



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
juni 2023

| Passend
pakketbeheer
houdt zorg goed
en toegankelijk

| Programma
Passende
zorgpraktijken
stimuleert
zorgtransitie

Manon Boddaert, arts palliatieve geneeskunde:

“Palliatieve zorg draagt
bij aan passende zorg
in laatste levensmaand”

Inhoud

6 Passend pakketbeheer

Het Zorginstituut adviseert of zorg wel of niet vergoed moet worden. Dit pakketbeheer wordt in lijn met het IZA gemoderniseerd tot 'passend pakketbeheer'. Wat verandert er?

12 Zinnige gehandicaptenzorg

Partijen in de gehandicaptenzorg schreven samen met het Zorginstituut het *Verbetersignalement Mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag*. Sindsdien werken de zorgpartijen aan vier actiepunten.

14 Multitraumanorm spoedzorg

Het Zorginstituut heeft het advies *Verder weg omdat het beter is* uitgebracht. Het is een advies over de implementatie van de 90-procents-multitraumanorm binnen de spoedzorgketen. Waarvoor was dit nodig?

24 Passende zorgpraktijken

Het programma Passende zorgpraktijken van het Zorginstituut heeft als doel goede voorbeelden van passende zorg te delen, ter inspiratie van partijen elders in het land. En dat bevordert de beweging naar passende zorg.

28 Verenzorg volgens Planetree

Verenzorg bieden in een helende omgeving. De ouderenzorg bij Sevagram is ingericht op de principes van de Planetree-gedachte, oftewel integrale mensgerichte zorg. Geen soft gedoe, stelt bestuursvoorzitter Pim Steerneman.



Rubrieken

9 Column Martin van der Graaff

10 Tien vragen aan: Edwin van der Meer

16 Feiten & Cijfers

18 De stelling van...
Manon Boddaert, arts palliatieve geneeskunde.

22 Literair recept van de Culturele Apothekers

26 Aan het bureau / aan het bed
Implementatie verbeterafspraken uit het *Verbetersignalement Maagklachten*.

31 De zorg van morgen
... volgens Lector Kenniscentrum Zorginnovatie Sander Hilberink.

32 Over zorg gesproken



Voorwoord

Bezuiniging of verrijking?

Met genoeg durf ik inmiddels te stellen dat het belang van passende zorg in onze samenleving steeds breder wordt erkend. Zowel binnen de zorgsector als daarbuiten trekt 'passende zorg' de (zelfs koninklijke) aandacht.

Dat is natuurlijk prachtig, maar het stelt ons ook voor een nieuwe vraag: waar staan wij nu binnen deze brede beweging? Want passende zorg gaat ook over preventie en gezond wonen; onderwerpen die wij wel kunnen agenderen, maar waarop we niet altijd actief kunnen acteren. Wij gaan immers primair over een klein deel binnen passende zorg, de Zvw en Wlz. Daarbinnen hebben wij de opdracht om tot passend pakketbeheer te komen en zo onze bijdrage te leveren aan het grotere doel van passende zorg.

Hoe doen we dat? Met passend pakketbeheer richten we ons op het toegankelijk maken van passende zorg. Dat betekent dat een pakketbesluit niet (meer) alleen gaat over de vraag of zorg wel of niet effectief is. Effectieve zorg hoeft namelijk niet per definitie ook passend te zijn. Daarom willen we óók een uitspraak over de volgende vragen: voor welke patiëntengroep is de interventie passend? Hoe is die interventie georganiseerd? En met welke uitkomstmaten? Het toevoegen van die criteria maakt de pakketuitspraak heel inhoudsvol. De burger/patiënt krijgt zo een beter inzicht onder welke voorwaarden bepaalde zorg specifiek voor hem of haar zinvol is.

Het uitvoeren van passend pakketbeheer – en dus het verbreden van de pakketuitspraken – is een verrijking van onze taak als pakketbeheerder. Hoe we dit exact gaan invullen hebben we onlangs omschreven in het *Visiedocument Passend pakketbeheer*; meer hierover leest u elders in deze editie. We zijn op dit moment met het ministerie van VWS bezig om deze taakverrijking ook wettelijk vast te leggen. Uitgangspunt daarbij is dat de toets op het basispakket wordt verbeterd en verbreed: er komt een aanscherping of vernieuwing van de pakketcriteria, en de toets wordt – naast de medisch-specialistische zorg – ook van toepassing op de ggz en ouderenzorg.

Terugkomend op de vraag waar wij zelf staan in de brede beweging naar passende zorg, is mijn antwoord: wij stellen het pakket van passende zorg samen. Vaak wordt pakketbeheer gezien als een bezuiniging; we zouden zorg uitsluiten. Maar dat klopt niet. We richten ons niet alleen op de prijs van een extra levensjaar in goede gezondheid (Qaly), maar kijken veel breder, naar wat zo'n uitspraak voor patiënten betekent. We maken het pakket dan ook niet kleiner; we maken het gericht beschikbaar, passender. Dat is al een enorme opdracht op zich, en eentje waar wij zeker trots op mogen zijn. Want deze inhoudelijke, betekenisvolle uitspraken leiden tot doelmatiger besteding van onze zorggelden. En tot betere keuzes voor passende zorg.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland

Korte berichten

Generiek kompas: visie op passende zorg thuis, in de wijk en in het verpleeghuis

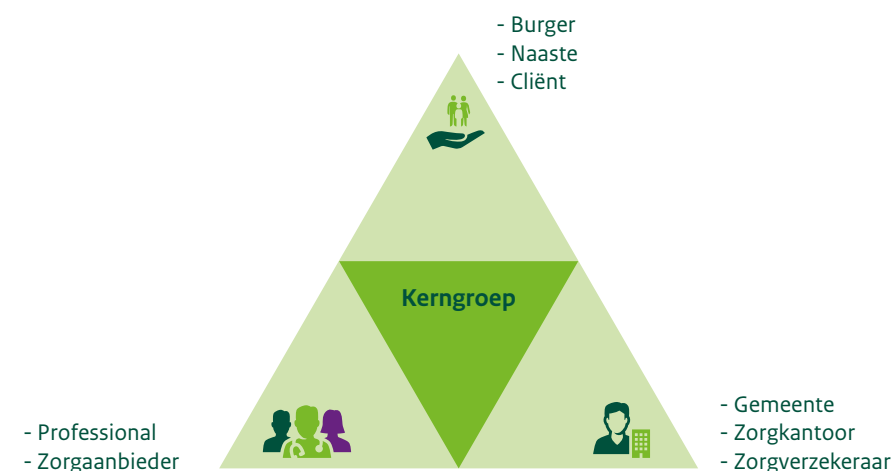
Hoe komen we tot passende zorg en ondersteuning thuis, in de wijk en in het verpleeghuis? Partijen in de ouderenzorg, de wijkverpleging en het sociaal domein hebben hierop onlangs een gezamenlijke visie geformuleerd. Deze staat beschreven in het *Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan. Thuis, in de wijk en in het verpleeghuis'*. In maart hebben de partijen dit kompas aangeboden aan het Zorginstituut.

Volgens het Zorginstituut ligt er met het Generiek kompas een mooie en gedragen visie op hoe we zorg en ondersteuning rond de cliënt kunnen organiseren en vormgeven. Wel ontbreekt het nog aan een concrete aanpak en afspraken. Daarom hebben wij de deadline op de Meerjarenagenda verzet naar 1 december 2023.

Op 9 mei gaf bestuursvoorzitter Sjaak Wijma van het Zorginstituut een toelichting op dit besluit. Ook presenteerde hij de iets aangepaste governancestructuur die

partijen helpt om concrete afspraken te kunnen maken (zie illustratie hieronder). Tot 1 juli aanstaande hebben partijen de tijd om procesafspraken te maken en een werkagenda op te zetten. Daarna is er tot 1 december dit jaar de tijd om het kompas te concretiseren en het tripartiet in te dienen voor opname in het Register. In dit proces zijn co-creatie en passende zorgpraktijken belangrijke uitgangspunten. Lea Bouwmeester begeleidt dit proces als onafhankelijk voorzitter in samenwerking met Actiz als coördinator.

Als het Generiek kompas aan de criteria van het Toetsingskader voldoet, neemt het Zorginstituut dit naar verwachting per 1 januari 2024 op in het Register. Het kompas vervangt dan het bestaande *Kwaliteitskader Verpleeghuiscare* en het addendum en het (relevante deel van het) *Kwaliteitskader Wijkverpleging*.

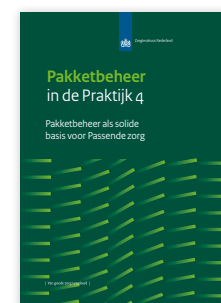


Vernieuwde huisstijl Zorginstituut

Sinds 1 juni heeft het Zorginstituut een vernieuwde huisstijl. In 2014 gingen wij over op de (Rijks-)huisstijl. Sindsdien is er veel veranderd in onze organisatie en in de zorg. Het was dus tijd voor een opgefriste huisstijl, passend bij het Zorginstituut van nu.

De vernieuwde huisstijl heeft een ander kleurenpalet en ook de fotografie, iconen en illustraties zijn vernieuwd. Daarmee draagt de huisstijl bij aan ons streven om begrijpelijker en toegankelijker naar én met de samenleving te communiceren. We hebben ook een nieuw visueel element toegevoegd: het verbindingsstreepje. Het streepje staat voor de verbinding die wij maken met zowel de burgers als de (zorg)organisaties waarmee we samenwerken.

U vindt de nieuwe huisstijlelementen terug op onze websites en in (digitale) rapporten en presentaties, en natuurlijk ook in dit *Zorginstituut Magazine*.



Meer passende zorg voor mensen met zeldzame nierziekte aHUS

Patiënten met de zeldzame nierziekte aHUS ontvangen meer passende zorg dankzij de Nederlandse behandelrichtlijn van het geneesmiddel eculizumab. Dat concludeert het Zorginstituut in een evaluatie van het geneesmiddel. Uit Nederlands onderzoek blijkt namelijk dat een behandeling van drie maanden voldoende is voor veel aHUS-patiënten. Dit wijkt af van de stelling van de fabrikant, die een levenslange behandeling adviseert waarbij de patiënt elke twee weken een infuus toegediend krijgt.

In 2016 heeft de minister van VWS eculizumab onder voorwaarden toegelaten tot het basispakket, na advies van het Zorginstituut. Behandeling met eculizumab zorgt er onder

andere voor dat de nierfunctie verbetert. Hierdoor hebben veel aHUS-patiënten geen dialyse meer nodig, wat hun kwaliteit van leven verbetert. In het kader van cyclisch pakketbeheer evalueerde het Zorginstituut of de gemaakte afspraken over de inzet van eculizumab bijdragen aan passende zorg voor aHUS-patiënten. Onderzoek toont aan dat een kortdurende behandeling bij een groot deel van de aHUS-patiënten volstaat én veel minder ingrijpend is. Ook zijn de kosten voor de samenleving veel lager: het gaat om een besparing van 14 miljoen euro in vier jaar. Het Zorginstituut concludeert dan ook dat de gemaakte afspraken voortgezet kunnen worden.

Karin Timm wordt lid Raad van Bestuur Zorginstituut

Per 1 juli wordt Karin Timm lid van de Raad van Bestuur (RvB) van het Zorginstituut. De RvB bestaat nu uit Peter Siebers en voorzitter Sjaak Wijma. Met haar komst is het bestuur weer compleet. Timm is op dit moment nog directeur Kwaliteit & Veiligheid bij Orpea Nederland, een grote landelijke zorgorganisatie. Deze organisatie is actief op het gebied van thuiszorg, woonzorg en ggz. Naast haar rol als bestuurder heeft Timm ruim dertig jaar in het ziekenhuis gewerkt als verpleegkundige en verpleegkundig specialist op het gebied van dermatologie. Timm: "Ik zet mijn operationele en beleidsmatige praktijkervaring graag in om met het Zorginstituut bij te dragen aan de verandering in de zorg die nodig is. Deze nieuwe rol geeft mij de kans om dat wat ik signaleer, in daden om te zetten."



Meer informatie?

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

Passend pakketbeheer houdt zorg goed, toegankelijk en betaalbaar

In het Integraal Zorgakkoord hebben partijen in de zorg afspraken gemaakt om de zorg in Nederland goed en toegankelijk te houden, ondanks de grotere vraag naar zorg en schaarste op de arbeidsmarkt. Een aspect daarvan is dat mensen passende zorg krijgen. Zorg die hen werkelijk helpt. En dus geen zorg die niet werkt of in hun situatie niet passend is. Het Zorginstituut adviseert als beheerder van het basispakket of zorg wel of niet vergoed moet worden. Dit pakketbeheer wordt in lijn met het IZA gemoderniseerd tot ‘passend pakketbeheer’. Mona Wets en Sarah Kleijnen leggen uit wat er verandert.

Tekst Jos Leijen

Beeld Zorginstituut Nederland

“Passend pakketbeheer is pakketbeheer dat bijdraagt aan een toegankelijk en betaalbaar zorgsysteem, nu en in de toekomst”, vertelt Sarah Kleijnen, directeur ontwikkeling, wetenschap en internationale zaken bij het Zorginstituut. “Daar was ons pakketbeheer altijd al op gericht, maar om een grotere bijdrage te hebben is besloten om een aantal dingen anders te doen.”

“De nieuwe aanpak omvat drie onderdelen”, legt ze uit. Het eerste is dat het Zorginstituut proactiever zal handelen. “We onderzoeken waar mogelijke knelpunten zitten. Bijvoorbeeld omdat niet duidelijk is of de zorg doet wat mensen denken of omdat het tot hoge kosten leidt. Of omdat zorg kan besparen op de inzet van personeel. Samen met de veldpartijen stellen we een pakketagenda op van onderwerpen waarmee we aan de slag willen.”

Het tweede onderdeel is het verbreden en verbeteren van de pakkettoetsen in alle sectoren van de zorg, dus ook in de langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg. En ook als zorg al in het basispakket zit. Verbeterd en verbreed toetsen dient om te kijken of zorg wel echt effectief is. En of zorg kosteneffectief is; wat betekent dat zorg niet onnodig veel duurder is dan zorg met een vergelijkbaar resultaat voor de patiënt.

Ook wordt onderzocht hoe aspecten als duurzaamheid en beslag op medewerkers meegewogen kunnen worden.

Waarborgendocument

Ten derde zal het Zorginstituut meer de vinger aan de pols houden hoe zorg die in het basispakket zit in de praktijk wordt toegepast. Kleijnen: “We volgen een interventie in de praktijk en voeren eventueel een vervolgoets uit. Dit noemen we cyclisch pakketbeheer. In beginsel heeft iedere burger recht op zorg die in het basispakket zit. Hoe die zorg in de praktijk wordt geleverd, onttrok zich vaak aan ons zicht. We willen ook afspraken maken over de omstandigheden waaronder de zorg geleverd wordt.” Die afspraken staan in een zogeheten waarborgendocument. Dat document komt tot stand in overleg met patiënten, beroepsgroepen en zorgverzekeraars.

“Hier valt waarschijnlijk de meeste winst te halen als het gaat om passend pakketbeheer”, zegt Mona Wets, manager van het team Pakket en Kwaliteit. “Dat een afspraak in het basispakket zit, wil nog niet zeggen dat iedereen die zorg ook geleverd moet krijgen. Arts en patiënt moeten hierover een goed gesprek voeren waarin alle voors en tegens aan bod komen, en ook de wensen van de patiënt. Samen beslissen is

dan ook een belangrijk onderdeel van passende zorg.”

Als voorbeeld noemt Wets borstreconstructie met autologe vettransplantatie of AFT. Hierbij wordt een geamputeerde borst gereconstrueerd met eigen vetweefsel. Na alle negatieve publiciteit over borstimplantaten vragen meer vrouwen hierom. “Maar het is een zeer invasieve ingreep die veel expertise vraagt van de zorgverlener. Het is essentieel dat vrouwen hierover goed worden voorgelicht. Ook moet de patiënteninformatie op orde zijn zodat vrouwen de juiste keuze voor zichzelf kunnen maken.”

Gedeelde verantwoordelijkheid

De zorgpartijen worden nog meer dan voorheen betrokken bij het pakketbeheer. Bij het waarborgendocument, maar ook bijvoorbeeld bij het opstellen van de pakketagenda met zorg die tegen het licht gehouden moet worden. “Zij signaleren in de praktijk welke vraagstukken verheldering nodig hebben of waar mogelijk knelpunten zitten”, zegt Wets. “We hebben bijvoorbeeld hun input gevraagd voor de komende pakketagenda die in juli wordt gepubliceerd.”

Ook werkt het team Pakket en Kwaliteit mee met het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZEGG). In dit programma werken patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid samen aan de bewezen beste medisch-specialistische zorg voor de patiënt. Zorgevaluatie is het evalueren van medische zorg die al in de praktijk breed wordt toegepast en waar nog onduidelijkheid is over de effectiviteit. Gepast gebruik is het leveren van zorg waarvan bekend is dat deze meerwaarde heeft, en het niet leveren van zorg die geen meerwaarde heeft. →



ACTUALISERING BEOORDELINGSKADER ‘DE STAND VAN DE WETENSCHAP EN PRAKTIJK’

Het Zorginstituut heeft het beoordelingskader ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ (SWP) geactualiseerd. Dit kader beschrijft de werkwijze van de toetsing aan dit wettelijke criterium.

De nieuwe versie geeft meer inzicht in de flexibiliteit die het kader biedt bij het omgaan met onzekerheden over de effectiviteit. Bijvoorbeeld bij innovatieve zorg en behandelingen voor zeldzame aandoeningen. Bij deze zorgvormen is vaak bij de beoordeling (nog) beperkt klinisch onderzoek beschikbaar. Alle te verzekeren zorg moet voldoen aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’; de zorg moet bewezen effectief zijn. Om de vraag te beantwoorden of een interventie voldoet aan ‘de

stand van de wetenschap en praktijk’, hanteert het Zorginstituut een generiek beoordelingskader. Hierbij worden de principes van *evidence-based medicine* (EBM) gevolgd.

Expertise en ervaring uit de praktijk

Bij de SWP-beoordeling gaat het niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar ook om expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers. Deze worden meegenomen bij verschillende onderdelen van de beoordeling. Andere partijen die toetsen aan dit criterium, zoals zorgverzekeraars, kunnen de werkwijze van de beoordeling ook toepassen. Een beoordeling volgt een vast stappenplan:

Sarah Kleijnen:
“Hoe zorg in de praktijk wordt geleverd, onttrok zich vaak aan ons zicht. Daarover willen we nu afspraken maken in een waarborgendocument”

- Formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling.
- Systematische literatuurresearch.
- Samenvatten van de evidentie.
- Beoordelen van de kwaliteit van bewijs.
- Van bewijs naar conclusie.

Voor de conclusie worden de kwaliteit van bewijs en contextuele factoren gewogen, zoals medische aspecten en passend onderzoek. Als het bewijs van lage kwaliteit is, is het onzeker of de interventie klinisch relevante effecten heeft op voor de patiënt relevante uitkomsten. Dan is de conclusie in de regel dat de zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk.



Mona Wets:
“Passend pakket-
beheer is een
schakeltje in
de keten voor
een toekomst-
bestendig zorg-
stelsel”

Stand van de wetenschap en praktijk

Het grootste deel van de zorg komt overigens in het basispakket zonder dat het Zorginstituut zich daarmee bemoeit. Bij wet is vastgelegd dat zorg vanuit het basispakket vergoed mag worden als er voldoende bewijs is voor de effectiviteit. Centraal begrip hierbij is ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ (SWP). Het zorgstelsel is gebaseerd op vertrouwen dat zorgverleners en zorgverzekeraars dit met elkaar bepalen. Bij onduidelijkheid kan het Zorginstituut hierover een standpunt innemen.

“Kort gezegd voldoet een interventie aan de stand van de wetenschap en praktijk als die voldoende bewezen effectief is”, legt Kleijnen uit. “Het Zorginstituut heeft het beoordelingskader ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ geactualiseerd.

Aanvullend hebben we voor zorgverleners en zorgverzekeraars een informatie-document gemaakt zodat ze het kader zelf makkelijker kunnen toepassen, op grond van wetenschappelijk bewijs en ervaringen in de praktijk.”

Zowel de rol van het Zorginstituut als de veldpartijen verandert. Zorgpartijen moeten meer inzicht verschaffen in de meerwaarde voor de patiënt. Zorgaanbieders en patiënten bepalen hierbij samen de uitkomstmaten, dus wanneer er inderdaad sprake is van meerwaarde.

Brief naar Tweede Kamer

In december 2022 heeft de minister van VWS een brief naar de Tweede Kamer gestuurd over het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket om bij te

dragen aan passende zorg. VWS vraagt onder andere mogelijkheden om kosteneffectiviteit steviger mee te laten wegen en om waarborgen bij te leveren zorg binnen het basispakket dwingender te maken. Verder moeten factoren als duurzaamheid en besparing op arbeid een plekje krijgen. “We hebben met z’n allen een grote uitdaging om het zorgstelsel toegankelijk en betaalbaar te houden”, zegt Wets. “Op diverse manieren wordt hieraan gewerkt. Door samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn, door verbinding tussen het medische en het sociale domein, en door zorgvuldig af te wegen wat je wel en niet moet doen. Het passend pakketbeheer is een schakeltje in de keten voor een toekomst-bestendig zorgstelsel.”

Cyclisch pakketbeheer



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

Column

Opvangen in de regio

Het vertrouwen van de burger in de gezondheidszorg staat onder druk. Daarom is grote zorgvuldigheid vereist in de communicatie met de patiënt, die trouwens voor mij als huisarts eerst en vooral een cliënt is, al dan niet hun/hen genaamd. Dat ‘hen’ associeerde ik direct met de mooiste bedrijfstak van dit land, het boerenbedrijf. Dus! Als er iemand weet door te dringen tot mijn spreekuur, dan steek ik direct van wal. “Maakt hunnie/hun/hen zich niet bezorgd”, zeg ik dan, “we hebben niet voor niets een Integraal Zorgakkoord getekend. Vroeger was alles gefragmenteerd, maar er is nu interregionale samenwerking. Als u straks zorg nodig hebt, dan ligt de oplossing klaar. Wij gaan u namelijk opvangen in de regio!”

In de buurt van Voerendaal zijn onlangs twee varkensboeren geheel vrijwillig gestopt. Er staan nu megastallen leeg, en daar gaan wij nu zorgvragenden stallen. Vanwege het verdwijnen van de varkens is de lucht tegenwoordig brandschoon. De vriezers van uw opvanglocatie zitten vol smakelijke koteletjes. **Berend Geltink, ex-boer, heeft een STAP-cursus ‘Functioneel knuffelen’ gevolgd, dus met de bejegening van de patiënten zit het straks wel snor. Geltink: “Ik was altijd al heel zorgzaam voor mijn dieren, en of je nu een varken of een mens in de stal hebt, het blijven allebei levende wezens toch?”** En ik serveer er dan graag een kopje koffie of cappuccino bij.”

Verzekeraars hebben zich al bereid verklaard om de huisvestingskosten te sponsoren, aanmerkelijk goedkoper dan een zorghotel of ziekenhuis. Ook VWS is enthousiast. “Volgens een consultancybureau dat voor ons die plannen heeft doorgelicht, strookt dit helemaal met het cappuccinomodel. En het is een goed bureau, hoor, aangeraden door Mazzucato zelf. Dus we weten nu zeker dat we op de goede weg zijn”, aldus een woordvoerder. “Bovendien zitten er nog andere voordelen aan vast, want onlangs bleek dat de mondgezondheid hard achteruit holt vanwege zorgmijding. Maar wat blijkt? Geltink heeft veel ervaring met mond- en klauwzeer.”

Geltink ziet de transitie wel zitten: “Je hoort tegenwoordig veel over agressie tegen zorgverleners”, zegt hij, “maar ik ben vol vertrouwen dat dit goed komt. Als boer leer je wel om je levende have onder de duim te houden.”

De toekomst van het platteland wordt met de dag rooskleuriger. De gemeente Amsterdam liep een blauwtje bij de European Medicines Agency die op de Zuidas geen eroscentrum als buur wilde. Nu heeft ook Amsterdam de Lentekriebels gekregen en gekozen voor meer regionale samenwerking, naar het voorbeeld van het Integraal Zorgakkoord. De volgende megastal die vrijkomt in Haarlemmerliede wordt een megasexboerderij.

Koortsig word ik wakker. Het leek allemaal te kloppen, maar het klopt dus niet. Ik ben geen huisarts, er komen geen chique zorgboerderijen. Het zorgvarken is dus toch gewoon een zorginfarct.

10

vragen aan

Edwin van der Meer

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Diederik van der Laan

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Dat was toen ik een vakantiebaantje had als schoonmaker in het Andreas Ziekenhuis in Amsterdam-West. Ik raakte onder de indruk van wat ik daar zag, onder meer op de intensive care. Niet alleen vanwege de patiënten die daar aan slangen in bed lagen; ook de bevoegdheid en het teamwork van de medewerkers vond ik inspirerend.”

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

“Internist. Die meer generalistische kijk, gericht op de gehele mens, vind ik een mooi specialisme. Maar ik ben twee keer uitgeloot voor geneeskunde. Uiteindelijk heb ik fysiotherapie gestudeerd en later de opleidingen commerciële economie en organisatie en beleid aan de UvA.”

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

“Ik zou zorgen dat er echt meer verbinding komt tussen zorg en welzijn, omdat een deel van de problemen in de zorg beter in welzijn kan worden opgelost. Ook zou ik stimuleren dat de leef- en systeemwereld meer gaan samenwerken, met wederzijds vertrouwen en begrip voor elkaars belangen,

PERSONALIA

Edwin van der Meer studeerde fysiotherapie en commerciële economie. Hij werkte achtereenvolgens als fysiotherapeut en manager bedrijfsvoering bij het VU ziekenhuis. In 2003 werd hij bestuurder van het ziekenhuis Gooi-Noord (later Tergooiziekenhuizen). Sinds 2011 is Van der Meer bestuursvoorzitter van het BovenIJ ziekenhuis in Amsterdam-Noord. Daarnaast is hij bestuurslid van de SAZ, NVZ, DHD en lid van de Raad van Toezicht bij Star-SHL.

Edwin van der Meer woont met zijn vrouw in Zaandam.



“Laten we ons blijven verbeteren door anders te kijken, anders te denken én anders te dóen. Stap over je eigen belangen en kijk ook naar andere domeinen. Als we in verbondenheid met elkaar dingen beter kunnen doen, geeft dat energie. En iets wat energie krijgt, groeit en wordt altijd beter. Voor onszelf, voor burgers, voor patiënten”

maar altijd met de focus op het belang van de patiënt. Tijdens corona zagen we dat die werelden beter samen gingen werken. Juist bij domeinoverstijgende zorg is het belangrijk dat geld kan worden overgeheveld van het ene naar het andere domein. Ik zou dus ook inzetten op domeinvrije zorg.”

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

“Alles wat niet passend is, moet eruit. Dan pas gaan we invulling geven aan het IZA. Maar ik vind het ook belangrijk dat het basispakket stabiel is. Sommige vergoedingen gaan eruit en dan weer erin. Dat geeft veel onrust onder patiënten en leidt tot onzekerheid bij aanbieders van die zorg.”

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

“Prehabilitatie. Mensen met een betere conditie herstellen sneller na een ingrijpende operatie of behandeling. Ik geloof sterk in de kracht van paramedici - zoals fysiotherapeuten en diëtisten - in de hele zorgketen. De vergoeding voor die zorg moet dus worden geregeld. Want die zorg kost relatief een beetje en levert veel op: de kans op complicaties wordt kleiner, de ligduur korter, het levert een betere uitkomst op én meer tevreden patiënten.”

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

“Ik kijk het even aan, wetende dat pijntjes vaak gewoon weer overgaan. En zo niet, dan hebben we in Nederland via de huisarts een prima entree in de gezondheidszorg.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Inclusiviteit: zorgen dat iedereen mee kan doen en gehoord wordt. Ik maak me hard voor mensen die niet of niet goed voor zichzelf kunnen opkomen of naar wie minder wordt geluisterd. In sommige wijken hier in Amsterdam-Noord is de levensverwachting negen jaar lager dan in Zuid. En die mensen worden ook nog eens zo’n vijftien jaar eerder ziek. Die gezondheidsverschillen moeten we verkleinen, bijvoorbeeld door betere voorlichting en preventie. Met het programma ‘Beter samen in Noord’ werken wij al jaren aan de verbetering van de gezondheid van de bevolking. Juist voor die mensen die het ’t hardst nodig hebben.”

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

“Ik denk dan als eerste aan Johan Cruijff, maar dat kan helaas niet meer. Dan kies ik voor Georgette Fijneman, bestuursvoorzitter van Zilveren Kruis. Zij hebben echt een omslag gemaakt door actief mee te denken over hoe passende zorg samen met andere partijen vorm te geven. Daarbij wijzen ze niet naar anderen, maar nemen zelf hun verantwoordelijkheid om dingen te veranderen. Ik wil graag met haar het goede gesprek voeren over hoe we de IZA-beweging nog beter en sneller kunnen vormgeven.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Goede zorg heeft meerwaarde voor de patiënt en wordt verleend door bevoegde zorgprofessionals. Wij bestuurders moeten er slechts voor zorgen dat de zorgprofessionals hun werk aantrekkelijk blijven vinden. En dat ze met elkaar verbonden zijn, zodat ze patiënten zo goed en passievol mogelijk kunnen begeleiden bij hun behandeling, waar ook in de zorgketen. Dat is goede zorg.”

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

“Ik hoop dat we dan de resultaten zien van de uitvoering van het IZA, GALA en WOZO. En dat de eerste aanzet is gedaan tot het verkleinen van de gezondheidsverschillen. Ik hoop dat zorgprofessionals door arbeidsbesparende maatregelen en administratieve lastenverlichting meer lucht hebben gekregen. En dat er een snellere en adaptievere vorm van bekostiging is, die meer recht doet aan de verbinding tussen zorg en welzijn. Tot slot hoop ik dat de uitkomst-informatie voor patiënten transparant(er) wordt, zodat zij kunnen zien waar ze voor welke zorg het beste terecht kunnen. Dat ligt gevoelig, want slechte resultaten zijn confronterend. Maar alleen als we allemaal de beste willen zijn, wordt de zorg echt beter. Laten we ons vooral blijven verbeteren door anders te kijken, anders te denken én anders te dóen. Kijk met een bredere (maatschappelijke) bril welke zorg of welzijn iemand nodig heeft. Stap over je eigen belangen en kijk ook naar andere domeinen. Als we in verbondenheid met elkaar dingen beter kunnen doen, geeft dat energie. En iets wat energie krijgt, groeit en wordt altijd beter. Voor onszelf, voor burgers, voor patiënten.”

Zinnige Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag

“Een goede diagnose is een voorwaarde voor passende behandeling en begeleiding”

Bijna twee jaar geleden schreven partijen in de gehandicapten-zorg samen met het Zorginstituut het *Verbetersignalement Mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag*. Sindsdien werken de zorgpartijen aan vier actiepunten, met name op het vlak van diagnostiek en beeldvorming. Want hoe beter je begrijpt welke oorzaken het probleemgedrag kan hebben, hoe beter je de behandeling en begeleiding op de cliënt kunt afstemmen.

Tekst Jos Leijen

Beeld John van Hamond (ANP)

Probleemgedrag – ook wel onbegrepen gedrag of moeilijk verstaanbaar gedrag genoemd – komt regelmatig voor bij mensen met een verstandelijke beperking. In Nederland gaat het om ongeveer 36.000 volwassenen die binnen een zorginstelling wonen.

Om de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag te verbeteren, stelden de beroepsgroepen de richtlijn *Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking* op. Deze richtlijn verscheen in 2019. Het is een lijvig document met vier modules: beeldvorming en diagnostiek; begeleiding en behandeling; psychofarmaca; en organisatie van zorg. Het Zinnige Zorg-project haakt in op de eerste module: beeldvorming en diagnostiek.

Albertine van Diepen en Ingrid Denkers zijn vanuit het Zorginstituut nauw betrokken bij dit Zinnige Zorg-traject. Voor het

Zorginstituut is de gehandicaptenzorg een bijzonder gebied, legt Denkers uit. “Dit is een Zinnige Zorg-traject in de langdurige zorg. Hierbij gaat het niet alleen over behandeling, maar ook over begeleiding, verzorging, voeding en wonen. Bovendien is er, anders dan in de curatieve zorg, geen spiegelinformatie die laat zien hoe andere organisaties presteren.”

“Het is enorm belangrijk om de cliënt goed in beeld te krijgen”, zegt Van Diepen. “Wie is die cliënt, wat is zijn achtergrond, welke mogelijke verklaringen zijn er voor het probleemgedrag? Mensen met een verstandelijke beperking kunnen zich vaak moeilijk uitdrukken; ze kunnen bijvoorbeeld niet aangeven dat en waar ze pijn hebben. Obstipatie, maagzuur in de nacht, staar, een slecht gebit, het kan allemaal aanleiding geven tot probleemgedrag. Goede diagnostiek is essentieel om dit in kaart te brengen als uitgangspunt voor verdere behandeling en begeleiding.”

Beter beeld om kwaliteit van leven te verbeteren

Linda Verhaar is GZ-psycholoog/orthopedagoog-generalist en onderzoeker bij Ipse de Bruggen, met 5.000 cliënten en bijna 400 locaties een van de grootste zorgverleners in Zuid-Holland. Ipse de Bruggen is volop bezig met het verbeteren van de diagnostiek en de beeldvorming, vertelt zij. De organisatie heeft een nieuw dossiersysteem ingevoerd dat beter aansluit bij het AAIDD-model.

Verhaar: “De beeldvorming was versnipperd. Dat verbetert nu. Onderdelen uit het dossiersysteem zijn gebaseerd op het AAIDD-model. We kunnen nu één overzicht genereren dat laat zien waar andere disciplines mee bezig zijn. De uitdaging is dat alle disciplines het systeem nu ook optimaal gaan gebruiken. We organiseren een informatiedag om alle gedragskundigen in het AAIDD-model te scholen en te laten zien hoe je het gebruikt. Het mooie van het model is dat alle elementen bij elkaar komen. Daardoor begrijpen we als professionals beter van elkaar wat we doen en kunnen we beter bepalen hoe we de bestaanskwaliteit van onze cliënten kunnen verbeteren. We hebben een werkinstructie gemaakt omdat we nog wel een slag moeten maken in de implementatie. Maar ik merk met mijn eigen cliënten hoe prettig het werkt. Je krijgt een beter beeld en kunt beter doelen stellen, evalueren en adviezen geven.”



Albertine van Diepen: “Mensen met een verstandelijke beperking kunnen zich vaak moeilijk uitdrukken. Ze kunnen bijvoorbeeld niet aangeven dat en waar ze pijn hebben. Dat kan aanleiding geven tot probleemgedrag”

AAIDD-model

Volgens de richtlijn van 2019 moeten zorgaanbieders bij de diagnostiek het zogeheten AAIDD-model gebruiken. Dit model laat zien hoe het functioneren van mensen met een verstandelijke beperking kan worden begrepen vanuit de dynamische interacties tussen intellectuele mogelijkheden, adaptief gedrag, gezondheid, participatie, context en geïndividualiseerde ondersteuning. Uit onderzoek dat het NIVEL in opdracht van het Zorginstituut uitvoerde, bleek dat dit model weinig bekend was onder gedragskundigen en voor zover ze het al toepasten, gebruikten ze niet alle onderdelen van het model.

Mede op basis van dit onderzoek werden vier actiepunten geformuleerd waarmee de partijen in de gehandicaptenzorg aan de slag gingen:

1. Partijen gaan een plan maken om zorgverleners bij te scholen in beeldvorming en diagnostiek.
2. Zorginstellingen gaan meer volgens de richtlijn ‘Probleemgedrag’ werken.
3. Ze gaan een versie van de richtlijn maken voor mensen met een verstandelijke beperking en familie.
4. Ze gaan onderzoeken of de richtlijn in een kwaliteitskader kan worden geplaatst.

Goede vooruitgang

De zorgpartijen zijn ruim anderhalf jaar bezig met de implementatie van de afspraken. Volgens Van Diepen en Denkers boeken de partijen goede vooruitgang. Denkers: “Bij dit traject zien we dat alle partijen dezelfde kant op willen. Wij hoeven als Zorginstituut niet te duwen of te trekken. Zo is de cliëntversie van de richtlijn al klaar en heeft deze multidisciplinaire richtlijn een plek gekregen in de bijlage van het herziene *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg*.” Tegelijk constateerden Van Diepen en Denkers vooral in het begin van het traject ook wel wat aarzeling bij zorgorganisaties. Organisaties in de gehandicaptenzorg werken vaak vanuit hun eigen beginselen en mensbeeld, soms religieus van aard. Ze zijn niet gewend om volgens generieke richtlijnen te werken. “Toch is het belangrijk dat we vanuit een diversiteit aan visies op een eenduidige manier naar de basiskwaliteit van de zorg kijken.”

Onderwijs

Het kost nog wel wat moeite om overal het AAIDD-model ingebed te krijgen. Dat bleek onder meer uit een enquête onder leden van de beroepsverenigingen in de langdurige gehandicaptenzorg. De BPSW, de vereniging van professionals in het sociaal werk, gaat zich inspannen om het model een plek te geven in onderwijs en bijscholing. Daarnaast vraagt werken met het model veel expertise van professionals. Die expertise is niet in alle instellingen aanwezig. Vooral voor kleinere organisaties kan dit problemen geven. “Samenwerking kan soelaas bieden”, denkt Van Diepen. “Maar veel organisaties hebben daar nog weinig ervaring mee.”

“We zijn met elkaar goed op weg”, vindt Denkers. “Als we de diagnostiek goed op orde hebben levert dat een belangrijke bijdrage aan het welzijn van de cliënt. Een goede diagnose is immers een voorwaarde voor een passende behandeling en begeleiding.”

Multitraumanorm spoedzorgketen:

“Voor het behalen van de 90-procentsnorm zijn alle partijen aan zet”

Het Zorginstituut heeft het advies *Verder weg omdat het beter is* over de implementatie van de 90-procents-multitraumanorm uitgebracht. VWS heeft het positief ontvangen.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Ginopress (ANP), Mark Sassen Fotografie

In 2014 is de norm ‘minimaal 90 procent van de multitraumapatiënten wordt direct in het regionaal traumacentrum gepresenteerd’ vastgesteld. Deze staat sinds 2015 op de *Transparantiekalender*. “Maar deze norm wordt niet goed nageleefd. Sommige partijen trokken de onderbouwing ervan in twijfel”, vertelt adviseur Spoedzorgketen Marjolein de Booys. Zij schreef het advies over het bevorderen van de implementatie van de 90-procents-multitraumanorm met steun van medisch adviseur Pierre van Grunsven. “Vanaf 2015 wordt de norm uitgevraagd en tot nu toe is deze nog in geen enkele regio gehaald. Daarbij vallen vooral de grote verschillen op tussen de ROAZ-regio’s (Regionaal Overleg Acute Zorgketen). Dat werpt de vraag op waar die vandaan komen.”

In gesprek met partijen

Het veld was direct verdeeld over de norm. “De mate van ernst van het trauma wordt achteraf in het ziekenhuis bepaald met de ISS-score, de Injury Severity Score. Is die 16 of meer, dan moet de gewonde patiënt direct naar een traumacentrum worden vervoerd. Maar ambulanceprofessionals moeten al op



“Ambulanceprofessionals moeten al op straat bepalen hoe ernstig iemand gewond is. Deze preklinische triage is heel moeilijk zonder de apparatuur en hulpmiddelen waarover ziekenhuizen beschikken”

straat bepalen hoe ernstig iemand gewond is, de preklinische triage. Dat is heel moeilijk zonder de apparatuur en hulpmiddelen die in de ziekenhuizen beschikbaar zijn. Daarmee begonnen al die verschillen tussen de preklinische triage en de uiteindelijke scorebepaling in het ziekenhuis. De partijen wezen naar elkaar waarom die 90 procent niet werd gehaald.”

Maar dat verklaart niet de regionale verschillen. De Booys organiseerde daarom gesprekken met betrokken veldpartijen, de zorgverzekeraars en de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd. “Dat was niet eerder gebeurd”, vertelt ze, “maar iedereen begreep dat er iets moest gebeuren. Ook de Inspectie wist niet goed raad met de 90-procentsnorm en de regionale

verschillen. Ik was al in 2014 betrokken bij de totstandkoming van de norm en daarna ook bij het *Kwaliteitskader Spoedzorgketen* en de Landelijke Spoedzorgtafel. Daardoor ken ik de partijen in de multitraumazorg en lag het voor de hand om het initiatief te nemen voor een gesprek over de knelpunten die het halen van de norm belemmeren.”

Afstand als factor

Veel winst is te behalen in optimalisatie van de preklinische triage en verkleining van het verschil in de scores van de ambulanceprofessionals op straat en die in het ziekenhuis. Dit is vooral het werk van de traumachirurg en de medisch manager ambulancezorg. Die laatste is verantwoordelijk voor het landelijk protocol ambulancezorg, de leidraad voor het ambulancepersoneel op straat. “De twee partijen bleken nooit goed met elkaar te hebben gesproken over de problemen van de preklinische triage en het belang van de traumanorm”, zegt De Booys. “Op de inhoud vonden ze elkaar.”

De afstand naar het traumacentrum blijkt een belangrijke rol te spelen in de regionale verschillen. Regio’s met langere afstanden hebben lagere scores, omdat eerder wordt gekozen voor een dichterbij gelegen ziekenhuis. “Op zich logisch, maar wel in strijd met de norm om direct naar het traumacentrum te rijden. Traumachirurgen onderzochten dat doorrijden beter is, ook als de situatie heel ernstig is. Deze informatie zou gedeeld moeten worden met de ambulanceprofessionals. Helpend is dat ziekenhuizen sinds 2021 feedback moeten geven aan de ambulancezorg over hoe het is afgelopen met de patiënt. Dat ziekenhuizen sinds 2021 feedback moeten geven aan de ambulancezorg over hoe het is afgelopen met de patiënt. Dat creëert ruimte om te leren en om beter te kunnen beslissen wanneer het zaak is langer door te rijden creëert ruimte om te leren en om beter te kunnen beslissen wanneer het zaak is langer door te rijden. Het delen van deze feedbackberichten is daarom als aanbeveling in het advies opgenomen.”

De aanbevelingen

De gesprekken boden De Booys input voor aanbevelingen over bevordering van de implementatie van de 90-procentsnorm. “Eén aanbeveling is afspraken maken over het voorkomen van tussenstops bij instabiele patiënten, bijvoorbeeld door de ambulance-



“Ziekenhuizen moeten sinds 2021 feedback geven aan de ambulancezorg over hoe het is afgelopen met de patiënt. Dat creëert ruimte om te leren. En om beter te kunnen beslissen wanneer het zaak is langer door te rijden”

professionals meer te ondersteunen bij het vervoer. Ook is inzet van de traumahelikopter voor patiëntenvervoer bij grotere afstanden wellicht een optie. Hiervoor is onderzoek nodig. Verder is structureel overleg tussen de traumachirurgen en de medisch managers ambulancezorg essentieel.” Voor de ondersteuning van ambulancepersoneel bij de preklinische triage is de Trauma Triage App ontwikkeld. “Deze helpt bij de keuze voor verder rijden naar het traumacentrum. Dan is er nog de discussie over passende zorg. Ouderen scoren al snel hoog op de ISS-score, bijvoorbeeld na een val met hoofdletsel. Maar neurochirurgen stellen dat het alleen zin heeft ze naar het traumacentrum te brengen als daar ook echt iets gebeurt. Anders is het beter om ze naar een ziekenhuis in de eigen omgeving te brengen. Dit vraagt om afspraken tussen de betrokken medische beroepsgroepen.”

Scherper contracteren

Het Zorginstituut heeft de zorgverzekeraars opgeroepen om scherper te contracteren

in de traumazorg. “Er is een volumennorm. Traumacentra moeten jaarlijks minstens 240 traumapatiënten opnemen om gecontracteerd te worden. Dat lukt alleen als alle partijen in de regio meewerken en de Inspectie daarop toezicht houdt. Alle partijen zijn aan zet.”

Tijdens het traject is het begrip tussen alle partijen gegroeid, stelt De Booys. “Het gaat erom dat iedereen overtuigd is van het nut van de norm, dat er een stijgende lijn is en dat de regionale verschillen verdwijnen. Belangrijk is dat alle partijen in de keten er alles aan doen om ernstig gewonde traumapatiënten zo snel mogelijk in een traumacentrum te krijgen, omdat bewezen is dat dit uiteindelijk het beste is voor de patiënt.”

Feiten & Cijfers

336,8 miljoen levensjaren

zijn verloren gegaan in de eerste twee jaren van de coronapandemie. Het officieel aantal doden door covid is ongeveer 6,9 miljoen.

BRON: WHO

1 op de 3 Nederlanders

stelde in het afgelopen half jaar een of meer medische bezoeken uit om kosten te besparen. Onder jongeren (18 tot 29 jaar) was dit zelfs bijna **2 op de 3**.

BRON: NATIONALE KEUZESTRESS MONITOR

44.000 mensen

kregen in 2022 palliatieve sedatie thuis. Dat is 26% van alle overlijdens. In 2010 ging dat nog om 11% van de overlijdens.

BRON: STICHTING FARMACEUTISCHE KENGETALLEN



Eenmalig € 1,6 tot € 3,4 miljard

(en daarnaast jaarlijks € 350 tot € 650 miljoen) heeft de zorgsector nodig om de verduurzaming van de zorg en de ambities uit de Green Deal 3.0 te realiseren.

BRON: ACTIZ.NL/PAPERS

5.750 aanbieders van pgb-zorg hadden in 2020 een strafblad. Ruim 4% van alle aanbieders is in de afgelopen tien jaar veroordeeld. Zij declareerden in drie jaar tijd voor **€ 400 miljoen** aan zorgkosten.

BRON: ONDERZOEKSREDACTIE VAN RTL NIEUWS, O.B.V. OVERHEIDSPATFORM ZICHT OP ONDERMIJNING

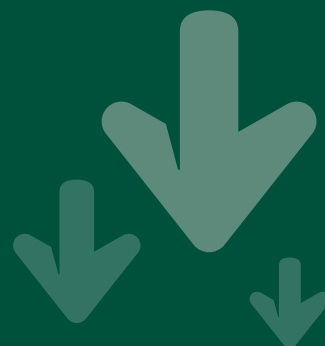


In 2023 stijgen de kosten van het basispakket (Zvw) naar verwachting met **6,5%**. De uitgaven voor de langdurige zorg (Wlz) stijgen met **9,2%**. Inflatie is de belangrijkste reden voor deze verwachte groei ten opzichte van vorig jaar. (Dit zijn ramingen op basis van de cijfers uit het eerste kwartaal 2023.)

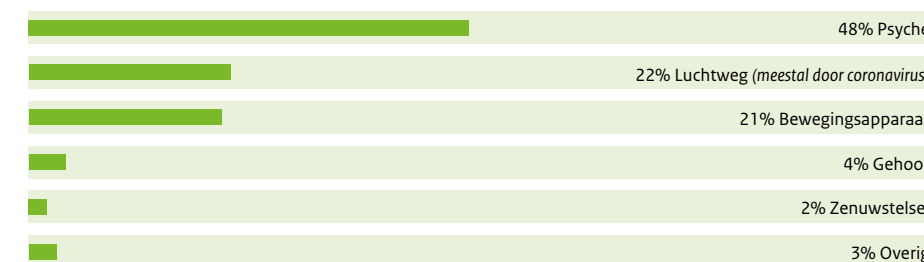
BRON: ZORGINSTITUUT

Het **verzuimpercentage** in de zorg daalde in het eerste kwartaal van 2023 naar 8,76. Dat is een daling van **11%** ten opzichte van 2022. Vooral het kortdurend verzuim daalde (33%).

BRON: VERNET



Bij **48%** van de meest gemelde beroepsziekten in 2022 ging het om psychische aandoeningen:



De meeste beroepsziekten per 100.000 werknemers werden gemeld in:

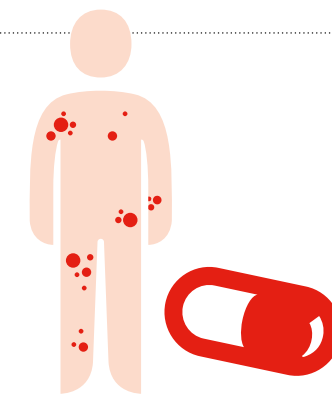
- het onderwijs: 163;
- groot- en detailhandel: 151;
- industrie: 137;
- gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening: 116.

BRON: NEDERLANDS CENTRUM VOOR BEROEPSZIEKTEN

De gezondheidszorg geniet in 2022 een groot publiek vertrouwen:

- 92% van de Nederlanders heeft (heel) veel vertrouwen in de huisarts.
- 88% heeft (heel) veel vertrouwen in de specialist.
- 86% heeft (heel) veel vertrouwen in de verpleegkundige.
- 77% heeft (heel) veel vertrouwen in het ziekenhuis.

BRON: 'BAROMETER VERTROUWEN IN DE GEZONDHEIDSZORG' VAN NIVEL



Het aantal gebruikers van schurft-medicijn ivermectine steeg in 2022 met **1600%** ten opzichte van 2021.

BRON: STICHTING FARMACEUTISCHE KENGETALLEN

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

De stelling van Manon Boddaert

“Tijdig palliatieve zorg verlenen draagt bij aan passende zorg in laatste levensmaand”

Palliatieve zorg levert een aanzienlijke bijdrage aan het welzijn van patiënten die niet meer kunnen genezen. Andersom lopen patiënten die in de laatste levensfase te lang worden doorbehandeld, veel meer kans op niet-passende zorg. Dat concludeert Manon Boddaert, arts palliatieve geneeskunde, in haar promotieonderzoek. Toch is palliatieve zorg in Nederland veelal nog geen structureel onderdeel van de zorgopleidingen en zijn we als zorgverleners en maatschappij doorgaans gericht op genezen en behandelen. Boddaert pleit voor integratie van palliatieve zorg in alle domeinen van de reguliere zorg.

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“Als arts palliatieve geneeskunde ontmoet ik mensen voor wie het vooral nog gaat over de essentie van het leven, omdat er voor henzelf of voor iemand die hun lief is, geen kans op genezing of herstel meer is. Palliatieve zorg heeft een integrale, persoonsgerichte benadering. Ik wil weten wie degene is die tegenover mij zit, hoe hij of zij omgaat met deze situatie, wat hij of zij belangrijk vindt en hoe we de zorg daar zo goed mogelijk op kunnen afstemmen in de tijd die iemand nog gegund is. Tijdig verlenen van palliatieve zorg verbetert de kwaliteit van leven, vermindert lichamelijke en psychische klachten en geeft aandacht aan sociale en existentiële problemen. En wanneer de dood onafwendbaar is, richt palliatieve zorg zich op afronding van het leven en kwaliteit van sterven. Dit is afgestemd op de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten. Zo draagt palliatieve zorg bij aan passende zorg aan het einde van het leven.”

Strijden is de norm

“In westerse landen overlijdt driekwart van de mensen niet onverwachts. Chronische ziekten zoals kanker,

dementie, COPD, hartfalen en neurologische ziekten zoals ALS zijn in Nederland de belangrijkste oorzaken van overlijden. Die zorgbehoeften stellen nu al hoge eisen aan de gezondheidszorg en aan de samenleving. En naar verwachting neemt het aantal mensen met chronische ziekten in welvaartslanden in de komende decennia nog toe met meer dan 50 procent. Uit het rapport *Niet alles wat kan, hoeft* van de KNMG uit 2015 en recent nog in rapporten van de Raad voor de Samenleving, blijkt dat voor ons strijden tegen zo’n ziekte en vechten voor het leven veelal de norm is. Stoppen met behandeling en accepteren dat het leven eindig is, voelt als opgeven. Daarbij zijn we als zorgverleners vooral opgeleid om te genezen en staan we vaak in de behandelstand. Zo is de dood steeds minder een vanzelfsprekend onderdeel van ons leven. Dit kan leiden tot te lang doorbehandelen en mogelijk niet-passende zorg in de laatste levensfase.”

Kwaliteitskader

“Voor mijn proefschrift heb ik de zorgdeclaraties onderzocht van ruim 43 duizend volwassenen die overleden waren aan kanker. Meer dan een derde van deze groep kreeg in de laatste levensmaand potentieel niet-passende zorg, zoals ziekenhuis- of IC-opnames →

“Arts en patiënt houden elkaar nog te vaak vast in een coalitie van hoop: de arts wil geen hoop ontnemen en begint nog niet over het levenseinde. En de patiënt hoopt dat het misschien toch nog niet zo slecht met hem gaat, zolang de arts er niet over begint”





Manon Boddaert is arts palliatieve geneeskunde bij het Expertisecentrum Palliatieve zorg van het Leids Universitair Medisch Centrum en is medisch adviseur bij Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en Palliatieve Zorg Nederland (PZNL). Ze promoveerde op het onderzoek *Quality Palliative Care for All – Want it! – Towards Death, While Alive*. Ze was mede-initiatiefnemer van het Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland.

“Artsen in opleiding leren wel hoe ze een slechtnieuws-gesprek voeren, maar niet hoe ze kunnen praten over de kwaliteit van leven in het zicht van de dood”

bezoeken aan de spoedeisende hulp, of overleed in het ziekenhuis. Mijn onderzoek toont aan, dat wanneer patiënten generalistische of specialistische palliatieve zorg krijgen vóór de laatste maand van hun leven, het vijf keer minder waarschijnlijk is dat zij niet-passende zorg krijgen in die laatste maand. Alleen: de meeste patiënten krégen geen palliatieve zorg, of kregen die pas in de laatste weken of zelfs laatste dagen van hun leven. Voor het *Kwaliteitskader Palliatieve zorg* (2017) hebben we een knelpuntenanalyse uitgevoerd. Patiënten en naasten benoemen knelpunten in communicatie met zorgverleners en in het krijgen van informatie, in coördinatie en continuïteit van zorg en in deskundigheid. Ook zorgverleners zelf herkennen deze punten. We hebben daarom essenties uit het kwaliteitskader benoemd om integratie van palliatieve zorg in de reguliere zorg te bevorderen. Dat zijn identificatie van de palliatieve fase, gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning, opstellen van een individueel zorgplan, coördinatie en continuïteit van zorg, effectieve communicatie en deskundigheid. Recent

onderzoek laat zien dat die essenties gepaard gaan met minder niet-passende zorg en meer tevredenheid over de geleverde zorg.”

Proactieve zorgplanning

“De patiënt verdient palliatieve zorg vanaf het moment dat je je als zorgverlener realiseert dat iemand niet meer beter wordt. Het komt er dan wel op aan, dat je de gesprekken over proactieve zorg, over behandelwensen en behandelgrenzen, vroegtijdig en in alle rust met elkaar voert. Een luisterend oor alleen is niet voldoende. Je moet ook open en eerlijk zijn. Een patiënt kan nog willen vechten voor meer tijd en zo nodig nog naar de IC willen, maar verwacht hij dan behoud van kwaliteit van leven? En wat als de kans daarop in zijn conditie minimaal is en het risico groot is dat hij niet meer van de beademing afkomt? Als je op een rustige manier uitlegt dat zijn kwaliteit van leven in alle gevallen slechter zal zijn dan die nu is, zal hij meestal zelf aangeven dat hij geen kasplantje wil worden en dat een IC-opname voor hem

“Strijden tegen een ziekte en vechten voor het leven is nog veelal de norm. Stoppen met behandeling van ziekte en accepteren dat het leven eindig is, voelt als opgeven”

dan misschien toch niet de juiste keuze is. Arts en patiënt houden elkaar nog te vaak vast in een coalitie van hoop: de arts wil geen hoop ontnemen en begint het gesprek over het levenseinde niet omdat hij denkt dat de patiënt daar nog niet klaar voor is. En de patiënt hoopt dat het misschien nog niet zo slecht gaat als hij denkt, zolang de arts er niet over begint. Een eerdere inzet van palliatieve zorg verbetert niet alleen de kwaliteit van leven van patiënten en hun naasten. De zorg zal beter afgestemd zijn op hun wensen en behoeften en het zorggebruik in de laatste levensmaand neemt af.”

Transmurale samenwerking

De overgrote meerderheid van de patiënten wil de laatste levensfase thuis doorbrengen, in het bijzijn van familie. Om dat mogelijk te maken is transmurale samenwerking nodig, met een individueel zorgplan waarin de afspraken tussen arts en patiënt zijn vastgelegd. En met de mogelijkheid van specialistische ondersteuning in complexe situaties. Zo kunnen we coördinatie en continuïteit van zorg garanderen en houden patiënten zelf de regie over de uitvoering daarvan. Zo’n zorgplan moet dan bij voorkeur elektronisch gegevens kunnen uitwisselen tussen de eerste, tweede en derde lijn. Daarvoor is een landelijke informatiestandaard nodig. Die zijn we op dit moment aan het ontwikkelen.”

Opleiden

“In Nederland hebben we afgesproken dat palliatieve zorg generalistische zorg is. Iedere zorgverlener moet die zorg kunnen bieden, omdat iedere zorgverlener te maken kan krijgen met patiënten die levensbedreigend ziek of kwetsbaar zijn en overlijden. Palliatieve zorg zou dan naar mijn idee verplicht moeten zijn in de opleiding geneeskunde. Dat is nu niet zo. Zolang palliatieve zorg niet in de geneeskundige opleiding zit, missen artsen de kennis die nodig is om die zorg te verlenen. Artsen in opleiding lopen wél stage in verloskunde, maar niet bij een specialistisch team palliatieve zorg of in een hospice. Dat is vreemd, want de meeste artsen krijgen vaker te maken met ziekte en overlijden dan met geboortes. We leren wel hoe we een slechtnieuwsgesprek voeren, maar niet hoe we kunnen praten over wat voor iedere unieke patiënt kwaliteit van leven is in het zicht van de dood. Bovendien leven patiënten langer door alle behandel-mogelijkheden die er zijn en krijgen ze te maken met steeds complexere symptomen. Zorgverleners kunnen

voor al deze aspecten van zorg de hulp inroepen van de specialist palliatieve zorg. Uit mijn onderzoek weten we dat dat nog weinig gebeurt.”

Zorgtransformatie

“Er is nu momentum om palliatieve zorg voor meer patiënten beschikbaar te maken. In het *Kwaliteitskader Palliatieve zorg* hebben we al vastgelegd wat we verstaan onder goede palliatieve zorg. De genoemde essenties vormen een zorgpad dat kan dienen als praktische richtlijn. Vorig jaar is ook het Nationaal Programma Palliatieve Zorg van start gegaan. Daarmee willen we de maatschappelijke bewustwording vergroten en proactieve zorg en ondersteuning voor iedereen beschikbaar maken. Tijdige integratie van hoogwaardige palliatieve zorg in alle domeinen van de reguliere zorg heeft de potentie van een zorgtransformatie, zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA) die voorstaat. Implementatie van het kwaliteitskader realiseert passende zorg en ondersteuning op de juiste plek, samen met de patiënt en diens naasten en richt zich op fysiek, mentaal, sociaal en existentieel welzijn. In het belang van alle patiënten, hun naasten en onze volksgezondheid, zouden we dat als samenleving moeten willen.”



De Culturele Apothekers schrijven voor bij...

Zomerbreak-dadendwang

De zomer staat voor de deur. Leuk vooruitzicht natuurlijk, ware het niet dat de prezomerperiode vaak enorm stressvol is. Je wordt opgejaagd door de gedachte dat alles op het werk op orde moet zijn voordat je weg kunt: elk taakje afgevinkt en losse eindjes weggewerkt. Ook thuis ligt er een waslijst aan dingen om te doen voordat je in alle rust kunt inpakken en wegwezen (of lui op je balkon kunt gaan zitten). De opgestapelde troep van een druk voorjaar wegwerken, nog even een bezoekje aan je oude moeder voor vertrek, en die sandalen kunnen echt niet meer dus hup langs tig winkels om gauw nieuwe te scoren. En dan hebben we het nog niet eens over het gevoel dat veel mensen overvalt dat ze ook alvast keuzes moeten maken voor het bestaan ná de zomer. Grootse en meeslepende keuzes, voor een nieuwe koers in een nieuw werk- of studiejaar.

Ziektebeeld

Heeft u dat ook, dat gevoel dat die paar weken vakantie het jaar scheiden in een ervóór en erná? En dat met die scheiding het moment daar is om Belangrijke Besluiten te nemen? Dan lijdt u aan het wijdverbreide *summer-break-decision-syndrome*. Het is gelukkig een tijdelijk syndroom, want in de praktijk gaan de meeste lijdens aan dit syndroom in augustus/september gewoon door met waar ze eind juni/begin juli waren gebleven. Mocht u ondanks dit gratis inzicht – graag gedaan – toch het gevoel houden dat u de boel zeer besluitvaardig op orde moet krijgen en wel snel ook, dan raden wij u graag een kalmerend leeskuurtje aan.

Literaire medicatie

Ga lekker liggen of zitten in een hangmat, een luie strandstoel of uw tuintje en geef u over aan Dave Eggers' hilarische roadtrip-verhaal *UZVSVOB* ('U Zult Versteld Staan Van Onze Beweeglijkheid'). Maak kennis met Will en Hand, twee vrienden met een bijzonder plan. Ze willen in een week tijd de wereld bereizen om geld uit te delen dat Will gewonnen heeft maar niet wil houden. Gewoon een kwestie van naar het vliegveld gaan, het eerste het beste vertrekkende vliegtuig pakken en dan daar waar ze uitkomen het geld weggeven aan iemand die het echt nodig heeft, toch?

Helaas. Het plan uitvoeren blijkt veel moeilijker dan gedacht, want hoe besluit je in vredesnaam wie het geld het beste kan gebruiken? Wat doet het met die persoon en met jou als je zomaar als buitenlander binnenstapt en geld geeft? En wie sluit je uit als je voor de een gaat en de ander in de misère laat zitten? Het aanvankelijke gevoel van daadkracht van de twee vrienden neemt snel af. Ze reizen van hot naar her en gaan in hun toenemende gebrek aan besluitvaardigheid over tot de meest maffe manieren van ongericht geld uitdelen.

Wentel u samen met Will en Hand in de besluiteloosheid en voel hoe langzaam, pagina voor pagina, uw ontvankelijkheid voor toeval, impulsiviteit en *go with the flow* toeneemt. Precies wat een zomerpauze een mens zou moeten brengen.

Mogelijke bijwerkingen

1. de wens ook kwistig met papiergeld te gaan strooien;
2. bijkans onbeheersbare doorreisverlangens;
3. lachstuipen.



Dialogoog slaat brug tussen formele en informele zorg

De beweging naar passende zorg vereist aanpassingen in de organisatie en het aanbod van zorg. Een van die veranderingen is het versterken van de samenwerking tussen formele en informele zorgnetwerken. Het Zorginstituut organiseerde samen met Nederland Zorgt voor Elkaar een dialoog tussen deze twee (nu nog vaak gescheiden) zorgwerelden. De ontmoeting werd bijgewoond door koningin Máxima.

Tekst Edith Bijl

Beeld Mark Sassen Fotografie

De 'Passende zorg-dialoog: brug tussen formele en informele zorg' vond op 23 mei plaats in Dorpshuis Austerlitz. Medisch specialisten, huisartsen, zorgbestuurders en zorgverzekeraars voerden verkennende gesprekken met vertegenwoordigers van informele zorgnetwerken zoals stads-, dorps- en buurtnetwerken, gericht op ondersteuning en welzijn van bewoners. De dialoog richtte zich op het verleggen van de focus van zorg *bieden* naar zorg *voorkomen*, waarbij samenwerking essentieel is. Zowel tussen zorginstellingen en professionals onderling, als tussen zorgprofessionals en informele zorgnetwerken. Deze zorgzame gemeenschappen, die draaien op vrijwilligers, brengen het actief 'omzien naar elkaar' terug in onze samenleving. Tijdens de bijeenkomst stonden zes van deze gemeenschappen centraal, met mooie



Koningin Máxima op werkbezoek bij de Passende zorg-dialoog over formele en informele zorg, vergezeld door speciaal gezant passende zorg Jan Kremer (l) en Jan Smelik (r), coördinator Nederland Zorgt voor Elkaar en oprichter Coöperatie Austerlitz Zorgt.

gesprekken tussen zorgprofessionals en vrijwilligers. De dialoog heeft laten zien dat echte verandering begint met het onderlinge gesprek en het delen van kennis en drijfveren. Door een brug naar elkaars werk- en denkwereld te slaan, hebben formele en informele zorgnetwerken elkaar beter op het netvlies en zoeken zij eerder de samenwerking. Een dergelijke diepgaande samenwerking binnen én buiten de zorg is nodig om de zorg goed en toegankelijk te houden.

Ruimte voor kracht van de burgers

Voorzitter Jet Bussemaker van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving verwoordde het kort en krachtig tijdens het plenaire deel van de bijeenkomst: "We moeten in de zorg ruimte maken voor de kracht van burgers. We moeten de méns centraal stellen, hem of haar niet alleen zien

als cliënt of patiënt." Haar oproep kreeg veel bijval, onder meer van Lucie Peijnenburg van Patiëntenfederatie Nederland: "Vanuit de grote opdracht om de zorg toegankelijk te houden, moet er meer in de informele sfeer, zoals vroeger." Zorginstituut-voorzitter Sjaak Wijma riep alle deelnemers op tot meer samenwerking tussen formele en informele netwerken: "Passende zorg vraagt van ieder van ons dat we over onze eigen schaduw heen springen – en *blíjven* heen springen."

Kader Passende zorg

Met de input van deze en andere Passende zorg-dialogen krijgt het Kader Passende zorg verdere invulling. Dit kader dient als houvast en wegwijzer richting passende zorg, waarbij we ons allemaal committeren aan de uitgangspunten en bijbehorende rollen en verantwoordelijkheden.

Programma Passende zorgpraktijken

“Het delen van goede voorbeelden van passende zorg stimuleert zorgtransitie”

Goede voorbeelden van passende zorg delen, analyseren wat de succesfactoren zijn maar ook welke hobbels moeten worden genomen. Zodat partijen elders in het land kunnen leren en zich laten inspireren, waardoor de beweging naar passende zorg kan versnellen. Dat is in een notendop de missie van het programma Passende zorgpraktijken van het Zorginstituut. Programmamanager Gerdien Franx en projectleider Anneke Blaauw leggen uit wat de bedoeling is.

Tekst Jos Leijen

Beeld Ron Zwagemaker

Het programma sluit aan bij het Integraal Zorgakkoord (IZA), legt Blaauw uit. “De zorg dreigt vast te lopen door vergrijzing, stijgende kosten en personeelsgebrek. We moeten anders denken en doen. Op veel plekken in het land zijn professionals hier al mee bezig. Maar vaak blijft het beperkt tot de eigen regio en lukt het niet om op te schalen. In dit programma gaan we mooie voorbeelden zichtbaar maken en bundelen om de zorgtransitie te stimuleren.”

Knop moet om

Gerdien Franx is in mei begonnen als manager voor het programma Passende zorgpraktijken. Hiervóór was zij programmamanager bij 113 Zelfmoordpreventie. “De opdracht is vergelijkbaar”, zegt ze. “Bij 113 moesten we ook een beweging op gang brengen waarbij veel partijen betrokken zijn. Niet alleen de zorg, maar onder meer ook het

sociaal domein, scholen en gemeenten.”

De knop moet om in de zorgsector, aldus Franx. “Ik las onlangs een artikel in *De Correspondent* over autovervoer en hoe we nu allemaal ingepompt krijgen dat we over moeten gaan op elektrische auto’s. Terwijl veel achterliggende vragen over ons vervoersysteem en -gedrag onbeantwoord blijven. Moeten we wel allemaal een eigen auto willen? Kunnen we niet beter kijken naar hoe en waarom we ons verplaatsen? En dat veranderen? In de zorg kun je bijvoorbeeld nieuwe, minder invasieve manieren bedenken om knieoperaties te doen. Maar je kunt je ook afvragen hoe je die

operaties kunt voorkomen. Meer kijken naar preventie. Dan wordt het een veel breder verhaal waar meer partijen bij betrokken zijn. We moeten toe naar een integraal gezondheidsecosysteem waarin de zorg houdbaar, mensgericht en passend is en waarin we samen werken en leren en met elkaar verbeteren.”

“Het mooie is dat dit al gaande is”, vervolgt Franx. “Wij gaan de voorbeelden verzamelen en analyseren met de zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars, zodat we van elkaar kunnen leren en kunnen helpen om de initiatieven te verspreiden en op te schalen. We starten in 2023 met een eerste ronde, zodat de passende zorgpraktijken in 2024 kunnen worden meegenomen in de zorgcontractering voor 2025.”

Lerende aanpak

Anneke Blaauw is in 2019 bij het Zorginstituut komen werken als projectleider Uitkomstgerichte zorg. Daarvoor werkte ze als manager in een ziekenhuis, waar zij diverse vernieuwingen in de zorg heeft gerealiseerd. Zoals op het vlak van moeder-



Gerdien Franx (l.) en Anneke Blaauw

en kindzorg, een van de onderwerpen die bij het programma Passende zorgpraktijken ook aan bod komen. Sinds september is Blaauw bezig met de voorbereiding van het programma, onder meer door gesprekken te voeren met veldpartijen en experts.

Het plan is om te starten met twee onderwerpen die aansluiten bij de doelgroepen uit het IZA. Dat zijn mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen met psychische klachten, mensen met (risico op) kanker, mensen met (risico op) hart- en vaatziekten en ouderen met een kwetsbare gezondheid. “We vragen zorgpartijen om voorbeelden aan te leveren van verbeteringen en vernieuwingen. Als we pakweg tien voorbeelden hebben, bespreken we die in dialoogsessies met de veldpartijen. We bekijken hoe deze voorbeelden bijdragen aan de gewenste transitie naar passende zorg. Na een paar maanden pakken we twee volgende thema’s op, waarbij we dezelfde aanpak hanteren.”

Anneke Blaauw:
“In dit programma gaan we mooie voorbeelden zichtbaar maken en bundelen om de zorgtransitie te stimuleren”

en te ‘plotten’ op transitie-instrumenten kan de veranderpotentie worden ingeschat, los van de lokale context. Dankzij inzicht in wat bijdraagt aan succes en wat tegenwerkt kunnen initiatieven op andere locaties en in een andere omgeving aan de slag. Franx en Blaauw krijgen hulp van een team van ongeveer tien medewerkers. Die werken op diverse afdelingen van het Zorginstituut en zijn een deel van hun tijd beschikbaar voor het programma. Zo zijn meerdere disciplines in het team vertegenwoordigd, zoals data-expertise, veranderkunde, analyse en communicatie. Verder kan het team gebruikmaken van de netwerkcontacten die er vanuit het Zorginstituut al liggen met de partijen die betrokken zijn bij de IZA-onderwerpen.

“Het mooie van het programma is dat we starten met initiatieven die zorgaanbieders en verzekeraars zelf al bedacht hebben”, zegt Franx. “Zij zijn al volop bezig met initiatieven om de zorg toekomstproof te maken. Ik kijk uit naar de contacten met enthousiaste professionals om te horen wat zij nodig hebben. Onze opdracht is om te inventariseren wat er al gebeurt en wat we daar met elkaar in het gezondheidsecosysteem van kunnen leren. Om vervolgens initiatieven verder te brengen en de beweging naar toekomstbestendige zorg te versnellen.” |

Meer info?

Mail naar passendezorgpraktijken@zinl.nl.



“De contacten met de partijen zijn goed. Ik merk gedrevenheid en betrokkenheid, en de wil om dingen te veranderen”

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 implementatie van de verbeterafspraken uit het **Verbetersignalement Maagklachten**.

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker en De Beeldredactie | Marco Vellinga

aan het **Bureau**

Edwin Heeregrave is projectleider Zinnige Zorg bij het Zorginstituut.

“Het onderzoek naar de zorg voor mensen met maagklachten kwam voort uit het bredere Zinnige Zorg-project ‘Ziekten van het spijsverteringsstelsel’. In de verdiepfase van het traject ‘Zinnige Zorg bij maagklachten’ stelden we de betrokken partijen de vraag hoe het zorgtraject voor mensen met maagklachten verbeterd kon worden. Daarbij onderzochten we in hoeverre de zorgpraktijk afwijkt van hoe de zorg in de richtlijnen staat omschreven. Daar waar die te veel afwijkt moet er dan een verbeterafpraak komen. Dit bleek onder meer het geval bij de patiëntenvoorlichting, de inzet van gastroscopieën (kijkonderzoek van de maag), het gebruik van maagzuurremmers en anti-refluxchirurgie (maagoperatie). De verbeterafspraken die de partijen hierover hebben gemaakt hebben wij beschreven in het **Verbetersignalement Maagklachten**. Na consultatie van partijen zijn zij uiteindelijk in augustus 2021 hiermee akkoord gegaan. Daarop startte de implementatiefase, de fase waarin partijen met de verbeterpunten aan de slag gaan. Onze rol in deze fase is het ondersteunen van de partijen, bijvoorbeeld door het organiseren van bijeenkomsten en het delen van goede voorbeelden. Inmiddels zijn we anderhalf jaar verder en zien we op sommige onderwerpen al wat gebeuren, zoals bij het onderzoek van David naar verwijfsindicaties bij gastroscopieën (zie rechterpagina). Ook op het gebied van patiëntenvoorlichting zien we de eerste resultaten, zoals de campagne ‘Gepaste zorg bij maagklachten’ van Doen of Laten. Bij andere onderwerpen zien we dat de vertaalslag van verdieping naar implementatie lastig is, bijvoorbeeld omdat partijen niet altijd voldoende tijd en mankracht hebben om dit op te pakken. De contacten met de partijen zijn goed. Ik merk gedrevenheid en betrokkenheid, en de wil om dingen te veranderen. Ik verwacht dan ook dat we in de komende jaren de eerste verbeteringen gaan zien in de zorg voor mensen met maagklachten.”



aan het **Bed**

David Hirsch is MDL-arts in ziekenhuis Rijnstate in Arnhem.

“Ik ben al zo’n drie jaar betrokken bij dit Zinnige Zorg-traject. Het triggerde mij om me in de implementatiefase te richten op een van de verbeterafspraken: het terugbrengen van het grote aantal gastroscopieën die specialisten (MDL-artsen) en huisartsen aanvragen. Er worden te veel gastroscopieën aangevraagd bij *functionele dyspepsie*, ofwel maagklachten zonder lichamelijke oorzaken. Dat wilde ik aan de hand van ziekenhuisdata aantonen, maar DBC’s zeggen niets over de gebruikte verwijfsindicaties. Ook de indicaties van huisartsen zijn vaak moeilijk terug te vinden en niet eenvoudig te koppelen aan de uitkomsten van de gastroscopie. Dat gaat nu beter, sinds we standaard in het patiëntendossier noteren door wie iemand is doorverwezen en met welke verwijfsymptomen. Dat maakt de analyse makkelijker. Uit die analyse blijkt dat er bij het merendeel van de gastroscopieën die door huisartsen zijn aangevraagd geen oorzaak voor de klacht is gevonden. Ook als we naar de DBC’s kijken zien we dat er in de helft van de gevallen sprake is van functionele dyspepsie - en een gastroscopie dus ten onrechte is uitgevoerd. Hoe kunnen we dit grijze gebied verkleinen? Dat is lastig; je kan een huisarts niet kwalijk nemen dat die een gastroscopie laat doen bij iemand die (dus vaak ten onrechte) bang is voor maag- of slokdarmkanker. Bovendien kost het uitleggen waarom een gastroscopie niet nodig is veel meer tijd dan om dat onderzoek uit te voeren. Daarom is het belangrijk om aan huisartsen en specialisten terug te koppelen wat er uit de gastroscopie is gekomen, zodat zij kunnen zien of hun verwijfsing terecht was. We kunnen dan beter aantoonbaar maken dat gastroscopie bij functionele dyspepsie geen zin heeft, evenmin als bij mensen onder de vijftig jaar. Op die manier hebben we een goede uitkomstmaat, waarmee we in combinatie met goede patiëntenvoorlichting het aantal verwijfsindicaties uiteindelijk kunnen terugbrengen.”

“Dit Zinnige Zorg-traject triggerde mij om het aantal gastroscopieën bij functionele dyspepsie terug te brengen”

Verwenzorg bij Sevagram onder Planetree-paraplu

Zo min mogelijk hospitaliseren, maar verwenzorg bieden in een helende omgeving. De ouderenzorg bij Sevagram is ingericht op de principes van de zogeheten Planetree-gedachte, oftewel integrale mensgerichte zorg. Vrijwilligers zijn onmisbaar. Geen soft gedoe, stelt bestuursvoorzitter Pim Steerneman, maar zorg met bezieling en compassie die je kunt meten en certificeren.

Tekst Loek Kusiak

Beeld De Beeldredactie | Marcel van Hoorn

“Zo lang mogelijk thuis wonen, het nieuwe paradigma, is in feite een bezuiniging. Iedereen weet hoeveel ellende er vaak achter deuren van ouderen schuilgaat. Zeker hier, in het sterk vergrijzende Zuid-Limburg. Daarnaast is er afnemende belangstelling van jongeren voor werken in de zorg. Toch verwachten mensen dat wij 24/7 excellente zorg bieden. Een utopie. Alsof excellente zorg leveren even vanzelfsprekend is als het leveren van elektra of kraanwater.” Zo schetst bestuursvoorzitter Pim Steerneman (62) van Sevagram een hardnekkig misverstand dat de ouderenzorg achtervolgt.

Sevagram, een zorgorganisatie uit Heerlen met 22 locaties en 2.700 medewerkers, kan volgens Steerneman “absoluut niet buiten haar 900 vrijwilligers die activiteiten mogelijk maken. We kunnen het niet alleen, ook niet zonder familie van bewoners. Cliënten wonen hier relatief kort. Slechts 25 procent van de tijd omvat primaire zorg, de rest gaat over wonen en welzijn. Onder dat gesternte heeft mensgerichte zorg volgens de principes van Planetree hier een plek gevonden.”

Helende omgeving

De uit Amerika overgewaaide Planetree-filosofie over mensgerichte zorg stoelt op twaalf pijlers, waaronder gezond eten, drinken en bewegen, een warme ambiance door architectuur en interieur, emancipatie en eigenaarschap van medewerkers. Voor de stappen naar het realiseren van mensgerichte zorg kan de organisatie een certificering verdienen. Steerneman: “Planetree is geen softe be-doening en ook geen papieren tijger, maar een integrale en meetbare visie over fysieke zorg, geestelijk welzijn en compassie in een helende omgeving. Planetree focust op bezieling van iedereen in de organisatie, van directeur tot de ICT’er in de backoffice en de gastvrouw. Dat is dus iets heel anders dan de HKZ/ISO-certificering, want die kwaliteits-

beoordeling gaat alleen over systemen.” De psycholoog Steerneman heeft vele jaren ervaring in de jeugdzorg. In 2010 las hij een boekje over de filosofie van Planetree. Kort daarvoor was hij aangetreden als bestuursvoorzitter om Sevagram uit de nood te helpen. De financiën en het vastgoed had hij snel op orde, maar Steerneman zocht ook naar “een paraplu, een stip op de horizon voor een tijdperk van continuïteit van zorg waar zowel cliënten als medewerkers zich comfortabel bij voelen. Dat werd Planetree, een framework dat je zelf kunt invullen.”

Niet iedere medewerker stond meteen te juichen, herinnert hij zich. “We doen al zoveel aan goede zorg, was de reactie. Ik heb de zorgfilosofie wel moeten prediken. Er ontstond een positieve flow toen ik inspiratiesessies organiseerde met Fred Lee, auteur van *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis*, en door dingen uit te proberen bij ons zorgcentrum in Valkenburg. Belangrijker dan het halen van een kwaliteitskeurmerk was toen de weg ernaartoe: in tijden van bezuinigingen met schaarse middelen slimme dingen doen voor persoonsgerichte zorg en welzijn.”

Poezenkamer

Steerneman geeft graag enkele voorbeelden van een helende omgeving die in de woon- en zorgpraktijk van Sevagram inmiddels gemeengoed zijn: “Neem de retro belevingshoeken. Voor cliënten die gelovig zijn is de grot van Lourdes nagebouwd. Maar we hebben ook een nostalgisch filmtheater en een treincoupé uit vroeger jaren. Voor ouderen met een huisdier is er een poezenkamer. Bewoners schenken zelf de koffie in als ze dat kunnen. Onze koks gaan aan de slag met suggesties van cliënten over eten. Of neem kunst. Samen met een kunstenares beschilderen cliënten wijnkoelers, die weer voor het goede doel verkocht worden. Of de cliënten schilderen het huis waar ze vroeger woon-



“Mensen verwachten 24/7 excellente zorg. Een utopie. Alsof excellente zorg leveren even vanzelfsprekend is als het leveren van elektra of kraanwater”

den. Van een Indische mevrouw kreeg ik laatst een appje waarin je haar in een rolstoel ziet salsadansen. Ouderen moeten vanuit thuis waardig kunnen verhuizen naar een verpleeghuis. Daar hoort ‘verwenzorg’ bij. Bewoners moeten hobby’s van vroeger kunnen voortzetten. Bij een verhuizing stellen we met de familie van de nieuwe bewoner een profiel op.”

Vitale medewerkers

Ook het personeelsbeleid bij Sevagram is met Planetree doordesemd, vervolgt Steerneman. “Tien jaar geleden keken medewer-

kers op tegen leidinggevend als ze iets niet wisten. Die moesten de antwoorden maar geven. Dat hebben we omgedraaid. Nu gaat het om kwaliteitsverbetering die vanuit de werkvloer ontstaat, om eigenaarschap en persoonlijk leiderschap voor vitale medewerkers. Zij zien nu het verband tussen bijvoorbeeld de aankleding van een kamer of een gebouw en hoe we een specifieke cliënt bejegenen. Medewerkers benadrukken ook zelf in welke vaardigheden ze willen groeien. En aangezien het ziekteverzuim is gedaald verdien ik indirect ook geld.”

“In huiskamergesprekken praten zorgmedewerkers, cliënten en naasten over hoe de zorg beter kan. Positief en zelfs cruciaal voor de audits die Planetree afneemt is dat bewoners, medewerkers en familie focusgroepen vormen, met voor hen als terugkerende vragen: ziet u vooruitgang? En waar zit dat in?” Al in 2014 behaalden alle individuele zorgcentra van Sevagram internationale erkenning in de vorm van het Planetree-label. Vorig jaar verwierf Sevagram als een van de wereldwijd 89 zorgorganisaties die volgens Planetree werken - na een reeks visitaties, audits, panelgesprekken en vierhonderd interviews met cliënten, naasten en medewerkers - de hoogste ofwel ‘gouden certificering’ voor mensgerichte zorg.

Proeftuinen

Wat blijft er, met zoveel erkenning, dan verder te doen aan innovatie van de ouderenzorg in Zuid-Limburg? “Community care”, reageert Steerneman, “bedacht door Sevagram met financiering door verzekeraar CZ en met steun van andere zorgaanbieders, het sociaal domein en gemeenten. Het is hét Zuid-Limburgse antwoord op de vergrijzing, arbeidsmarktproblematiek en toenemende zorgzwaarte en kostenstijgingen. Het gaat om proeftuinen in drie regio’s waar wij zorglocaties openzetten als middelpunt voor onder meer welzijnsactiviteiten voor ouderen.”

“Als zorgaanbieders doen we bitter weinig met het sociale netwerk in woonwijken, van buurtsuper tot bibliotheek. Sevagram wil regisseur zijn in de verbinding van initiatieven in de wijk om de kwaliteit van leven achter de voordeur te verbeteren en eenzaamheid te lijf te gaan. Want verpleeghuizen erbij bouwen is geen optie. Dankzij ketensamenwerking via Community Care kunnen mensen langer thuis blijven wonen en, als het niet anders kan, later naar een aanleunwoning of verpleeghuis verhuizen.”

Zorginstituut Jaaroverzicht 2022

Vorige maand publiceerden wij ons *Jaaroverzicht 2022*. De publicatie, die we in opdracht van het ministerie van VWS hebben uitgebracht, biedt een overzicht van onze belangrijkste activiteiten en resultaten in het jaar 2022. Het *Jaaroverzicht 2022* is online op onze site te raadplegen. Hier benoemen we enkele highlights.

Campagne #dezorgvanmorgen

Met een korte, opvallende film lanceerden wij in het voorjaar van 2022 de bewustwordingscampagne #dezorgvanmorgen. We nodigden iedereen met hart voor de zorg via sociale media uit om mee te denken over de toekomst van de zorg en over noodzakelijke keuzes om zorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Verschillende patiënten, huisartsen, verpleegkundigen, medisch specialisten - en ook andere hulpverleners buiten de zorg - werkten mee om het gesprek actief op gang te brengen. Met eigen video-testimonials deelden zij hun ervaringen en vertelden over hun keuze voor passende zorg. De campagne bracht het maatschappelijke gesprek over de toekomst van de zorg breed op gang: meer dan 20.000 mensen reageerden en deelden hun mening en ideeën. In totaal zijn ongeveer 10 miljoen Nederlanders de bewustwordingscampagne tegengekomen via media en sociale media.

Passende zorg is de nieuwe norm

De beweging naar passende zorg, waarvoor we eind 2020 samen met de NZa de basis legden met het advies *Samenwerken aan Passende zorg: de toekomst is nú*, hebben we in 2021 en 2022 voortgezet. Het eerste halfjaar van 2022 richtten we ons vooral op het creëren van draagvlak voor passende zorg. En het

jaar begon meteen goed: het nieuwe kabinet legde half januari in het coalitieakkoord vast dat passende zorg voortaan de norm is. Ook in het Integraal Zorgakkoord uit september 2022 wordt passende zorg de norm genoemd voor alle zorg. Zo zagen we dat de bewustwording rond passende zorg in 2022 in de samenleving steeds breder gedragen wordt. En dat partijen ons steeds vaker benaderden om mee te denken over hun taken, zoals afgesproken in de Zorgakkoorden. Samen zoeken we naar een nieuwe invulling, waar we in 2023 volop op voortborduren.

Belangrijke resultaten en ontwikkelingen

In 2022 hebben we hard gewerkt aan het pakket van goede verzekerde zorg. Zo

verduidelijkten we de zorg bij valpreventie bij ouderen. Ook adviseerden we om het coronavirusmedicijn Paxlovid voor medische risicogroepen te vergoeden. Met onze subsidieregelingen stimuleerden we onder andere veelbelovende zorg en samen beslissen. En we startten met activiteiten in het kader van passende zorg. Denk aan de al genoemde campagne #dezorgvanmorgen en de publicatie van het *Kader Passende zorg*, halverwege 2022. |



Meer lezen?

Het volledige Jaaroverzicht 2022 is te downloaden op onze site.



3 adviescommissies met deskundigen

4 principes in het Kader passende zorg

5 Europese landen (inclusief Nederland) doen samen prijszonderhandelingen



8 subsidies voor veelbelovende zorg



26% van de Nederlanders is bereid hogere premies te betalen

19°C is de maximale temperatuur in ons gebouw

21 Woo-verzoeken hebben we afgehandeld



27 video-testimonials over hoe de zorg beter zou kunnen, verschenen er



432,3 fte was de gemiddelde bezetting



2.000 Nederlanders zijn bevraagd als onderdeel van de campagne

33.000 mensen ervaren chronische pijn

80.000 sociale media-berichten in het kader van de campagne #dezorgvanmorgen

€ 2,9 miljoen per patiënt kost een behandeling met geneesmiddel Libmeldy

€ 33 miljoen en maximaal € 74 miljoen kost de vergoeding van Paxlovid

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:

Sander Hilberink
Lector Kenniscentrum
Zorginnovatie Hogeschool
Rotterdam

“Mensen met een levenslange zorgvraag worden steeds opnieuw geïndiceerd om in aanmerking te komen voor vergoeding vanuit de Wmo of de zorgverzekering. Waarom moeten zij elke twee à drie jaar opnieuw geïndiceerd worden voor een aandoening die nooit overgaat? Waarom stoppen we daar niet mee? Daar maak ik mij sterk voor.

Mijn oproep (onder meer in mijn testimonial voor de campagne #DeZorgvanMorgen) krijgt steeds meer gehoor. Gemeente Rotterdam, mijn woonplaats, is vorig jaar gestopt met herindicering, gevolgd door Utrecht, Maastricht en IJsselstein. Ook andere gemeenten komen langzaam in beweging.

Met de herindicaties vanuit de (gemeentelijke) Wmo gaat het dus de goede kant op. Maar bij de Zorgverzekeringswet zie ik nog weinig veranderingen. Dit komt met name door de zorgverzekeraars; die lopen hier nog niet warm voor. Ik gaag hen uit om over de brug te komen, zodat voor Zvw-geïndiceerde zorg geen herindicaties meer vereist zijn. Vorige maand ben ik hierover met hen in gesprek geweest.

Sinds half mei kunnen mensen met een pgb en een levenslange zorgvraag bij hun zorgverzekeraar verlenging aanvragen van de toekenning. Deze gaat dan van twee naar vijf jaar. Dat is een positieve ontwikkeling, maar helaas geldt deze regeling dus alleen voor verzekerden met een pgb. Die regeling mag van mij breder ingezet worden. En die vijf jaar is wat mij betreft een startpunt; uiteindelijk moet dit een toekenning voor onbepaalde tijd worden.”

Beeld De Beeldredactie | Guido Benschop

“Stop met onzinnige herindicaties van burgers die een levenslange aandoening hebben”

Over zorg gesproken...

“Je kunt over tien jaar echt niet meer voor alles naar de huisarts of de psycholoog. Die tijd is voorbij.”

Marian Kaljouw bij haar afscheid als bestuursvoorzitter NZA, in de Volkskrant (21 maart 2023).

“Risicoverevening is de parel van ons zorgverzekeringsstelsel.”

Ton van Houten, bestuursvoorzitter Zorg en Zekerheid, op zorgvisie.nl (5 juni 2023).

“Binnen de zorg moeten we elkaar meer vertrouwen. Er wordt veel dubbel werk gedaan. Terwijl een verpleegkundige goed kan inschatten hoe het met een patiënt gaat. Daar zijn niet altijd cijfers voor nodig.”

Ontregelexpert Boukje Keijzer op zorgvisie.nl (17 mei 2023).

“Is het logisch dat mensen overal recht op hebben? Vergeet niet dat we dat met elkaar moeten betalen. Ik wil mensen niets onthouden. Behalve als dat niet nodig is.”

Directievoorzitter Georgette Fijneman van zorgverzekeraar Zilveren Kruis, op zorgvisie.nl (25 april 2023).

“Iedereen in dit land heeft recht op zorg, maar óók recht op een veilige werkomgeving. En wie dat tweede recht verziekt, kan de pot op met zijn gebroken teen of erger. Al kijkt-ie nóg zo zielig.”

Columnist Linda Akkermans in het AD (28 maart 2023).

“De tijd dat een arts binnen tien seconden besloten had welke behandeling het wordt, moet nu echt voorbij zijn.”

Directeur Dianda Veldman van Patiëntenfederatie Nederland, op zorgvisie.nl (21 april 2023).

“Het is een illusie dat in goed onderling overleg lastige keuzes over de zorg kunnen worden gemaakt. Om het zorgstelsel houdbaar te houden, zijn ook bindende gezondheidsdoelen nodig.”

Hoogleraar Marco Varkevisser namens groep wetenschappers van ESHPM, op zorgvisie.nl (9 mei 2023).

“Passende zorg is niet zwart of wit. Voor sommige patiënten is zorg zinvol en voor anderen minder zinvol of zelfs schadelijk. Die nuance in het debat is belangrijk.”

Tijn Kool, hoogleraar passende zorg Radboud, op zorgvisie.nl (18 april 2023).

“Alle partijen moeten elkaar helpen bij de transitie naar een nieuw bekostigingsmodel, gebaseerd op samenwerking. Anders komt er van de transitie naar passende zorg niet veel terecht.”

Willem Veerman en Hans van der Schoot, resp. bestuursvoorzitter en directeur Vereniging VvAA, op vaa.nl (19 april 2023).