

Verslag Passende Zorg-dialoog 14 juni 2024

Passende operatieve zorg

De zevende in de reeks van Dialogen Passende Zorg stond in het teken van operatieve zorg. Circa 100 mensen uit verschillende geledingen van de zorg namen deel aan deze middag, die plaatsvond op vrijdag 14 juni 2024 in de Domus Medica in Utrecht. Samen met de Federatie Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) organiseerde het gezantschap Passende Zorg deze middag. De middag is mogelijk gemaakt door Zorginstituut Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).



Het belang van deze bijeenkomst

Binnen de medisch specialistische zorg vormt opereren een cruciaal onderdeel van het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg. Voor operatieve zorg is het belangrijk om met elkaar in gesprek te zijn over wat, naast indicatoren zoals levensverwachting en complicatierisico's, nog meer van belang is om passende operatieve zorg te leveren. Met dit statement opent Speciaal Gezant Passende Zorg Jan Kremer de dialoog. Het dagvoorzitterschap deelt Jan deze middag met Marlou Smits. Marlou is de nieuwe Jonge Gezant Passende Zorg. Over deze rol zegt Marlou: "Als jonge gezant ga ik me ervoor inzetten om jonge professionals die in en aan de zorg werken met elkaar te verbinden en activeren om een bijdrage te leveren aan de transitie naar passende zorg". Samen met andere jonge gezanten werkt Marlou eraan om jonge mensen in de zorg zichtbaarder te maken en hun geluid te laten horen: "Wij gaan er immers mee te maken krijgen of de zorg toekomstbestendig is."

Bij de start vragen Jan en Marlou enkele aanwezigen waarom zij ervoor hebben gekozen om voor deze dialoog naar Utrecht af te reizen. Anton de Bruin, aankomend voorzitter van de NVA, benadrukt het belang van wederzijds leren. Hij verwijst naar recent onderzoek dat laat zien dat 'niet opereren' nog lang niet altijd als een alternatieve optie wordt overwogen en met patiënten besproken. "Een meer kritische indicatiestelling verdient meer aandacht omdat dit daadwerkelijk tot passendere en betere zorg kan leiden voor de patiënt", betoogt Anton.

Egid van Bree, arts-onderzoeker en bestuurslid bij de Groene Zorg Alliantie, geeft aan dat de impact van operaties verder strekt dan enkel de gevolgen voor de patiënt of inrichting van zorgpaden van het ziekenhuis: "Operaties hebben een groot aandeel in de ecologische voetafdruk van een ziekenhuis, ook daar moet oog voor zijn als we het hebben over passende operatieve zorg." Leon Aarts, bestuursvoorzitter van het Spaarne Gasthuis, onderstreept het belang om ook de context van patiënten in ogenschouw te nemen in plaats van alleen een medisch perspectief: "De leefomgeving van patiënten heeft een grote impact op de gezondheid van mensen, ook daar moeten we het over hebben wanneer we over passende zorg spreken."





Bredere benadering voor passende operatieve zorg

Ab Klink, voormalig minister van Volksgezondheid en oud-bestuursvoorzitter van VGZ, neemt het thema passende zorg als startpunt voor zijn keynote. Hij bespreekt de groeiende aandacht voor gezamenlijke besluitvorming en erkent direct hoe dit voor sommige ziektebeelden makkelijker toepasbaar is dan voor andere. Om grote stappen voorwaarts te maken in de transitie, benadrukt hij het belang van het bieden van ruimte en middelen om goede initiatieven op te schalen. Hiervoor kijkt hij naar grote technologiebedrijven zoals Apple en Twitter/X: "Daar zijn het niet de managers die bepalen welke innovaties worden ontwikkeld, maar de techneuten. Zij krijgen veel ruimte om te experimenteren, en wanneer iets werkzaam en nuttig blijkt te zijn, krijgen zij de middelen om het op te schalen." Volgens Ab zou de zorg hier een voorbeeld aan kunnen nemen. Artsen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals hebben de kans en ruimte nodig om echt te veranderen en verbeteren, zodat opschaling sneller en efficiënter kan verlopen.

Ab verwijst naar recent onderzoek dat laat zien dat medisch specialisten, wellicht door hun zeer technische opleiding, tijdens het proces van gezamenlijke besluitvorming vaak de voorkeur geven aan het bespreken van zaken zoals levensverwachting en complicaties in plaats van de bredere effecten van een operatie op het leven van de patiënt. Hij pleit ervoor om deze inzichten serieus te nemen en samen te zoeken naar manieren om verder te kijken dan de meer technische indicatoren, uiteraard zonder deze uit het oog te verliezen. Deze brede benadering is volgens hem essentieel om de transitie naar passende zorg te maken.

Inspirerende praktijkvoorbeelden

Na afloop van de keynote verdelen de deelnemers zich over de deelsessies, waarbij de verschillende perspectieven door de deelnemers worden vertegenwoordigd. In elke deelsessie staat een praktijkvoorbeeld van passende operatieve zorg centraal. Initiatiefnemers van, of anderszins nauw betrokkenen bij elk praktijkvoorbeeld vertellen hoe het initiatief tot stand is gekomen, wat er goed gaat, wat er lastig is, wat al bereikt is en wat de droom is voor de toekomst. Daarna reflecteren de deelnemers hierop; eerst in kleine groepen, en vervolgens in een verdiepend groeps gesprek.

De 6 praktijkvoorbeelden zijn:

1. Multidisciplinair overleg (MDO) over wel of niet opereren
2. Minder postoperatieve controles na darmkankeroperaties
3. Palliatieve pijnbehandeling bij een gebroken heup
4. Samen beslissen in een ziekenhuis
5. Korte immunotherapie i.p.v. grote operaties bij aangezichtskanker
6. Patiënten-perspectief in multidisciplinair overleg

1. Peter Noordzij, anesthesioloog, vertelt bevlogen over MDO waarin besproken wordt of een operatie wel of niet uitgevoerd moet worden. Een technisch MDO, waarin artsen en verpleegkundigen de procedure van de operatie bespreken, is heel gebruikelijk. De vraag of de patiënt fitter uit de operatie zal komen dan hij/zij erin ging, wordt minder vaak gesteld. Veel patiënten hebben de

aanname dat opereren hen helpt, oftewel dat zij beter uit de operatie gaan komen dan dat zij erin gaan. Peter gelooft dat deze afweging niet alleen te maken is op basis van het technische gedeelte en is daarom een pilot gestart om in een MDO juist ook de thuissituatie in ogenschouw te nemen. Denk aan vragen als 'Is er een partner aanwezig, en is deze partner fit genoeg om de patiënt aan te kunnen toevertrouwen?' en 'Welke kwaliteit van leven is belangrijk voor deze patiënt?'. "Het gesprek met de patiënt en/of diens familie verloopt vervolgens dan heel anders dan een sec niet-opereren gesprek", aldus Peter.

2. Chirurg Hans de Wilt neemt de deelnemers van de sessie mee in zijn verhaal over de ervaringen met het minder uitvoeren van postoperatieve controles na darmkankeroperaties en de gevolgen daarvan. Veel van deze patiënten kunnen zelf thuis monitoren. Soms vraagt het inzet van huisartsen om deze thuismonitoring te ondersteunen. Voor zijn ziekenhuis betekent dit op jaarbasis ongeveer 1000 bezoeken minder. Deze vrijgekomen tijd stelt het ziekenhuis voor een verdelingsvraagstuk. Het vraagt bijvoorbeeld tijd en creativiteit om de vrijgekomen tijd en middelen anders in te kunnen zetten. Daarnaast heeft het minder uitvoeren van postoperatieve controles gevolgen voor de relaties met de eigen beroepsgroep (richtlijn), de vakgroep en/of MSB en het ziekenhuis.



3. Anesthesioloog Lennart Wasmoeth bespreekt de inzet van palliatieve pijnbehandeling als alternatief voor opereren bij een gebroken heup bij zeer kwetsbare patiënten. Het inzetten van dit mogelijke behandelvoorstel oogst bij de andere deelnemers bewondering. De meeste patiënten en naasten verwachten ook niet deze optie te horen. Naast overleg met patiënt en/of familie over het niet-opereren is vaak wel palliatieve pijnbestrijding nodig. Momenteel moet een patiënt hiervoor, vaak per ambulance, naar het ziekenhuis komen terwijl dit ook in de thuissituatie kan plaatsvinden. Er wordt overwogen om de effecten hiervan in een pilotproject te testen. Andere deelnemers in de deelsessie, Nynke Postma en Normen Hemmink, blijken een soortgelijk multidisciplinair traject te hebben opgezet in samenwerking met een verpleeghuis. Proactief worden de wensen van patiënten en naasten besproken omtrent een mogelijke heupfractuur. In geval van een sterk vermoeden van een fractuur bij mensen bij wie operatieve behandeling niet wenselijk is, voert de physician assistant of anesthesioloog dan een langdurig werkende pijnstilling in het verpleeghuis uit. Door de korte lijntjes en laagdrempelige samenwerking tussen verpleeghuis en ziekenhuis in de regio Winterswijk loopt dit goed. Er volgt een rijk gesprek met verschillende perspectieven en thema's, zoals mensgerichte zorg, domein-

overstijgende financiering, de noodzaak van proactieve zorgplanning en de grote rol van familie.

4. "Gelijkwaardigheid tussen zorgprofessional en patiënt ligt aan de basis van het samen beslissen in het Bernhoven Ziekenhuis", vertelt bestuurder Simone Gielen-Wijffels. Zij licht toe, ook vanuit eigen ervaring, dat die gelijkwaardigheid niet vanzelfsprekend is. "Het vraagt van iedereen een omslag te maken en dat gaat niet van de één op andere dag. Daarbij moeten professionals en patiënten ook in staat worden gesteld om gelijkwaardiger met elkaar overleg te kunnen voeren. Hiervoor zijn goede keuzehulpen en communicatietraining van zorgprofessionals van belang."



Het heeft ertoe bijgedragen dat in het hele ziekenhuis een cultuurverandering teweeggebracht is. Simone geeft aan dat het impact heeft op allerlei fronten. Patiënten hebben een eigen verhaal en meer eigenaarschap, hebben minder vaak spijt van het ingezette behandeltraject en zijn meer therapietrouw. Zorgprofessionals geven aan meer werkgeluk te ervaren. En voor het ziekenhuis betekent het minder operaties, minder opnames, minder controles en minder SEH-bezoeken.

5. KNO-arts Lotje Zuur onderzoekt het gebruik van immunotherapie in plaats van grote operaties bij aangezichtskanker. In een kleine studie verdween de kanker bij enkele patiënten na twee doses immunotherapie, waardoor sommigen kozen om verdere ingrijpende operaties aan hun gezicht en bestraling achterwege te laten. Deze patiënten zijn nog steeds kankervrij. Lotje zoekt nu naar manieren om de innovatie verder te brengen en het onderzoek in het ziekenhuis daartoe voort te zetten. Daarbij stuit ze op een ethisch lastige kwestie, namelijk om mensen in een controlegroep te plaatsen die geen immunotherapie krijgen en wel een ingrijpende operatie aan het gezicht ondergaan. Op basis van de ervaring tot nu toe heeft deze groep een grotere kans op een slechtere uitkomst. Daarbij zijn de kosten van de operatie aanzienlijk. Bij de deelnemers van de sessie roept deze casus de vraag op in hoeverre dergelijk vereist onderzoek dan nog passend is.

6. Tijdens de sessie over het preoperatief MDO vanuit patiëntperspectief lichten anesthesioloog Jacqueline Vernooij en onderzoeker anesthesiologie Romijn Boerlage toe hoe zij te werk gaan. Dit MDO volgt na afloop van de beoordeling van de behandeling door de medisch specialist en geeft een moment om de 'rijdende trein' te stoppen en te reflecteren met elkaar. De anesthesioloog geeft hiermee invulling aan wat in hun richtlijn staat, namelijk dat zij voor patiënten met een hoog risico in gesprek moeten met 'ketenpartners'. Aan de hand van twee casussen laten Jacqueline en Romijn zien dat het behandelpad voor de patiënten veranderde toen dat gesprek met collega specialisten plaatsvond. Met deze werkwijze zijn patiënten tevredener omdat zij (nogmaals) gaan nadenken over de consequenties van een mogelijke operatie. De medisch specialisten die zo'n MDO meegemaakt hebben, ervaren het nut en de meerwaarde van deze manier van werken. Organisatorisch, geven Jacqueline en Romijn aan, vraagt een dergelijk MDO wel veel plannen en puzzelen in de agenda's. De tijdsinvestering voor de anesthesioloog is fors, een medisch specialist is enkele keren per jaar ad hoc betrokken bij zo'n MDO.



Wat betekent dit voor ons werk?

In de tweede ronde van deelsessies kwamen deelnemers bijeen binnen hun eigen 'geleding' in de zorg: patiëntenorganisaties en -vertegenwoordigers, zorgprofessionals, zorgbestuurders, zorgverzekeraars, onderzoekers en kennisinstituten, en overheidspartijen. Centraal stond de vraag wat hen raakt in de voorbeelden, wat dit betekent voor hun eigen werk en wat zij nodig hebben om stappen voorwaarts te zetten. Tijdens de plenaire afsluiting deelden de groepen welke acties zij gaan ondernemen.

Demissionair minister Pia Dijkstra nam deel aan een aantal van deze sessies en blikt plenair hierop terug. Zij onderstreept het belang van het voeren van een goed gesprek over passende operatieve zorg en brengt zelf een persoonlijke ervaring met een knieoperatie in. "Maar er zijn heel veel goede voorbeelden", benadrukt zij, "en dat is buitengewoon positief voor patiënten en voor professionals." Zij roept op om van 'de 6 goede voorbeelden van vandaag naar 6000 goede voorbeelden morgen' te gaan, zodat de transitie naar passende operatieve zorg op brede schaal kan worden gerealiseerd. Dit vraagt inzet van eenieder die deze middag aanwezig is.

Vervolgens blikken de zorgprofessionals terug op hun gesprek. Zij geven aan dat er zeker verschillen van inzicht waren in de groep, variërend van "Maar dat doen we toch al?" tot

"We hebben nog heel veel te leren." In het gesprek kwam naar voren dat richtlijnen een obstakel kunnen vormen bij gezamenlijke besluitvorming met patiënten. Hoewel dit eigenlijk geen excuus mag zijn, wordt het in de praktijk vaak wel zo ervaren. Zij benadrukken het belang om dit onderwerp via de beroepsverenigingen bespreekbaar te maken. Daarnaast geven de zorgprofessionals aan dat wanneer er meer tijd en ruimte nodig is voor gezamenlijke besluitvorming, zij hiervoor ook voldoende ondersteuning moeten krijgen. Dat ervaren zij nu vaak nog onvoldoende.

De patiëntvertegenwoordigers beamen dat regels, richtlijnen en routines het samen beslissen in de weg zitten. "Wat gaan jullie daaraan doen?" vraagt Jan Kremer. "Meer en duidelijker onze stem laten horen", aldus Arthur Schellekens, directeur-bestuurder bij Patiëntenfederatie Nederland. Hij benadrukt dat onderzoek en data nodig zijn om de passende operatieve gesprekken beter te kunnen voeren. Hij maant de aanwezigen aan om daar in de komende jaren meer op in te zetten zodat gesprekstoetsen zowel voor patiënten als professionals behulpzaam gaan zijn.



De zorgbestuurders onderstrepen het belang van dienstbaarheid aan professionals. Het is hun rol om professionals de nodige ondersteuning te bieden om goede praktijken van passende zorg duurzaam in te bedden. Daarnaast spreken de zorgbestuurders uit dat de focus moet worden verschoven van zorgvolume naar zorguitkomsten. Te vaak wordt een daling in volume gezien als omzetsderving omdat de betaling gebaseerd is op het aantal ingrepen. "De prikkels moeten meer gericht zijn op de maatschappelijke doelen van de zorgtransitie en minder op zorgvolume", aldus Pauline Terwijn, bestuursvoorzitter van Pantein.

De zorgverzekeraars merken op dat er in de zorg veel veronderstellingen over elkaar bestaan en dat er meer bereikt kan worden als beter gedeeld wordt welke passende zorg al gefaciliteerd en gefinancierd wordt: "Er wordt al veel meer passende zorg in de bekostiging verwerkt dan in ziekenhuizen bekend is en gedeeld wordt." De zorgverzekeraars erkennen dat zorgaanbieders en professionals comfort nodig hebben om veranderingen richting passende zorg in te zetten. Zij zien hier een rol voor henzelf liggen. Verder zien zorgverzekeraars als een volgende stap in de beweging naar passende zorg dat er voor de vele losse initiatieven en projecten die er nu zijn een overkoepelend vehicle nodig is.

De vertegenwoordigers van overheidsinstellingen bespreken uitgebreid dat de vrijblijvendheid eraf moet. Ze benadrukken het belang van tripartiet rust bieden, lef tonen en innovatief blijven. Voor

meer passende bekostiging zien zij het belang om te veranderen naar concurrentie op maatschappelijke doelen in plaats van op financiële winst. Met andere woorden, van 'copyright' naar 'right to copy'. Dit vraagt om een omslag en overheidsinstellingen moeten ondersteunend zijn om die verandering daadwerkelijk in het veld te realiseren, vinden hun vertegenwoordigers. Ze geven aan dat we in de transitie toe moeten naar een andere manier van werken: van passende producten naar passende praktijken.

Als laatste geeft de groep van onderzoekers en kennisinstituten aan dat zij veel mogelijkheden zien om de beschikbaarheid van data beter te organiseren en te delen aan de hand van de vier pijlers van passende zorg. Zij kunnen hier een belangrijke rol in spelen.

En nu door

Jan en Marlou sluiten de dag af door te benadrukken dat er talloze initiatieven zijn die streven naar eerlijke en persoonlijke antwoorden op gezondheidsvragen. Deze initiatieven werken toe naar betere keuzes die meer in lijn zijn met het leven en de leefomgeving van de betrokkenen. Vaak leiden deze keuzes ook tot minder operaties en dus een beter gebruik van de schaarse zorgcapaciteit. Op deze manier blijft passende zorg toegankelijk voor iedereen in onze vergrijzende samenleving die het nodig heeft. Er is veel energie om zowel in de praktijk als in het beleid verdere stappen te zetten naar passende zorg die voor iedereen toegankelijk is wanneer dat nodig is.

