

Het moet anders in de zorg, het kan anders in de zorg



Bevordering zelfredzaamheid

Focus op gehele behandeling

Behandeling zo dicht
mogelijk bij de patiënt

Verhoging kwaliteit van leven

Voorwoord

De patiënt blijft op dit moment verstoken van de beste zorgoplossingen met toepassing van medische hulpmiddelen en technologie. Hierdoor wordt de patiënt de beste zorg onthouden. Daarmee wordt ook voorbijgegaan aan noodzakelijke oplossingen voor onder meer het toenemend tekort aan personeel in de zorg en het betaalbaar houden van de zorg. Wij willen met dit zwart-witboek laten zien waarom de patiënt die hulpmiddelen niet krijgt en waar het ons inziens misgaat. Daarbij belichten we onderdelen van de processen rondom introductie van nieuwe technologieën die misgaan in de praktijk. Daarna geven wij oplossingen die wij noodzakelijk vinden voor een betere en houdbare patiëntenzorg. Tenslotte gaan wij in op de maatschappelijke voordelen en baten van de tijdige inzet van medische hulpmiddelen en technologie in de zorg. Dit geeft een nadrukkelijk beeld van de invloed van deze middelen op de zorg en het maatschappelijke functioneren van de patiënt.

Dit zwart-witboek bestaat uit drie onderdelen:

1 Waar gaat het mis?

In het eerste deel wordt ingegaan op een aantal actuele hindernissen, drempels en witte vlekken die implementatie van innovaties van medische hulpmiddelen en technologie in de weg staan.

2 Wat moet er anders?

In dit deel worden oplossingen aangedragen ter versnelling en verbetering van het proces rondom de introductie van medische hulpmiddelen en technologie.

3 Zo kan het ook!

Aan de hand van 8 voorbeelden benadrukken wij de maatschappelijke relevantie van de zorg met ondersteuning van verschillende medische hulpmiddelen en technologie. Een integrale benadering en visie op zorg en beschikbaarheid van medische hulpmiddelen levert veel op.

Wie is Nefemed?

Nefemed is de belangenorganisatie van producenten en leveranciers van medische hulpmiddelen. De leden hebben vanuit hun maatschappelijke betrokkenheid een duidelijke strategische visie op de toekomst van de gezondheidszorg in het algemeen en de rol en bijdrage van de medische hulpmiddelensector daarin in het bijzonder. De leden van Nefemed onderscheiden zich doordat zij zich richten op innovatie, het structureel werken aan verbetering van de producten ten behoeve van de patiënt, in samenwerking met artsen, patiënten en wetenschappers.

Bij Nefemed zijn ruim 60 bedrijven aangesloten met een gezamenlijke jaaromzet van ruim € 950 miljoen.

Hiermee vertegenwoordigt Nefemed een significant deel van de Nederlandse markt van medische hulpmiddelen.

1

Waar gaat het mis?

Hindernissen, drempels en witte vlekken bij zorginnovaties

De ambtelijke werkgroep die de curatieve zorg in het kader van de brede heroverweging onder de loep heeft genomen, is van mening dat nieuwe medische technologie relatief eenvoudig instroomt in het collectieve basispakket.

Nefemed deelt dit standpunt in het geheel niet. Innovatie van medische technologie en de beschikbaarheid daarvan voor de patiënt kent

een groot aantal hindernissen. Dit is zorgelijk, aangezien innovatie in de zorg noodzakelijk is om het hoofd te bieden aan de enorme uitdagingen waar de sector in de toekomst mee te maken krijgt, zoals de vergrijzing. Hieronder volgt een opsomming van de belemmerende factoren voor innovaties in de zorg.

1. Procedures niet transparant

De procedures voor instroom en bekostiging van (nieuwe) medische technologie zijn langdurig en niet transparant. Voorbeelden van dossiers die bij CVZ als pakketbeheerder zijn ingediend wijzen op het ontbreken van een helder proces en vaste tijdslijnen alsook op gebrekkige communicatie richting de indiener. Het proces wordt door betrokken fabrikanten dan ook gezien als een black box. Zo zijn beslissingen op dossiers ingediend in 2008 nog steeds niet bekend. Gelet op de korte levenscyclus van een groot aantal medische hulpmiddelen en de voortdurende vernieuwing op onderdelen (anders dan bij geneesmiddelen waar overigens wel wordt gewerkt met vaste tijdslijnen) zijn de langdurige en niet transparante procedures een sta-in-de-weg voor bedrijven die medische technologie en hulpmiddelen ontwikkelen ten behoeve van een betere zorgverlening.

2. Fragmentatie

De procedure voor medische technologie als onderdeel van medisch-specialistische zorg is complex door fragmentatie. Partijen als CVZ, DBC-Onderhoud en NZa zijn betrokken bij de toelating en bekostiging van nieuwe medische technologie en hulpmiddelen. Deze organisaties zijn volgtijdelijk in het toelatings- en vergoedingsproces betrokken. Strikte toepassing van termijnen ontbreekt. De Zorginnovatiewijzer, een initiatief van CVZ, NZa en ZonMW komt in haar rapportage van dit jaar tot de conclusie dat de complexiteit van het systeem een sta-in-de-weg is voor zorginnovaties. Voorbeelden zijn er van medische hulpmiddelen die aan de patiënt voorbij gaan omdat ze vooralsnog niet beschikbaar zijn vanwege de ingewikkeldheid van de procedure.

3. DBC-tarieven aanpassen

De langdurigheid van procedures wordt o.a. manifest door een trage aanpassing van DBC-tarieven. Medische technologieën die voldoen aan het pakketcriterium 'stand van de wetenschap en de praktijk' passen daarmee nog niet altijd in het tarief van de bestaande DBC. Zolang geen aanpassing van het tarief wordt doorgevoerd is het voor het ziekenhuis financieel onaantrekkelijk deze nieuwe technologie te gebruiken. Resultaat is dat de patiënt niet voor de technologie in aanmerking komt of dat de DBC-systeem op oneigenlijke wijze wordt gebruikt.

4. Ontbreken innovatiebudget

Het trage proces rond structurele vergoeding leidt er onder andere toe dat langdurig van een tijdelijke vergoeding gebruik wordt gemaakt (de zogenaamde lokaal productiegebonden component). Deze financieringsbron is er om innovatie te stimuleren en is niet bedoeld om reguliere zorg te bekostigen. Voor nieuwe innovaties ontbreekt vervolgens voldoende budget.

5. Ontschotting

Onduidelijkheid over de wijze van bekostiging of vergoedingen dwingt bedrijven tot een andere keuze. Voorbeelden zijn er van medisch-specialistische hulp waarbij medische hulpmiddelen worden gebruikt in het ziekenhuis en daarna in de thuissituatie. Hierbij is niet duidelijk wat binnen het ziekenhuisbudget of een DBC moet worden vergoed en wat via het Besluit Zorgverzekeringen voor medische hulpmiddelen vergoed moet worden. De focus is daarmee teveel gericht op de diverse onderdelen van de behandeling en niet op de behandeling als geheel. Daar komt nog bij dat medische hulpmiddelen die de medisch-specialist in het ziekenhuis voorschrijft niet altijd ook vergoed zijn door de zorgverzekeraar bij voortzetting van de behandeling in de thuissituatie. De onduidelijkheid leidt ertoe dat patiënten langer en vaker in het ziekenhuis verblijven dan strikt noodzakelijk. Onnodige kosten zijn het gevolg evenals een afname van de kwaliteit van leven van de patiënt. Conclusie is tevens dat de behandelwijze die de medisch-specialist heeft ingezet ook niet altijd leidend is. Deze zogenaamde ziekenhuisverplaatste zorg en de bekostiging hiervan over de schotten heen kent zoveel onduidelijkheid dat bedrijven Nederland missen bij productintroducties.

6. Prijsfocus

Voor de (extramuraal) hulpmiddelenzorg zijn zorgverzekeraars volledig risicodragend. Zorgverzekeraars verleggen risico's naar de distributieketen, een vorm van herverzekering, met verschraling van en verlies aan kwalitatieve zorg als gevolg. Geconstateerd wordt dat de prijsdruk in de vorm van dagvergoedingen, jaarvergoedingen en clustervergoedingen nog steeds een groot probleem is. Voor de leverancier van medische hulpmiddelen is het bijna onmogelijk om binnen deze vergoedingen adequate hulpmiddelenzorg te leveren. De ruimte voor innovatie is mede daardoor niet of nauwelijks aanwezig. Inzicht in keuzemogelijkheden voor de patiënt ontbreekt.

7. Kortetermijndenken

De focus van zorgverzekeraars op de korte termijn (maximaal 1 jaar) beperkt de innovatie. Bovendien beperkt dit kortetermijndenken, met primaire prijsfocus, de inzet van medische hulpmiddelen die de zelfredzaamheid en het zelfmanagement van een patiënt krachtig ondersteunen. Daardoor is extra inzet van zorgpersoneel vanuit andere financieringsdomeinen zoals de AWBZ noodzakelijk waardoor onnodige kosten worden gemaakt. Met andere woorden, hier is sprake van een ongewenste en perverse prikkel. Bovendien werkt een dergelijke prikkel niet arbeidsbesparend maar juist arbeidsverhogend in een tijd van personeelstekorten in de zorg.

8. Procesinnovaties

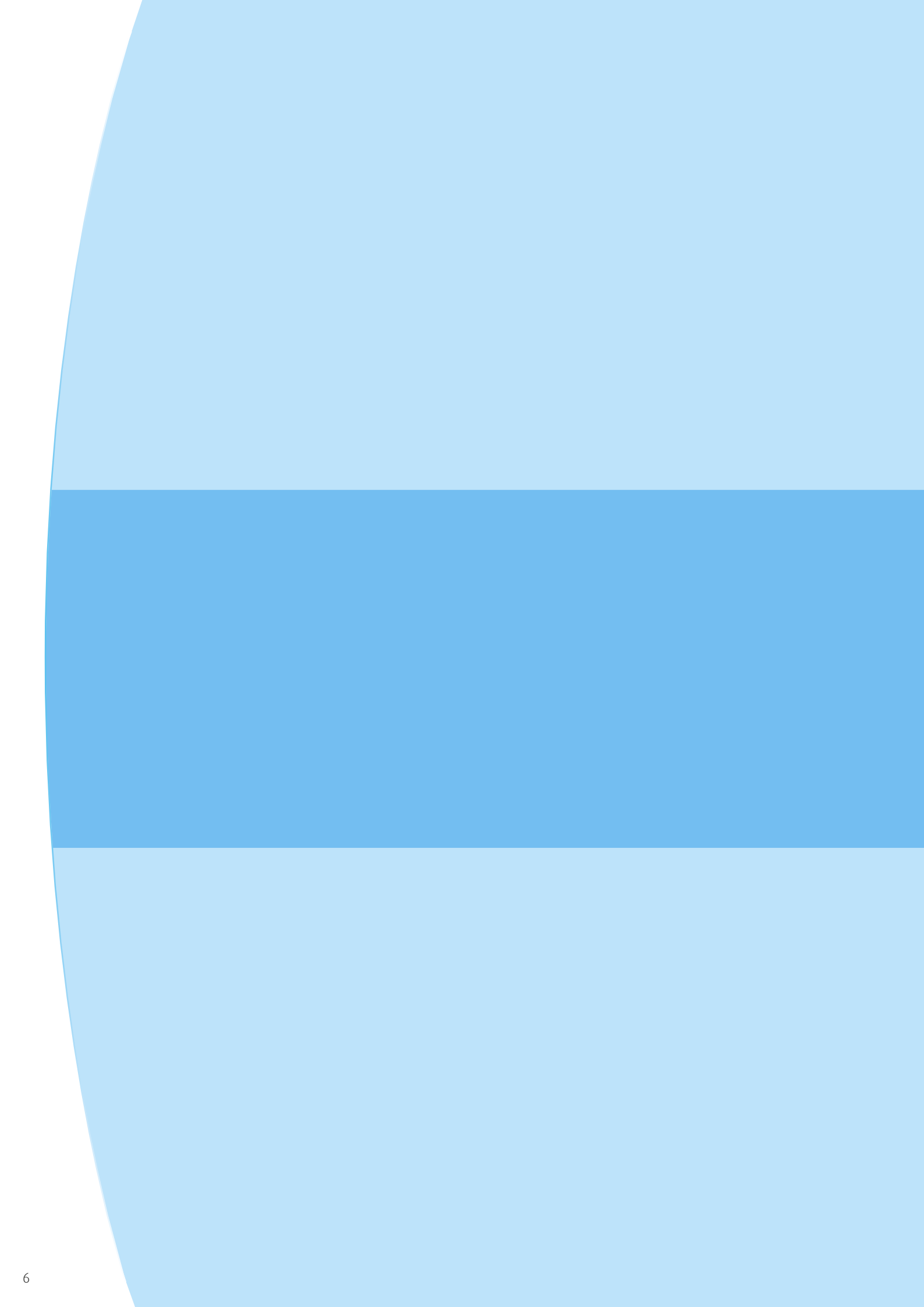
Productinnovaties zijn ook noodzakelijk om tot procesinnovaties te komen. Dit geldt voor de zorginstellingen maar ook voor behandeling van patiënten in de thuissituatie. Versterking van de zelfredzaamheid is nodig om patiënten thuis optimaal te ondersteunen. Vele voorbeelden van medische hulpmiddelen zijn er die dit mogelijk maken maar waarbij de schotten in de financiering drempels opwerpen.

9. Verschil met buitenland

Bij de beoordeling van medische technologie en hulpmiddelen ten behoeve van het basispakket wordt onvoldoende rekening gehouden met het niveau van de bewijslast, meer in het bijzonder met de (extra) bewijslast die in Nederland is vereist in vergelijking tot het buitenland. Meerdere voorbeelden zijn er van medische hulpmiddelen die in het buitenland al enige tijd worden vergoed waarbij het CVZ in Nederland een zogenaamde RCT vereist om over toelating tot het basispakket te kunnen beslissen.

10. Vertraging

Nadrukkelijk wijzen wij ook op de effecten van het controversieel verklaren van het onderwerp 'DBC op weg naar transparantie'. In de praktijk betekent dit dat geen aanpassing of opname van nieuwe medische technologieën in het B-segment plaatsvindt. Ziekenhuizen zijn voor de financiering daardoor aangewezen op het A-segment dat evenmin wordt aangepast of onderhouden. De innovatie blijft daardoor voorlopig op de plank liggen.



2

Wat moet er anders?

Oplossingen

In het vorige deel is gewezen op een aantal drempels en hindernissen bij innovaties in de zorg. In dit deel gaan we in op een aantal oplossingsrichtingen.

1. Stroomlijning en transparantie van het proces voor instroom en bekostiging van innovaties

Door een tijdige instroom van innovatieve medische hulpmiddelen en technologieën moet een einde worden gemaakt aan de fragmentatie en de overlap aan activiteiten van partijen die hierbij zijn betrokken. Hierdoor kunnen innovaties sneller worden doorgevoerd en worden veel kosten bespaard.

- A Tussen partijen als de CVZ (aanspraak basisverzekering), DBC-Onderhoud (bekostiging en instrumentatie) en NZa (beschrijving van de prestatie en vaststelling tarieven) moet een betere en snellere afstemming plaatsvinden om innovaties in de basiszorg te implementeren. Een proces met een volgtijdelijke inzet van genoemde partijen moet plaatsmaken voor een proces waarbij deze partijen tegelijkertijd met hun deel van de werkzaamheden aan de slag gaan.
- B De betrokkenheid van genoemde partijen moet zijn gebaseerd op een heldere taakafbakening en transparante verdeling van werkzaamheden waarbij dubbel werk wordt voorkomen.
- C Noodzakelijk is dat er een realistische tijdslijn gaat gelden om een innovatiedossier volledig te behandelen. Een tijdslijn van een half jaar lijkt ons inziens haalbaar.
- D Om een innovatie ook in te passen in een bestaande DBC met een al vastgesteld tarief is het noodzakelijk dat hiervoor een realistische tijdslijn gaat gelden. Een tijdslijn van 4 maanden is ons inziens haalbaar om aanpassing van het tarief te realiseren.
- E Het aanbrenge van een innovatiedossier bij DBC-Onderhoud is voorbehouden aan partijen die in de Wet Marktordening Gezondheidszorg zijn genoemd. Medisch-technologische bedrijven zijn vooral aangewezen op de wetenschappelijke verenigingen. Het bedrijf dat de medische technologie heeft ontwikkeld is volledig afhankelijk van de bereidheid van de wetenschappelijke verenigingen een dossier in te dienen. Dit getrapte proces draagt vervolgens bij aan de buitengewoon geringe transparantie over de status van de behandeling van een ingediend dossier. Bovendien ontbreekt het aan noodzakelijke snelheid waarmee een dossier wordt behandeld.

Wij pleiten voor een expliciete rol en betrokkenheid van de medische industrie bij het indienen van een dossier.

- F Een tijdelijke vergoedingsregeling moet de bewijsvoering met betrekking tot het genereren van gewenste (kosten)effectiviteitsgegevens van veelbelovende zorginnovaties faciliteren. Dit noodzakelijke financieringsinstrument levert daarmee een essentiële bijdrage aan de implementatie van innovaties in de zorg.
- G Snelheid en transparantie bij het instroomproces leidt ertoe dat eerder een besluit moet worden genomen over wat behoort tot de reguliere basiszorg en wat niet. Hierdoor wordt voorkomen dat innovatiebudgetten zoals de lokaal productiegebonden component ten onrechte voor reguliere basiszorg worden gebruikt.
- H Als volgens de plannen van het Ministerie VWS een nationaal kwaliteitsinstituut gerealiseerd wordt is het noodzakelijk dat de inhoudelijke agenda van dit instituut rekening houdt met bovenstaande oplossingen.

2. Focus op gehele behandeling en niet op onderdelen

Het patiëntperspectief moet centraal staan. Nu ligt de focus op bekostiging van onderdelen van de behandeling, wat leidt tot ondoelmatige prikkels met als gevolg suboptimale zorg en relatief hoge kosten.

- A Bij de keuze van de juiste behandeling zijn behandelaar en de patiënt vooral aan zet. De ontwikkeling van richtlijnen bij de extramurale hulpmiddelenzorg is en wordt met name hierop gebaseerd. In de gekozen benadering op basis van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-WHO) staan behandelaar en patiënt centraal waarbij het functioneren en het maatschappelijk participeren van de patiënt een integraal kader vormen voor hulpmiddelenzorg.
- B In toenemende mate is sprake van verplaatsing van ziekenhuiszorg naar de thuissituatie. Vaak worden dezelfde medische hulpmiddelen gebruikt in het ziekenhuis als thuis. Bekostiging van de medische hulpmiddelen in het ziekenhuis is onderdeel van de DBC die door de medisch specialist als behandelaar wordt geopend. Veelal bestaat onduidelijkheid over continuering van de bekostiging van

de voorgeschreven behandeling in de thuissituatie waar de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor de inkoop van hulpmiddelenzorg.

Wij pleiten er sterk voor dat de behandelaar die verantwoordelijk is voor de totale behandeling ook beschikt over de financiële middelen om de behandeling conform zijn zorgplan in de thuissituatie voort te kunnen zetten.

- C Verdere ontwikkeling van zorgstandaarden met daarbij de juiste aandacht voor de integrale benadering vanuit patiëntperspectief moet volop worden doorgezet. Hierbij mag de medische industrie niet ontbreken. Een goed voorbeeld hiervan is het initiatief om te komen tot een wondplatform in Nederland om wondzorg op een hoger niveau te krijgen (zie hiervoor www.wondplatform.nl).

3. Bevordering zelfredzaamheid

Het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten is van groot belang. Het draagt bij aan de noodzakelijke arbeidsbesparing van zorgpersoneel, het is kostenbesparend (ziekenhuisverplaatste zorg) en niet op de minste plaats draagt zelfredzaamheid in grote mate bij in kwaliteit van leven van de patiënt. De inzet op bevordering van de zelfredzaamheid van patiënten vereist een brede aanpak waarbij kwalitatieve en innovatieve medische hulpmiddelen en technologieën onontbeerlijk zijn.

- A De inkoop van hulpmiddelenzorg door zorgverzekeraars moet een integraal karakter krijgen waarbij de uitgangspunten van de ICF (compensatie functieverlies, persoonlijke activiteiten en maatschappelijke participatie) centraal staan.

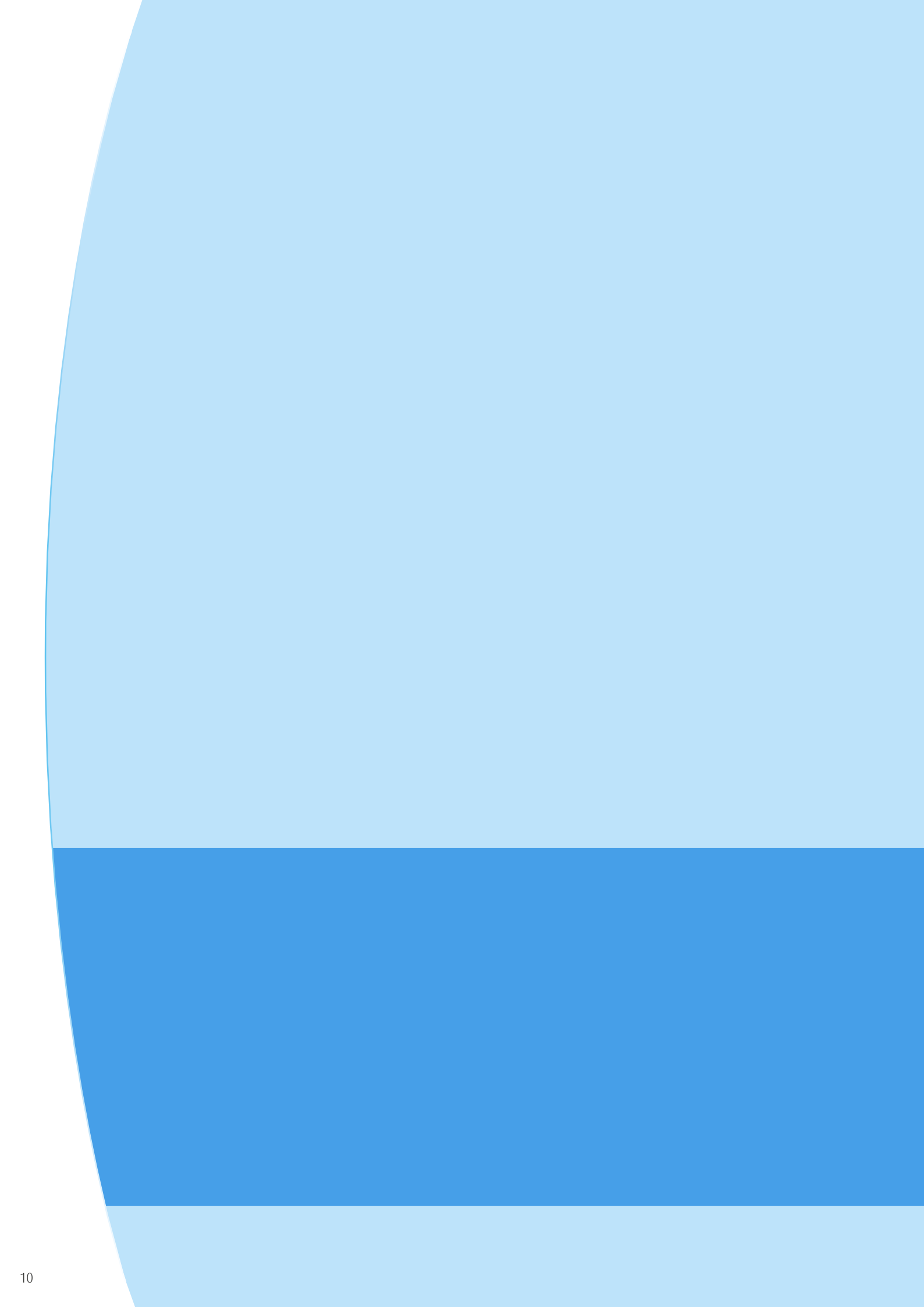
Met andere woorden, zelfmanagement door de patiënt vereist maatwerk op individueel patiëntenniveau.

- B Zorgverzekeraars moeten daarom afstappen van een inkoopbenadering gefixeerd op groep- of clusterprijzen als enig onderscheidend criterium. Het huidige mechanisme van 'herverzekering' door middel van het verleggen van risico's naar de leverancier van hulpmiddelenzorg is gebaseerd op een kortetermijnvisie en eenzijdige kostenbenadering. Dit moet plaatsmaken voor een langetermijnvisie aan zowel de inkoopkant van de zorgverzekeraar in relatie tot de hulpmiddelenleverancier als aan de verzekeringskant met de optie van meerjarige contracten met verzekerden. Investeren in de zorg is dan het uitgangspunt en niet de kosten van de zorg.

- C Ondoelmatige en perverse prikkels moeten ten behoeve van de langetermijnvisie en integrale inzet van medische hulpmiddelen bij zelfmanagement worden geëlimineerd. De ZVW en de AWBZ zullen meer op elkaar zijn afgestemd zodat de AWBZ niet langer het afvalputje van de ZVW is. Strategisch gedrag wordt hierdoor voorkomen. De financiering moet immers de patiënt volgen. Daarbij past een herschikking van de AWBZ waarbij de zorgverzekeraar meer, ook financieel als risicodragers wordt betrokken.

- D De verplaatsing van zorg van de (dure) tweede lijn naar de eerste lijn en het daarmee samenhangende palet aan zorgstandaarden, richtlijnen en dergelijke vraagt om een duurzame inzet van medische hulpmiddelen en technologie. Medische hulpmiddelen en technologie maken het mogelijk dat patiënten niet langer dan nodig zijn gehospitaliseerd en zorgen er tevens voor dat continuering van de behandeling en/of zorg in de thuissituatie mogelijk is. De juiste inzet van medische hulpmiddelen en technologie draagt dan bij aan een (kosten)effectieve maatwerkoplossing bij de zorgverlening voor de patiënt. Ook invaliderende effecten worden zo voorkomen (zie ook Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2010). Bovendien draagt een dergelijke duurzame inzet van medische hulpmiddelen effectief bij aan de oplossing van het dreigende tekort aan medewerkers in de zorg.

De hiervoor gegeven probleemschetsen en oplossingen maken duidelijk dat medische hulpmiddelen niet alleen in het zorgdomein maar ook maatschappelijk tot voordelen leiden.



3

Zo kan het ook!

Voorbeelden uit de praktijk

In dit deel wordt de noodzaak van inzet van het meest adequate en best passende hulpmiddel geschetst aan de hand van een aantal voorbeelden. Deze voorbeelden geven duidelijk weer dat er op het gebied van medische hulpmiddelen en innovatie nog grote slagen te maken zijn wanneer de patiënt centraal wordt gesteld. In de huidige situatie is de patiënt veelal de dupe van het systeem, waarbij voorbij wordt gegaan aan de best passende inzet en toepassing van een

medisch hulpmiddel. De juiste inzet van medische innovaties en hulpmiddelen hebben daarnaast invloed op vele maatschappelijk relevante terreinen zoals verhoging kwaliteit van leven, verlenging van levensjaren en vergroten van zelfredzaamheid. Daarnaast dragen medische hulpmiddelen en technologie ook bij aan efficiency in het zorgproces, verlenging van arbeidsduur en toename van arbeidspotentieel. Hieronder wordt daar verder op ingegaan.

1. Het benutten van arbeidspotentieel van gebruikers van hulpmiddelen

In Nederland hebben ongeveer 5500¹ personen een volkomen dwarslaesie. Het merendeel van deze groep heeft door omstandigheden op latere leeftijd een dwarslaesie gekregen en had daarvoor dikwijls al een maatschappelijk leven opgebouwd. Door de dwarslaesie krijgen zij veelal last van retentie-incontinentie, waardoor deze mensen moeten katheteriseren, vaak meerdere keren per dag. Door de complexiteit van deze behandeling voelt deze patiëntengroep zich vaak uitgesloten.

Hoe anders?

Deze groep van patiënten kan door inzet van een specifiek hulpmiddel vrijwel geheel zelfstandig en volwaardig terugkeren in het maatschappelijke leven. Essentieel hierbij is in de eerste periode niet een standaardkatheter voor te schrijven maar allereerst een beeld te vormen van de maatschappelijke omstandigheden (inclusief arbeidsomstandigheden) van de patiënt. Hierdoor worden andere eisen gesteld aan een katheter als hulpmiddel. Vaak is voor deze groep patiënten een specifieke katheter nodig die weliswaar twee keer zo duur is als een 'standaardkatheter', maar waarmee deze patiëntengroep wel in staat wordt gesteld zelfstandig en vrijwel onopvallend te katheteriseren. Gebruik hiervan neemt hooguit 10 minuten in beslag en dat 5 tot 6 keer per dag.

Maatschappelijke baten:

- Meer laagdrempelige terugkeer in het arbeidsproces;
- Zelfredzaamheid wordt gestimuleerd met beperking van de inzet van (thuis)zorg;
- Kostenreductie van de totale behandeling. Toepassing van de standaardkatheter bij deze patiëntengroep geeft eerder een kans op infecties. Deze wordt nu voorkomen waardoor hospitaliseren van de patiënt zo veel als mogelijk wordt vermeden.

2. Verhoging kwaliteit van leven

Fecale (=anale) incontinentie is menonterend en een van de laatste taboes. Het is een klacht die hygiënische, sociale en psychologische effecten heeft en de kwaliteit van leven enorm beïnvloedt, alleen al omdat mensen vaak niet meer het huis durven te verlaten. Het betreft een groep van ongeveer 3000 veelal jonge patiënten per jaar (en elk jaar weer) die geen leven hebben doordat zij aan

het toilet gekluisterd zijn. Op dit moment worden behandelingen zoals dieetadviezen en anti-diarree-medicatie vergoed. Een laatste redmiddel is ook vaak een stoma.

Hoe anders?

Door de inzet van sacrale neuromodulatie wordt deze patiëntengroep uit haar isolement gehaald, kan weer buitenshuis functioneren, omdat er verder niets mis is met deze groep. Het totale aantal patiënten dat in aanmerking komt voor chirurgische interventie wordt geschat op 10 tot 15%. Sacrale neuromodulatie bestaat uit plaatsing (minimaal invasief) van elektroden in de lage rug die vervolgens worden verbonden met een soort pacemaker. Hiermee wordt het zenuwstelsel zodanig gemoduleerd dat de functie en coördinatie wordt beïnvloed. De fecale incontinentie wordt hersteld of verbeterd. Wereldwijde studies tonen aan dat het succes van deze behandeling in termen van reductie van aantal episoden/dagen van incontinentie tussen de 65 en 95% ligt.

Op dit moment wordt deze ingreep niet of nauwelijks door de zorgverzekeraar vergoed omdat de kosten op de korte termijn hoger zijn dan die van andere reguliere behandelingen. Aangetoond is echter dat deze behandeling een stuk kosteneffectiever is dan de aanleg van bijvoorbeeld een stoma of dan de behandeling via dynamische graciloplastiek.

Maatschappelijke baten:

- Benutten van arbeidspotentieel van de patiënt;
- Zelfredzaamheid;
- Verhoging kwaliteit van leven.

Het CVZ is van oordeel dat deze behandeling van fecale incontinentie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het is een te verzekeren prestatie krachtens de Zorgverzekeringswet.

3. Verlenging van het aantal 'gezonde' levensjaren

Op dit moment hebben ongeveer 800.000 mensen diabetes type 1 en 2. Dit aantal groeit naar verwachting naar de 1,2 en de 1,5 miljoen mensen in Nederland in 2015. Hiervan lijdt ongeveer 10% aan diabetes 1.

Op dit moment wordt de hoeveelheid glucose in het bloed bij deze patiëntengroep veelal gemeten door een dagelijkse serie vingerprikken. Hiermee kan de patiënt op gezette tijden zicht krijgen op de mogelijk wenselijke insuline(toediening). Bekend is dat deze methode dikwijls leidt tot fluctuaties door het voortdurend aanpassen van het insulineniveau. Deze

¹ Dwarslaesie Organisatie Nederland

schommelingen leiden op de lange termijn tot een enorme toename van complicaties als:

- Hart- en vaatziekten; de kans op het ontstaan hiervan is bij patiënten met diabetes type 1 twee tot vier maal groter dan bij patiënten zonder diabetes.
- Diabetes mellitus; de meest voorkomende oorzaak van blindheid bij mensen tussen 20 en 60 jaar. Het voorkomen van retinopathie (blindheid) houdt verband met de duur van de diabetes en de mate van glucoseregulatie die tijdens de behandeling bereikt is.
- Diabetes veroorzaakt aandoeningen aan de nieren; bij 6 tot 27% van de patiënten met diabetes type 1. Bij tweederde van hen zal deze overgaan in apert nierfalen. In Europa hebben meer dan 17% van de dialyse- of transplantatiepatiënten diabetes mellitus als onderliggende oorzaak. In de Verenigde Staten is dit zelfs 35%.
- Diabetische neuropathie; de meest voorkomende oorzaak van de diabetische voet. De amputatiefrequentie bij diabetespatiënten is meer dan 15 keer zo hoog als bij personen zonder diabetes.

Hoe anders?

Door het inzetten van een continue glucosemonitoring met behulp van een sensor (nodig 1 per week), gekoppeld aan een zender (aanschaf 1 per jaar). De patiënt krijgt hierdoor beter inzicht in de hoeveelheid glucose in het bloed op continue ofwel 'real-time' basis. Hiermee is het mogelijk om sneller te reageren op fluctuaties. Onderzoek wijst uit dat wanneer fluctuaties gedurende de dag verminderen dit een stabiele diabetesregulatie tot gevolg heeft. Daarnaast geeft dit continue inzicht de mogelijkheid een hypoglykemie tijdig te detecteren en mogelijk te voorkomen. Met de glucosemeter kan een patiënt(engroep) met diabetes handelen naar de effecten in zijn ziektebeeld en daarmee direct invloed uitoefenen op de voorkoming van de genoemde diabetes gerelateerde complicaties.

Maatschappelijke baten:

De inzet van een continue glucosemeter betekent voorkoming van een enorme hoeveelheid kosten van veel diabetisch gerelateerde complicaties. Bovendien is sprake van een hogere kwaliteit van leven van deze patiënten.

Zorgverzekeraars staan nog steeds huiverig tegenover het structureel voorschrijven en vergoeden van dit product waardoor het vooralsnog alleen sporadisch vergoed wordt uit coulance. De beschikbaarheid op termijn voor de patiënt is daarmee niet gegarandeerd.

4. Efficiency in de keten en zelfredzaamheid vergroten

Een patiëntengroep van ongeveer 100 tot 150 jong volwassenen per jaar, krijgt te maken met een bovenbeenamputatie als gevolg van een ongeluk, infectie of ziekte (niet diabetes!). Na de amputatie volgt revalidatie waarbij patiënten leren lopen en bewegen met een prothese. Deze groep patiënten krijgt nu een overkappingsprothese aangemeten. Ondanks de technische ontwikkeling in design en de uitvoering van prothesekokers blijft het vervaardigen van een goede prothesekoker lastig. Hierdoor kampen vrijwel alle patiënten met een bovenbeenprothese met klachten als pijn aan de stomp, drukplekken aan de kokerrand, stank, eczeem, huidinfecties door transparantie en verweekte huid. Ook heeft deze groep last van bekkenscheefstand, pijn in onderrug of trendelenburggang. Daarnaast bestaat de kans dat de prothese kan uitvallen. Ook heeft de patiënt lange tijd nodig voor het aantrekken/fixeren van de prothese.

Hoe anders?

De nieuwe prothese waarvoor minimaal 100 tot 150 patiënten per jaar in aanmerking zouden komen is geen kap over de stomp, maar een pen in de stomp. De prothese wordt direct bevestigd aan het dijbeenbot zodat er geen prothesekoker meer nodig is. De patiënt is hierdoor in staat te leren lopen als ware de pen het verlengde van zijn eigen been. De voordelen van deze penconstructie zijn direct prothesecontact, prothesesturing en maximale stabiliteit. Uit onderzoek blijkt dat patiënten nog nauwelijks het gevoel hebben een stomp te hebben en zijn in staat weer een volledig (sport)leven op te bouwen.

Maatschappelijke baten:

- Terugkeer in het arbeidsproces; door middel van de inzet van deze nieuwe vorm van prothese bij een patiëntengroep met een bovenbeenamputatie, is een patiënt in staat zonder complicaties te leven, lopen en werken. De patiënten die voor deze behandeling in aanmerking kunnen komen, zijn veelal van een jonge leeftijd. Door deze patiënten weer een (bijna) volledig normaal leven terug te geven is deze investering in korte termijn 'terugverdiend'
- Verlaging kosten van behandeling; het zorgproces rondom de patiënt wordt aanzienlijk verkort en de kosten voor zowel het intra- als het extramurale deel van deze keten worden sterk gereduceerd. Het aanbrenge van de nieuwe penconstructie betekent intramuraal slechts nog implantatie van de (intramedullaire) pen en het plaatsen van de adapter

(stoma). Dit gaat gepaard met twee korte klinische opnames en twee operaties. Extramuraal vallen er voor de zorgverzekeraar kosten weg voor vergoedingen voor prothesekokers en onderhoud.

Door het stilleggen van het huidige DBC naar DOT-systeem is er geen financieringsgrond op basis waarvan deze toepassing op dit moment vergoed kan worden. Het aanvragen van een nieuwe DBC is op dit moment een zeer langdurig proces.

5. Efficiency in werkprocessen

Door inzet van het juiste incontinentiemateriaal in combinatie met de zorg rondom de patiënt kan een aanzienlijke besparing van kosten in de instellingen worden gerealiseerd. Binnen instellingen kan tot ongeveer eenderde van het personeel, betrokken bij incontinentiezorg, anders worden ingezet. Dit is mogelijk wanneer goed wordt gekeken naar de combinatie van inzet van materiaal, therapie en individuele patiëntenzorg.

Meer dan de helft tot wel 90% van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen is incontinent². Een vijfde deel van deze incontinentie patiënten is zogenaamd functioneel incontinent. Zij zijn incontinent geworden door goedbedoelde maar verkeerde behandeling als vaste toiletrondes, taboebeleving van patiënten, foutieve diagnose, tijdsdruk in de instellingen. Het komt voor dat 50% van de tijd van de zorgverleners besteed wordt aan incontinentiezorg.

Hoe anders?

Een aanzienlijke besparing op de zorgkosten kan worden bereikt door op een andere manier de zorg rondom de patiënt te organiseren. Bovendien door meer oog te hebben voor de patiëntengroep die als gevolg van 'functionele incontinentie' onnodig gebruik maakt van materiaal. Daarmee wordt ook de eigenwaarde van de patiënt in positieve zin beïnvloed. Therapie, streven naar zelfstandige toiletgang, passende materialen, zijn drie van de mogelijke ingrepen die kunnen worden gedaan in het zorgproces rondom die patiënt. Investeren loont.

Maatschappelijke baten:

Een uitgekiend zorgproces, doelmatig en kosteneffectief, kan bereikt worden zonder dat daar al te grote investeringen van de zorgverzekeraar en van de instellingen tegenover hoeven te staan. Door middel van het bewust inzetten van behandelplannen is

sprake van een enorme verbetering van de kwaliteit van leven voor de patiënt. Tevens vindt een kostenbesparing plaats en kan personeel daardoor elders in de zorg worden ingezet.

6. Verhoging kwaliteit van leven van gebruikers van hulpmiddelen

Nederland heeft ongeveer 30.000 patiënten die op permanente basis een stoma dragen. Een stoma is natuurlijke uitgang voor urine of fecale incontinentie. De opvang gebeurt met een zakje dat met een zogenaamde huidplak is geplakt op de onderbuik. Veel van de stomadragers willen geen patiënt zijn omdat ze verder niets mankeren en willen graag zoveel als mogelijk meedoen aan het maatschappelijk verkeer en het arbeidsproces. Veel stomadragers hebben last van oncontroleerbare geluiden of geuren wanneer de urine of ontlasting in het zakje loopt. Zij blijven zich daardoor altijd bewust van hun aanwezige stoma.

Hoe anders?

Deze groep van patiënten kan door inzet van een specifiek hulpmiddel vrijwel volledige controle krijgen over het moment dat zij hun ontlasting hebben. Door het aanbrengen van een tijdelijke afsluiting op de uitgang kunnen patiënten deze open zetten op een door hen gekozen moment. Zij hoeven daardoor niet meer altijd met een zakje op hun buik te lopen. Hiermee hebben ze controle over het moment van de ontlasting en zijn ze verlost van de hinderlijke en oncontroleerbare geluiden van het verlaten van gasen uit de stoma. Daarnaast is het dragen van wijde kleding geen must meer om het dragen van een zakje te verbloemen.

Maatschappelijke baten:

Door niet continu zich bewust te zijn van het dragen van een stomazakje wordt een veel hogere kwaliteit van leven ervaren en zijn nu al meerdere voorbeelden bekend dat ze ook beter in het arbeidsproces kunnen participeren.

² Onderzoek LOCOmotion, Knibbe en Knibbe 2007

7. Reduceren van een sterfterisico en voorkoming van ongelukken

Een 'syncope' is een plotseling optredend kortdurend bewustzijnsverlies dat wordt veroorzaakt door hypoxie van de hersenen ten gevolge van onvoldoende circulatie. Syncope komt vaak voor en is gevaarlijk. Syncope heeft verschillende oorzaken wat het stellen van een diagnose niet gemakkelijk maakt. In de Verenigde Staten is syncope verantwoordelijk voor 3 tot 5% van alle opnames op de Spoedeisende Hulp, en voor 1 tot 2% van alle ziekenhuisopnames. Richtlijnen van de European Society of Cardiology (ESC) geven aan dat het maken van een ECG op het tijdstip van optreden van syncope de gouden standaard is. Echter, in de praktijk is dit nauwelijks te realiseren omdat dit moment moeilijk te bepalen is. Hierdoor wordt in de meeste gevallen een standaard-ECG gemaakt, waardoor maar in 2-11% van de gevallen de onderliggende oorzaak wordt gevonden. Bij de huidige 24-uurs volgsystemen wordt in maximaal 4% van de gevallen de oorzaak gevonden. Dit volgsysteem is niet prettig te dragen en zorgt ervoor dat men zich voortdurend bewust is van een analyse.

Hoe anders?

Door onder de huid bij het borstbeen een soort kastje te implanteren dat 24 uur per dag ECG's kan maken. Hiermee wordt het hartritme continu gemonitord en kunnen de gegevens, wanneer een syncope optreedt, direct worden vastgelegd waarvan een analyse gemaakt wordt. In de studies rondom dit hulpmiddel wordt in 85 tot 90% de onderliggende oorzaak gevonden. De studie liet ook zien dat bij een correcte diagnose gevolgd door de juiste behandeling een volgende syncope voorkomen kan worden.

Maatschappelijke baten:

- Kostenreductie: het belang van preventie van syncope is evident. Een niet behandelde syncopepatiënt met een onderliggende cardiale oorzaak heeft een twee maal hoger risico op sterfte. De studies tonen aan dat ongeveer de helft van de onverklaarbare syncopes een cardiale oorzaak hebben.
- Veiligheid: bijna een kwart van de patiënten met syncope-events krijgt een ongeluk, en nog eens 5% krijgt een zwaar ongeluk. Het snel kunnen stellen van de juiste diagnose en het vervolgens geven van de juiste behandeling voorkomt volgende aanvallen en daarmee dus ongelukken en sterfte.

8. Behandeling zo dicht als mogelijk bij de patiënt in de thuisomgeving

Bij een behoorlijk aantal patiënten met chronisch hartfalen moet op regelmatige basis met behulp van een infuuspomp ontwatering plaatsvinden. Wanneer dit niet gebeurt kan dit leiden tot herhaalde ziekenhuisopnames of acuut hartfalen veroorzaken en dus de dood tot gevolg hebben. Op dit moment wordt de patiënt in het ziekenhuis opgenomen en behandeld. Deze behandeling is van korte duur, maar deze ziekenhuisopname zorgt voor veel onrust en ongemak.

Hoe anders?

Om het draaideureffect van deze patiëntenpopulatie te voorkomen is acht jaar geleden een thuisbehandeling met een (disposabel) infuuspomp geïntroduceerd. Deze pomp wordt door de zorgverzekeraar vergoed, het medisch technisch handelen thuis door de AWBZ. Deze zorg wordt tegenwoordig beschouwd als zogenaamde ziekenhuisverplaatste zorg. Vanwege onduidelijke financiering wordt deze zorg vaak niet thuis aangeboden. Het gevolg is dat de patiënt met chronisch hartfalen nog te vaak in het ziekenhuis opgenomen en behandeld wordt, terwijl een alternatief voor thuisbehandeling voorhanden is.

Maatschappelijke baten:

- Kostenreductie; door het op de juiste wijze inzetten van de financiering (geen DBC maar ziekenhuisverplaatste zorg) kan de patiënt in de thuisomgeving behandeld worden. Hiermee worden ziekenhuisopnamen overbodig.
- Kwaliteit van leven; door onnodige ziekenhuisopnamen uit te sluiten, is een patiënt zich minder bewust van zijn ziekte en zal de kwaliteit van leven van de patiënt toenemen. Bovendien heeft de patiënt door behandeling in de thuissituatie minder onderbrekingen van het maatschappelijk functioneren.

