

Ziekenhuis en zorg thuis worden één

drs. P. Lems,
senior adviseur bij Prismant

prof. dr. A.P.W.P. van Montfort,
directeur Prismant

Correspondentieadres:
peter.lems@prismant.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Thuis de bloeddruk opmeten of een zwangerschap vaststellen kan allang. Maar de technologie gaat snel vooruit en voor diagnostiek en monitoring van met name chronische ziektes hoeft straks niemand meer de deur uit. Een ontwikkeling die steun verdient.

In de naoorlogse decennia nam de intramurale zorg een hoge vlucht. Wie ziek was ging het huis uit en werd opgenomen in wat een 'inrichting' heette: ziekeninrichtingen, krankzinnigeninrichtingen, psychiatrische inrichtingen en verpleeginrichtingen. Patiënten waren aan bed gekluisterd: bedrust was een belangrijke overweging voor opname en lange ligduren. Deze periode van zogeheten 'kluisterzorg' resulteerde in 1980 in bijna 1,6 miljoen opnamen en 67.000 dagbehandelingen. Tussen 1980 en 2000 nam de bevolking weliswaar met circa 2 miljoen toe en groeide het aantal 65-plussers, maar het aantal klinische opnamen in ziekenhuizen daalde tot 1,5 miljoen. De dagbehandeling rukte op: het aantal dagopnamen steeg van 67.000 naar bijna één miljoen. In 2007 nam het aantal klinische ziekenhuisopnamen toe ten opzichte van 2000, namelijk van 1,5 naar 1,7 miljoen.

Het aantal dagopnamen is daarentegen sterk gestegen van 1 miljoen naar 1,6 miljoen. Het aantal dagbehandelingen is inmiddels even groot als het aantal klinische opnamen en wie wordt opgenomen ligt er steeds korter. Binnenkort zal het aantal dagbehandelingen het aantal klinische opnamen overtreffen.

Werd in 1985 een eerste polibezzoek nog gevolgd door gemiddeld vier herhaalbezoeken, nu door slechts 1,6. En door slimmere logistiek zoals *one stop shopping* vindt de diagnostiek zoveel mo-

gelijk op één dag plaats, zodat patiënten niet onnodig vaak naar het ziekenhuis hoeven. Het komend decennium wordt het huis van de patiënt een steeds belangrijkere plaats voor het bieden van medische zorg.

Zorg thuis

Een combinatie van ontwikkelingen zorgt ervoor dat de overgangen tussen thuis en ziekenhuis vloeiend worden. Zorg thuis wordt een belangrijk onderdeel van de gezondheidszorg. Ze bevat al die vormen van informele, professionele en technologische arrangementen waardoor patiënten in hun eigen huis verzorgd, ondersteund, gediagnosticeerd, behandeld en gemonitord worden. Daarbij zal het traditionele onderscheid tussen op genezing gerichte zorg (cure) en verzorging en begeleiding (care) steeds meer vervagen. Dat is zeker het geval nu het aantal chronisch zieken steeds meer toeneemt. Veel ziektes die vroeger dodelijk waren, laten mensen nu in leven, maar wel met een chronische aandoening. In 2007 is voor het eerst in de recente Nederlandse geschiedenis het aantal sterfgevallen door kanker hoger dan die door hart- en vaatziekten. De curesector zal zich ook meer en meer gaan bezighouden met secundaire preventie van chronische aandoeningen. Dat wil zeggen het voorkomen van verergeringen in de gezondheidstoestand van patiënten en het verbeteren van de kwaliteit van leven. Secundaire preventie staat steeds meer in de belangstelling, ook bij zorgverzekeraars, omdat het aantal patiënten met chroni-

***Met domotica kunnen
patiënten langer zelfstandig
blijven wonen***



Met technische hulpmiddelen als deze kan een deel van de zorg voor chronisch zieken thuis worden geboden.

beeld: (links) Frank Muller, HH en ANP Photo



sche aandoeningen sterk toeneemt en secundaire preventie kan bijdragen aan beperking van de schadelast voor zorgverzekeraars.

Technologie

Vier belangrijke technologische ontwikkelingen zorgen er afzonderlijk en in combinatie voor dat patiënten langer thuis kunnen blijven als ze ziek zijn: domotica, telemonitoring, technologie ten behoeve van thuisdiagnostiek en robotica.

Door het integreren van telematicaoplossingen in huis (domotica) kunnen patiënten aangenamer, veiliger en langer zelfstandig blijven wonen. Domoticadomeinen zijn zorg (alarmering en mobiliteit), communicatie (bijvoorbeeld contact op afstand door middel van geluid of videoverbinding), werken (telewerken, teleshoppen en tele-educatie), ontspannen (tv, films, muziek, spelletjes), comfort (zoals verwarming, ventilatie) en ten slotte energie (slimme systemen die de temperatuur in huis regelen en afstemmen op de behoefte van de patiënt). Uit een recent rapport van de IGZ blijkt dat domotica nog te veel technologiegedreven zijn en minder gericht op noden en behoeften van klanten en patiënten. Maar dat is een kwestie van tijd. Bij technologische vernieuwingen overheerst aanvankelijk nu eenmaal de focus op de techniek. Maar zodra de toepassingen meer gemeengoed worden, komen ook de finetuning met de praktijk en dus de klantgerichtheid goed op gang.

Zelf meten

Mensen kunnen allang thuis hun temperatuur meten, vaststellen of ze zwanger zijn en het suikergehalte in hun bloed meten. Voor de meeste

andere metingen ten behoeve van diagnostiek en controle is men nog aangewezen op bezoek aan een huisarts of specialist. De komende jaren komt echter een arsenaal aan technologie beschikbaar om thuis diagnostiek te bedrijven. Momenteel zijn goede bloeddrukmeters beschikbaar om hypertensie thuis te monitoren. Alle verenigingen van hypertensiespecialisten bevelen het thuis meten van bloeddruk aan boven het meten in een polikliniek of huisartsenpraktijk. Saturatiemeters bieden de mogelijkheid om zelf het zuurstofniveau in het bloed te meten. Ademhalingsproblemen kunnen thuis gemeten worden met spirometers, *peak flow meters* en capnografen. De ernstige aandoening slaapapneu kan tegenwoordig thuis gemonitord worden door een combinatie van sensoren die de ademhaling meten, het hartritme en de zuurstofsaturatie. Een andere categorie van mogelijkheden voor thuisdiagnostiek is de zogenaamde *lab-on-a-chip* technologie. Deze maakt gebruik van alle mogelijke menselijke uitscheidingsstoffen (bloed, urine, speeksel, faeces, ademhalingsgassen, enzovoort) om afwijkingen te detecteren. Patiënten met bipolaire stoornissen die lithium gebruiken, kunnen tegenwoordig thuis het lithiumgehalte in het bloed meten. Daarvoor hoeven ze niet meer naar een laboratorium van een ziekenhuis. Biosensoren in het lichaam kunnen fysiologische veranderingen detecteren in cellen in reactie op pathogenen, verontreinigingen en biologisch actieve stoffen, waaronder medicijnen.

Op het terrein van robotica voor de zorg loopt Japan voorop. Want met een overvloed aan ouderen en een tekort aan jongeren, staat Japan aan de vooravond van de grootste bevolkingsafname ooit in de geschiedenis van het land.

Overheid en industrie zijn daarom volop bezig robots te ontwikkelen die dienst moeten doen als bejaardenverzorgers. In Nederland worden robots ontwikkeld die patiënten ondersteunen bij hun revalidatieproces.

Alle hiervoor beschreven sensoren zijn standalone toepassingen. Door ze te combineren en de gegevens draadloos of via Internet naar zorgprofessionals te sturen, kunnen patiënten op afstand gemonitord en geadviseerd worden. Bijvoorbeeld in het geval van COPD, binnen tien jaar de derde doodsoorzaak in de westerse wereld. Via enkele

niet-invasieve sensoren kan de lichamelijke conditie van de COPD-patiënt worden gemeten. Sensoren in het domoticasysteem meten luchtvochtigheid, luchtzuiverheid en temperatuur in huis. Door een videoverbinding tussen een zorgprofessional en een COPD-patiënt en kennis van de lichamelijke conditie en de huiselijke omstandigheden, kunnen gerichte adviezen worden gegeven om verergeringen van de lichamelijke conditie en ziekenhuisopnamen te voorkomen.

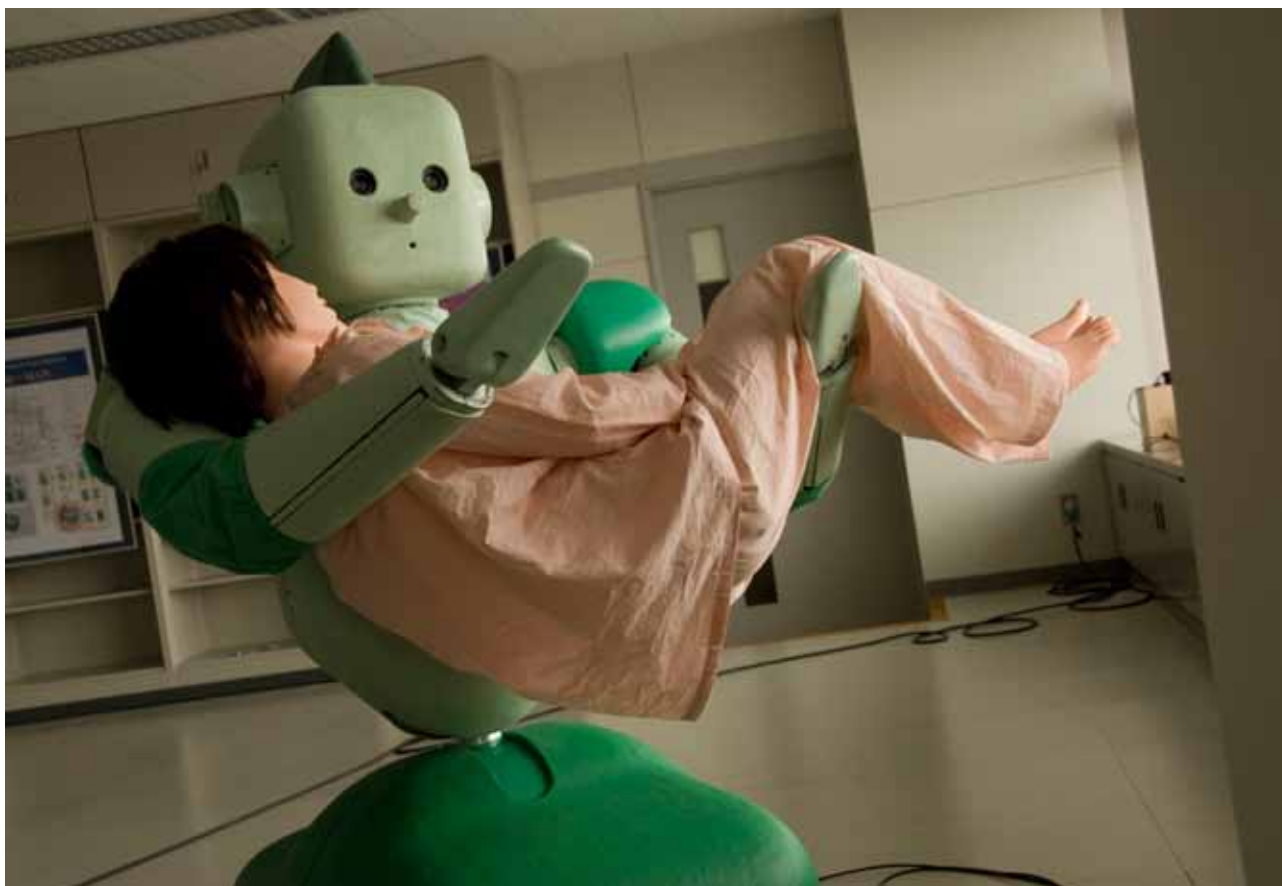
Niet-invasieve sensoren meten de conditie van de COPD-patiënt

Ri-man, een Japanse robot die verpleegkundigen moet gaan helpen patiënten te tillen.

beeld: Corbis

Particuliere thuiszorg

Volgens het Kenniscentrum voor Wonen en Zorg maakten rond 2005 circa 350.000 mensen van 55 jaar en ouder gebruik van particuliere thuiszorg voor huishoudelijke en persoonlijke verzorging. Dat is, afgezet tegen het aantal ouderen dat verzekerde thuiszorg ontving (500.000) relatief veel. Verwacht wordt dat dit aantal, met de steeds betere sociaaleconomische positie van ouderen, de komende jaren nog zal stijgen. Zo voorspelt het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) een groei tot 2020 met 17 procent naar 410.000. Daarnaast zullen verzekerden steeds vaker aanvullende thuiszorg bijkopen. Gespecialiseerde verpleegkundige zorg thuis zal de komende jaren ook vaker voorkomen. Deze vorm van verpleegkundige zorg thuis is uit de AWBZ gehaald en ondergebracht in de Zorgverzekeringswet. In april 2009 heeft de NZa een regeling vastgesteld waarbij deze zorg onder de verantwoordelijkheid van de specialist valt en de specialist ook de indicatie voor gespecialiseerde zorg thuis stelt. Op talloze terreinen zal de zorg thuis de komende jaren toenemen: infusiotherapie, parenterale toediening van medicatie, pijnbestrijding, transfusies, parenterale voeding, sedatie van terminale



SAMENVATTING

- Sinds het begin van deze eeuw vervaagt de scheiding tussen ziekenhuis en zorg thuis steeds verder.
- Cure en care gaan in elkaar over, dankzij combinaties van domotica, telegeneeskunde, lab-on-a-chip technologie, particuliere en betaalde gespecialiseerde zorg thuis.
- Beleidsmakers moeten geen rem zijn op deze efficiënte ontwikkeling, maar er juist positief op inspelen.

patiënten, sondevoeding, nierfunctievervangende therapie, chemotherapie, katheterisaties, monitoring van risicozwangeren thuis, chronisch hartfalen, enzovoort. Het belang van deze ontwikkeling werd onlangs nog eens onderstreept in een artikel in *The Archives of Internal Medicine*. Daarin wordt bepleit om patiënten van boven de 75 met chronisch hartfalen thuis te behandelen in plaats van in een ziekenhuis. 'Qua ziektebeloop en sterfte is er geen verschil tussen beide vormen van medische zorg, maar de ouderen zijn thuis minder depressief, ze eten beter en ze hebben een betere kwaliteit van leven dan in het ziekenhuis.'¹

Beleidsmakers

Terwijl de scheiding tussen thuis en ziekenhuis verdwijnt en fysieke afstanden tussen patiënt en ziekenhuis minder belangrijk worden, ontwikkelt het ziekenhuis zich als expertisecentrum van de medische zorg. Zorg die zich richt op genezing, maar ook op het monitoren van chronisch zieken teneinde gezondheids crises te voorkomen. De concentratie in de ziekenhuiswereld gaat gewoon door. Ondanks het streven naar substitutie (het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar de huisarts) nemen ziekenhuizen steeds meer eerstelijnsfuncties over. Huisartsenposten voor spoedzorg worden vaker geïntegreerd in een ziekenhuis. Het aantal poliklinische apotheken neemt toe. Verloskundigen zijn steeds vaker onderdeel van de ziekenhuisorganisatie. Gespecialiseerde thuisverpleging wordt meer en meer vanuit het ziekenhuis geboden en zorgboulevards in ziekenhuizen bieden medisch aanverwante diensten en producten aan.

Teleoplossingen kunnen pas echt gaan floreren als de regel wordt opgeheven dat alleen *face to face* contacten voor vergoeding en honorering in aanmerking komen. Het begin is gemaakt met het honoreren van e-consult door de huisarts. Maar het beleid ten aanzien van zorg en technologie is nog te afwachtend en te versnipperd. Een gerichte strategie om technologie voor de zorg thuis te bevorderen is gewenst. Financiering van secundaire preventie bij chronisch zieken moet deel gaan uitmaken van het verzekeringspakket.

Een valkuil waar ook beleidsmakers te vaak intrappen is een ontkennen van of zelfs grondig wantrouwen tegen deze ontwikkelingen; het vooroordeel dat technologie 'eng' is of kil en onmenselijk. Voor de patiënt valt echter te hopen dat de vooruitgang niet wordt ontkend, maar juist bevorderd. Want dat levert kwaliteits- en doelmatigheidswinst op. 

Sarcasme

'Ik weet een hele goede chiropractor in Alkmaar. Die man verricht wonderen. Als u de verwijzing schrijft, zal het hoofdkantoor de kosten vergoeden.' Het is een telefoontje van een beginnende filiaalmanager. Hij belt over mevrouw E. Zij is verkoopmedewerker, maar kan vanwege rugklachten haar werk niet verrichten. De activerende insteek, netjes volgens de richtlijnen, heeft nog weinig resultaat opgeleverd. De jaarlijkse serie fysiotherapie is verbruikt. Zelf oppert mevrouw E. een verwijzing naar de specialist, voor een MRI. De manager pakt zijn verantwoordelijkheid voortvarend op. De Wet verbetering poortwachter verwacht immers een actieve inbreng, uitdrukkelijk ook van de werkgever.

Ik slik mijn opkomende sarcasme in. Dit tafereel speelt zich af in het oosten van het land, op een reisafstand van minstens twee uur tot Alkmaar. Dichtbij is alle zorg voorhanden die je maar kunt bedenken, inclusief chiropraxie. Maar op een sarcastische adviseur zit niemand te wachten. Dus regel ik nog wat bedenktijd. Mevrouw E. komt binnenkort weer op het spreekuur.

Een weekje later wordt duidelijk hoe het zal aflopen, nog voordat een woord is gewisseld, laat staan enig onderzoek is verricht. Het oogcontact, opstaan in de wachtkamer, meelopen in de gang: dit alles illustreert de heilzame werking van een nieuwe manager, die aandacht biedt en zorg, veel zorg.

Ik besluit om het feestje niet te bederven en schrijf de verwijzing. Hoe het afloopt? De bedrijfsarts is niet meer nodig. Ik zie mevrouw E. niet terug op het spreekuur. Laten we zeggen: geen bericht, goed bericht. Niet erg evidence-based, maar voor de Poortwachterwet geldt het resultaat.

Eveline Knibbeler,
bedrijfsarts

Dit is Eveline Knibbelers eerste colum. Zij is bedrijfsarts vanuit KB Consult in Nijmegen. In deze rubriek volgt zij Jan Maasen op.



Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Referentie

1. Hospital at home for Elderly Patients with Acute Decompensation of Chronic Heart Failure. *Archives of Internal Medicine*, vol 169, No 17, september 28, 2009.