg blijven stijgen, zullen politieke argumenten vaker van invloed zijn. De psychiatrie is zo veelomvattend, dat die zich niet makkelijk in declarabele zorgcomponenten laat opdelen. Het Zorginstituut hanteert de DSM* als leidraad voor betaalbare zorg. Hierop wordt veel kritiek geleverd. Maar het classificeren is niet het probleem. Het is de toepassing van de classificatie, of de zorgvuldige diagnose die vaak te wensen overlaat. De diagnose van de psychiater en zijn klinische expertise moeten leidend zijn. Dat kunnen we borgen, door deskundige professionals te laten doen waar ze goed in zijn. Oók als dat meer geld kost of meer tijd in beslag neemt. Daar is vertrouwen voor nodig. Een psychiater studeert zes jaar geneeskunde en daarna vijf jaar de opleiding psychiatrie. Zouden die inspanningen niet voldoende moeten zijn om erop te vertrouwen dat hij het vak beheerst?” ●

**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, handboek van de psychiatrie*

Zinnige Zorg bij infectieziekten

Betere voorlichting en aandacht voor antibiotica

Drie nieuwe Zinnige Zorg-verbetersignalementen beschrijven de mogelijkheden om de zorg rond middenoorontsteking, infecties van de onderste luchtwegen en urineweginfecties te verbeteren. Hoogleraar inwendige geneeskunde Suzanne Geerlings en huisarts-onderzoeker Roderick Venekamp zijn blij met de verbetersignalementen.

Tekst Jos Leijen

Beeld Koen Suyk (ANP) en Frank Muller (ANP)

Adviseurs Marciano Ferrier en Corline Brouwers zijn namens het Zorginstituut betrokken bij de drie Zinnige Zorg-trajecten. Aanvankelijk waren de trajecten gescheiden, vertelt Brouwers. Maar gaandeweg bleek dat er veel overlap was in de mogelijke verbeteringen. Vooral als het gaat om wat huisartsen kunnen doen om de zorg te verbeteren. “Uit de onderzoeken in de verdiepingsfase is gebleken dat te veel artsen antibiotica anders voorschrijven dan de richtlijnen aanbevelen”, begint Brouwers. “Daarnaast zien we dat ‘Samen beslissen’ nog lang niet in alle spreekkamers wordt toegepast. Om de huisartsen niet te overbelasten met drie trajecten, hebben we Zinnige Zorg voor de drie aandoeningen gecombineerd. Zo hopen we ook de kansen voor een succesvolle implementatie te vergroten.”

Variatie

Middenoorontsteking komt veel voor, vooral bij kinderen. In 2019 kwamen hiervoor bijna een half miljoen patiënten bij de huisarts. “Bij de meeste kinderen herstelt de aandoening vanzelf”, zegt Ferrier. “Volgens onderzoek is in 23 procent van de gevallen antibiotica nodig. Toch krijgt in de praktijk 58 procent van de kinderen jonger dan twee jaar antibiotica en 37 procent van de kinderen tussen twee en twaalf jaar. Daarnaast is er veel variatie tussen artsen. We weten niet hoe dat komt.”

Roderick Venekamp is huisarts in Waalwijk en onderzoeker bij het Julius Centrum van UMC Utrecht. “We zijn in Nederland terughoudender met antibiotica dan in veel andere landen”, zegt hij. “De afgelopen jaren

is er ook al veel verbeterd en het antibiotica-gebruik bij acute middenoorontsteking is met 50 procent redelijk stabiel. Maar het is goed om hier blijvend aandacht voor te hebben. Overigens zien we ook dat kinderen jonger dan zes maanden minder vaak antibiotica krijgen voorgeschreven dan de richtlijn aanbeveelt.”

Om het gebruik van antibiotica bij middenoorontsteking verder terug te dringen, zijn alternatieven nodig, betoogt Venekamp. “We moeten ouders een alternatief kunnen bieden. Bij het UMC Utrecht doen we een grote studie naar pijnstillende oordruppels. Rondom de praktijkvariatie is het nodig dat we de oorzaak hiervan onderzoeken. Is het voorschrijfgedrag anders? Verschilt de populatie? Nascholing, farmacotherapeutisch overleg en het gebruik van spiegelinformatie zijn hierbij belangrijke hulpmiddelen.”

Gepast inzetten

Ook bij de onderste luchtweginfecties zijn verbeteringen mogelijk in de gepaste inzet van antibiotica. Dit gaat dan vooral om patiënten met acute bronchitis bij de huisarts (kwart miljoen per jaar) en patiënten die in het ziekenhuis opgenomen worden met een longontsteking (circa 37.000 per jaar). Bij volwassenen met een longontsteking is het doel de inzet van specifieke antibiotica in plaats van breed werkende antibiotica. Daarnaast is het belangrijk dat die antibiotica voor een bepaalde tijd wordt ingezet, zoals beschreven in de richtlijn. Patiënten zouden tot slot vaker tabletten kunnen krijgen dan een toediening via het infuus. ►

Venekamp:
 “Het zou goed zijn om in niet-acute situaties een keuzehulp mee te geven aan ouders. Daardoor krijg je een beter gesprek. En je koopt tijd; je kijkt even aan hoe een aandoening zich ontwikkelt en of het vanzelf overgaat”

Internist-infectioloog Suzanne Geerlings heeft antibioticagebruik en -resistentie als aandachtsgebied. Ze erkent dat veel artsen te snel antibiotica voorschrijven. Net als acute middenoorontsteking kan blaasontsteking ook vanzelf overgaan. “Afwachten kan daarom een goede strategie zijn, gecombineerd met pijnstilling en veel drinken. Uiteraard in overleg met de patiënt.”

Dat aanbevelingen van een richtlijn niet worden nagevolgd kan verschillende oorzaken hebben, meent Geerlings. “Artsen moeten die eerst kennen om ze te kunnen volgen. Veranderen is soms lastig. Maar daar moeten we wel op inzetten.”

Bij jonge vrouwen met een urineweginfectie wordt ook vaak een kijkonderzoek gedaan, terwijl dat niet nodig is. Ook dat kan verschillende redenen hebben. “Niets doen en uitleggen waarom levert financieel minder op dan het uitvoeren van het kijkonderzoek”, zegt Geerlings. “Daar komt bij dat patiënten ook om een onderzoek kunnen vragen. Dan is de verleiding groot om het maar te doen.” Dat geldt overigens ook voor de antibiotica, denkt ze. Veel patiënten hebben pijn en daardoor niet het geduld om te wachten. Daarom vragen ze een recept voor antibiotica.

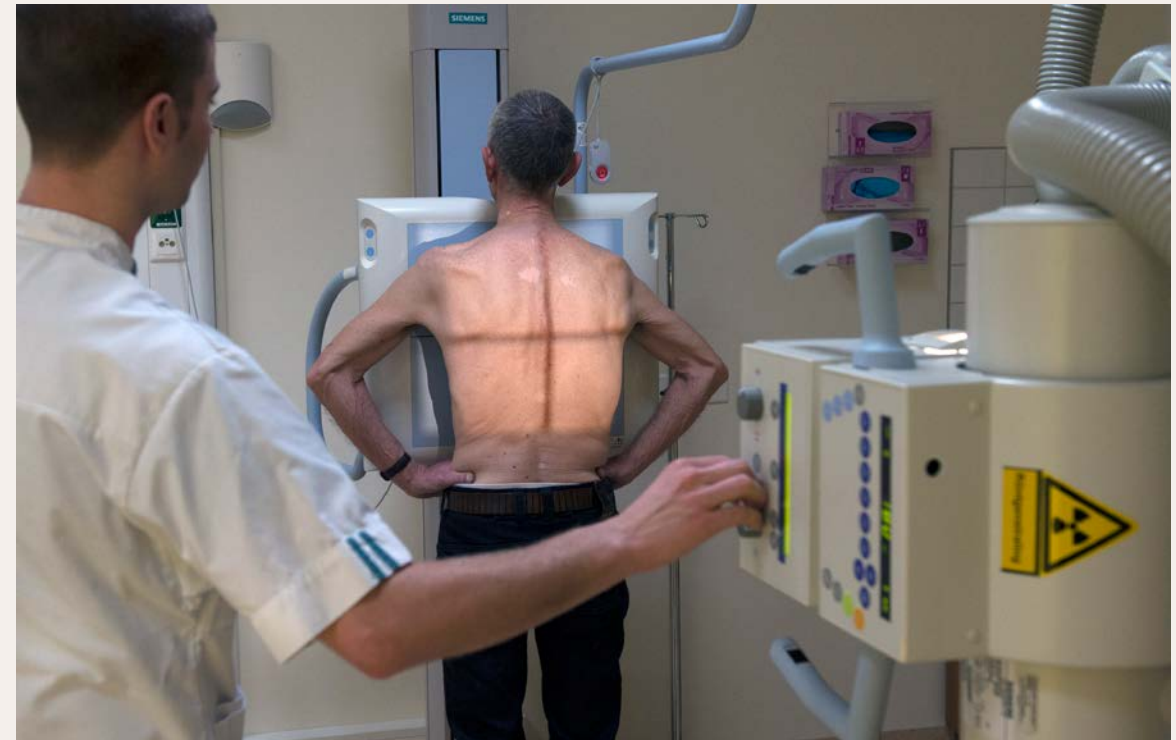
Verbeteren van de voorlichting over het natuurlijke verloop van infecties en over de opties voor behandeling is een belangrijk aandachtspunt van Zinnige Zorg. Met goede informatie kunnen patiënten beter het

gesprek met de arts voeren en samen kiezen voor de best passende behandeling. Ook weten patiënten dan beter wat ze kunnen verwachten. Zoals de duur van klachten, de tijd tot herstel en of er al dan niet een controlebezoek nodig is. Tot slot geeft goede informatie handvatten om met klachten om te gaan.

Keuzehulpen

Begin 2021 is er een keuzehulp geïntroduceerd over het plaatsen van trommelvliesbuisjes bij kinderen die last hebben van middenoorontstekingen of een ‘slijmooi’, een aanhoudende ophoping van vocht in het middenoor. “Het zou goed zijn om in niet-acute situaties die keuzehulp mee te geven aan ouders”, zegt Venekamp. “Daardoor krijg je een beter gesprek. En je koopt tijd; je kijkt even aan hoe een aandoening zich ontwikkelt en of het vanzelf overgaat.”

Het is overigens nog maar de vraag of een keuzehulp ook tot minder zorggebruik leidt, aldus Venekamp. “Het kan ook zijn dat ouders juist eerder vragen om een doorverwijzing. Dat weten we nog niet. Het gaat erom dat je uiteindelijk doet wat het beste is voor de patiënt.” Een knelpunt hierbij is dat het effect van een trommelvliesbuisje zich moeilijk laat voorspellen voor de individuele patiënt. “We weten dat het effect heeft, maar voor welke patiënt en op welk moment, dat weten we eigenlijk niet. Daar is meer onderzoek voor nodig.”



Tijd is schaars

Suzanne Geerlings onderschrijft het belang van goede keuzehulpen. Die helpen arts en patiënt om op basis van een goed gesprek tot betere keuzes te komen. Tegelijk waarschuwt ze dat een keuzehulp alleen niet voldoende is. “Je zult ook aandacht moeten geven aan hoe je zo’n keuzehulp dan inzet en hoe je het gesprek in de spreekkamer voert. Tijd is schaars, artsen hebben het druk en de wachtkamer zit vol. Dan is een receptje voorschrijven gemakkelijker, omdat het sneller gaat dan een uitgebreid gesprek voeren.” De constatering dat tijd schaars is, brengt Geerlings op een ander punt. “Zinnige Zorg is heel belangrijk. Het is mooi dat we in samenspraak met alle partijen – eerste en tweede lijn, patiëntenorganisaties – tot een verbeter signalement zijn gekomen. Ik ben in dit traject bevlogen mensen tegengekomen die naast hun drukke baan in de avonduren tijd hebben gemaakt om te bespreken hoe we de zorg kunnen verbeteren. Ik zou het heel erg vinden als het rapport nu in een la verdwijnt.”

In het Zinnige Zorg-traject volgt na het verbeter signalement de implementatiefase. Dan moeten veldpartijen de verbeteringen in praktijk gaan brengen. Het Zorginstituut begeleidt en faciliteert, maar de partijen moeten het zelf doen. En daar knelt de

schoen volgens Geerlings. “Een keuzehulp over wel of niet behandelen bij blaasontsteking is er niet zomaar. Dat ontwikkelen en implementeren kost tijd en geld. En het veld is al overbelast, helemaal sinds covid. De zorgverleners kunnen het niet alleen oppakken; daar is extra geld en menskracht voor nodig. Daar zou VWS iets kunnen betekenen. Want verbeteringen komen er niet vanzelf.”

Barrières in kaart

Roderick Venekamp ziet ook de nodige uitdagingen in het vervolg van de trajecten. “We moeten goed kijken wat mogelijk en haalbaar is voor huisartsen. Ik denk dat er een tussenstap nodig is om goed in kaart te brengen waar bijvoorbeeld barrières zitten voor Samen beslissen. Een project dient dat te onderzoeken en te evalueren, zodat een product kan worden verkregen dat haalbaar, schaalbaar en effectief is. Het zou mooi zijn als het Zorginstituut kan meedenken over de financiering van dat onderzoek.”

De veldpartijen worden eigenaar van de verbetertrajecten, aldus Corline Brouwers en Marciano Ferrier. Het Zorginstituut kan bijvoorbeeld meedenken over aanpassingen van richtlijnen en partijen bij elkaar brengen. Daarnaast monitort het Zorginstituut de voortgang en rapporteert aan de betrokken partijen en de minister. ●

Geerlings:
 “Blaasontsteking kan vanzelf overgaan. Afwachten kan daarom een goede strategie zijn, gecombineerd met pijnstilling en veel drinken. Uiteraard in overleg met de patiënt”

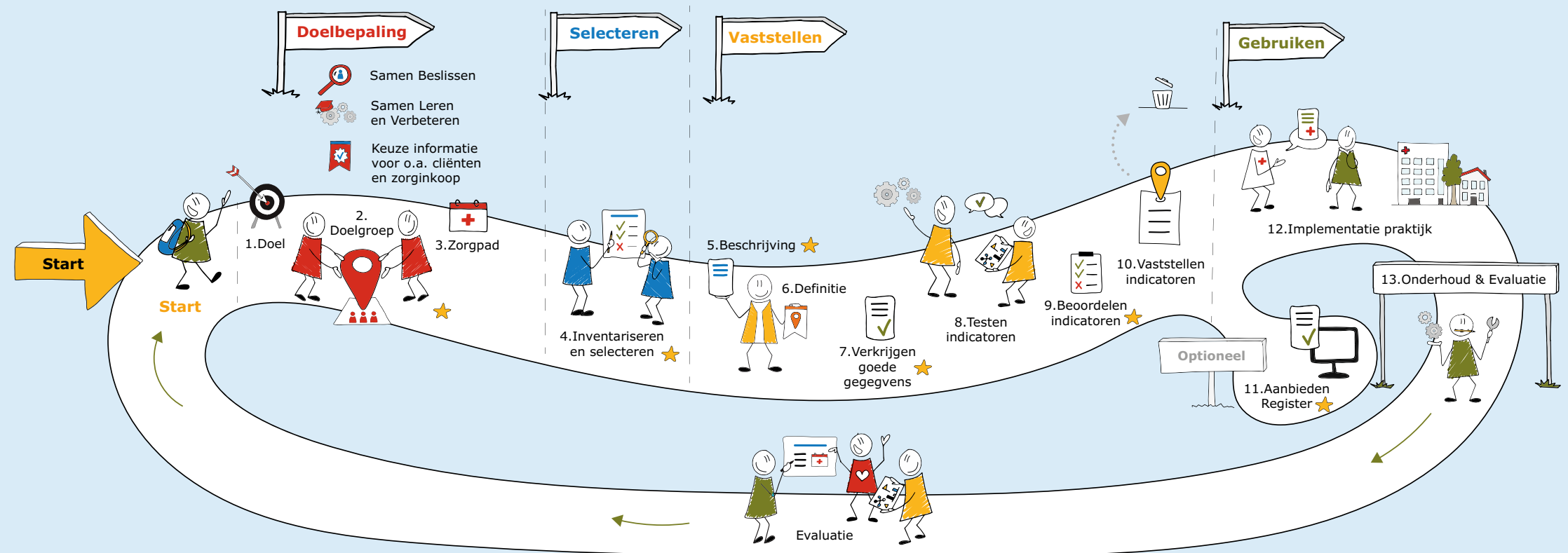


Interactieve hulp voor ontwikkelaars indicatoren

Het Zorginstituut zet in op passende zorg die toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit is. Daarvoor is het essentieel dat we beschikken over goede informatie over de kwaliteit van zorg. Met de nieuwe indicatortool bieden wij partijen ondersteuning bij het (door)ontwikkelen van deze kwaliteitsinformatie.

Tekst Edith Bijl

Beeld De Merkarchitect en Equalis



De indicatortool. De interactieve pdf van de indicatortool is te downloaden via zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/indicatortool.

De kwaliteit van geleverde zorg wordt gemeten aan de hand van door partijen opgestelde indicatoren. Een indicator is een meetbaar aspect van de zorg, die een indicatie geeft van de kwaliteit van zorg. Indicatoren zijn onder te verdelen in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Voorbeelden zijn: de aanwezigheid van een gespecialiseerd verpleegkundige in het zorgtraject (structuurindicator), de wachttijden voor een operatie (procesindicator) en het optreden van complicaties na een operatie (uitkomstindicator). Om de kwaliteit van de geleverde zorg te kunnen meten en te kunnen vergelijken, is het van belang dat overal dezelfde indicatoren worden gebruikt. Om dat te bevorderen, heeft het Zorginstituut de indicatortool ontwikkeld, vertelt Laura

Koopman, adviseur bij het Zorginstituut en nauw verbonden bij de ontwikkeling van de tool. “De indicatortool is bedoeld om partijen stapsgewijs te ondersteunen bij het (door)ontwikkelen van indicatoren. Hiermee reiken we hun een werkwijze aan die op wetenschappelijke basis is vastgesteld en die voldoet aan alle (inter)nationale normen.”

Interactief

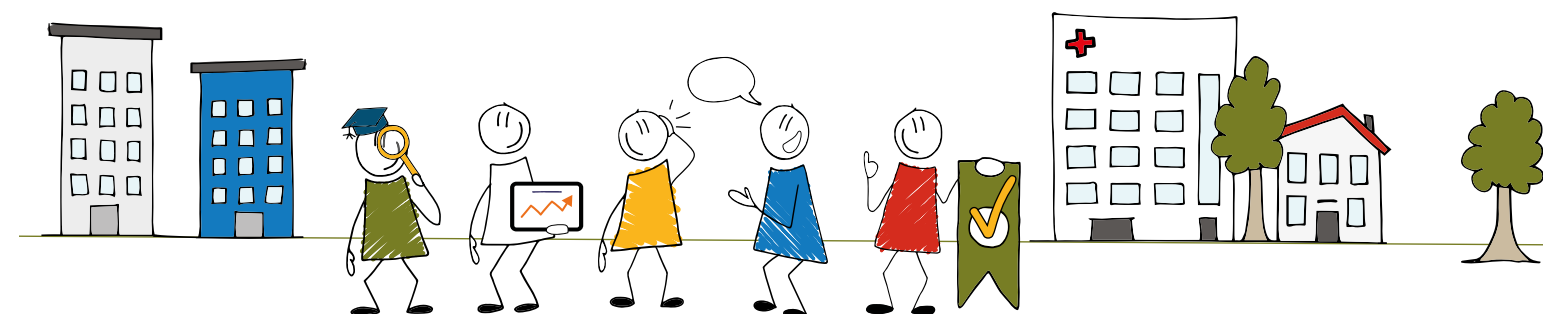
Het Zorginstituut heeft er bewust voor gekozen om de werkwijze niet in geschreven tekst, maar in een interactieve tool te publiceren, vertelt Koopman. “De interactieve pdf is aanklikbaar; achter elke klik zit waardevolle achtergrondinformatie. Zoals de zes praktijkvoorbeelden waarin betrokkenen vertellen over geleerde lessen bij het

ontwikkelen van indicatoren. Op deze manier kom je snel bij de informatie die je op dat moment nodig hebt.”

In de pdf worden de belangrijkste stappen doorlopen die bij de ontwikkeling van indicatoren(sets) staan weergegeven. Elke stap wordt kort toegelicht en er wordt bij vermeld welke keuzes bij deze stap komen kijken. Hierbij ligt de focus op keuzes die van invloed zijn op de methodologische aspecten van een indicator(set) om tot betrouwbare kwaliteitsinformatie te komen.

Toetsingskader

De indicatortool laat ook zien of de ontwikkelde indicator(set) voldoet aan de criteria die benoemd zijn in het nieuwe *Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten*. Dit



kader beschrijft de eisen waaraan standaarden, richtlijnen en meetinstrumenten moeten voldoen voor opname in het Register. Bij elke nieuwe stap in de tool staat aangegeven hoe de stap zich verhoudt tot de criteria van het Toetsingskader.

De indicatortool is bedoeld voor zorgaanbieders, beroeps- of brancheorganisaties, wetenschappelijke verenigingen, beleidsmakers en cliëntenorganisaties die aan de slag willen met het (door)ontwikkelen van indicatoren en/of indicatorsets. ●

“De interactieve pdf is aanklikbaar; achter elke klik zit waardevolle achtergrondinformatie”



“De subsidieregeling anonieme e-mental health is een voorbeeld van alle regelingen die wij als oliemannetje van de zorg uitvoeren”

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 subsidieregeling anonieme e-mental health.**

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker en De Beeldredactie | Jaap Schaaf

aan het bureau

Johan Knollema is adviseur bij het Zorginstituut.

“De subsidieregeling anonieme e-mental health is een van de vier subsidieregelingen die het Zorginstituut uitvoert. De andere drie zijn ADL-assistentie, Samen Beslissen en Veelbelovende Zorg. Van het Zorginstituut is vooral bekend dat het zich bezighoudt met het basispakket en de kwaliteit van zorg. Minder bekend is dat we ook subsidieregelingen uitvoeren. Daarin zijn we een soort oliemannetje van de zorg: daar waar het zorgsysteem ontoereikend is, kunnen subsidies de oplossing bieden. Dat zie je goed bij de subsidie voor anonieme e-mental health. Mensen durven soms uit angst of schaamte geen professionele hulp in te roepen voor hun verslaving of psychische klachten. Anoniem verleende hulp kan dan uitkomst bieden, maar deze zorg wordt niet door zorgverzekeraars vergoed. Aanbieders van anonieme e-mental health kunnen daarom een beroep doen op deze subsidie.

Het Zorginstituut voert de subsidieregeling sinds 2017 uit. De ggz-instellingen moeten de subsidie elk jaar opnieuw aanvragen. Wij checken dan of de aanvragen aan de voorwaarden voldoen, we verstrekken de subsidie en onderzoeken de effectiviteit van de interventies. Inmiddels hebben we een redelijk vaste groep van tien à twaalf aanvragers. Daarvan houdt ongeveer de helft zich bezig met depressie, elk met zijn eigen methodes en interventies. De andere helft richt zich op specifieke aandoeningen, zoals psychoses en eetstoornissen, of op doelgroepen, zoals slachtoffers van geweldsmisdrijven. Het budget voor deze regeling is 2,1 miljoen euro. Omdat er elk jaar nieuwe aanvragen bij kwamen, konden we in 2021 alle aanvragen voor maar twee derde financieren. De rest moeten aanvragers dus zelf financieren, óf ze moeten het aantal interventies verminderen. Daarom hopen we dat het subsidieplafond komend jaar wordt verhoogd, zodat de aanvragers volledig kunnen voldoen aan de vraag naar deze zorg.”



aan het bed

Johannes Dijkstra is teamleider Chat met Fier van expertise- en behandelcentrum Fier.

“De website www.chatmetfier.nl is voor kinderen, jongeren en volwassenen die te maken hebben (gehad) met een vorm van geweld in afhankelijkheidsrelaties. Denk aan huiselijk geweld, eer-gerelateerd geweld en seksueel geweld. Zij kunnen anoniem online chatten met onze gespecialiseerde hulpverleners. Omdat er bij hen veel gevoelens leven van schuld, schaamte en angst, is hulp vragen moeilijk. Ook een huisartsverwijzing - voorwaarde om ggz- of specialistische hulp vergoed te krijgen - is vaak een onoverkomelijke drempel. Voor hen is de subsidieregeling voor anonieme e-mental health een uitkomst. Dankzij de subsidie kunnen wij hen op een laagdrempelige manier verder helpen. Via de chat lossen we al veel problemen op door (vaak voor het eerst) het gesprek aan te gaan en uitleg te geven over de problematiek. Daarnaast geven we hun inzicht in hoe ze verder kunnen, of verwijzen ze door naar de juiste hulpverlening. Met deze vroegtijdige interventie kunnen we erger voorkomen. We zijn ook 's nachts bereikbaar, een belangrijk moment waarop trauma's en psychische klachten naar boven komen. Zo krijgen onze bezoekers hulp op het moment dat het hun uitkomt en de nood het hoogst is.

In 2020 heeft Chat met Fier 2.381 interventies kunnen doen binnen de subsidie anonieme e-mental health. Dat betekent dat we 2.381 mensen hulp hebben geboden die zij anders niet of nauwelijks hadden gevonden. Zonder de subsidieregeling hadden we deze hulp niet kunnen bieden.

Maar die afhankelijkheid heeft ook een keerzijde. De onzekerheid over de hoogte van de subsidie in komende jaren maakt het lastig daar beleid op te voeren. Ik weet dat het Zorginstituut er hard voor knokt om de subsidiepot te verhogen en ik hoop dat het daarin slaagt. Omwille van 'onze' kinderen, jongeren en volwassenen, die anders nergens anders terecht kunnen.”

“Dankzij deze subsidie-regeling hebben we in 2020 aan 2.381 mensen hulp geboden die zij anders niet of nauwelijks hadden gevonden”

Pijn wegschieten in virtual reality

Virtual reality (VR) kennen we van de game-industrie, maar ook in de zorg is ronddwalen in een gesimuleerde werkelijkheid in opmars. Ziekenhuizen en andere zorgverleners bieden VR aan bij onder meer pijnbestrijding en revalidatie na een coronabesmetting. “Heel mooi dat je mensen een gevoel van controle geven kunt over problemen die anders ongrijpbaar zijn.”

Tekst Loek Kusiak

Beeld De Beeldredactie | Vincent van den Hoogen

Chronische pijn treft een op de vijf Nederlanders, oftewel drie miljoen mensen. In plaats van pijnstillers slikken, kunnen mensen in virtual reality (VR) hun hersenen trainen om de pijn te beheersen en zelfs te laten verdwijnen. Tijdens een sessie met VR is iemand via een bril met een beeldscherm, verbonden met een computer, ondergedompeld in een schijnwerkelijkheid. In een driedimensionale wereld zwem je met waterschildpadden, wandel je door een tropisch bos, of ben je op safari in Afrika.

Psycholoog Louis Zantema, verbonden aan het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL), ontwierp twee jaar geleden met zijn startup Reducept een VR-behandeling. Deze wordt nu al op 140 locaties, zowel in ziekenhuizen als revalidatiecentra, toegepast bij pijnbestrijding. Voor deze innovatie kreeg Reducept in 2021 de *World Summit Award* van de Verenigde Naties, een prestigieuze prijs voor digitale producten met een baanbrekende maatschappelijke impact.

Mentale principes

Zantema: “Voor chronische pijn is vaak geen zichtbare reden. Het kunnen prikkels in het emotionele deel van de hersenen zijn die de pijn veroorzaken. Mensen krijgen van hun behandelaar soms te horen: ‘u moet er maar mee leven.’ Met alle risico’s op verslaving aan pijnstillers of bijwerkingen van dien.”

Met VR zijn er helemaal geen bijwerkingen, vervolgt Zantema. “De interventies van Reducept hebben een psychologische, *evidence based*-achtergrond. Ze kunnen het brein ervan overtuigen dat wanneer er geen somatische aanleiding is, de pijn dreiging kan verdwijnen. De patiënt geeft aan waar de pijn zit, bijvoorbeeld in de buik of in de rug. In VR reist hij naar die pijnlijke plek. De pijn prikkels, die oplichten als een rood bolletje en via het zenuwstelsel naar de hersenen gaan, kan je dan wegschieten. Ook bij duidelijke pijnklachten door reuma of na een operatie is de pijn te reguleren met mentale principes als ontspanningsoefeningen in VR. Patiënten melden mij na een VR-training van een maand met online begeleiding een volledig herstel, meer kwaliteit van leven, hoop. Heel mooi dat je mensen een gevoel van controle kunt geven over problemen die anders ongrijpbaar zijn.”

Medicatietrouw vergroten

Het Eindhovense topklinische Catharina Ziekenhuis heeft een leasecontract met leverancier SyncVR Medical, tevens platform voor de verspreiding van VR-software. Het ziekenhuis gebruikt de VR-brillen bij de hemodialyse, drie keer per week, van nierpatiënten. Teamleider Josine Kamerling: “Het aanprikken met twee naalden voor de toegang tot de bloedbaan is pijnlijk. Er zijn patiënten die flauwvallen. In 2019 vroegen we onze patiënten in een pilot met SyncVR om voor het prikmoment in VR natuurfilm-

VERGOEDING VR-ZORG

Ondanks de gunstige gezondheidseffecten en positieve gedragsveranderingen is VR-therapie geen verzekerde zorg. Ziekenhuizen en zorginstellingen betalen de VR-brillen van rond de 2.000 euro uit eigen budget. Chirurg en onderzoeker Harry van Goor: “Voor de zorgverzekeraars past VR niet in de zogeheten zorg met bewezen uitkomsten, in de meetlat die zij hanteren. En dat terwijl onbewezen alternatieve behandelingen wel vergoed worden. Ik erger me daar kapot aan. Onze onderzoeken, ook samen met ziekenhuis Rijnstaete in Arnhem, bewijzen de toegevoegde waarde van VR: een kortere ligduur en revalidatie, minder medicatie, minder kosten. Neem de behandeling van long-covid-patiënten met fysiotherapie, in de eerstelijnszorg. De therapeut mag vijftig behandelingen declareren. Met VR kan het aantal behandelingen naar de helft minder, maar loopt de fysiotherapeut ook 25 declaraties mis. Die begint te stijgen en zal dus niet investeren in VR. Duidelijk een voorbeeld van een perverse prikkel in ons zorgstelsel. Dat moet anders. Reden waarom ik verzekeraars heb opgeroepen te praten over andere waarden en parameters om VR wel te vergoeden.”

Dat opschaling van VR zonder structurele financiering niet opschiet, onderschrijft ook oprichter Robbert Brouwer van SyncVR Medical. “De schoen wringt al door de versnippering in subsidies voor digitale innovaties en de rolverwarring die hierdoor ontstaat. De NZa-beleidsregel voor ‘Innovatie kleinschalige experimenten’ heeft geen verbinding met innovatiesubsidies van ZonMw of de regeling ‘Veelbelovende Zorg’ van het Zorginstituut. Er is wel bereidwilligheid om digitale applicaties onder verzekerde zorg te brengen, maar geen proces. Daardoor lopen ondernemers vast in een moeras van bureaucratie.”



Bachelor-verpleegkundige Elise Ponce heeft een VR-bril opgezet bij nierpatiënt Emmie Verhoef, tijdens een nierdialyse.

pjes te bekijken en ontspanningsoefeningen te doen. De tevredenheid blijkt hoog, want pijn en angst verminderen. We gaan VR ook inzetten bij mensen die bang zijn voor een MRI-scan.”

Het Catharina Ziekenhuis ontwikkelt nu met SyncVR en subsidie van de Nierstichting een game voor de zogeheten Nierstichting Challenge. “Met beelden maken we de instructies over medicatie bij nierschade leuker en verbeteren we de medicatietrouw. De game komt beschikbaar voor alle dialysecentra, waarmee we het comfort van patiënten vergroten.”

“Wij hebben long-covid-patiënten thuis zes weken met VR gemotiveerd tot oefeningen in bewegen en ademen. Met games in geheugentraining leerde men opnieuw focussen”

Minder morfine

In het Radboudumc in Nijmegen geldt chirurg en onderzoeker Harry van Goor als een enthousiast wegbereider voor digitale innovaties. Hij noemt VR een “veelbelovende technologie met onwaarschijnlijk veel toepassingen. Dat varieert van lage rugpijn, spinnenfobie, pleinvrees, trauma-behandeling, kindergeneeskunde, weëen bij zwangerschap tot acute pijn op de spoedeisende hulp. De VR-therapie van Reducept is op veertig mensen met chronische pijn getest. Hersenfilmpjes laten zien dat het brein minder heftig op pijn prikkels reageert. In de buikchirurgie, mijn vakgebied, is door

VR de vraag naar pijnstillers als morfine afgenomen.”

Het Radboudumc heeft een tweejarige afspraak met SyncVR Medical over de logistieke inbedding van VR in zorgdomeinen en het stimuleren van VR-therapie in de thuissituatie. “Dat maakt patiënten onafhankelijker en bespaart kosten voor live consults”, vervolgt Van Goor. Tijdens de coronapandemie heeft het Radboudumc VR toegepast op patiënten met long-covid-klachten als extreme vermoeidheid, lage rugpijn en kortademigheid. “Normaal word je voor conditieachterstand doorverwezen naar een fysiotherapeut. Wij hebben long-covid-patiënten thuis zes weken met VR gemotiveerd tot oefeningen in bewegen en ademen. Met games in geheugentraining leerde men opnieuw focussen. De reacties waren louter positief, zoals die van een vrouw die dankzij VR de concentratie terugvond om weer met de auto naar haar werk te rijden.” ●

De Culturele Apothekers schrijven voor bij...

Decemberdip

Sommige mensen lopen in december op een verend tapijtje van gelukzaligheid. De feestdagenpret kan wat hen betreft niet op. Met een hoofd vol rijmelarijen huppelen ze eerst richting Sinterklaas. Om meteen daarna zingend hun kerstboom op te tuigen met veel glim en glans, waarna ze vrolijk van de ene kerstborrel naar het andere familiediner dertelen. Cadeautjes verzinnen, stapels kaartjes schrijven, urenlang kookboeken doorspitten: alles vinden ze even leuk.

Maar je hebt ook mensen die de donkerste maand van het jaar met beduidend minder uitbundigheid begroeten. Sommigen zouden zelfs het liefst de deken over het hoofd trekken om pas in januari weer tevoorschijn te komen, het licht tegemoet.

Ziektebeeld

Bent u zo iemand die de energie tegen het einde van het jaar uit zich voelt wegvloeien? Ziet u op tegen al die werklusjes die nog even af moeten voor heel Nederland wekenlang platgaat? Schuifelt u met de moed der wanhoop richting afsluiting van het boekjaar? Duikt u het liefst voor de kerstborrel met collega's? En voelen alle collectieve gezelligheidsmomenten met familie en vrienden eerder als een verstikkende deken dan als een warm bad? Dan heeft u geheid last van een decemberdip of eindejaarsdepressie. Of het nu de schaarse uurtjes licht en het bijbehorend gebrek aan vitamine D zijn, een hekel aan glitters of een regelrechte kerstdinerneurose: feit is dat u er doorheen moet. Elk jaar maar weer, dus ook dit jaar.

Literaire medicatie

Gelukkig bent u niet de enige. Velen lijden net als u aan december, en schrijvers weten

daar alles van. Sla er de verhalenbundel *Het groot kerstverhalenboek* (Uitgeverij Marmer, 2013) maar eens op na. Hier geen zoetsappig gezever, maar grappige, gruwelijke en uit de bocht vliegende lotgevallen in decembertijd, messcherp beschreven door een keur aan hedendaagse auteurs. Van Rob van Essen en Maartje Wortel tot aan Youp van 't Hek en Sylvia Witteman. Zo, dat is alvast een portie heilzaam lotgenotencontact.

Dan fluks maar eens de waarde gaan inzien van die periodes van donkerte – niet alleen buiten, maar ook in uzelf. Lees het overpeinzende autobiografische *Winteren* van de Britse schrijfster Katherine May (Ebury Publishing, 2020). Haar eureka-moment is het besef dat donkere periodes doorstaan – 'winteren' – onderdeel uitmaakt van een onvermijdelijke cyclus in mensenlevens. Zonder lows geen highs, immers. Misschien is jaarlijks een maand mismoedig zijn dan wel fijner dan een paar keer fiks door de hoeven zakken. Dus omarmen maar, die decemberdip!

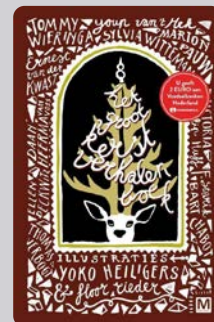
Neem tot slot een fijn gedicht van Willem Wilmink tot u. Deze strofe uit *Troostlied voor wie met Kerst alleen zijn* is niet te versmaden:

*Zeg 'nee' als mensen je te eten vragen,
want in een anders gelukkig gezin
daar is de kerstboom enkel te verdragen
met een uitslaande brand erin.*

U vindt 'm samen met veel andere pareltjes in Wilmink's *Verzamelde liedjes en gedichten* (Prometheus, 2005). Lekker lachen om het alledaagse menselijke gemodder dat Wilmink zo subliem weet te beschrijven: het zal u goed doen.

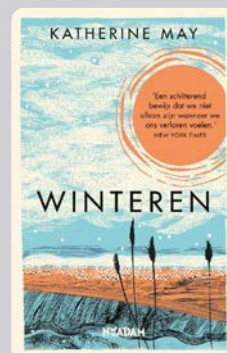
Voor lotgenotencontact:

Het groot kerstverhalenboek



Omarm de winterdip:

Winteren



DOSERING:
HOE MEER LEZEN, HOE BETER.
MET EEN DEKEN OVER HET HOOFD
KAN HET BEST NOG GEZELLIG
WORDEN MET UZELF.

MOGELIJKE BIJWERKING:
TOENAME VAN GEVOELENS VAN
WEIGERACHTIGHEID BIJ DIVERSE
FEESTDAGPLANNEN



Beeld Ron Zwagemaker

In de Elevator Pitch legt een medewerker van het Zorginstituut in 200 woorden uit wat voor werk hij/zij doet. Deze keer:

Ingrid Denkers

Medisch adviseur
gehandicaptenzorg

“In september 2018 begon ik als medisch adviseur bij het Zorginstituut. Aanvankelijk combineerde ik dit met mijn werk als arts verstandelijk gehandicapt bij Ipse de Bruggen. In maart dit jaar koos ik voor een volledig dienstverband bij het Zorginstituut en schoof ik dus helemaal op naar de beleidskant. Een nieuwe en erg leuke uitdaging! Ik kan hier veel kwijt van mijn ervaringen op de werkvloer. En ook in deze functie draag ik bij aan de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking. Als medisch adviseur houd ik mij bezig met geschillen in de Wlz en meezorg. Samen met collega's kijk ik of het CIZ bezwaren tegen indicaties voor het afwijzen van toegang tot de Wlz op zorgvuldige wijze heeft beoordeeld. Daarnaast ben ik binnen het Team Langdurige zorg betrokken bij de implementatie van de verbeterpunten uit het 'Verbetersignalement Mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag'. Veldpartijen hebben een richtlijn ontwikkeld om de oorzaken van probleemgedrag – zoals agressie, automutilatie – te vinden en op te lossen, maar die wordt in de praktijk weinig gebruikt. Een betere implementatie van die richtlijn is dan ook een van de verbeterpunten. Een relevant punt, want probleemgedrag komt in deze groep veel voor; ongeveer 36.000 mensen met een verstandelijke beperking vertonen probleemgedrag. Het is mooi dat we met dit Zinnige Zorg-project kunnen bijdragen aan een betere kwaliteit van leven voor deze mensen.”

Over zorg gesproken...

“Zolang we niet allemaal bereid zijn boodschappen voor kwakkelende burens te doen of te gaan stofzuigen bij je zieke moeder, moeten we gewoon maar accepteren dat we daar iets meer premie en belasting voor betalen.”

Marcel Levi, voorzitter RvB van de NWO, in *Het Parool* (13 november 2021).

“De meest verkochte snack in Nederland is de frikandel. De frikandel en de ggz lijken op elkaar. De kosten van allebei zijn hoger dan de baten, en toch kicken we er maar niet van af.”

Ed van Hoorn, onder andere veteraan-activist in de ggz-cliëntenbeweging, op socialevraagstukken.nl (11 november 2021).

“Het verpleeghuis voelt als een veiligheidsdienst. Hier wonen mensen in de laatste fase van hun leven. Waarom mogen we niet naar buiten als we dat willen? Alsof iedereen massaal naar de A2 zou wandelen als je de deuren opent.”

Verpleegkundige Teun Toebes woont al ruim een jaar in een verpleeghuis in Utrecht en schreef daarover het boek ‘VerpleegThuis’, op zorgvisie.nl (6 november 2021).

“Stress is zo'n beetje het beste wat ons als mensheid is overkomen.”

Stressonderzoeker Sonia Lupien wil ook aandacht voor de gezonde kant van stress, in *de Volkskrant* (8 oktober 2021).

“Euthanasie is het ergste en mooiste geschenk dat een dokter je kan geven.”

Huisarts en columnist Rinske van de Goor in *de Volkskrant* (7 oktober 2021).

“Soms ben je als verpleegkundige al blij als je aan het einde van je dienst de patiënt in leven hebt gehouden.”

Rowan Marijnissen, IC-verpleegkundige in het Elisabeth TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg, in *de Volkskrant* (27 oktober 2021).

“Ik dacht eerst dat ik een probleemoplosser was. Maar ik ben meer een gids op de onaangename en spannende reis die de patiënt maakt. En die reis moet je goed begeleiden.”

Raoul Kloppenborg, vasculair neuroloog in het Haaglanden Medisch Centrum, in *het NTVG* (23 september 2021).

“Anti-vaxxers vind ik vaak mooie mensen. Ze zijn vaak zorgzaam. Maar elke keuze heeft een gevolg. Dat is een feit, geen verwijt.”

Iwan van der Horst, afdelingshoofd IC Maastricht UMC+, op nos.nl (22 oktober 2021).

“Politiek: roep op of verplicht tot vermindering van productieprikkelers, ook in de eerste lijn. Bedenk: what you pay is what you get.”

Martien Bouwmans, adviseur gezondheidszorg en welzijn, op zorgvisie.nl (8 november 2021).