

Substitutie- & Preventiepotentieel in de Paramedie

Diëtetiek, Ergotherapie,
Huidtherapie & Logopedie

Februari 2022

Paul van Drunen

Saskia Borg

Mariette Mol

Renske Kok

Liselotte Tjon Joe Gin

Lieke Boonen

EQUALIS

strategy & modeling



Voorwoord

Substitutie van zorg is een beweging binnen de gezondheidszorg om te komen tot 'de juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP). De JZOJP wordt door de Taskforce JZOJP van het ministerie van VWS als een van de belangrijkste bewegingen gezien om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te waarborgen. Dit biedt ook kansen voor de paramedische sector. AEF heeft recentelijk onderzoek gedaan naar zorgverplaatsing richting de paramedische sector.^{A3} Lokale kansen verzilveren op nationaal niveau is een onderdeel van het rapport waarin een aantal interventies opgenomen zijn die gericht zijn op de JZOJP

Equalis heeft onlangs, in opdracht van de KNGF, een onderzoek gedaan naar het substitutiepotentieel van fysiotherapie.^{A6}

In navolging van het AEF rapport en het onderzoek naar het substitutiepotentieel van fysiotherapie, heeft Paramedisch Platform Nederland (PPN¹) Equalis gevraagd om op een pragmatische wijze in kaart te brengen wat de impact op het zorggebruik en de uitkomsten van zorg is van het aanbieden van diëtetiek, huidtherapie, ergotherapie en logopedie voor een aantal interventies die gericht zijn op preventie en/of substitutie van zorg.

Onder substitutie verstaan we het vervangen van een medische interventie in de eerste of tweede lijn door een paramedische interventie. Onder preventie verstaan we het voorkomen van het ontstaan of verheven van aandoeningen en/of complicaties door een paramedische interventie.

Hiervoor hebben we samen met PPN¹ en inhoudelijke experts uit het veld gekeken naar het huidige zorgtraject en hoe het nieuwe zorgtraject eruit zou kunnen zien als diëtetiek, huidtherapie, ergotherapie of logopedie als standaard onderdeel van de behandeling zou worden ingezet. Op basis

van de literatuur is in beeld gebracht wat de effecten op uitkomsten van zorg en zorggebruik (kunnen) zijn. Vervolgens hebben wij de zorgkosten o.b.v. openbare data in kaart gebracht en becijferd wat het mogelijke substitutie- of preventiepotentieel van de zorgkosten is. Tevens is met de betrokken experts en relevante stakeholders in beeld gebracht in hoeverre het volgens hen haalbaar is de interventie te implementeren in de praktijk en op te schalen naar landelijk niveau. Daarbij is tevens gekeken welke stappen gezet moeten worden om de interventie te kunnen opschalen.

Hoewel het kwantificeren van effecten niet altijd eenduidig is, heeft het onderzoek wel geleid tot waardevolle inzichten die partijen kunnen ondersteunen bij de discussie over de JZOJP en de substitutie- en preventiemogelijkheden richting diëtetiek, huidtherapie, ergotherapie en logopedie. Er is op een aantal gebieden potentie om samen verdere stappen te zetten.

We hopen hiermee bij te kunnen dragen aan deze discussie en partijen te inspireren om hier verder onderzoek naar te doen. Onderzoek op basis van beschikbare (declaratie)gegevens kan een enorme bijdrage leveren aan het verder concretiseren van de mogelijke impact van de inzet van deze beroepsgroepen. We raden partijen aan deze handschoen op te pakken.

Paul van Drunen
Saskia Borg
Mariëtte Mol

Renske Kok
Liselotte Tjon Joe Gin
Lieke Boonen

¹ Bij dit onderzoek zijn de NVD, NVH, Ergotherapie Nederland en de NVLF betrokken.

Inhoudsopgave



Managementsamenvatting pg. 4



Inleiding, vraag en aanpak pg. 11



Uitwerking interventies pg. 15



Diëtetiek pg. 19



Ergotherapie pg. 41



Huidtherapie pg. 67



Logopedie pg. 90



Conclusies pg. 98

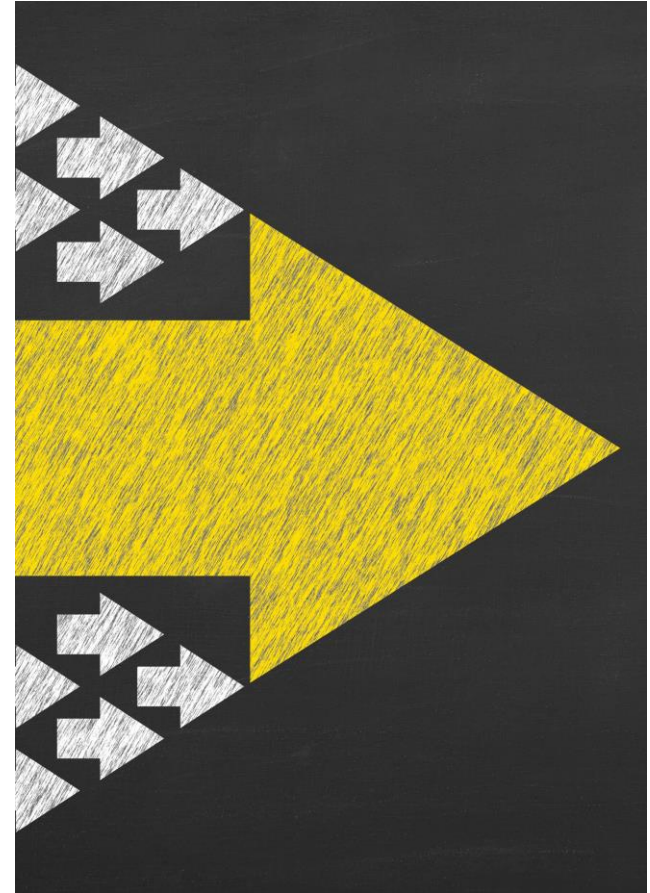


Bijlagen pg. 104

Managementsamenvatting

Een veranderende, vergrijzende samenleving vraagt om een andere invulling om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Substitutie van zorg en preventie zijn hierbij belangrijke pijlers. Binnen de paramedische zorg zien we kansrijke interventies die bij kunnen dragen aan substitutie en preventie. Hierbij gaat het om interventies die (meestal) aangetoond betere resultaten voor de patiënt opleveren en waarbij de zorgkosten gelijk blijven of dalen.

Om deze interventies te implementeren en op te schalen zijn nog wel stappen nodig. Zowel op het beter aantonen van de meerwaarde van de interventie als het creëren van draagvlak voor de inzet van de paramedische beroepsgroep bij deze doelgroepen. Ook zijn er stappen nodig in het vormgeven van de organisatie van deze zorg. Hiervoor is samenwerking tussen beroepsgroepen essentieel. Meerdere partijen hebben dus een handschoen op te pakken om het substitutiepotentieel daadwerkelijk te verzilveren.



Doel is om van kansrijke interventies de effectiviteit, het potentieel en de haalbaarheid in kaart te brengen

Aanleiding en hoofdvraag

Een veranderende, vergrijzende samenleving vraagt om een andere invulling van de zorg om de noodzakelijke zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. De paramedische zorgsector kan een belangrijke rol spelen binnen de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) door met vroegsignalering, preventie en/of substitutie ziekte en de daarbij behorende (zwaardere/kostbaardere) zorg te voorkomen. De vraag is wat deze rol is en hoe partijen deze rol kunnen invullen. Binnen de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg (BAPZ) is de afspraak gemaakt om hiervoor kansrijke interventies in kaart te brengen voor Diëtetiek, Ergotherapie, Huidtherapie en Logopedie en tevens te kijken naar de mogelijkheden om deze kansrijke interventies te implementeren en op te schalen. De hoofdvraag luidde:

“Geef inzicht in de te verwachten zorginhoudelijke en financiële effecten van preventie en substitutie voor 8 tot 12 specifieke interventies binnen Diëtetiek, Ergotherapie, Huidtherapie en Logopedie én breng in kaart in hoeverre dit potentieel daadwerkelijk verzilverd kan worden.”

Aanpak

We hebben voor alle vier de beroepsgroepen samen met experts en aan de hand van een beoordelingskader drie kansrijke interventies geselecteerd. Samen met de 22 experts vanuit de beroepsgroepen is de beschikbare (wetenschappelijke) literatuur, die inzicht geeft in de effecten en kosten van de interventie, in beeld gebracht door middel van ca. 22 interviews. Deze informatie diende als basis om het substitutie- en/of preventiepotentieel vast te stellen, waarbij voor missende informatie samen met de experts onderbouwde

aannames gemaakt zijn. Vervolgens is gekeken of aan de randvoorwaarden voor implementatie (o.a. positieve bewezen effecten, voldoende omvang en substitutiepotentieel) is voldaan. Daarnaast zijn zowel met de experts als met relevante stakeholders¹ interviews gehouden waarbij gekeken is naar de haalbaarheid en opschaalbaarheid van de interventies. In hoeverre is het mogelijk deze interventie te implementeren, tegen welke barrières lopen partijen aan en hoe kunnen deze opgelost worden.

Disclaimer

Het onderzoek baseert zich op beschikbare resultaten uit de (wetenschappelijke) literatuur, openbare data en de input van de betrokken experts vanuit de beroepsgroepen Diëtetiek, Ergotherapie, Huidtherapie en Logopedie. Hierbij is op pragmatische wijze in beeld gebracht wat de potentie van de interventie is op substitutie en/of preventie van zorg. Voor sommige interventies is niet voldoende wetenschappelijk bewijs beschikbaar of is het bewijs lastig te vertalen naar de Nederlandse situatie. Wij geven bij de beoordeling van de resultaten telkens een afgewogen oordeel over de aannemelijkheid van de resultaten. Tevens is bij het bepalen van de haalbaarheid en opschaalbaarheid geen uitgebreid representatief onderzoek gedaan onder de beroepsbeoefenaren. Dit oordeel is gebaseerd op de interviews met de betrokken experts. Hieruit is naar voren gekomen dat er veel variatie is in de huidige toepassing van interventies in de praktijk en dat het belangrijk is om ook de visie van aanpalende beroepsgroepen (o.a. medisch specialistische zorg) mee te nemen bij implementatietrajecten. Dit omdat blijkt dat samenwerking en draagvlak essentieel is voor een succesvolle implementatie.

¹ Dit betrof naast de experts van de beroepsgroepen, de Patiënten Federatie Nederland (PFN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorginstituut Nederland (ZINL), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Binnen het lopende onderzoek naar een paramedisch implementatieplatform is ook NVZ (vanuit het programma JuMP) geïnterviewd

Veel interventies gericht op vroegtijdige inzet van paramedie ter voorkoming van een (grotere) zorgvraag

Diëtetiek

Diëtetiek richt zich op het begeleiden van patiënten bij verschillende voedingsvraagstukken. Een gedegen dieetbegeleiding kan een belangrijke rol spelen in het voorkomen en (sneller) herstellen van verschillende ziektes. Er zijn de laatste jaren al veel ontwikkelingen rond overgewicht, waarbij de diëtetiek een belangrijke rol speelt. Echter, ook op het gebied van ondervoeding en maagklachten kan de diëtist een belangrijke bijdrage leveren aan de hand de volgende interventies:

- D1. Dieetbegeleiding bij ondervoede kwetsbare ouderen;
- D2. Multimodaal prehabilitatieprogramma bij patiënten met coloncarcinoom en (risico op) ondervoeding; en
- D3. Dieetbegeleiding bij voeding gerelateerde maagklachten.

Ergotherapie

Ergotherapie richt zich op het verbeteren van het dagelijks functioneren door het geven van strategietraining & adviezen, door het aanleren van andere oplossingsstrategieën of door het aanbieden van hulpmiddelen. Hierbij staan de vragen en wensen van zowel de patiënt als van zijn of haar meest betrokken naasten centraal. De inzet van ergotherapie heeft daardoor zowel impact op het verbeteren van het dagelijks functioneren als de kwaliteit van leven. Hiermee kan ook een positief effect optreden op vervolgcosten. De interventies die geselecteerd zijn betreffen:

- E1. Ergotherapie bij parkinson (OTiP);
- E2. Ergotherapie bij spierziekten (Energiek); en
- E3. Ergotherapie bij dementie (Edomah).

Huidtherapie

Huidtherapie richt zich op het verminderen of opheffen van verschillende huid- en oedeemklachten. Hierbij gaat het zowel om het begeleiden van patiënten bij het managen van hun ziekte en het adviseren over de behandeling als over risicosignalering en advisering om ziekte te voorkomen. De geselecteerde interventies betreffen:

- H1. Begeleiding bij constitutioneel eczeem;
- H2. Regierol bij chronisch oedeem; en
- H3. Voorlichtingsconsult bij risicogroep voor huidkanker.

Logopedie

Logopedie richt zich op het ondersteunen van patiënten met problemen op het gebied van stem, taal, eten & drinken, ademhaling, gehoor en spraak. De interventies die geselecteerd zijn betreffen:

- L1. Vroegsignalering van leerlingen in groep 1 & 2 met een taalachterstanden; en
- L2. Preventieve ondersteuning van en samenwerking met ouders in taalstimulering van kinderen met een verhoogd risico op een taalachterstand;
- L3. Logopedische behandeling voor slikproblemen bij preverbaal kinderen ter voorkoming van sondevoeding.

Grootste deel interventies is zorginhoudelijke effectief, maar inzicht in kosteneffectiviteit ontbreekt vaak

Literatuurstudie als basis voor resultaten

Het onderzoek startte met een literatuurstudie naar de zorginhoudelijke- en kosteneffectiviteit van de onderzochte interventies.

Op zorginhoudelijk gebied zijn de interventies van Diëtetiek (D1-D3) en Ergotherapie (E1-E3) en de interventie voor constitutioneel eczeem (H1) van huidtherapie en de interventies bij logopedie (L2, L3) effectief bevonden, waarbij aannemelijk dan wel aangetoond is dat de invoering van de interventies positieve effecten heeft voor de patiënt. Voor de overige interventies van huidtherapie en logopedie geldt dat de zorginhoudelijke effectiviteit (nog) niet is aangetoond. Dit komt onder andere doordat het gaat om een generieke inzet van paramedie met meerdere type interventies. De individuele interventies zijn soms wel onderzocht in specifieke doelgroepen, maar in hoeverre deze resultaten generiek zijn voor een grotere patiëntengroep is nog onbekend.

Voor de kosteneffectiviteit is slecht voor twee interventies (D2, E3) aannemelijk dat het leidt tot een kostenbesparing. Daarnaast zijn er nog drie interventies (D1, E1, E2) waarvoor indirect positief bewijs of aangetoonde kostenneutraliteit bestaat. Ondanks beperkt positief bewijs of kostenneutraliteit biedt de invoering van deze interventies wel een positief zorginhoudelijk effect zonder dat het extra zorgkosten oplevert.

Voor de overige interventies zijn geen wetenschappelijke kosteneffectiviteitsstudies gevonden, waardoor het financiële potentieel in dit onderzoek is gebaseerd op een theoretisch situatie en expert opinion. Voor twee logopedische interventies (L1,L2) geldt dat zowel kosten als baten met name binnen het sociale domein vallen, waardoor dit buiten de scope van dit onderzoek (de ZVW) valt.

	Zorginhoudelijke effectiviteit	Kosteneffectiviteit
Diëtetiek		
D1: Ondervoede ouderen	● D7, D11-D17	● D7-D10, D19, D23
D2: Prehabilitatie	● D27-D32	● D30, D33
D3: Maagzuurremmers	● D35, D40-D41	●
Ergotherapie		
E1: Parkinson	● E5-E6	● E7
E2: Spierziekten	● E11	● E12
E3: Dementie	● E17-E19	● E20-E21
Huidtherapie		
H1: Constitutioneel eczeem	● H5-H7	● H6
H2: Chronisch oedeem	● H14, H15, H20	●
H3: Huidkankerpreventie	● H28, H31, H32	●
Logopedie		
L1: Vroegsignalering taalachterstand	● L1, L7, L8	●
L2: Communicatievaardig door ouders	● L1, L3, L5, L6	●
L3: Slikproblemen preverbaal kinderen	● L12, L15, L17-L21, L23	●

Zorginhoudelijke effectiviteit

- Aangetoond positief (door minstens één systematic review en/of twee afzonderlijke RCT-studies van goede kwaliteit)
- Aannemelijk positief; tenminste 1 studie dat positief effect aantoont
- Beperkt positief bewijs of mening van deskundigen
- Onbekend

Kosteneffectiviteit

- Aannemelijk positief bewijs, tenminste 1 studie dat positief effect aantoont
- Beperkt positief bewijs of aangetoonde kostenneutraliteit
- Onbekend

Verschillende interventies zijn kansrijk voor opschaling met substantieel preventie- en/of substitutiepotentieel

Effectiviteit en financieel potentieel

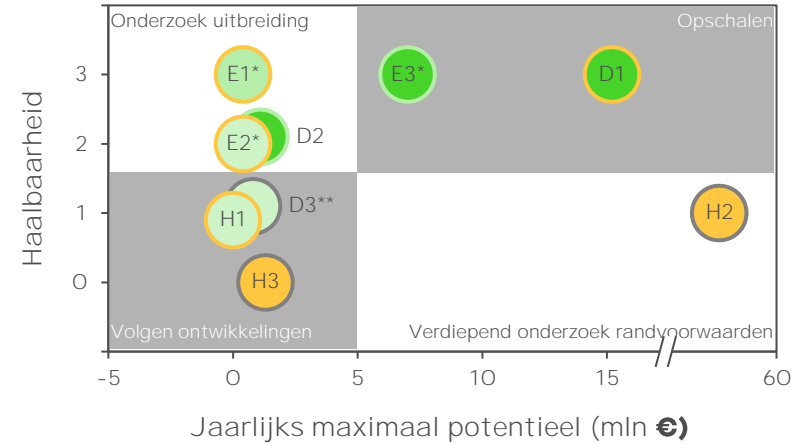
Het financiële potentieel van inzet van de geselecteerde interventies wisselt. De meeste interventies resulteren in een beperkt jaarlijks potentieel (tussen de 0 en 6 miljoen euro) en hebben veelal een aantoonbaar of aanneemelijk positief effect op de geleverde zorg of de kwaliteit van leven voor de patiënt. Drie interventies resulteren in een mogelijk jaarlijks financieel potentieel groter dan 5 miljoen euro, waarvan twee (D1 & E3) ook wetenschappelijk onderbouwd zijn op zowel zorginhoudelijke- als kosteneffectiviteit. De laatste interventie (H2) vraagt om verdiepend onderzoek, maar heeft wel een substantieel potentieel. Bij logopedie is ervoor gekozen het potentieel niet te berekenen, omdat substitutie met name in het sociale domein in plaats van de ZVW valt (L1, L2) of het potentieel o.b.v. de beschikbare informatie niet te becijferen bleek (L3).

Haalbaarheid

Qua haalbaarheid zien we grofweg een onderscheid tussen interventies die:

- preventief van aard en deels al onderdeel van de reguliere zorgpad zijn (o.a. D1, E2, E3), waarbij de uitdaging met name ligt in het effectueren van de potentiële patiëntenstroom door het ontwikkelen van kennis en bekendheid;
- interactie met andere zorgsoorten vragen (E1, D2, H1), waarbij de toegevoegde waarde nog niet door alle betrokkenen gevoeld wordt;
- (relatief) nieuw zijn (H2, H3, D3), waardoor de interventie nog niet volledig is gedefinieerd en waarop nog extra onderzoek nodig is over de effectiviteit om vast te stellen of er daadwerkelijk aan de randvoorwaarden wordt voldaan;
- meer gericht zijn op het sociaal domein (L1 & L2), zodat afspraken tussen beroepsgroep en gemeenten nodig zijn.

Daarnaast heeft elke interventies eigen specifieke knelpunten voor opschaling, die voor elke interventie apart zijn beschreven.



- | | |
|--|---|
| <p>Diëtetiek</p> <p>D1: Ondervoede ouderen</p> <p>D2: Prehabilitatie</p> <p>D3: Maagzuurremmers</p> <p>Ergotherapie</p> <p>E1: Parkinson</p> <p>E2: Spierziekten</p> <p>E3: Dementie</p> <p>Huidtherapie</p> <p>H1: Constitutioneel eczeem</p> <p>H2: Chronisch oedeem</p> <p>H3: Huidkankerpreventie</p> <p>Logopedie</p> <p>L1: Vroegsignalering</p> <p>L2: Communicatievaardig</p> <p>L3: Slikproblemen preventiebaar</p> <p>Haalbaarheid</p> <p>0: randvoorwaarden niet vervuld, knelpunten moeilijk op te lossen</p> <p>1: randvoorwaarden niet volledig vervuld, twijfel over oplossen knelpunten</p> <p>2: randvoorwaarden grotendeels vervuld, twijfel over oplossen knelpunten</p> <p>3: randvoorwaarden grotendeels vervuld, knelpunten op te lossen</p> | <p>Zorginhoudelijke effectiviteit (kleur)</p> <p>● Aantoonbaar positief (door minstens één systematisch review en/of twee afzonderlijke RCT-studies van goede kwaliteit)</p> <p>○ Aanneemelijk positief, tenminste 1 studie dat positief effect aantoon</p> <p>○ Beperkt positief bewijs of mening van deskundigen</p> <p>○ Onbekend / Geen bewijs</p> <p>○ Kosteneffectiviteit (contour)</p> <p>○ Positief bewijs, tenminste 1 studie dat positief effect aantoon</p> <p>○ Beperkt positief bewijs of aangetoonde kostenneutraliteit</p> <p>○ Onbekend / Geen bewijs</p> |
|--|---|

* De interventies E1, E2 & E3 hebben naast een jaarlijks ook een eenmalig financieel potentieel van maximaal 4, 44, 20 miljoen euro, respectievelijk.

** De interventie D3 heeft een jaarlijks besparingspotentieel van 0,8 miljoen euro, echter door de investering in de behandeling resulteert deze interventie op zijn vroegst na 6 jaar in een positief resultaat.

Paramedie geeft kansrijke invulling aan preventie, maar zit grotendeels nog in de ontwikkelfase

Zorginhoudelijke effectieve zorg bewezen

Voor negen van de twaalf onderzochte paramedische interventies is wetenschappelijk bewijs (aantoonbaar of aannemelijk) dat de behandeling een positief effect heeft op het gebied van zorginhoudelijke aspecten en kwaliteit van leven voor de patiënt. Dit betekent dat met de inzet van dergelijke interventies de kwaliteit van de zorg voor de betreffende doelgroep verbetert. Voor de andere overgebleven interventies is deze zorginhoudelijke effectiviteit (nog) niet aangetoond.

Bewijs op financiële potentie beperkt

Op financieel gebied is het bewijs beperkt, met slechts twee interventies (D2, E3) waarvoor ook wetenschappelijk bewijs is voor een positief effect op de kosten. Nog twee interventies (E1, E2) resulteren in vergelijkbare kosten ten opzichte van de huidige situatie. Voor de andere interventies is slechts indirect bewijs of geen onderzoek op kosteneffectiviteit beschikbaar.

Voor drie interventies (D1, E3 & H2) verwachten we een jaarlijks financieel potentieel dat groter is dan € 5 mln. Daarnaast blijkt uit ons onderzoek dat, op basis van een pragmatische aanpak, het aannemelijk is dat de invoering van de meeste interventies een beperkt positief of kostenneutraal effect heeft. Aangezien dit veelal wel leidt tot betere zorg, resulteert een brede uitrol van deze interventies nog steeds tot een verbetering.¹

Aantal interventies nog in ontwikkelfase

Een aantal interventies zijn nog in ontwikkeling, waardoor de exacte invulling nog niet is vastgesteld. We zien dat interventies binnen de beroepsgroep nog niet altijd uniform zijn gedefinieerd. Hierdoor is er nog onzekerheid over de definitieve invulling van de interventie en de doelgroep, waardoor ook de zorginhoudelijke effectiviteit en de financiële impact onzeker is. Voor enkele interventies lopen op dit moment pilots om beter inzicht te verkrijgen in de (meerwaarde van de) interventie.

Partijen kennen elkaar niet afdoende en meerwaarde paramedie niet altijd gevoeld

De meerwaarde blijkt buiten de paramedische sector niet altijd te worden gevoeld. Andere partijen zijn vaak niet op de hoogte van de meerwaarde van paramedische behandelingen en/of ervaren dit niet als een alternatief. Dit zorgt ervoor dat verwijspatronen niet op gang komen en de paramedie onvoldoende wordt ingezet. Regionale samenwerking en voorlichting zijn hiervoor enorm belangrijk. Ook opname van paramedische inzet in richtlijnen van bijv. de huisarts kan hierbij enorm helpen.

Kansrijke interventies beschikbaar

De heilige graal binnen substitutie en preventie is een interventie waarbij betere zorg kan worden geleverd voor minder budget. Een dergelijke interventies resulteert in een win-win situatie waarbij alle betrokken partijen (patiënten, aanbieders, financiers) profiteren. Binnen dit onderzoek voldoen enkele interventies aan deze criteria, zodat opschaling op korte termijn opportuun lijkt.

Dit betekent echter niet dat de andere interventies geen toegevoegde waarde hebben. Voor het overgrote deel van de interventies geldt dat er 'betere' zorg geleverd wordt dan de huidige situatie, maar dat dit naar verwachting 'slechts' kostenneutraal plaats vindt. Echter, op basis van de zorginhoudelijke effecten lijkt implementatie van dergelijke interventies nog steeds gewenst.

Voor alle interventies geldt dat er nog knelpunten zijn die opgelost moeten worden voordat overgegaan kan worden op daadwerkelijke opschaling van de interventie. De meeste knelpunten zijn uiteindelijk op te lossen maar vraagt om inzet van alle betrokken partijen en goede onderbouwing. Zet daarom nadrukkelijk en samen in op extra verdiepend onderzoek naar de zorginhoudelijke- en kosteneffectiviteit van interventies door o.a. het faciliteren van (brede) pilotstudies.

¹ Naast zorginhoudelijke en financiële effecten biedt een bredere inzet van paramedische zorg ook ontlasting voor andere (schaarse) zorgprofessionals. Veelal zal ook de zorg voor de patiënt dichterbij huis plaats vinden en zijn er minder wachttijden.

Voor verdere implementatie en opschaling van de interventies gelden een aantal algemene aanbevelingen

Aanbevelingen voor opschaling

Om de initiatieven te implementeren én op te schalen zijn meerdere stappen nodig. Deze stappen richten zich zowel op het beter onderbouwen van de meerwaarde van de interventie als het concretiseren van de interventie, de doelgroep en de benodigde acties van betrokkenen. Per interventie is beschreven welke uitdagingen dit betreft.¹ Hier geven we een aantal algemene aanbevelingen die over alle interventies heen kunnen bijdragen aan haalbaarheid en opschaling.

Investeer in onderzoek naar onderbouwing van de interventies

De meerwaarde wordt nu vaak nog niet door alle betrokkenen (h)erkend of omarmd. Daarbij zijn studies vaak nog beperkt of niet gericht op de Nederlandse situatie of de exacte interventie. Alleen met een sterke en betrouwbare onderbouwing zullen interventies daadwerkelijk op te schalen zijn. Zet daarom nadrukkelijk en in gezamenlijkheid van alle partijen in op extra verdiepend onderzoek naar de zorginhoudelijke- en kosteneffectiviteit van interventies door o.a. het faciliteren van (brede) pilotstudies (incl. eventuele alternatieve bekostigingsstructuren). Zorg hierbij voor een gestructureerde, landelijke aanpak waarbij alle partijen betrokken zijn. Dit vergroot ook het draagvlak onder betrokkenen om zich te scharen achter het potentieel van de interventie.

Concretiseer de interventie

Soms is nog niet duidelijk voor wie de interventie precies meerwaarde heeft (wat is de doelgroep) en hoe de zorg ingeregeld moet worden. Dus welke zorgverlener is wanneer betrokken en hoe vindt de samenwerking tussen zorgverleners plaats. Sommige interventies zijn gericht op programma's die binnen een ziekenhuis zijn uitgerold waarbij nog niet nagedacht is over mogelijkheden tot opschalen. Opschalen vergt dan nog een stap in het verder concretiseren wat precies onder de interventie valt, bij welke doelgroep hij ingezet kan worden en hoe de organisatie van de zorg vorm moet krijgen.

Zet in op regionale netwerkvorming en investeer in onderlinge relaties

Samenwerking binnen de paramedie, een verbeterde organisatiegraad en het actief informeren van de huisartsen en medisch specialisten over de interventie zijn zeer belangrijk. Investeer dus nadrukkelijk in regionale netwerken, waardoor huisartsen en medische specialisten de paramedicus, zijn/haar werkwijze en de toepassing goed begrijpen. Alleen op basis van dit begrip gaan doorverwijzingen op gang komen en kan samenwerking tot stand komen.

Paramedici kunnen deze handschoen oppakken door actief de toegevoegde waarde van de interventie te laten zien. Medisch specialisten en huisartsen kunnen de handschoen op pakken door zich hard te maken voor substitutie en preventie en samenwerkingen met paramedici aan te gaan om hierin stappen te zetten, ook als interventies nog niet bewezen effectief zijn maar wel kansrijk.

Zorg voor passende aanspraak van zorg

Niet voor alle interventies is er een verzekeringsaanspraak, met een financiële drempel voor de patiënt tot gevolg. Daarnaast richten de interventies zich veelal op complexe patiënten met vaak multidisciplinaire behandelteams, wat resulteert in potentieel meer indirecte behandelijd en voor individuele patiënten een te beperkt aanbod vanuit de basisverzekering.

Garandeer de kwaliteit van zorg en maak deze ook inzichtelijk

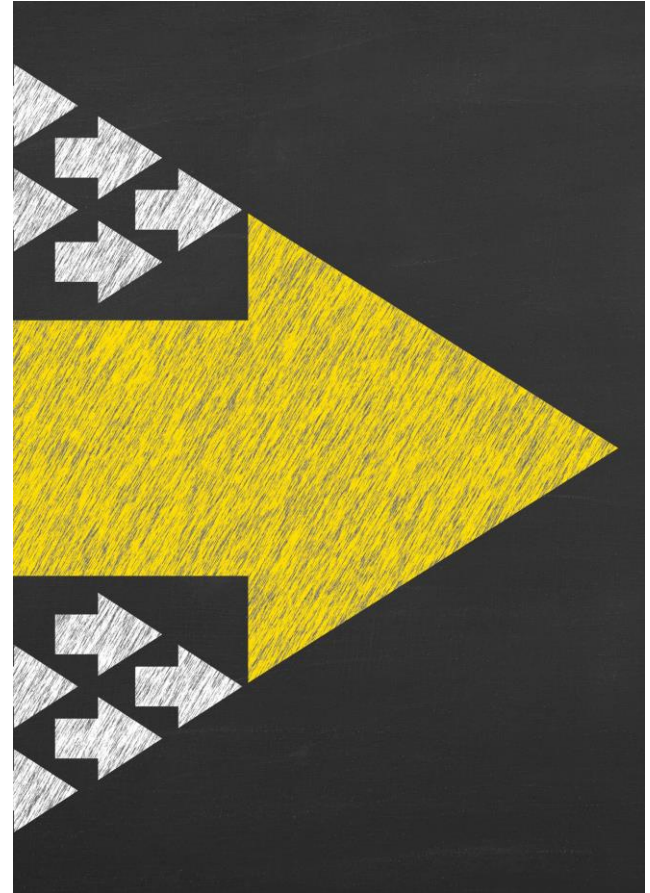
Bij substitutie van zorg is het van belang om aan te tonen dat de geleverde zorg aan de kwaliteitsnormen voldoet en de verwachte zorginhoudelijke effecten bereikt worden. Dit betekent dat in de richtlijnen wordt beschreven en meetbaar gemaakt wat onder kwalitatief goede zorg wordt verstaan. Zorg bij het implementeren van interventies dat de kwaliteit ook inzichtelijk wordt gemaakt (bv. door het opzetten van een kwaliteitsregistratie) en dat deze transparant is voor patiënten. Dit vergroot het vertrouwen in de mogelijkheid tot substitutie en draagt bij aan het sneller opschalen van de interventie.

¹ Zie het hoofdstuk "[uitwerking interventies](#)" voor deze interventie specifieke uitdagingen

Inleiding, vraag & aanpak

Met dit onderzoek geven we inzicht in welke mogelijke interventies er binnen de paramedische zorg zijn om bij te dragen aan substitutie van zorg en preventie.

Op basis van literatuur onderzoek, interviews met experts en relevante stakeholders is op pragmatische wijze inzichtelijk gemaakt wat de meerwaarde van interventies is en in hoeverre ze implementeerbaar en opschaalbaar zijn.



1
2
3



1
2
3



1
2
3



1
2
3



Inleiding, vraagstelling en aanpak (1/3)



Een veranderende, vergrijzende samenleving vraagt om een andere invulling van de zorg om de noodzakelijke zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. De paramedische zorgsector kan een belangrijke rol spelen binnen de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) door met vroegsignalering, preventie en/of substitutie ziekte en de daarbij horende (zwaardere/kostbaardere) zorg te voorkomen.

Onder preventie verstaan we het voorkomen van het ontstaan of verheugen van aandoeningen en/of complicaties door een paramedische interventie. Onder substitutie verstaan we het vervangen van een medische interventie door een paramedische interventie.

Vraagstelling

Om een goed beeld te krijgen van de potentie van paramedische zorg binnen de JZOJP vraagt de taakgroep Substitutie en Preventie, waarbij de PPN¹ in dit onderzoek als opdrachtgever fungeert, om inzicht in:

- ◆ De potentiële financiële effecten van preventie en substitutie binnen deze pijler (potentieel);
- ◆ De te verwachten positieve dan wel negatieve zorginhoudelijke effecten voor de patiënt (effectiviteit);
- ◆ Een inventarisatie van de haalbaarheid en opschaalbaarheid van dergelijke interventies om het substitutiepotentieel te verzilveren (o.a. inventarisatie van belemmeringen)

Dit onderzoek richt zich specifiek op de toegevoegde waarde die diëtetiek, ergotherapie, huidtherapie en logopedie kunnen leveren. We werken voor elke beroepsgroep 2 tot 3 interventies uit.

Aanpak



Onze aanpak bestaat uit een aantal stappen, zoals hierboven weergegeven.

Stap 1: Voorbereidende fase en interviews met experts

O.b.v. gesprekken met beroepsverenigingen & experts aangevuld met interventies uit verschillende onderzoeken^{A3,A7} we in deze eerste stap een aantal interventies geselecteerd die kansrijk zijn om te implementeren en op te schalen en bijdragen aan substitutie en preventie. De selectie is uitgevoerd door per interventie een inschatting te maken van (1) de patiënt waarde, (2) de macro economische waarde en (3) de representativiteit van de interventies (in [de bijlage](#) is het kader opgenomen).

Stap 2a: Desk research en analyse gegevens

Vanuit de opgehaalde input en aanvullend desk research is voor de geselecteerde interventies in beeld gebracht

- ◆ hoe het huidige zorgpad eruit ziet;
- ◆ voor welke patiëntenpopulatie de inzet van de betreffende beroepsgroep wenselijk is en;
- ◆ Wat de potentiële zorginhoudelijke en financiële effecten zijn van de interventie.

¹ Bij dit onderzoek zijn de NVD, NVH, Ergotherapie Nederland en de NVLF betrokken.

Inleiding, vraagstelling en aanpak (2/3)



Vervolgens is in (groeps)interviews met de experts besproken hoe het nieuwe zorgpad eruit zou 'moeten' zien volgens de betrokken experts en of de inzet van de betreffende beroepsgroep leidt tot substitutie of preventie in de tweede lijn en zo ja wat hierin dan de verwachting is van de experts.

Vanuit de opgehaalde input is het substitutiepotentieel voor de geselecteerde aandoeningen in kaart hebben gebracht. Dit is berekend door het huidige zorgtraject te vergelijken met het nieuwe zorgtraject in termen van zorggebruik.

Stap 2b: Berekening potentieel

De impact hebben we bepaald door per aandoening het huidige behandeltraject te vergelijken met het nieuwe behandeltraject. Daarvoor hebben we gekeken naar:

- ◆ Om hoeveel patiënten het gaat;
- ◆ Voor hoeveel patiënten het nieuwe behandeltraject relevant is;
- ◆ De kosten van het huidige behandeltraject;
- ◆ De kosten van het nieuwe behandeltraject (dit betreft zowel de (lagere) kosten voor een alternatieve behandeling als de te voorkomen kosten door preventie);
- ◆ De gemiddelde besparing per patiënt;
- ◆ De gemiddelde investering in paramedie per patiënt;
- ◆ De totale besparing;
- ◆ De totale investering;
- ◆ Het totale effect.

De focus lag hier op het in beeld brengen van de kosten binnen de zorgverzekeringswet.

Stap 3: Haalbaarheid toetsen bij stakeholders

Als eerste is in de interviews met de experts aandacht besteed aan de huidige situatie en gewenste situatie en in hoeverre het mogelijk is om de gewenste situatie te bereiken. Hiervoor is gewerkt met een interviewleidraad waarbij gekeken is naar (1) in hoeverre is voldaan aan de gestelde randvoorwaarden, (2) op welke gebieden knelpunten zijn (o.a. op beleid, financiering, organisatie van zorg en samenwerking) en (3) welke oplossingsrichtingen partijen hiervoor zien. In [de bijlage](#) is de interviewleidraad opgenomen.

Daarnaast hebben we ook verschillende stakeholders in dit proces betrokken waarbij op overkoepelend niveau gesproken is over de haalbaarheid en opschaalbaarheid van substitutie en preventie binnen de paramedische zorg. Dit betreft Zorginstituut Nederland, het Ministerie van VWS, de NZa, Zorgverzekeraars Nederland en de Patiëntenfederatie Nederland.

Stap 4: Opstellen rapportage

Op basis van alle opgehaalde input, desk research en analyse is een eindrapportage opgesteld.

Gebruikte bronnen

Voor het bepalen de genoemde parameters, hebben we verschillende bronnen geraadpleegd. We zijn begonnen met het onderzoek van AEF en hebben naar de daar gebruikte effectiviteitsstudies gekeken. Vervolgens hebben wij de volgende informatiebronnen geraadpleegd:

- ◆ Interviews met experts (voor iedere interventie een andere samenstelling van de expertgroep)
- ◆ (Wetenschappelijke) literatuur voor de bepaling van het aantal patiënten en de kosten
- ◆ Open DIS-data voor de bepaling van het gebruik en de kosten in het ziekenhuis
- ◆ Websites met publiek toegankelijk informatie (bijvoorbeeld Volksgezondheid en zorg info)

In [de bijlage](#) staat alle gebruikte literatuur aangegeven.



1
2
3



1
2
3



1
2
3



1
2
3



Uitwerking interventies

Voor in totaal 12 paramedische interventies is gekeken naar de (kosten)effectiviteit en mogelijkheid om de interventies te implementeren in de praktijk. De resultaten laten zien dat een aantal interventies kansrijk zijn en tot substantiële besparingen kunnen leiden. Bijna alle interventies laten positieve effecten zien op de zorginhoudelijke aspecten. Echter we zien ook dat bij een aantal interventies de meerwaarde in termen van kosten (financiële potentieel) (nog) niet is aangetoond. Ook is bij een aantal interventies de doelgroep nog niet volledig geconcretiseerd en afgebakend. Dit maakt het opschalen en implementeren van deze interventies nog lastig. Tot slot is een aantal interventies niet gericht op de Zvw maar op het sociale domein (zowel in bekostiging als resulterend potentieel), waardoor het gesprek over het substitutiepotentieel vanuit de beroepsgroepen niet met de verzekeraars maar met de gemeenten gevoerd moet worden.



Leeswijzer uitwerking interventies

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving en de resultaten van de onderzochte interventies.

Leeswijzer van dit hoofdstuk

Voor achtereenvolgend Diëtetiek, Ergotherapie, Huidtherapie en Logopedie zijn drie interventies nader uitgewerkt. Hiervoor is gekeken naar zowel de zorginhoudelijke effecten, de mogelijke besparingen (financiële potentieel) en de haalbaarheid & opschaalbaarheid van de interventie.

We starten voor elke beroepsgroep met een overzichtspagina waarin de belangrijkste resultaten zijn samengevat. Vervolgens wordt per interventie toegelicht wat de belangrijkste bevindingen zijn. Dit in 6 tot 8 pagina's waarin achtereenvolgens de volgende zaken beschreven worden:

- ◆ Inleiding, omschrijving van de interventie en de doelgroep
- ◆ De zorginhoudelijke effectiviteit
- ◆ De huidige situatie (welk zorgpad doorloopt een patiënt op dit moment)
- ◆ De nieuwe situatie (hoe ziet het zorgpad er anders uit wanneer de interventie goed is ingevoerd)
- ◆ Het financiële potentieel (substitutie- of preventiepotentieel)
- ◆ Methodologische overwegingen bij de berekening
- ◆ Haalbaarheid o.b.v. geïdentificeerde knelpunten

In [bijlage 1](#) is de gebruikte literatuurlijst te vinden.



Grootste deel interventies is zorginhoudelijke effectief, maar inzicht in kosteneffectiviteit ontbreekt vaak

Literatuurstudie als basis voor resultaten

Het onderzoek startte met een literatuurstudie naar de zorginhoudelijke- en kosteneffectiviteit van de onderzochte interventies.

Op zorginhoudelijk gebied zijn de interventies van Diëtetiek (D1-D3) en Ergotherapie (E1-E3) en de interventie voor constitutioneel eczeem (H1) van huidtherapie en de interventies bij logopedie (L2, L3) effectief bevonden, waarbij aannemelijk dan wel aangetoond is dat de invoering van de interventies positieve effecten heeft voor de patiënt. Voor de overige interventies van huidtherapie en logopedie geldt dat de zorginhoudelijke effectiviteit (nog) niet is aangetoond. Dit komt onder andere doordat het gaat om een generieke inzet van paramedie met meerdere type interventies. De individuele interventies zijn soms wel onderzocht in specifieke doelgroepen, maar in hoeverre deze resultaten generiek zijn voor een grotere patiëntengroep is nog onbekend.

Voor de kosteneffectiviteit is slecht voor twee interventies (D2, E3) aannemelijk dat het leidt tot een kostenbesparing. Daarnaast zijn er nog drie interventies (D1, E1, E2) waarvoor indirect positief bewijs of aangetoonde kostenneutraliteit bestaat. Ondanks beperkt positief bewijs of kostenneutraliteit biedt de invoering van deze interventies wel een positief zorginhoudelijk effect zonder dat het extra zorgkosten oplevert.

Voor de overige interventies zijn geen wetenschappelijke kosteneffectiviteitsstudies gevonden, waardoor het financiële potentieel in dit onderzoek is gebaseerd op een theoretisch situatie en expert opinion. Voor twee logopedische interventies (L1,L2) geldt dat zowel kosten als baten met name binnen het sociale domein vallen, waardoor dit buiten de scope van dit onderzoek (de ZVW) valt.

	Zorginhoudelijke effectiviteit	Kosteneffectiviteit
Diëtetiek		
D1: Ondervoede ouderen	● D7, D11-D17	● D7-D10, D19, D23
D2: Prehabilitatie	● D27-D32	● D30, D33
D3: Maagzuurremmers	● D35, D40-D41	●
Ergotherapie		
E1: Parkinson	● E5-E6	● E7
E2: Spierziekten	● E11	● E12
E3: Dementie	● E17-E19	● E20-E21
Huidtherapie		
H1: Constitutioneel eczeem	● H5-H7	● H6
H2: Chronisch oedeem	● H14, H15, H20	●
H3: Huidkankerpreventie	● H28, H31, H32	●
Logopedie		
L1: Vroegsignalering taalachterstand	● L1, L7, L8	●
L2: Communicatievaardig door ouders	● L1, L3, L5, L6	●
L3: Slikproblemen preverbaal kinderen	● L12, L15, L17-L21, L23	●

Zorginhoudelijke effectiviteit

- Aangetoond positief (door minstens één systematic review en/of twee afzonderlijke RCT-studies van goede kwaliteit)
- Aannemelijk positief; tenminste 1 studie dat positief effect aantoont
- Beperkt positief bewijs of mening van deskundigen
- Onbekend

Kosteneffectiviteit

- Aannemelijk positief bewijs, tenminste 1 studie dat positief effect aantoont
- Beperkt positief bewijs of aangetoonde kostenneutraliteit
- Onbekend

Verschillende interventies zijn kansrijk voor opschaling met substantieel preventie- en/of substitutiepotentieel

Effectiviteit en financieel potentieel

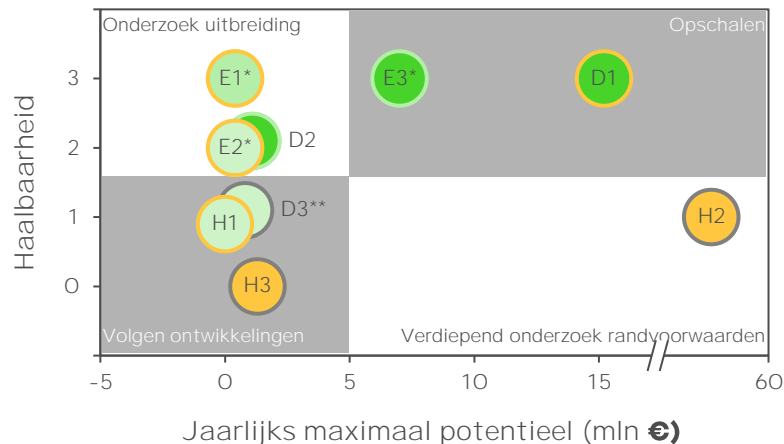
Het financiële potentieel van inzet van de geselecteerde interventies wisselt. De meeste interventies resulteren in een beperkt jaarlijks potentieel (tussen de 0 en 6 miljoen euro) en hebben veelal een aantoonbaar of aanneemelijk positief effect op de geleverde zorg of de kwaliteit van leven voor de patiënt. Drie interventies resulteren in een mogelijk jaarlijks financieel potentieel groter dan 5 miljoen euro, waarvan twee (D1 & E3) ook wetenschappelijk onderbouwd zijn op zowel zorginhoudelijke- als kosteneffectiviteit. De laatste interventie (H2) vraagt om verdiepend onderzoek, maar heeft wel een substantieel potentieel. Bij logopedie is ervoor gekozen het potentieel niet te berekenen, omdat substitutie met name in het sociale domein in plaats van de ZVW valt (L1, L2) of het potentieel o.b.v. de beschikbare informatie niet te becijferen bleek (L3).

Haalbaarheid

Qua haalbaarheid zien we grofweg een onderscheid tussen interventies die:

- preventief van aard en deels al onderdeel van de reguliere zorgpad zijn (o.a. D1, E2, E3), waarbij de uitdaging met name ligt in het effectueren van de potentiële patiëntenstroom door het ontwikkelen van kennis en bekendheid;
- interactie met andere zorgsoorten vragen (E1, D2, H1), waarbij de toegevoegde waarde nog niet door alle betrokkenen gevoeld wordt;
- (relatief) nieuw zijn (H2, H3, D3), waardoor de interventie nog niet volledig is gedefinieerd en waarop nog extra onderzoek nodig is over de effectiviteit om vast te stellen of er daadwerkelijk aan de randvoorwaarden wordt voldaan;
- meer gericht zijn op het sociaal domein (L1 & L2), zodat afspraken tussen beroepsgroep en gemeenten nodig zijn.

Daarnaast heeft elke interventies eigen specifieke knelpunten voor opschaling, die voor elke interventie apart zijn beschreven.



- | | |
|--|---|
| <p>Diëtetiek</p> <p>D1: Ondervoede ouderen</p> <p>D2: Prehabilitatie</p> <p>D3: Maagzuurremmers</p> <p>Ergotherapie</p> <p>E1: Parkinson</p> <p>E2: Spierziekten</p> <p>E3: Dementie</p> <p>Huidtherapie</p> <p>H1: Constitutioneel eczeem</p> <p>H2: Chronisch oedeem</p> <p>H3: Huidkankerpreventie</p> <p>Logopedie</p> <p>L1: Vroegsignalering</p> <p>L2: Communicatievaardig</p> <p>L3: Slikproblemen preventiebaar</p> <p>Haalbaarheid</p> <p>0: randvoorwaarden niet vervuld, knelpunten moeilijk op te lossen</p> <p>1: randvoorwaarden niet volledig vervuld, twijfel over oplossen knelpunten</p> <p>2: randvoorwaarden grotendeels vervuld, twijfel over oplossen knelpunten</p> <p>3: randvoorwaarden grotendeels vervuld, knelpunten op te lossen</p> | <p>Zorginhoudelijke effectiviteit (kleur)</p> <p>● Aantoonbaar positief (door minstens één systematisch review en/of twee afzonderlijke RCT-studies van goede kwaliteit)</p> <p>○ Aanneemelijk positief, tenminste 1 studie dat positief effect aantoon</p> <p>○ Beperkt positief bewijs of mening van deskundigen</p> <p>○ Onbekend / Geen bewijs</p> <p>○ Kosteneffectiviteit (contour)</p> <p>○ Positief bewijs, tenminste 1 studie dat positief effect aantoon</p> <p>○ Beperkt positief bewijs of aangetoonde kostenneutraliteit</p> <p>○ Onbekend / Geen bewijs</p> |
|--|---|

* De interventies E1, E2 & E3 hebben naast een jaarlijks ook een eenmalig financieel potentieel van maximaal 4, 44, 20 miljoen euro, respectievelijk.

** De interventie D3 heeft een jaarlijks besparingspotentieel van 0,8 miljoen euro, echter door de investering in de behandeling resulteert deze interventie op zijn vroegst na 6 jaar in een positief resultaat.



Diëtiek

D1 Ondervoede kwetsbare ouderen pag. 21 - 27

1
2
3
Diëtbegeleiding bij ondervoede kwetsbare ouderen ter bespoediging van herstel bij ziekte

D2 Prehabilitatie bij coloncarcinoom pag. 28 - 33

1
2
3
Prehabilitatie bij patiënten met coloncarcinoom ter voorkomen ondervoeding gedurende en na behandeling

D3 Afbouwen van maagzuurremmers pag. 34 -40

1
2
3
Dieetscreening en -behandeling bij voedinggerelateerde maagklachten ter verminderen van het gebruik van maagzuurremmers



De interventies van diëtetiek voorkomen of verminderen een langdurige zorgvraag

Diëtetiek richt zich op het begeleiden van patiënten bij verschillende voedingsvraagstukken. Een gedegen dieetbegeleiding kan een belangrijke rol spelen in het voorkomen en (sneller) herstellen van verschillende ziektes. De interventies die hiervoor in het onderzoek zijn geselecteerd betreffen:

Dieetbegeleiding bij ondervoede kwetsbare ouderen

Door de inzet van diëtetiek bij kwetsbare ouderen met ondervoeding neemt het aantal consulten bij de huisarts af, zijn er minder langdurige opnames in het ziekenhuis en lagere kosten bij opname in het verpleeghuis. De te behalen besparing is afhankelijk van de effectiviteit van de interventie en ligt tussen de - € 31mln en + € 15,2 mln. Bij een lage effectiviteit wegen de kosten van de interventie niet op tegen de bereikte besparingen. Zowel de zorginhoudelijke- als kosteneffectiviteit van deze interventie is in de literatuur beschreven, al is de toepassing ervan op deze specifieke doelgroep gebaseerd op expert opinion.

Belangrijkste knelpunten voor opschaling zijn het niet tijdig signaleren van de problematiek door de schil van regisserend verzorgers rondom de kwetsbare oudere en de beperkte aanspraak voor deze doelgroep.

Prehabilitatie bij patiënten met coloncarcinoom en (risico op) ondervoeding

Door de inzet van prehabilitatie bij patiënten met coloncarcinoom en (risico op) ondervoeding zijn er gedurende intensieve behandeltrajecten minder langdurige opnames in het ziekenhuis en minder ongeplande heropnames. Diëtetiek

onderdeel van de multimodale prehabilitatie behandeling. Diverse studies laten bewijs voor succesvolle zorginhoudelijke inzet zien (verbeterde voedingsstatus, fysieke staat), als ook verminderde kosten (opnameduur, heropnames) bij deelnemers aan prehabilitatieprogramma's. In de specifieke doelgroep kan er jaarlijks mogelijk een besparing van €1,1 miljoen worden gerealiseerd.

Belangrijkste knelpunten voor opschaling zijn de capaciteit van diëtisten met de juiste kennis en het (financieel) draagvlak voor het uitrollen van dergelijke programma's in diverse ziekenhuizen.

Dieetbegeleiding bij voeding gerelateerde maagklachten

Door de inzet van diëtetiek bij voeding gerelateerde maagklachten neemt het chronisch gebruik van maagzuurremmers af. De financiële meerwaarde van diëtetiek is pas op langere termijn zichtbaar, dit vanwege de relatief lage kosten van maagzuurremmers. Na 5 à 10 jaar – afhankelijk van hoe effectief de dieetbegeleiding is – wegen de kosten van diëtetiek op tegen de medicijnkosten. Na 15 jaar is de besparing minimaal € 1,2 miljoen en maximaal € 6,1 miljoen.

De berekening van het potentieel is grotendeels gebaseerd op expert opinion omdat structurele wetenschappelijke onderbouwing voor de kosteneffectiviteit van de interventie ontbreekt. Daarnaast zijn belangrijke knelpunten de opvatting dat diëtetiek geen (directe) meerwaarde heeft ten opzichte van medicatie en het feit dat patiënten die chronisch maagzuurremmers gebruiken niet meer direct in het zicht van zorgverleners zijn.

Dieetbegeleiding bij ondervoede kwetsbare ouderen bespoedigt herstel bij ziekte

Ondervoeding heeft nadelige effecten voor de lichamelijke en psychische gezondheid van mensen. Mensen die ondervoed zijn, zijn over het algemeen kwetsbaarder waardoor zij sneller ziek worden en minder goed herstellen bij ziekte. Ondervoeding is te herkennen aan een onbedoeld gewichtsverlies (>5% binnen 6 maanden of >10% in langere periode) en/of een structureel te laag BMI (<22 kg/m²) en/of lage spiermassa in combinatie met te lage inname van energie en/of acute ernstige ziekte, trauma of chronische ziekte met ontsteking.^{D1} De risicofactoren voor ondervoeding zijn veelomvattend en zowel lichamelijk (o.a. ziekte, verminderde eetlust, moeite met kauwen/slikken), psychisch (o.a. angst, depressie, dementie, verdriet) als sociaal (o.a. eenzaamheid, te weinig budget voor gezonde voeding).^{D2}

Interventie

Begeleiding door een diëtist geeft ondervoede patiënten de juiste handvatten om op een gezond gewicht te komen en te blijven. De behandeling richt zich op het binnenkrijgen van de juiste voedingsstoffen (met name voldoende eiwitten, vitamines en mineralen), op het aanleren van de juiste (eet)gewoontes en op het verhelpen of omgaan met voeding gerelateerde klachten die de voedingsinname beperken.^{D3}

Doelgroep

Vooraf kwetsbare ouderen lopen een groot risico op ondervoeding, te meer door de verschillende lichamelijke, psychische en sociale risicofactoren die aan ondervoeding ten grondslag liggen. Hiertussen is niet altijd een duidelijk oorzakelijk verband aan te wijzen: kwetsbaarheid kan leiden tot ondervoeding en andersom kan ondervoeding ook juist zorgen voor meer kwetsbaarheid, bijv. door grotere kans op ziekte.

Volgens Vektis is 22% (730.000) van de 65+-ers in Nederland kwetsbaar^{D4}. De betrokken experts en verschillende bronnen^{D3,D5,D6} stellen dat 10-30% van de kwetsbare ouderenpopulatie ondervoed is. Dat maakt de totale doelgroep van de interventie zo'n 73.000-219.000 (gemiddeld ~150.000) kwetsbare ouderen met (risico op) ondervoeding.*

Zorginhoudelijke resultaten (effectiviteit)

Het hebben van een gezond gewicht en voldoende kracht en weerstand zorgt voor een beter herstel en minder (erge) complicaties na operatie of ziekte, betere wondgenezing, betere werking van het immuunsysteem en minder kans op overlijden.^{D7-D10}

De inzet van de diëtist is gericht op het individu, waardoor adequaat kan worden gereageerd op onderliggende oorzaken van de ondervoeding bij de kwetsbare oudere. De effectiviteit van een dergelijke dieetbegeleiding bij ondervoede ouderen wordt zowel in de klinische als niet-klinische setting gestaafd door meerdere wetenschappelijk onderzoeken. Hieruit blijkt dat de dieetbegeleiding (zowel met als zonder orale voedingssupplementen) een licht positief effect heeft op gewicht, energie-inname en lichaamssamenstelling.^{D11-D17}

Door inzet van een diëtist zullen patiënten bij eventuele ziekte niet of minder ondervoed raken met als resultaat een sneller herstel. Bovendien zorgt het behandelen van ondervoeding voor een betere kwaliteit van leven bij de kwetsbare ouderen.^{D18}

* Met de klankbordgroep is afgestemd om de huidige casus te richten op de doelgroep kwetsbare ouderen met (risico op) ondervoeding. Het totaal aantal ondervoede ouderen – kwetsbaar en niet-kwetsbaar – betreft maximaal 350.000 (5-10% van de ouderenpopulatie van 3,5M). Mocht de interventie in deze bredere doelgroep worden ingezet, dan zijn de (financiële) effecten groter dan in de huidige casus weergegeven.

In de huidige situatie keren ouderen vaker terug met een zorgvraag als ondervoeding niet wordt aangepakt

Huidige situatie

Kwetsbare ouderen melden zich op den duur met specifieke klachten bij de huisarts (bijvoorbeeld voor een chronische aandoening waarvoor zij onder behandeling zijn) of in het ziekenhuis (bijvoorbeeld op de SEH na een valincident). De behandeling van kwetsbare ouderen richt zich dan logischerwijs op het verhelpen van de directe zorgvraag. Er is echter onvoldoende zicht op mogelijk onderliggend lijden zoals ondervoeding, mede omdat dit niet door de schil van regisserende verzorgers is opgemerkt.

Als de onderliggende ondervoeding niet wordt opgemerkt en aangepakt is er grotere kans dat de kwetsbare oudere weer ziek wordt en met een terugkerende zorgvraag bij de huisarts of het in het ziekenhuis terecht komt. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat – wanneer sprake is van ondervoeding – er gemiddeld 7 (5-9) consulten meer bij de huisarts worden afgenomen.^{D19}

10% van alle kwetsbare ouderen wordt jaarlijks op de afdeling geriatrie in het ziekenhuis opgenomen.^{D20} 38% van deze ouderen is volgens de screeningsuitslag ondervoed.^{D21,D22} Dit

komt jaarlijks neer op zo'n 28.000 (38% van 10% van 730.000) kwetsbare ondervoede ouderen in het ziekenhuis. De ligduur is bij ondervoeding gemiddeld 1,9 (1,4-2,3) dagen langer.^{D8,D9}

Op het moment dat een kwetsbare oudere zich vaak en met ernstige klachten blijft melden met een zorgvraag, is opname in een verpleeghuis om daar de benodigde zorg te ontvangen vaak onvermijdelijk. Van alle kwetsbare ouderen woont op dit moment 25% in een instelling^{D4} waarvan 19% ondervoed is.^{D21} Dit komt neer op zo'n 35.000 (19% van 25% van 730.000) kwetsbare ondervoede ouderen in het verpleeghuis. Ondervoeding brengt bij opname in het verpleeghuis zo'n €10.000 extra kosten, voornamelijk personele kosten, met zich mee.^{D23}

Kortom, onderliggend lijden zoals ondervoeding kan zorgen voor meer zorggebruik bij ziekte doordat ouderen langzamer herstellen of zelfs zo kwetsbaar zijn dat opname in een verpleeghuis noodzakelijk is waarbij extra kosten gemoeid zijn.

Schematisch overzicht huidige situatie



*OV = ondervoeding

In de nieuwe situatie zorgt interventie voor een korter zorgtraject door minder OV*-gerelateerde zorgvraag

Nieuwe situatie

In de nieuwe situatie is het van belang dat de schil van zorgverleners al vroegtijdig signaleert dat er sprake is van (een verhoogd risico op) ondervoeding bij de oudere. Dan kan dan tijdig een diëtist worden ingeschakeld voor de behandeling. Deze behandeling is gericht op het verhelpen van de acute ondervoeding, maar kan zich door de vroegtijdige signalering ook richten op een duurzame oplossing gericht op eetgewoonten en kennis over gezonde en benodigde voeding. Op het moment dat een kwetsbare oudere zich met een specifieke zorgvraag meldt bij de huisarts of in het ziekenhuis, is de verwachting dat het zorgpad korter en minder intensief is als de ondervoeding vroegtijdig is/wordt behandeld.

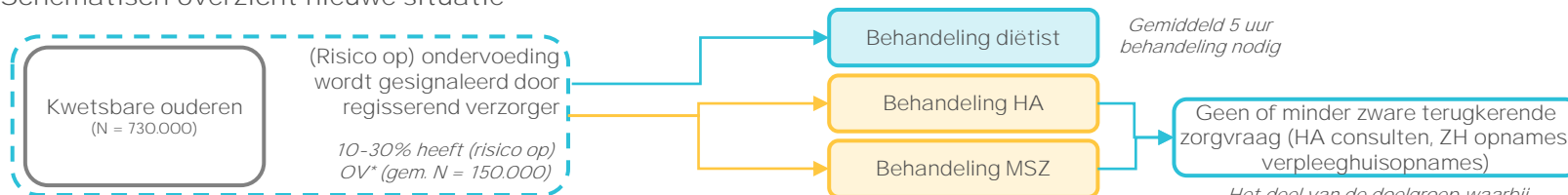
De interventie wordt dus naast het huidige behandeltraject voor een specifieke zorgvraag ingezet, maar heeft als doel dit behandeltraject te verkorten en toekomstige zorgvragen mogelijk te voorkomen.

Over het aandeel van de doelgroep waarbij de interventie effectief zal zijn in het verkorten en voorkomen van zorg is geen duidelijk uitsluitsel gezien de heterogeniteit van de populatie en de veelomvattende problematiek bij kwetsbaarheid. In de berekening wordt deze onzekerheid

meegenomen door toepassen van zogenaamde scenario's in de effectiviteit van het substitueren van zorg. Bij het voorkomen van huisartsconsulten en het verkorten van ziekenhuisopnames schatten we in dat diëtetik in 25 tot 75% van de gevallen effectief zal zijn. In het voorkomen van duurdere verpleeghuisopnames is de inschatting dat diëtetik effectief kan zijn in zo'n 1-3% van de gevallen, aangezien in het verpleeghuis vaak sprake is van een complexe zorgvraag waar diëtetik slechts voor een klein deel aan kan bijdragen.

Het aantal uren dat nodig is voor een effectieve behandeling van ondervoeding wordt ingeschat op 5 uur (o.b.v. zorgniveau 2 zoals opgenomen in de Artsenwijzer Diëtetik^{D24}). Omdat er sprake is van een specifiek kwetsbare doelgroep, zal het aantal uren benodigde behandeling voor individuele patiënten mogelijk hoger zijn, maar nemen we het gemiddelde van 5 uur mee in de berekening van het potentieel.

Schematisch overzicht nieuwe situatie



*OV = ondervoeding

Het deel van de doelgroep waarbij behandeling effectief is, is onzeker. Voor de berekening gaan we uit van 25-75% effectiviteit in substitueren van zorg

Door inzet van diëtetiek bij kwetsbare ouderen met ondervoeding is er maximaal € 15,2 mln te substitueren

Substitutiepotentieel

De zorginhoudelijke effecten van het voorkomen van ondervoeding bij ouderen zijn de kwantificeren tot:

- Minder consulten bij de huisarts;
- Minder langdurige opnames in het ziekenhuis;
- Lagere kosten bij opnames in het verpleeghuis.

Alle kwetsbare ouderen met (risico op) ondervoeding (N = 150.000) komen vaker terug bij de huisarts (+7 consulten per jaar^{D19} à €35,7 per consult^{D24}). De ondervoede kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis worden opgenomen (N = 28.000) blijven gemiddeld 1,9 dagen langer (+€514,8 p.p.d.^{A1}) dan niet ondervoede patiënten.^{D8,D9} We gaan er van uit dat diëtetiek effectief kan zijn in het substitueren van 25-75% van deze kostenposten.

De ondervoede kwetsbare ouderen in het verpleeghuis (N = 35.000) kosten gemiddeld €10.000 extra per patiënt. Dit betreft met name kosten voor extra personele inzet.^{D23} We gaan er hierbij van uit dat diëtetiek effectief kan zijn in het voorkomen van dure zorg bij 1-5% van de opnames, aangezien er ook andere oorzaken ten grondslag kunnen liggen aan een dergelijke opname.

Als kosten gaan we uit van gemiddeld 5 uur diëtetiek per persoon per jaar (gemiddeld €67,50 per uur volgens de meest recente afspraken met de 4 grote verzekeraars).

Uitgaande van het succesvol inzetten van de interventie bij kwetsbare ondervoede ouderen is een jaarlijks potentieel te verwachten van maximaal €15,2 miljoen. Indien blijkt dat de interventie minder effectief is, zijn de kosten van de inzet van diëtetiek hoger dan de te bereiken besparingen (- € 31 mln).

Huidige situatie (€, mln)

	Scenario effectiviteit Laag (25%)	Hoog (75%)
Extra consult huisarts (100% van 150.000)	9,4	28,1
Opname ziekenhuis (10% van 730.000 wv. 38% OV*)	6,7	20,4
	Scenario effectiviteit Laag (1%)	Hoog (5%)
Opname verpleeghuis (25% van 730.000, wv. 19% OV*)	3,5	17,3

Nieuwe situatie (€, mln)

Diëtetiekkosten	In beide scenario's -50,6	
Substitutiepotentieel (€, mln)	-31,0	15,2

Door de inzet van diëtetiek bij kwetsbare ouderen met ondervoeding neemt het aantal consulten bij de huisarts af, zijn er minder langdurige opnames in het ziekenhuis en goedkopere opnames in het verpleeghuis.

Daarmee kan mogelijk een besparing van maximaal € 15,2 miljoen worden gerealiseerd. De besparing is afhankelijk van de effectiviteit van de interventie.

*OV = ondervoeding

Correcte interpretatie van het potentieel moet worden gebaseerd op enkele methodologische overwegingen

Overwegingen bij substitutiepotentieel

De insteek van de benadering is pragmatisch van aard. Belangrijke overweging om in ogenschouw te nemen zijn:

- ◆ Bij een deel van de gebruikte literatuur zijn de studies niet gebaseerd op de Nederlandse ouderenpopulatie. Gezien de gezondheidsverschillen en verschillen in toegang tot zorg die (zeer waarschijnlijk) bestaan tussen verschillende bevolkingsgroepen, is er mogelijk een onder- of juist overschatting van het effect.
- ◆ De scenario's voor effectiviteit van diëtetiek in substitueren van kostenposten zijn o.b.v. expert opinion geformuleerd. Het laagste scenario is conservatief ingeschat.
- ◆ Bij het ontbreken van een bron is het percentage voor effectiviteit in het voorkomen van opnames in verpleeghuizen ingeschat op 1-5%. Mogelijk is dit conservatief, aangezien ondervoeding bij ouderen een groot probleem is. Ook kunnen opnames mogelijk uitgesteld worden (i.p.v. geheel voorkomen) door minder ondervoeding. Het huidige potentieel kan daardoor mogelijk een onderschatting van het effect geven.
- ◆ De kosten van ondervoeding in de Wlz worden met name veroorzaakt door extra tijdbesteding door (verzorgend) personeel. In de berekening is aangenomen dat de besparingen ook te gelden gemaakt kunnen worden, door bijvoorbeeld de inzet van minder personeel en/of efficiëntere inzet van bestaand personeel.



Verdieping op haalbaarheid en opschaalbaarheid laat zien dat de interventie kansrijk is om in te voeren

Randvoorwaarden		Toelichting	
Substantiële omvang doelgroep		Omvang zo'n 150.000 kwetsbare ouderen met risico op ondervoeding	
Bewijs zorginhoudelijke effectiviteit		Aangetoond positieve resultaten van diëtetiek op ondervoeding in meerdere RCTs	
Bewijs kosten effectiviteit		Deels aangetoond kosteneffectief (op consulten, ZH opname); Enkele aspecten ingeschat door experts	
Betrouwbaarheid berekend potentieel		Mogelijke onbetrouwbaar door generaliseren bewijs en ontbreken van studies in specifieke populatie	
Gedragen visie op noodzaak en urgentie		Problematiek is urgent en wordt door diverse partijen onderkend; Multidisciplinaire inzet in ontwikkeling	
<p><i>Randvoorwaarden (grotendeels) vervuld?</i></p> <p><i>Ja, het potentieel van diëtetiek bij kwetsbare ouderen kan goed genoeg worden beargumenteerd: de omvang is substantieel, zowel vanuit zorginhoudelijk als vanuit kosten perspectief is er voldoende bewijs en er is een duidelijke landelijk gedragen visie. De betrouwbaarheid van het potentieel valt nog te betwisten gezien het generaliseren van wetenschappelijk bewijs naar de specifieke kwetsbare ouderenpopulatie in Nederland.</i></p>			
Knelpunten	Toelichting	Oplossingsrichting	
Beleid		Geen specifieke knelpunten	
Financiering		Deels vergoed vanuit Zvw, maar niet (altijd) toereikend	Aanspraak uitbreiden voor specifieke doelgroep
Samenwerking		Weinig signalering door schil; Meerwaarde niet voldoende gezien	Ontwikkeling kennis en bekendheid problematiek
Invloed patiënt		Kenmerken kwetsbaarheid beïnvloeden mogelijk effectiviteit	Meer onderzoek in specifieke populatie
Invloed zorgverlener		Te weinig diëtetische capaciteit voor volledige benutting	Bijscholing en efficiënter inzetten huidige capaciteit
Innovatie		Ontbreken uniformiteit maakt lastiger schaalbaar	Ontwikkelen standaard met ruimte voor indiv. behoefte
<p><i>Bestaande knelpunten eenvoudig op te lossen?</i></p> <p><i>De knelpunten, m.n. het ontbreken van tijdige signalering en zicht op de meerwaarde van diëtetiek, zijn op te lossen maar vergen wel een grote stap voorwaarts in het gezamenlijk uitdragen van een visie en kennis- en beleidsontwikkeling. Ook capaciteit is een belangrijk knelpunt, al helpt efficiënter inzetten van huidige capaciteit en bijscholing daar mogelijk al in.</i></p>			

Voldoet volledig
 Voldoet grotendeels
 Onbekend / onbeslist
 Voldoet grotendeels niet
 Voldoet helemaal niet

Zie [bijlage 2](#) voor de interviewleidraad op basis waarvan in de gesprekken met stakeholders de randvoorwaarden, knelpunten en oplossingsrichtingen zijn vastgesteld en ingevuld

Belangrijkste obstakels richten zich dus op, aantonen meerwaarde, aanspraak en capaciteit

Obstakels in haalbaarheid en opschaling

Meerwaarde van diëtist wordt niet altijd gezien

De meerwaarde van de inzet van een diëtist wordt niet goed genoeg erkend door andere medische beroepsgroepen. De huisarts, bijvoorbeeld, ziet vaak eerst voor zichzelf een rol in het aanpakken van de problematiek, terwijl die mogelijk niet de juiste behandeling kan bieden als de ondervoeding al ver gevorderd is. Een (preventief) consult bij de diëtist kan al een groot deel van de problematiek in kaart brengen waarmee de juiste behandeling kan worden gekozen.

Vergoeding vanuit Zvw niet toereikend

Vanuit de Zvw wordt maximaal 3 uur aan diëtietiek behandelingen vergoed per patiënt. Dit is vaak niet voldoende voor het oplossen van de complexe problematiek bij kwetsbare ouderen. Er kan geen duurzaam voedingspatroon ontwikkeld en ingeslepen worden, waardoor het risico bestaat op verslechtering van de voedingstoestand.

Ondervoeding wordt nog te weinig gesignaleerd

In de schil van naasten en zorgverleners worden risico's op ondervoeding op dit moment nog niet tijdig gesignaleerd. Dat vraagt bewustzijn van probleem, kennis en vaardigheden van andere professionals, mantelzorgers en ouderen zelf. Ook sneeuwt ondervoeding vaak onder bij de andere zaken die spelen op het gebied van gezondheid van de kwetsbare oudere.

Kenmerken kwetsbaarheid beïnvloeden effectiviteit

De te verwachten zorginhoudelijke- en kosteneffecten worden mogelijk beïnvloed door het feit dat het een specifiek kwetsbare populatie betreft die op zichzelf al meer zorg gebruikt.

Er is te weinig capaciteit in de beroepsgroep

Op het moment dat alle kwetsbare ouderen met ondervoeding naar de diëtist worden verwezen, ontbreekt het aan voldoende diëtisten. De doelgroep is dermate groot, dat de regisserende schil rondom de kwetsbare oudere hier als een soort poortwachter kan optreden. Een andere mogelijkheid is het opleiden van meer diëtisten.

Ontbreken uniformiteit maakt lastig schaalbaar

De dieetbehandeling is aangepast op de oudere zelf, is op maat gemaakt en verschilt dus tussen personen, maar is ook afhankelijk van andere factoren (bijv. de werkwijze van de diëtist zelf en band tussen diëtist en oudere). Wanneer je gedragsverandering wilt bereiken, dan vraagt dat veel van communicatieve vaardigheden, vertrouwen en onderling contact. Bovendien is de oorzaak van ondervoeding divers en is het de vraag of/welke andere professionals betrokken moeten worden.

Opschalen vergt dus nog enkele belangrijke stappen

Hoewel aan de randvoorwaarden (grotendeels) is voldaan, zal de implementatie en opschaling niet eenvoudig zijn. Het is belangrijk dat de meerwaarde wordt gezien door de betrokkenen en dat ondervoeding onderdeel uitmaakt van de risicosignalering door de schil (van zorgverleners) rondom de patiënt. Het doorverwijzen naar de diëtist moet onderdeel uitmaken van de reguliere behandeling om patiënten zo snel mogelijk te ondersteunen. De doelgroep is groot en de problematiek divers. Dit maakt dat een uniforme aanpak ontbreekt wat het opschalen van de interventie nog lastig maakt. Daarbij is het aanbieden van een toereikende vergoeding voor de specifiek kwetsbare doelgroep een belangrijke stap.

Multimodale prehabilitatie bespoedigt herstel tijdens een intensief behandeltraject

In de afgelopen jaren is er veelvuldig onderzoek gedaan naar de rol van fitheid en weerstand bij het herstel van patiënten met kanker gedurende een intensief behandeltraject. Hieruit blijkt dat het loont om zo fit mogelijk een behandeltraject in te gaan om het herstel te bespoedigen.^{D25} In dat kader zijn er zogenoemde prehabilitatieprogramma's ontwikkeld waarin een multidisciplinair team bestaande uit (o.a.) een fysiotherapeut, diëtist en psycholoog met de patiënt samen werkt aan een verbeterde fitheid en weerstand voorafgaand & gedurende een behandeltraject. De kracht van deze programma's is de multimodale benadering, waarin de patiënt zowel fysiek als mentaal wordt begeleid. De gedachte is dat het individuele 'effect' van de verschillende disciplines elkaar versterkt.

Interventie

In de huidige rapportage zoomen we specifieker in op de rol van de diëtist in prehabilitatie. De diëtbegeleiding binnen dergelijke programma's bestaat uit een op het individu aangepaste begeleiding met aandacht voor de fysieke, mentale en sociale kenmerken van de patiënt. Gelijktijdig worden de benodigde voedingsstoffen (m.n. eiwitten) op peil gebracht door middel van een dieet voorafgaand aan de behandeling. Ook het beperken van klachten door voeding en zorgen voor adequate vertering/absorptie van de voedingsstoffen is onderdeel van de diëtbehandeling bij prehabilitatie.

Doelgroep

Prehabilitatie wordt bij verschillende patiëntgroepen toegepast. In deze casus focussen we op de patiënten met coloncarcinoom met (risico op) ondervoeding.¹ De reden dat voor deze specifieke doelgroep is gekozen, is tweeledig:

1. In onderzoeken naar prehabilitatie is de patiëntengroep met coloncarcinoom het meest vertegenwoordigd, waardoor de resultaten van deze studies het beste kunnen worden generaliseerd naar het te berekenen potentieel.

2. Ondervoeding betreft een duidelijke risicofactor in langdurig herstel en ontstaan van complicaties tijdens een behandeltraject. Als gevolg van ziekte en/of de behandeling kan ondervoeding zich snel ontwikkelen. Verminderde voedselinname of verhoogde behoefte aan voedingsstoffen liggen hier aan ten grondslag.^{D25}

De groep patiënten met (risico op) ondervoeding betreft volgens de experts ongeveer 50% van de patiënten met coloncarcinoom. In Nederland was de incidentie van dikke darm- en endeldarmkanker de afgelopen jaren zo'n 12.000-16.000 patiënten per jaar.^{D26} Deze getallen lopen enigszins uiteen vanwege externe oorzaken zoals o.a. het stilzetten van het landelijke screeningsprogramma coloncarcinoom vanwege covid. Gemiddeld betreft het zo'n 14.980 nieuwe patiënten per jaar tussen 2015 en 2018 waarvan dus ~7.500 patiënten (50%) de verhoogde risicogroep voor ondervoeding bedraagt.

Zorginhoudelijke resultaten (effectiviteit)

De verwachting is dat de inzet van de diëtist – in combinatie met de inzet van de andere disciplines binnen het prehabilitatieprogramma – gedurende het behandeltraject de kans op (verdere) ondervoeding verkleint en daarmee het herstel bevordert. Diverse studies laten bewijs zien voor succesvolle inzet van diëtetische interventie: bij patiënten met gastro-intestinale kanker is diëtbegeleiding (met of zonder gebruik van orale voedingssupplementen) effectief in het voorkomen van gewichtsverlies of zorgt voor een gewichtstoename.^{D27,D28} Ook laten studies een kortere opnameduur en minder complicaties zien.^{D29}

Studies naar de prehabilitatieprogramma's in zijn geheel laten zien dat er in de deelnemende populatie sprake is van verbeterde functionele capaciteit en minder ongeplande heropnames, kortere opnameduur, minder complicaties en verbeterde ziektevrije overlevingsjaren.^{D30-D34}

¹ Over een duidelijk inclusiekader met specifieke criteria zijn partijen rondom de prehabilitatieprogramma's nog in gesprek. Mogelijk is de beoogde doelgroep dus breder of juist smaller 28

Gecombineerde inzet van disciplines in prehabilitatie verkort de opnameduur en verlaagt kans op heropname

Huidige situatie

Patiënten met coloncarcinoom gaan meestal kort na hun diagnose een intensief behandeltraject in, zoals een operatie. Daarbij is er vaak te weinig tijd voor het op peil brengen van de conditie en weerstand van de (ondervoede) patiënt voorafgaand aan de behandeling. Zorgverleners met specifieke expertise (diëtetiek, fysiotherapie, psychologie) worden wel betrokken maar werken niet multidisciplinair aan het behandelen van risicofactoren zoals ondervoeding.

Gewenste situatie

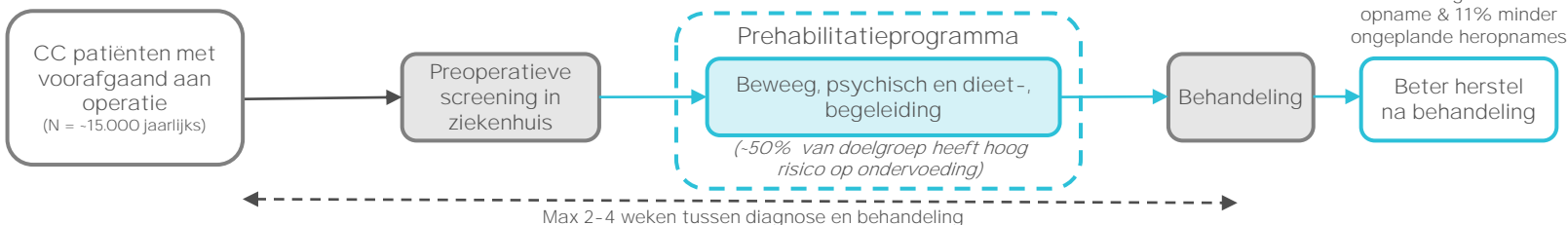
In de gewenste situatie is er in het zorgpad ruimte voor multimodale prehabilitatie bij patiënten met coloncarcinoom en (verhoogd risico op) ondervoeding in de vorm van beweging-, dieet- en psychologische begeleiding. Voor de dieetbegeleiding voert een tweedelijns diëtist het nutritionale assessment en de hierop volgende behandeling uit. Dit maakt dat de voedingstoestand van de ondervoede patiënt voorafgaand aan de behandeling kan worden verbeterd en het herstel kan worden geoptimaliseerd.

Wanneer een patiënt multidisciplinaire prehabilitatie ondergaat in de 2-4 weken voorafgaand aan de operatie, zal deze

gemiddeld 2 dagen korter in het ziekenhuis verblijven voor herstel.^{D30,D33} Ook verloopt het herstel na een behandeltraject voorspoediger en is er een kleinere kans op complicaties. Dit uit zich in een 11% lagere kans op ongeplande heropnames bij patiënten die een prehabilitatieprogramma hebben gevolgd.^{D30}

Het aantal uren dieetbehandeling dat nodig is voor effectieve prehabilitatie varieert. Elke patiënt is anders en heeft andere begeleiding nodig. In de meest gangbare prehabilitatieprogramma's wordt gemiddeld zo'n 2 uur aan dieetbehandeling gegeven.^{D35} Echter, de verwachting van experts is dat voor de betreffende risicogroep met ondervoeding meer, nl. 3, behandeluren nodig zijn voor effectieve prehabilitatie. Naast de dieetbehandeling bestaat prehabilitatie voor het grootste deel uit bewegingsbegeleiding van gemiddeld 3 sessies per week a 1,5 uur per keer met een fysiotherapeut.^{D35} Dit komt dus neer op gemiddeld 4,5 uur aan fysiotherapie per week. We nemen deze inzet mee in de berekening van het potentieel. De benodigde behandeluren van andere zorgverleners (bijvoorbeeld een psycholoog), nemen we niet mee in de berekeningen van het potentieel, vanwege de grote variatie in inzet te wijten aan de individuele behoefte van de patiënt.

Schematisch overzicht gewenste zorgsituatie



Door inzet van prehabilitatie bij patiënten met CC¹ en (risico op) OV² en is er jaarlijks €1,1 mln te besparen

Preventiepotentieel

Om een inschatting te maken van het potentieel van de prehabilitatie bij patiënten met coloncarcinoom, zijn de kosten tegen de baten afgezet. De zorginhoudelijke effecten in het beschreven zorgpad zijn te kwantificeren tot:

- ◆ Kortere opname in het ziekenhuis;
- ◆ Minder ongeplande heropnames.

Andere – niet direct te kwantificeren – effecten zijn o.a. minder medicijngebruik, lagere mortaliteit, meer overlevingsjaren zonder ziekte en betere kwaliteit van leven.

Patiënten die meedoen aan een prehabilitatieprogramma liggen gemiddeld 2 dagen korter in het ziekenhuis^{D30} à €514,8 besparing per patiënt per dag (gemiddelde kosten verpleegdag standaard verpleegafdeling).^{D23} Tevens is er voor 11% minder patiënten een ongeplande heropname.^{D30} Deze baten rekenen

we door als het voorkomen van een ziekenhuisopname met maximaal 5 verpleegdagen (DBC zorgproduct 029199007, gem. kostprijs in 2021 à €2.905).^{D36}

Als kosten gaan we uit van gemiddeld 3 uur diëtetiek per patiënt (à €80 per uur³) en gemiddeld 27 zittingen fysiotherapie per patiënt (gemiddeld 3 weken prehabilitatie met 4,5 uur per week behandeling à €35,7 per half uur^{A1}).

Uitgaande van het succesvol inzetten van de interventie bij zo'n 7.500 patiënten met coloncarcinoom en (risico op) ondervoeding is een totaal potentieel te verwachten van jaarlijks €1,1 miljoen. Hierbij is het van belang om te benadrukken dat het potentieel niet puur aan diëtetiek is toe te schrijven is, maar aan alle verschillende disciplines die een rol hebben binnen het multimodale prehabilitatieprogramma.

Huidige situatie (€, mln)	Bij gemiddeld 3 (2-4) weken prehabilitatie
Opname ziekenhuis (2 dagen extra)	7,7
Ongeplande heropname (1 extra DBC bij 11% van patiënten)	2,4
Nieuwe situatie (€, mln)	
Diëtetiiekosten	-1,8
Fysiotherapielokosten	-7,2
Preventiepotentieel (€, mln)	1,1 (jaarlijks)

Door de inzet van prehabilitatie bij patiënten met coloncarcinoom en (risico op) ondervoeding zijn er gedurende intensieve behandeltrajecten minder langdurige opnames in het ziekenhuis en minder ongeplande heropnames.

Daarmee kan mogelijk een jaarlijkse besparing van €1,1 miljoen worden gerealiseerd.

¹ CC = coloncarcinoom

² OV = ondervoeding

³ Dit bedrag is gebaseerd op het gemiddelde van de passantenprijzen voor standaard intramurale diëtetiek (declaratiecode 192850) bij een steekproef van 3 ziekenhuizen die het Fit4Surgery programma aanbieden (Jeroen Bosch Ziekenhuis, Maxima Medisch Centrum en Ikazia Ziekenhuis)

Correcte interpretatie van het potentieel moet worden gebaseerd op enkele methodologische overwegingen












Overwegingen bij preventiepotentieel

De insteek van de berekening van het preventiepotentieel is pragmatisch van aard. Belangrijke overweging om hierbij in ogenschouw te nemen zijn:

- ◆ In de huidige casus focussen we op een specifieke doelgroep van patiënten met coloncarcinoom en (risico op) ondervoeding. De beoogde doelgroep is waarschijnlijk breder, afhankelijk van de nader te specificeren inclusiecriteria van de prehabilitatieprogramma's.
- ◆ Door Covid heeft het landelijke screeningsprogramma coloncarcinoom tijdelijk stil gelegen. Het aantal nieuwe diagnoses kan aankomende periode tijdelijk hoger komen te liggen. Dit gaat gepaard met een potentieel grotere doelgroep en daarmee gepaard gaand hoger preventiepotentieel.
- ◆ De diëtetische interventies zoals onderzocht en beschreven in de literatuur zijn heterogeen. Dit maakt dat gevonden effecten mogelijk niet allemaal direct toe te wijzen zijn aan de vorm van diëtbegeleiding zoals die in het potentieel is gespecificeerd
- ◆ In de berekeningen is de inzet van andere zorgverleners dan de fysiotherapeut en diëtist (bijv. psychologen) niet meegenomen vanwege de variatie in de inzet. Er zijn hiervoor echter wel degelijk kosten te verwachten, waardoor het potentieel mogelijk wordt overschat.
- ◆ Naast de gekwantificeerde effecten zijn er studies die ook andere effecten laten zien zoals lagere mortaliteit, verbeterde ziektevrije overlevingsjaren, minder medicijngebruik en toegenomen welbevinden van de patiënt. Het doorrekenen hiervan is echter zeer lastig. Dit is dus niet in de berekening van het preventiepotentieel opgenomen



Randvoorwaarden zijn vervuld, maar op meerdere vlakken nog knelpunten om te komen tot opschalen

Randvoorwaarden		Toelichting	
Substantiële omvang doelgroep		Jaarlijks zo'n 7.500 patiënten met coloncarcinoom die baat kunnen hebben bij de interventie	
Bewijs zorginhoudelijke effectiviteit		Aangetoond zorginhoudelijke effectiviteit (voedingstoestand, fysieke staat) in meerdere RCTs	
Bewijs kosten effectiviteit		Grotendeels aangetoond kosteneffectief (op opnameduur en heropname)	
Betrouwbaarheid berekend potentieel		Onderzochte dieetinterventies zijn heterogeen waardoor effecten mogelijk niet te generaliseren zijn	
Gedragen visie op noodzaak en urgentie		Grotendeels gedragen visie m.n. onder ziekenhuizen waar programma reeds worden ingezet	
<p><i>Ja, het potentieel van prehabilitatie bij patiënten met coloncarcinoom kan goed genoeg worden beargumenteerd: de omvang is substantieel, zowel vanuit zorginhoudelijk als vanuit kosten perspectief is er voldoende bewijs en er is een duidelijke landelijk gedragen visie. Mogelijk zijn resultaten minder betrouwbaar omdat studies heterogene interventies onderzochten die niet te generaliseren zijn.</i></p>			
<p><i>Randvoorwaarden (grotendeels) vervuld?</i></p>			
Knelpunten	Toelichting	Oplossingsrichting	
Beleid	 Programma nog niet landelijk aangeboden	Opschalen en opnemen in standaard zorgpad	
Financiering	 Financiering geregeld, maar nog niet structureel	Beleidsregel innovatie uitbreiden, standaard contracteren	
Samenwerking	 Draagvlak bij ziekenhuizen ontbreekt	Ontwikkeling kennis en bekendheid problematiek	
Invloed patiënt	 Geen knelpunten o.g.v. invloed van de patiënt		
Invloed zorgverlener	 Te weinig capaciteit in de beroepsgroep	Bijscholing en efficiënter inzetten huidige capaciteit	
Innovatie	 Programma voldoende onderbouwd; nog niet overal toegankelijk		
<p><i>Bestaande knelpunten eenvoudig op te lossen? Bestaande knelpunten kunnen worden opgelost. Dit vergt m.n. uitbreiden van het programma naar meerdere ziekenhuizen, bekendheid van de multidisciplinaire inzet aangaande ondervoeding en oplossen van logistieke uitdagingen. Dit vergt gezamenlijke aanpak van betrokken stakeholders.</i></p>			

 Voldoet volledig
  Voldoet grotendeels
  Onbekend / onbeslist
  Voldoet grotendeels niet
  Voldoet helemaal niet

Zie [bijlage 2](#) voor de interviewleidraad op basis waarvan in de gesprekken met stakeholders de randvoorwaarden, knelpunten en oplossingsrichtingen zijn vastgesteld en ingevuld

Opschalen is niet eenvoudig vanwege diversiteit aan ervaren knelpunten

Obstakels in haalbaarheid en opschaling

Bekostiging is nog niet landelijk geregeld

Het risico bestaat dat het programma slechts in een paar ziekenhuizen, die specifieke afspraken hebben met bepaalde verzekeraars, kan worden aangeboden. De bekostiging voor dergelijke prehabilitatie-programma's is namelijk nog niet voldoende breed beschikbaar bij alle zorgverzekeraars.

Draagvlak bij ziekenhuizen ontbreekt soms

Een andere reden dat het programma nog niet landelijk breed wordt aangeboden is dat er draagvlak moet ontstaan binnen het ziekenhuis door bijvoorbeeld enthousiasme bij bestuurders, specialisten, etc. Als bij hen geen draagvlak is, dan zal het programma niet worden geïmplementeerd.

Er zijn logistieke uitdagingen te relateren aan bekendheid van het probleem

In het kader van de logistiek zijn er bepaalde uitdagingen zoals de vraag wie er verantwoordelijk is voor het doorsturen van de patiënt naar een diëtist indien sprake is van (hoog risico op) ondervoeding. In het huidige zorgpad is niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk is voor de screening en doorverwijzing. Een casemanager of regisseur kan hierin een belangrijke rol spelen.

Opschaling vraagt om meer capaciteit diëtisten

Op het moment dat alle nieuwe patiënten met coloncarcinoom deelnemen aan een prehabilitatieprogramma, ontbreekt het aan voldoende diëtisten. Dit in zowel de tweede als eerste lijn. De inzet van (eerstelijns) diëtisten brengt verder de logistieke uitdaging met zich mee dat patiënten op korte termijn geholpen moeten worden tussen diagnose en behandeling.

Daarvoor is een goed netwerk met direct inzetbare diëtisten nodig, die voldoende kennis hebben over de betreffende doelgroep en op de hoogte zijn van het zorgpad.

Randvoorwaarden vervuld, maar opschalen vergt samenwerking vanuit meerdere disciplines

Hoewel de randvoorwaarden vervuld zijn, is er twijfel over de meerwaarde onder betrokken professionals. Het programma wordt momenteel slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen aangeboden en structurele financiering ontbreekt. Zolang de meerwaarde niet door alle benodigde professionals erkend wordt, zal de opschaling niet succesvol zijn. Daarnaast is er mogelijk ook een capaciteitsprobleem waardoor er geen ruimte is om het programma landelijk te implementeren. De knelpunten vereisen dus een samenwerking vanuit meerdere disciplines om te komen tot een landelijke implementatie.



Diëtetiek bij voeding-gerelateerde maagklachten ter voorkomen of verminderen van gebruik maagzuurremmers

In Nederland gebruiken zo'n 2,8 miljoen mensen sterke maagzuurremmers (PPI's), waarvan een groot deel chronisch (zo'n 66%, 1,8 miljoen gebruikers).^{D35} Deze medicatie wordt voorgeschreven bij maagklachten zoals brandend maagzuur, maar ook als maagbescherming bij het gebruik van andere medicijnen.^{D36} Langdurig gebruik kan leiden tot complicaties zoals darminfecties of tot een vitamine- en/of mineraal tekort.^{D37}

Interventie

Wanneer er een verdenking is van een relatie tussen voeding en de klachten kan een diëtist worden ingezet. Een belangrijk aandachtspunt in de behandeling is de bewustwording bij de patiënt van de relatie tussen voeding en maagklachten. Uit onderzoek naar patiëntervaringen blijkt dat er in de spreekkamer van de huis- of MDL-arts te weinig aandacht is voor het effect van voeding op maagklachten. Een derde van de patiënten geeft aan hier onvoldoende over te zijn geïnformeerd.^{D38}

Het moment van het verwijzen naar de diëtist kan verschillen: om medicijngebruik te voorkomen of om het gebruik af te bouwen. In de praktijk worden PPI's voorgeschreven om van de klachten af te komen, maar is er geen of weinig aandacht voor de afbouw. De focus van deze interventie is daarom op de ondersteuning door de diëtist bij de afbouw van PPI-gebruik.

Doelgroep

De doelgroep van deze interventie zijn de patiënten met chronische maagklachten die mogelijk onnodig maagzuurremmers (PPI's) gebruiken. Uit onderzoek is gebleken dat 55% van PPI-gebruikers in eerste instantie geen

geregistreerde indicatie had voor maagklachten. 35% daarvan gebruikte ook geen specifieke medicatie die maagcomplicaties kan veroorzaken.^{D35,D39} Verder blijkt dat 31% van de gebruikers met een tijdelijke indicatie na 3 maanden nog PPI's gebruiken, terwijl dit niet wenselijk is.^{D35,D39} Van de 1,8 miljoen chronisch PPI-gebruikers leiden deze percentages tot zo'n 110.000 patiënten waarbij het gebruik onnodig of onwenselijk is. De inschatting van de experts is dat ongeveer 10-20% mogelijk voeding gerelateerde maagklachten heeft en dat er voor hen mogelijk meerwaarde is van inzet van een diëtist bij het terugdringen van het gebruik. Dit zijn dus maximaal zo'n 22.000 patiënten.

Zorginhoudelijke resultaten (effectiviteit)

De zorginhoudelijke effectiviteit van diëtetiek bij maagklachten wordt met name gestaafd door resultaten uit onderzoek naar een leefstijlverbetering waarbij voeding een substantiële rol speelt in het terugdringen van maagklachten.^{D35,D40,D41} Structurele wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit van diëtetiek in het terugdringen van het gebruik van maagzuurremmers ontbreekt echter nog.

In de huidige situatie wordt met **PPI's** het onderliggende probleem van de maagklachten niet bij iedereen opgelost

Huidige situatie

Wanneer een patiënt zich met maagklachten bij de huisarts meldt, worden vaak (als laatste stap in stepped-care beleid) PPI's voorgeschreven om de klachten te verlichten. In sommige gevallen (bijv. bij alarmsignalen of verdenking van onderliggende aandoeningen) zal de huisarts de patiënt doorverwijzen naar een MDL arts.

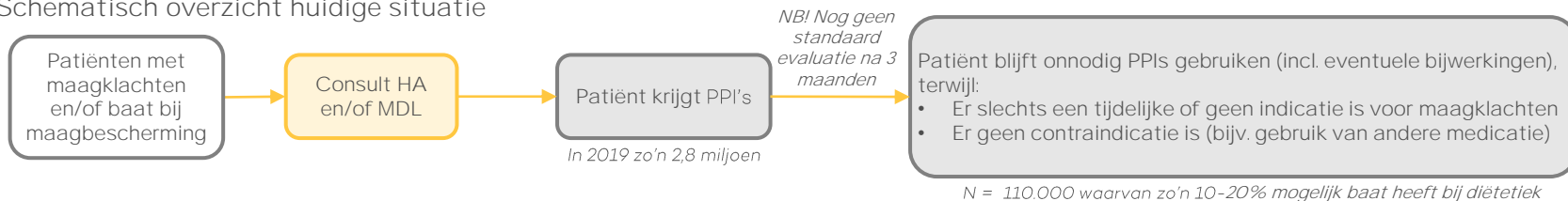
Een belangrijk aandachtspunt is het huidige zorgpad is om na een periode van 3 maanden te evalueren of het gebruik van maagzuurremmers nog wenselijk is. Mogelijk ligt er namelijk een andere oorzaak ten grondslag aan de klachten, die door de PPI's niet wordt opgelost. In dat geval kan diëtetiek mogelijk uitkomst bieden. De ervaring van experts is echter dat patiënten uit het zicht van zorgverleners verdwijnen, waardoor deze evaluatie niet standaard wordt uitgevoerd.

Daarnaast kunnen mogelijke bijwerkingen van PPI's gezondheidsklachten en de daarbij behorende kosten met zich mee brengen. Er is geen (wetenschappelijk) onderzoek bekend om dit effect te kwantificeren. Dit is in de benadering van de effectiviteit verder dus niet opgenomen.

In de hernieuwde NHG-standaard Maagklachten uit 2021 is

speciale aandacht voor de afbouw van medicatie. De aanbeveling is hier om een protocol op te stellen voor een jaarlijkse evaluatie van PPI-gebruik, waarbij aan patiënten zonder indicatie een afbouwstrategie moet worden aangeboden.^{D36} De inzet van een diëtist is (nog) niet in dit advies opgenomen.

Schematisch overzicht huidige situatie



Dieetbegeleiding kan bij voedinggerelateerde klachten het gebruik van PPI's verminderen

Nieuwe situatie

In de nieuwe situatie verwijst de huisarts of MDL arts bij de patiënt – bij verdenking van een relatie tussen voeding en de klachten – na 3 maanden door naar een diëtist. De verwachting is dat de behandeling voor een deel van de doelgroep (zo'n 10-20%) het gebruik van PPI's kan verminderen of kan vervangen.

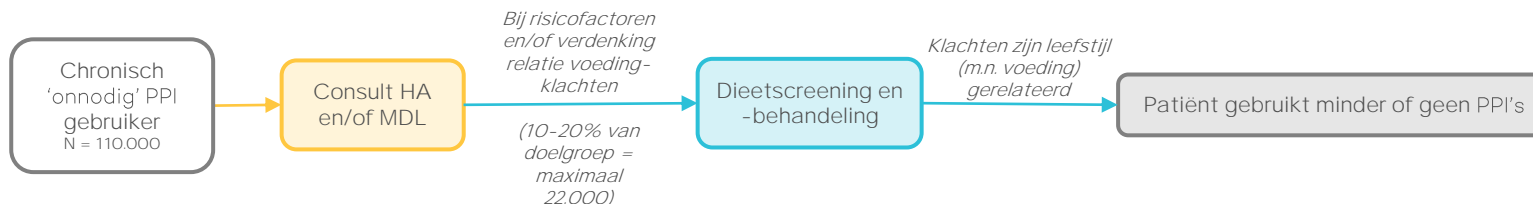
De artsenvijzer Diëtetiek geeft 2,5 uur als richtlijn voor het aantal uren behandeling bij maagzuurklachten.^{D42} Het gemiddelde uurtarief diëtetiek is in 2021 € 67,50. De kosten van de inzet door de diëtist komen daarmee op € 168,75 per patiënt. Sinds maagzuurremmers uit patent zijn, zijn de kosten voor deze geneesmiddelen flink lager geworden. In het ZIN rapport wordt gesproken over kosten van gemiddelde zo'n €38 per jaar.^{D35} Dit bedrag is inclusief de kosten van de terhandstelling door de apotheek.

Uit bovenstaande blijkt dat er sprake is van een lange terugverdientijd van de interventie van bijna 4,5 jaar. Dit is uiteraard onder de aanname dat de diëtetiek behandeling over de jaren beklijft. Echter is het hierbij wel van belang om ook het natuurlijk verloop van PPI gebruik mee te nemen in de berekening.^{D43} Dit natuurlijk verloop schatten we in op 5% van de patiënten dat elk jaar uit zichzelf stopt, tot een maximum

van +5 jaar waarna het aantal chronisch gebruikers stabiel blijft. Deze inschatting is gebaseerd op expert opinion. Door dit natuurlijk verloop is de terugverdientijd naar verwachting nog iets langer dan 4,5 jaar.

Zoals eerder vermeldt nemen we de baten van het stoppen met PPI's in termen van het voorkomen van eventuele bijwerkingen en verhogen van kwaliteit van leven niet in de berekeningen mee. Als hier in de toekomst wel betrouwbaar bewijs voor beschikbaar komt, dan zal de terugverdientijd van diëtetiek t.o.v. medicijngebruik en aanpalende zorgvragen uiteraard korter worden.

Schematisch overzicht nieuwe situatie



Door inzet van diëtetiek bij gebruik van maagzuurremmers is er op langere termijn een besparing mogelijk

Preventiepotentieel

Om een inschatting te maken van het potentieel van de diëtetiek bij het gebruik van maagzuurremmers, zijn de kosten tegen de baten afgezet. In de tabel hieronder laten we de verwachte besparing zien bij het vergelijken van de kosten voor diëtetiek als de interventie voor 50% van de PPI gebruikers effectief is of als de interventie voor 100% van de PPI gebruikers effectief is en de medicijnkosten bij natuurlijk verloop van chronisch PPI gebruik.

Bij het natuurlijk verloop lopen de kosten cumulatief op van 0,8M (PPI kosten in jaar 1 van 22.000 gebruikers à 38 euro per gebruiker) tot 10,7M in jaar 15. Bij 50% effectiviteit van diëtetiek zijn de kosten in het eerste jaar 4,6M (= 0,8M PPI kosten jaar 1 + 3,6M diëtetiekkosten à 2,5 uur diëtetiek bij 22.000 personen à 67,50 per uur) en lopen daarna cumulatief

op maar half zo snel als bij natuurlijk verloop (elk jaar stoppen mensen met het gebruik van PPIs). Bij 100% effectiviteit van de interventie stopt iedereen na het eerste jaar met het gebruik van PPIs en lopen de kosten dus niet verder op dan 4,6M in het eerste jaar.

Op korte termijn is de inzet van de interventie logischerwijs niet goedkoper dan het medicijngebruik. Bij 50% effectiviteit is de interventie rond jaar 10/11 kosteneffectief. Bij 100% is dit al rond jaar 5/6. De besparing loopt vervolgens verder op tot maximaal 1,2 M (bij 50% effectiviteit) en 6,1M (bij 100% effectiviteit) in jaar 15.

Termijn (jaren)	1	5	10	15
Huidige situatie (€ , mln, cumulatief)				
Medicijnkosten bij natuurlijk verloop	0,8	4,4	7,5	10,7
Nieuwe situatie (€ , mln, cumulatief)				
Diëtetiekkosten bij 50% effectiviteit	-4,6	-6,3	-7,9	-9,5
Diëtetiekkosten bij 100% effectiviteit	-4,6	-4,6	-4,6	-4,6
Preventiepotentieel (€ , mln)				
Bij 50% effectiviteit	-3,8	-1,9	-0,4	1,2
Bij 100% effectiviteit	-3,8	-0,2	2,9	6,1

Door de inzet van diëtetiek bij maagklachten neemt het chronisch gebruik van maagzuurremmers sneller af dan met natuurlijk verloop valt te verwachten.

Na 5 à 10 jaar wegen de kosten van diëtetiek op tegen de medicijnkosten. Na 15 jaar is de besparing minimaal € 1,2 miljoen maximaal € 6,1 miljoen. De besparing loopt hierna nog verder op.

Correcte interpretatie van het potentieel moet worden gebaseerd op enkele methodologische overwegingen

Overwegingen bij preventiepotentieel

De insteek van de berekening van het preventiepotentieel is pragmatisch van aard. Belangrijke overwegingen om hierbij in ogenschouw te nemen zijn:

- ♦ De groep die baat heeft bij de interventie is lastig af te bakenen. Dit onder meer omdat er maar één rapport is gevonden dat inzicht biedt in de redenen van PPI-gebruik en er geen (wetenschappelijk) bewijs is gevonden waaruit blijkt bij welk percentage van de PPI-gebruikers de klachten voedsel gerelateerd zijn.
- ♦ In de berekening wordt er vanuit gegaan dat de diëtetiek behandeling over de jaren beklijft, mogelijk is de berekening van het preventiepotentieel hier dus te optimistisch.
- ♦ Mogelijke effecten van verminderde bijwerkingen door afbouw van PPI's zijn niet meegenomen in het preventiepotentieel: hier is onvoldoende onderzoek naar gedaan. Dit maakt dat het preventiepotentieel mogelijk nog wordt onderschat.



De interventie voldoet nauwelijks aan randvoorwaarden wat haalbaarheid en opschaling sterk belemmert

Randvoorwaarden	Toelichting
Substantiële omvang doelgroep	22.000 chronisch PPI-gebruikers die mogelijk baat hebben bij diëtetiek
Bewijs zorginhoudelijke effectiviteit	Geen structureel wetenschappelijk bewijs voor diëtetiek, wel voor leefstijlinterventies
Bewijs kosten effectiviteit	Geen bestaand bewijs voor kosteneffectiviteit
Betrouwbaarheid berekend potentieel	Potentieel grotendeels gebaseerd op inschattingen en expert opinion; Besparing pas na jaren zichtbaar
Gedragen visie op noodzaak en urgentie	Visie op directe meerwaarde diëtetiek t.o.v. medicatie niet voldoende gedragen

Randvoorwaarden (grotendeels) vervuld? De interventie voldoet nauwelijks aan een aantal belangrijke voorwaarden, waardoor haalbaarheid en opschaling sterk worden belemmerd. Meer onderzoek is nodig om zorginhoudelijke- en kosteneffectiviteit te bewijzen en betrouwbare bewijvoering te bewerkstelligen.

Knelpunten	Toelichting	Oplossingsrichting
Beleid	Geen aandacht voor diëtetiek in standaard maagklachten	Ontwikkelen visie op diëtetiek bij maagklachten
Financiering	Geen knelpunten o.g.v. financiering	
Samenwerking	Meerwaarde diëtist wordt niet voldoende gezien	Ontwikkeling kennis en bekendheid problematiek
Invloed patiënt	Visie op link voeding en klachten noodzakelijk bij patiënt	
Invloed zorgverlener	Te weinig capaciteit in de beroepsgroep	Bijscholing en efficiënter inzetten huidige capaciteit
Innovatie	Eerst focus op huidige interventie en beleid, pas later innoveren	

Bestaande knelpunten eenvoudig op te lossen? De basis voor het oplossen van de knelpunten is het voldoen aan de randvoorwaarden. Aangezien dit grotendeels niet het geval is, zal de focus daar moeten liggen. Zodra beleid en visie is aangepast, kunnen de overige knelpunten worden aangepakt. Ook hier liggen enkele uitdagingen.

■ Voldoet volledig
 ■ Voldoet grotendeels
 ■ Onbekend / onbeslist
 ■ Voldoet grotendeels niet
 ■ Voldoet helemaal niet

Naast ontbreken randvoorwaarden zijn ook draagvlak, capaciteit en evaluatie belangrijke obstakels

Obstakels in haalbaarheid en opschaling

Meerwaarde van diëtist wordt niet gezien

De meerwaarde van de inzet van een diëtist wordt niet goed erkend door de andere medische beroepsgroepen. De huisarts, bijvoorbeeld, is vaak geneigd direct medicijnen voor te schrijven zonder andere risicofactoren zoals voeding te onderzoeken.

Er is te weinig capaciteit in de beroepsgroep

De doelgroep van patiënten met maagklachten is dermate groot dat er te weinig capaciteit is van diëtisten om deze allemaal direct in behandeling te nemen. Een oplossing die hiervoor wordt benoemd is het vooraf bepalen of er sprake is van risicofactoren die middels diëtetiek kunnen worden aangepakt.

Het advies voor evaluatie van chronisch gebruik wordt niet opgevolgd

Één van de belangrijkste factoren voor het succesvol inzetten van de interventie is dat het gebruik van PPIs na zo'n 3 maanden wordt geëvalueerd. Hierover is in de nieuwe NHG-standaard speciale aandacht, maar moet in de praktijk nog blijken of dit ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd.

Voor sommige patiënten weegt het gemak van medicatie niet op tegen de gewenste inspanning bij diëtetiek

PPI's – en medicatie is zijn algemeenheid – worden door sommige patiënten ervaren als een makkelijkere oplossing voor de klachten dan een intensieve periode van dieetbegeleiding. Dit speelt voornamelijk als er geen duidelijk besef is over de relatie tussen voeding en de klachten. Deze

perceptie kan het succesvol implementeren van de interventie in de weg staan.

Opschaling op korte termijn niet opportuun

Het financiële potentieel is nog niet aangetoond. Daarnaast is de meerwaarde pas op lange termijn te verzilveren. Wél zijn er positieve zorginhoudelijke effecten van de afbouw van PPIs voor gebruikers. Echter, de inzet van diëtetiek om deze afbouw te bereiken is niet aangetoond. Bij het afbouwen van PPIs spelen ook nog andere knelpunten in de praktijk waaronder de evaluatie van het gebruik door de huisarts en de informatievoorziening rondom PPIs. Daarnaast wordt de meerwaarde door zorgprofessionals ook (nog) niet erkend. De vraag is dus of deze interventie op korte termijn kansrijk is om te implementeren. Aanvullend onderzoek is nodig om de meerwaarde vast te stellen en draagvlak te creëren onder betrokkenen.





1
2
3



1
2
3



1
2
3



1
2
3



Ergotherapie

E1 Parkinson pag. 43 - 50

Ergotherapie bij parkinson om participatie in betekenisvolle activiteiten te vergroten of te behouden.

E2 Spierziekten pag. 51 - 58

Een multidisciplinair groepsprogramma gericht op zelfmanagement van de conditie en energie.

E3 Dementie pag. 59 - 66

Ergotherapie bij dementie ter ondersteuning van het dagelijks functioneren van de patiënt en de mantelzorger.



De interventies van Ergotherapie bieden handvaten voor een betere omgang met de ziekte in dagelijks leven



Ergotherapie richt zich op het verbeteren van het dagelijks functioneren door het geven van strategietraining, adviezen, door het aanleren van andere oplossingsstrategieën of door het aanbieden van hulpmiddelen. Hierbij staan de vragen en wensen van zowel de patiënt als van zijn of haar meest betrokken naasten centraal.



Ergotherapie bij Parkinson (OTiP)

Door de inzet van ergotherapie bij mensen met Parkinson kunnen dagelijkse activiteiten beter worden uitgevoerd. Ook de kwaliteit van leven van de mantelzorgers neemt toe. De kosten verbonden aan opnames dalen door de interventie. De kosten van thuiszorg en consultaties van andere zorgaanbieders nemen toe, waarschijnlijk omdat mensen langer thuis blijven wonen. De interventie kan jaarlijks potentieel een besparing van € 4 ton opleveren en eenmalig tussen € 8 ton en € 4 mln als alle huidige mensen met Parkinson ergotherapie krijgen.



Ergotherapie bij spierziekten (Energiek)

Veel patiënten met een spierziekte kampen met ernstige vermoeidheidsklachten. Energiek is een multidisciplinair groepsprogramma gericht op zelfmanagement van hun conditie en energie. Deelnemers kunnen hun dagelijkse activiteiten beter uitvoeren, hebben een betere conditie en ervaren minder depressieve klachten.

Door het programma lijken kosten van consulten bij de medisch specialist, paramedische kosten en overige zorgkosten (o.a. thuiszorg) af te nemen. Als het programma vanuit een hybride setting (intake in de tweedelijns en programma in de eerstelijns) wordt aangeboden dan is er een jaarlijks besparingspotentieel van € 4 ton en een eenmalig potentieel tussen €23 en € 44 mln voor de huidige patiënten. Als het programma volledig vanuit de tweedelijns wordt aangeboden is er geen

substitutiepotentieel te behalen.

Landelijke opschaling van het programma vanuit een hybride setting is organisatorisch uitdagender dan opschalen vanuit de tweedelijns, maar wel noodzakelijk om de financiële potentie te benutten.

Ergotherapie bij dementie (Edomah)

Ergotherapie bij dementie levert onder andere een verbetering van dagelijks functioneren van mensen met dementie en vergroot het ervaren gevoel van controle bij de mantelzorgers.

Uit onderzoek blijkt dat zorgkosten afnemen door de interventie, met name thuiszorg en opnames (zowel ziekenhuiszorg als Wlz). Het jaarlijkse besparingspotentieel door de interventie is € 7 miljoen en een eenmalig potentieel tussen de € 14 en de € 20 miljoen voor bestaande patiënten.

Knelpunten opschaling

De obstakels zijn vergelijkbaar voor de drie interventies. De belangrijkste obstakels zijn:

- ◆ De onbekendheid van de meerwaarde van ergotherapie bij andere beroepsgroepen is een obstakel voor verwijzingen.
- ◆ Er zal op de korte termijn een tekort aan eerstelijns ergotherapie capaciteit zijn bij landelijk brede uitrol van alle interventies. De interventies vragen allen om specifieke nascholing.
- ◆ Ergotherapie wordt voor maximaal 10 consulten per jaar vergoed uit de basis verzekering. Dit is bij complexe casuïstiek niet voldoende.
- ◆ De vergoeding van de indirecte tijd schiet tekort bij complexe problematiek.

Ergotherapie bij parkinson ondersteunt patiënten bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten

Parkinson is een degeneratieve hersenziekte die kan leiden tot problemen in het vervullen van dagelijkse bezigheden, balans, coördinatie en lopen. De ziekte is complex en heeft grote consequenties voor de patiënt. Op [Parkinsonnet](#) is hier meer informatie over te vinden. Ergotherapie kan ondersteuning bieden bij vergroten of behouden van participatie in betekenisvolle activiteiten.

Interventie

Een ergotherapeutische interventie¹ bij mensen met parkinson start met een hulpvraaginventarisatie en analyse van het dagelijks functioneren van de persoon met parkinson en betrokken naaste. Gezamenlijk wordt een behandelplan opgesteld om te werken aan de doelen van de client. De behandeling kan - afhankelijk van de doelen en de ziektefase - bestaan uit bijvoorbeeld (niet uitputtend):

- ◆ Informatie, uitleg en coaching aan de client en naaste mantelzorg
- ◆ Het leren van (cognitieve) compensatie strategieën
- ◆ Training voor betere energiebalans en afstemming met medicatiemomenten.
- ◆ Adviseren en trainen met passende voorzieningen en hulpmiddelen.

Gezien de grote invloed van de context op het handelen en verminderd vermogen tot generalisatie bij mensen met parkinson vindt de ergotherapie behandeling bij voorkeur in de eigen leefomgeving plaats.^{E1}

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit mensen met de ziekte van Parkinson of parkinsonisme² die problemen ervaren of verwachten bij dagelijkse activiteiten en routines³. In 2020 waren er ongeveer 53.000 patiënten met de ziekte van Parkinson of Parkinsonisme en zijn er ruim 5.000 personen nieuw gediagnostiseerd met de aandoening.^{E2} Een studie over 30 jaar tijd laat zien dat het de sterkst groeiende hersenziekte ter wereld is.^{E3} De verwachting is daarom dat het aantal patiënten in de toekomst verder toeneemt.

De totale zorgkosten voor Parkinson bedragen € 204 mln in 2017 waarvan € 92 mln voor ouderenzorg.^{E4}

Zorginhoudelijke resultaten (effectiviteit)

Een grote Nederlandse RCT (de OTiP studie) toont een verbetering aan in de ervaren uitvoering van dagelijkse activiteiten, gemeten direct na de OTiP behandeling) en in een vervolgmeting. Het effect in de vervolgmeting was wel iets kleiner. Een aanbeveling is dan ook om boostersessies van de interventie uit te voeren. In deze studie werd ook een verbetering van kwaliteit van leven van de primair betrokken mantelzorg gevonden.^{E5}

Een literatuurstudie laat zien dat er verder weinig ergotherapeutische interventie studies zijn gedaan bij parkinson. Een internationale review^{E6} laat wel een mogelijke verbetering van kwaliteit van leven van patiënten zien, maar er is meer onderzoek nodig om dit met zekerheid te kunnen zeggen.

¹ Een complete omschrijving van de interventie is in [de landelijke richtlijn Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson](#) te lezen.

² De wetenschap gebruikt het begrip parkinsonisme meestal als verzamelnaam. Het gaat daarbij om bewegingsarmoede i.c.m. balansstoornissen en/of tremoren en/of stijfheid. De ziekte van Parkinson is de meest voorkomende veroorzaker van die verschijnselen, maar er zijn ook andere veroorzakers [...]. ([Parkinsonisme – Wikipedia](#))

³ Ook naasten/mantelzorgers die problemen ervaren of verwachten bij het begeleiden of verzorgen van de persoon met parkinson.

Ondanks bewezen effectiviteit blijven verwijzingen voor ergotherapie bij parkinson achter

Huidige situatie

Via ParkinsonNet hebben mensen met parkinson toegang tot een netwerk van zorgaanbieders met specifieke expertise op het gebied van parkinson. Ergotherapeutische behandeling is opgenomen in de Multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling en ergotherapeuten zijn als beroepsgroep onderdeel van de zorgaanbieders binnen ParkinsonNet.

Er wordt nog te weinig doorverwezen

De aard van de ziekte maakt dat alle cliënten op een bepaald moment baat hebben bij een ergotherapeutische behandeling. Gemiddeld zal iedere cliënt elke 2 jaar baat hebben bij een consult of behandeltraject ergotherapie, wat zich vertaalt in de helft (50%) van de patiënten per jaar.

Op basis van Vektis data is inzichtelijk dat 20% van de patiënten met een DBC met de diagnose parkinson in 2019 ergotherapie hebben ontvangen (zie tabel op de volgende pagina). Het is niet bekend of dit volledige behandeltrajecten zijn of eenmalige consulten. Zeer waarschijnlijk is dit een combinatie beide.^{E5}

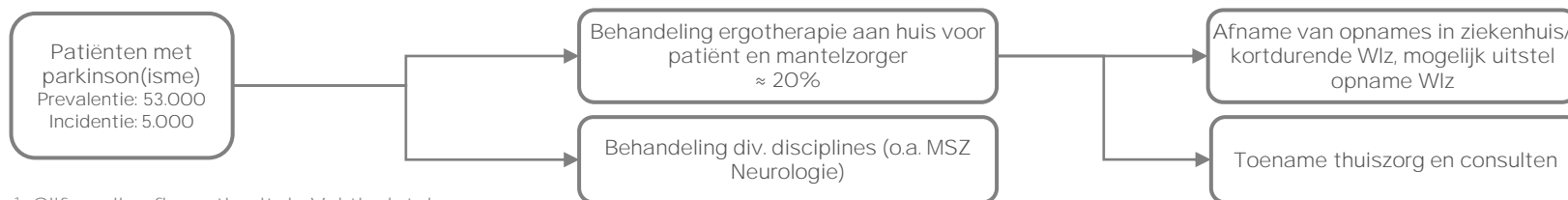
Verwijzingen zijn in een te laat ziektestadium

Experts geven aan dat het in een vroeg ziektestadium doorverwijzen van mensen met parkinson ervoor kan zorgen dat deze langer actief blijven. Bij toenemende symptomen kunnen patiënten namelijk de neiging hebben om inactief te worden, wat een snellere achteruitgang van functioneren en kwaliteit van leven kan veroorzaken.

Uit de Vektis data is af te leiden dat de mensen in de vroege fase (<4 jaar diagnose) in 2020 het minst gebruik maken van ergotherapie (14% vs. 19% gemiddeld), terwijl juist bij deze groep ergotherapie meerwaarde heeft in behoud van functioneren en maatschappelijke participatie.

Aantal jaren sinds diagnose ¹	% patiënten van totaal	% patiënten met ergotherapie
< 4	46%	14%
4-8	33%	22%
> 8	21%	26%
Totaal	100%	19%

Schematisch overzicht huidige situatie



¹ Cijfers zijn afkomstig uit de Vektis database

Tijdige verwijzing naar ergotherapie stimuleert het actief blijven van mensen met parkinson

Nieuwe situatie

In de nieuwe situatie wordt de patiënt direct na de diagnose parkinson doorverwezen naar de ergotherapeut voor een eenmalig consult. De ergotherapeut informeert de patiënt over wat therapie in de toekomst kan betekenen. Daarnaast geeft de ergotherapeut preventief advies.

Als mensen met parkinson de eerste problemen ervaren bij het deelnemen aan of het uitvoeren van voor hen belangrijke activiteiten en rollen, schakelen ze een ergotherapeut in voor een ergotherapeutische behandeling. De interventie bestaat uit 10 tot maximaal 16 sessies/uren ergotherapie met de client en, indien van toepassing, diens naaste (bijv. mantelzorg).

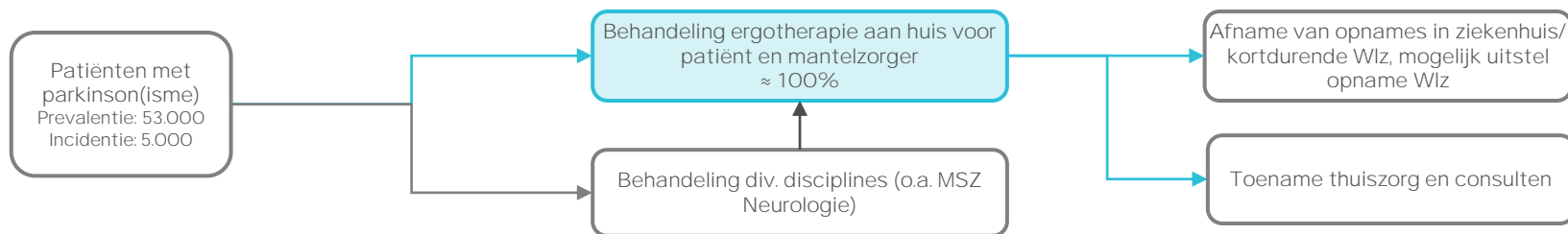
Na de behandeling kan een boosterconsult nodig zijn. Hierin kunnen de adviezen nog een keer worden opgefrist. Ook kan aanvullend advies gegeven worden als er nieuwe problemen in functioneren worden ervaren. We nemen dit echter niet mee in de berekeningen omdat er (nog) geen studiegegevens beschikbaar zijn.

Maatschappelijke effecten

De OTiP studie laat zien dat patiënten door de interventie (langer) zelfstandig dagelijkse bezigheden uitvoeren en deelnemen aan het maatschappelijke leven. Patiënten uit de interventiegroep hadden lagere kosten door afwezigheid van werk.^{E7} Dit effect was niet significant, waarschijnlijk omdat het merendeel van de deelnemers van pensioengerechtigde leeftijd was. Om het effect op productiviteitsverlies goed te kunnen meten moet een studie onder jongere mensen met parkinson gedaan worden. Om die reden wordt productiviteitsverlies niet in de berekening van het potentieel meegenomen.

In de berekening van het preventiepotentieel is enkel de verwachte impact van de behandeling op zorgkosten doorgerekend (zie volgende pagina).

Schematisch overzicht nieuwe situatie



Door de interventie nemen de gemiddelde zorgkosten per patiënt af

Effect van de interventie op zorgkosten

Onderdeel van de OTiP studie is een kostenvergelijking van de interventiegroep en de controlegroep na 6 maanden.^{E7}

In de bijgevoegde tabel zijn de verschillen in zorgkosten tussen de controlegroep en de interventiegroep na zes maanden opgenomen. De kosten zijn op basis van CBS prijsindex opgehoogd naar het prijsniveau van 2020.^{E8} De kosten per verpleegdag per type zorgsoort zijn gebaseerd op de Richtlijn economische evaluaties van het Zorginstituut.^{A1}

Binnen de OTiP studie waren het aantal complicaties en opnames lager bij de mensen die ergotherapie ontvingen. Dit geldt zowel voor opnames in het ziekenhuis als (kortdurende) opnames in de Wlz. Op de lange termijn kan langdurige opname in de Wlz mogelijk worden uitgesteld. Hiervoor is aanvullend onderzoek noodzakelijk.

Een toename van gebruik van thuiszorg en het aantal consulten bij andere zorgaanbieders is geobserveerd in de studie. Dit hangt mogelijk samen met de afname van het aantal opnames.

Gemiddelde zorgkosten per patiënt (OTiP studie) ¹	Controlegroep	Interventie-groep	Vershil
Ergotherapie		€ 162	€ 162
Ziekenhuis	€ 484	€ 227	-€ 257
Revalidatie	€ 299	€ 0	-€ 299
Verpleeghuis	€ 291	€ 91	-€ 200
Hulpmiddelen	€ 34	€ 41	€ 7
Thuiszorg	€ 750	€ 922	€ 172
Consulten en medicatie	€ 1.230	€ 1.549	€ 319
Totaal	€ 3.086	€ 2.991	€ -95

¹ Met uitzondering van de kosten gepaard met opnames waren de kostenverschillen tussen de controle- en de interventiegroep niet significant.

Door inzet van ergotherapie bij de ziekte van Parkinson is er maximaal € 4 mln aan zorgkosten te voorkomen

Preventiepotentieel

De kostengegevens zoals opgenomen in de vorige pagina zijn gebruikt voor de benadering van het preventiepotentieel. De hogere ergotherapiekosten betalen zich met name terug in een daling van het aantal opnames. Er wordt daarentegen een kostenstijging bij andere zorgsoorten verwacht, zoals bij hulpmiddelen, thuiszorg en consulten bij andere zorgaanbieders.

Voor deze benadering hebben we vier berekeningen gemaakt. In de eerste berekening is het jaarlijkse potentieel berekend waarbij we ervan uitgaan dat alle nieuw gediagnosticeerde patiënten ergotherapie aangeboden krijgen. Voor dit scenario is de jaarlijkse incidentie van 5.000 personen aangehouden, wat bij een huidig doorverwijzingspercentage van 20% resulteert in 4.000 patiënten extra per jaar die ergotherapie krijgen t.o.v. de huidige situatie. Inzet van de interventie in deze

	Jaarlijks	Scenario laag	Scenario middel	Scenario hoog
% doorverwijzingen Ergotherapie	100%	35%	50%	65%
Aantal extra patiënten	4.000	7.950	15.900	23.850
Verskil in kosten (in mln euro's)				
Ergotherapie	0,6	1,3	2,6	6,9
Opnames ziekenhuis	-1,0	-2,0	-4,1	-10,9
Opnames revalidatie	-1,2	-2,4	-4,7	-12,7
Opnames verpleeghuis	-0,8	-1,6	-3,2	-8,5
Hulpmiddelen	0,0	0,1	0,1	0,3
Thuiszorg	0,7	1,4	2,7	7,3
Consulten en medicatie	1,3	2,5	5,1	13,5
Preventiepotentieel (€ mln)	0,4	0,8	1,5	4,0

groep levert een jaarlijks besparingspotentieel op van 4 ton.

Naast de jaarlijks nieuw gediagnosticeerde patiënten is er ook een forse groep patiënten die al gediagnosticeerd is met parkinson maar die (nog) geen ergotherapie heeft ontvangen. Wij hebben drie scenario's berekend waarbij in het laagste scenario 35% van de mensen met parkinson wordt doorverwezen voor ergotherapie. Dit is 15 procentpunt meer dan nu, wat leidt tot 7.950 meer verwijzingen (15% van 53.000). In het middelste scenario wordt 50% van de patiënten doorverwezen dus 30% (15.900) meer verwijzingen. In het hoge scenario wordt 65% van de patiënten doorverwezen uitkomend op 45% (23.850) meer verwijzingen.

De drie scenario's voor de bestaande patiënten met parkinson geven naar verwachting een (eenmalige) besparing tussen de 8 ton en 4 miljoen euro.

De jaarlijkse besparing door behandeling van alle nieuw gediagnosticeerde patiënten levert naar verwachting 4 ton op.

Door de inzet van ergotherapie bij parkinson kan mogelijk een besparing tussen 0,8 en de 4 miljoen behaald worden als deze bij de bestaande patiëntenpopulatie wordt ingezet.

Correcte interpretatie van het potentieel moet worden gebaseerd op enkele methodologische overwegingen

Overwegingen bij berekening preventiepotentieel

De insteek van de berekening van het preventiepotentieel is pragmatisch van aard. Belangrijke overweging om hierbij in ogenschouw te nemen zijn:

- ◆ De precieze omvang van de huidige groep die geen ergotherapie ontvangt is onbekend. Op basis van de Vektis data is te zien dat dit in ieder geval een omvangrijke groep is. We hebben de aanname gemaakt dat elke parkinsonpatiënt die bekend is met ergotherapie een jaarlijks consult heeft.
- ◆ In de OTiP studie was het kostenverschil op totaalniveau tussen de interventiegroep en de controlegroep niet significant. Mogelijk was de power van de studie te laag voor significantie.
- ◆ Het verschil in kosten van opnames liet als enige kostenonderdeel wel een significant verschil zien. Dit geeft extra vertrouwen in het gevonden preventiepotentieel van de studie.
- ◆ Het zorggebruik van de groepen verschilde bij de start van de studie. De uitkomsten zijn hier niet voor gecorrigeerd.
- ◆ In de onderliggende scenario's is een selectie-effect van patiënten niet meegenomen. Mogelijk worden, bij een verhoogd aantal doorverwijzingen, als eerste die patiënten doorverwezen waarbij de opbrengst het grootst is.
- ◆ De OTiP studie meet het effect na zes maanden. De verwachting is dat de interventie ook na deze periode nog effect heeft op de zorgkosten en de huidige inschatting dus een onderschatting is.
- ◆ Ook wordt uitstel van verhuizing naar een Wlz instelling verwacht, doordat patiënten langer zelfstandig dagelijkse taken kunnen uitvoeren. Dit effect moet nog verder onderzocht worden en is niet meegenomen in de resultaten.



Randvoorwaarden zijn grotendeels vervuld; Knelpunten voor opschaling lijken oplosbaar

Randvoorwaarden	Toelichting
Substantiële omvang doelgroep	Prevalentie: 53.000, Incidentie: 5.000
Bewijs zorginhoudelijke effectiviteit	Aangetoond positieve effecten voor patiënt en mantelzorg in een RCT
Bewijs kosten effectiviteit	Onderdeel van RCT: in ieder geval kostenneutraliteit gevonden, mogelijke besparingen
Betrouwbaarheid berekend potentieel	Een mogelijke afwijking door niet significante kostenverschillen en het ontbreken van een lange termijn evaluatie.
Gedragen visie op noodzaak en urgentie	Multidisciplinaire inzet is ingebed in ParkinsonNet. De bekendheid van ergotherapie kan vergroot worden.

Randvoorwaarden (grotendeels) vervuld? Ja, het potentieel van ergotherapie bij parkinson is aanwezig.

Knelpunten	Toelichting	Oplossingsrichting
Beleid	Vergoeding is max. 10 consulten. De vergoeding van de indirecte tijd schiet tekort bij complexe problematiek.	Uitzondering voor het maximum en/of de mantelzorg kunnen declareren. Hogere tarieven bij praktijken die gespecialiseerd zijn.
Financiering	Multidisciplinaire samenwerking wordt niet gestimuleerd door de productiegedreven structuur.	Bijvoorbeeld de overhead per praktijk afzonderlijk vergoeden
Samenwerking	Onbekendheid met de meerwaarde van ergotherapie.	Actief in regionale netwerken participeren en opnemen in richtlijnen belangrijke verwijzers, voorlichtingen organiseren.
Invloed patiënt	Onbekendheid met de meerwaarde van ergotherapie	Bredere voorlichting door bijv. verwijzers
Invloed zorgverlener	Mogelijk gebrek aan capaciteit	Instream opleidingen vergroten, meer nascholing.
Innovatie	Geen knelpunten	

Zijn bestaande knelpunten op te lossen? De knelpunten die er zijn op te lossen. Dit vergt inspanning en wil van verschillende partijen.

Voldoet volledig
 Voldoet grotendeels
 Onbekend / onbeslist
 Voldoet grotendeels niet
 Voldoet helemaal niet

Zie [bijlage 2](#) voor de interviewleidraad op basis waarvan in de gesprekken met stakeholders de randvoorwaarden, knelpunten en oplossingsrichtingen zijn vastgesteld en ingevuld

De interventie lijkt kansrijk om opgeschaald te worden, ook al is aandacht voor enkele obstakels gewenst

Obstakels in haalbaarheid en opschaling

Bekendheid ergotherapie

Mensen met parkinson zijn niet altijd op de hoogte van de mogelijkheid voor een ergotherapeutische behandeling en de meerwaarde hiervan.

Ook is er relatief weinig bekendheid bij potentiële verwijzers over de mogelijkheden en het positieve effect van ergotherapie. Ergotherapie wordt nog te vaak alleen geassocieerd met aanpassingen en voorzieningen..

Bij ergotherapeuten zelf is meer bewustwording nodig over wat zij kunnen bieden in de vroege en late fase van de ziekte. In de vroege fase met name preventie van onnodige afname van activiteiten en participatie en in de late fase met name preventie van complicaties (door bijvoorbeeld vallen, houdingsproblemen), het langer thuis blijven wonen en het behouden van betekenisvolle dagbesteding.

Vergoeding vanuit de basisverzekering

Momenteel zit ergotherapie voor maximaal 10 uur per jaar per verzekerde persoon in de basisverzekering. Dit maximum per jaar is voor cliënten met parkinson niet altijd voldoende. De gewenste behandelintensiteit is sterk afhankelijk van het type problemen en doelen/levensfase van de persoon en de fase in de ziekte. Over het algemeen zijn in de vroege fase enkele consulten of korte behandeltrajecten voldoende, in de middenfase een langer intensief behandeltraject met boostersessies en in de late fase regelmatige korte behandeltrajecten.

Gemiddeld over meerdere jaren heen is 10 uur directe tijd per client per jaar waarschijnlijk wel voldoende.

Momenteel wordt in de eerstelijns regelmatig minder dan 10 uur behandeling aangeboden, omdat ergotherapeuten nog tijd als

'reserve' willen houden voor het geval er gedurende het jaar nieuwe urgente problemen in het functioneren optreden. Dit inkorten van de behandeling komt de te verwachten effectiviteit niet ten goede.

Een ander belangrijk obstakel in de vergoeding is dat het huidige tarief de benodigde cliëntgebonden indirecte tijd, zoals multidisciplinaire samenwerking rond de client en uitzoekwerk voor advies voorzieningen onvoldoende compenseert.

Personeel

Er waren volgens de laatste Nivel-peiling in 2021 naar schatting 6234 ergotherapeuten; 27% werkt extramuraal. Voor een goede behandeling bij mensen met parkinson is specifieke expertise en scholing op het gebied van parkinson nodig, evenals inbedding in de bestaande multidisciplinaire netwerkzorg.

De grotere inzet van eerstelijns ergotherapie voor mensen met parkinson vraagt een mogelijkheid van groei van verwijzingen naar huidige ParkinsonNet aangesloten ergotherapeuten. Gezien de drukte bij de meeste praktijken zal dit maar beperkt mogelijk zijn. Daarom is het wenselijk daarnaast ook meer eerstelijns therapeuten te scholen. Dit hoeft geen obstakel te vormen; de infrastructuur is reeds aanwezig. Het zal wel tijd en capaciteit kosten.

Implementatie en opschaling lijken haalbaar

Interventie is aangetoond effectief en samenwerking tussen partijen is al vergoed. Wel kan bewustwording vergroot worden en kan aandacht zijn voor de juiste vergoeding en inzet van de ergotherapeut. Deze interventie lijkt kansrijk om op korte termijn op te schalen.

Chronisch vermoeide patiënten met spierziekten kunnen door Energiek beter hun dagelijkse activiteiten uitvoeren



Veel patiënten met een spierziekte kampen met ernstige vermoeidheidsklachten. Dit beperkt hen in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en het deelnemen aan het maatschappelijke en sociale leven. Voor deze personen is het Energiek programma ontwikkeld.



De interventie: het Energiek programma

Energiek is een multidisciplinair groepsprogramma gericht op zelfmanagement. Deelnemers leren hoe te sporten en hoe ze hun fysieke conditie kunnen optimaliseren. Daarnaast leren ze hoe ze in hun dagelijks leven om kunnen gaan met beperkte energie. Het doel is dat deelnemers meer regie krijgen en kunnen participeren in voor hen belangrijke activiteiten en rollen.



1
2
3

Het programma bestaat uit 16 weken met een follow-up 3 maanden na afsluiten. Het is een groepsinterventie met een groepsgrootte van 5-6 personen. Er wordt in totaal 37,5 uur onder begeleiding gesport en 27 uur aan voorlichting gegeven. 75% van de behandelingsduur wordt door een fysiotherapeut gegeven en 25% door een ergotherapeut.



1
2
3



1
2
3

Het programma wordt momenteel aangeboden door het Radboudumc en revalidatiecentrum Klimmendaal. Deze centra hebben gezamenlijk niet voldoende capaciteit om de interventie aan alle NMA patiënten met vermoeidheidsklachten te bieden. Ook is geografische nabijheid voor deze doelgroep essentieel. Door de chronische vermoeidheid kan een (langere) reistijd een drempel tot het volgen van het programma vormen.



1
2
3



Doelgroep

In Nederland zijn er ongeveer 200.000 personen^{E9} met een spierziekte, oftewel een chronisch neurologische aandoening

(NMA). 60% hiervan heeft te kampen met chronische vermoeidheid (120.000). De incidentie in Nederland is onbekend maar uit onderzoek blijkt een incidentie van 0,05 tot 9 op de 100.000.^{E10} Dit betekent 9 tot 1.575 nieuwe diagnoses per jaar in Nederland; voor het vervolg gaan we uit van 800.

Zorginhoudelijke resultaten (effectiviteit)

Het Energiek programma is geëvalueerd door middel van een Nederlandse RCT. Deelnemers aan de RCT konden hun dagelijkse activiteiten beter uitvoeren, hadden (blijvend) een betere conditie en ervoeren minder depressieve klachten.^{E11}

Patiënten rapporteerden een toename in kennis, inzicht en acceptatie van hun ziekte. Ze gaven aan dat dit hielp om de vermoeidheid beter onder controle te krijgen waardoor ze meer activiteiten konden ondernemen.

De interventie zorgt voor een lager zorggebruik en hogere arbeidsinzet

Onderdeel van de Energiek studie is een kostenvergelijking van de interventiegroep en de controlegroep na 15 maanden. Uit dit kostenonderzoek komt naar voren dat het programma kostenneutraal is. De kosten van het programma worden gecompenseerd door daling van andere zorgkosten.^{E12}

De gevonden kostenverschillen van de onderliggende zorgsoorten worden getoond in de bijgevoegde tabel. Dit zijn de verschillen na 15 maanden gecorrigeerd voor baselinezorggebruik, geslacht, diagnose en arbeidsstatus. Geen van de getoonde verschillen waren significant. De afzonderlijke kosten tellen niet op tot de totaalregel. Deze is afzonderlijk gecorrigeerd voor patiëntkarakteristieken.

Verschil kosten interventie- en controlegroep (€, 2020)*	
Medisch Specialist	€ -738
Opnamedagen	€ 275
Medicatie	€ 940
Paramedie	€ -340
Overige kosten (o.a. thuiszorg)	€ -596
Zorgkosten	€ -795

Kosten voor bezoek aan de medisch specialist en thuiszorg daalden. Opnames en medicatiekosten namen toe.

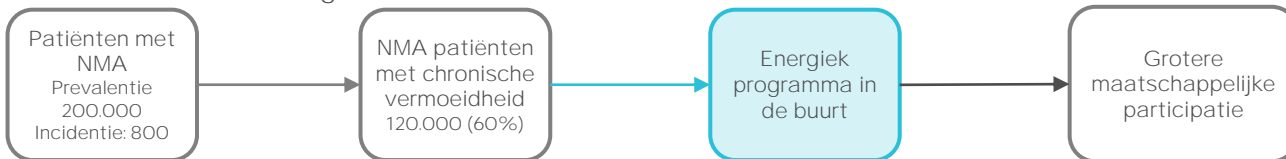
Met name bij opnames kan toeval een groot effect hebben gehad. Door het lage aantal opnames in de studie (4 van de 29 personen in de interventie groep en 7 van de 24 personen in de controle groep) en de hoge kosten bij opname (€ 600 tot € 8.500) zijn de uitkomsten gevoelig voor uitschieters.

De kostenverschillen van medicatie zijn opvallend. Dit wordt mogelijk veroorzaakt door een scheve verdeling van type spierziekten over de groepen. Er is geen bekende samenhangende reden met de interventie.

Participanten aan het Energiek programma hadden minder uren gewerkt. De verwachting is dat dit zich op de lange termijn vertaalt naar een duurzamere inzet energie en mogelijk meer werkzame uren voor de participanten. Deze indirecte maatschappelijke kosten, dan wel opbrengsten, zijn niet meegenomen in de inschatting van het substitutiepotentieel.

De positieve uitkomsten van de RCT geven aanleiding tot een verdere uitrol van het programma met een complete dekking binnen Nederland.

Schematisch overzicht gewenste situatie



Kosten van het Energiek programma als MSR of als hybride programma

Positionering Energiek

Het huidige Energiek programma is vormgegeven vanuit de Medisch Specialistische Revalidatie (MSR). In de RCT werd het programma ook gedeeltelijk aangeboden vanuit een eerstelijnssetting. Experts geven aan dat brede landelijke uitrol binnen de MSR vormgegeven kan worden, maar het programma ook gedeeltelijk vanuit de eerste lijn kan worden aangeboden (hybride setting)

Vanuit medisch oogpunt is een intake in de tweedelijns revalidatie noodzakelijk. De revalidatiearts moet namelijk beoordelen of de patiënt een dergelijk programma aan kan of niet.

In de onderstaande tabel is een inschatting gemaakt van de kostenverschillen tussen beide opties.

In de kostenanalyse is uitgegaan van een uitrol in de eerste lijn.

Kosten programma	MSR	MSR & 1e lijn
Revalidatie arts	€ 3.642 ¹	€ 278 ²
Fysio- & ergotherapie		€ 837 ²
Totaal	€ 3.642	€ 1.115

¹ DBC 14D811 - Behandeling met een of meerdere zorgverleners tot maximaal 67 behandeluren bij een aandoening van het zenuwstelsel met een maximum tarief van € 3.642 (max-max € 4.007).

² DBC 14E489 - Consultair en/of maximaal 4 gewogen behandeluren met een maximum tarief van € 278 (max-max € 306). De eerstelijnskosten zijn berekend o.b.v. gemiddelde marktconforme tarieven van twee grote verzekeraars.



Door inzet van het Energiek programma is er mogelijk maximaal € 58 miljoen te substitueren

Substitutiepotentieel

De kostengegevens die getoond zijn op de eerdere pagina's zijn gebruikt als basis van de benadering van het substitutiepotentieel. De uitkomst is in onderstaande tabel weergegeven.

In totaal hebben 120.000 patiënten baat bij het Energiek programma (de patiënten met chronische vermoeidheid). Er zijn drie scenario's berekend, waarbij in scenario laag 35% van de patiënten extra deelneemt aan het programma. In het middel scenario is dit 50% en in het hoge scenario 65%. Het is onbekend welk percentage patiënten de interventie al heeft gekregen maar de verwachting is dat dit niet boven de 35% uitkomt.

Op basis van de mutatie in totale zorgkosten is een jaarlijkse afname van 6 ton en een afname van 33 mln tot 62 miljoen voor de totale groep te verwachten.

Als de hogere opname- en medicatiekosten niet worden meegenomen (zie vorige pagina's) dan is er een jaarlijkse afname van 1,3 mln en van 70 tot 131 mln voor de totale groep te verwachten. Dit resulteert in een substitutiepotentieel van respectievelijk 23 mln tot 44 mln voor alle huidige spierzieke patiënten met chronische vermoeidheidsklachten. Op basis van een incidentie van 800 per jaar is dit jaarlijks potentieel vier ton.

De kosten van Energiek vanuit MSR bedragen 153 mln, 219 mln en 284 mln voor respectievelijk het lage, middel en hoge scenario en 2,9 mln jaarlijks. Vanuit kostenoverwegingen is het daarom aan te raden om het programma vanuit een combinatie van MSR en de 1e lijn aan te bieden.¹ Mocht er voor uitrol binnen de MSR gekozen worden dan wordt er, los van de positieve effecten voor de patiënt, geen substitutiepotentieel verwacht.

	Jaarlijks	Scenario laag	Scenario middel	Scenario hoog
% doorverwijzingen	Allen	35%	50%	65%
Aantal extra patiënten	800	42.000	60.000	78.000
Kosten Energiek 1 ^e lijn (in mln euro's)	0,9	47	67	87
Verskil in kosten (in mln euro's)				
Medisch Specialist	-0,6	-31	-44	-58
Opnamedagen	0,2	12	16	21
Medicatie	0,8	39	56	73
Paramedie	-0,3	-14	-20	-27
Overige kosten (o.a. thuiszorg)	-0,5	-25	-36	-47
Totale zorgkosten	-0,6	-33	-48	-62
Zorgkosten excl. opnames & medicatie	-1,3	-70	-100	-131
Substitutiepotentieel (€ mln)	0,4	23	34	44

Als het Energiek-programma in een hybride setting wordt uitgerold, dan lijkt het programma een besparing tussen € 23 mln en € 44 mln op te kunnen leveren voor de huidige patiënten met spierziekten.

Voor de jaarlijks nieuwe patiënten is het potentieel € 4 ton.

¹ In de berekening is uitgegaan van het maximale Nza tarief. Indien verzekeraars en tweedelijns aanbieders een lager tarief afspreken voor de betreffende producten dan kan de uitkomst anders zijn. De korting op het Nza tarief dient dan minimaal 55% te zijn.

Correcte interpretatie van het potentieel moet worden gebaseerd op enkele methodologische overwegingen

Overwegingen bij berekening substitutiepotentieel

De insteek van de benadering is pragmatisch van aard. Belangrijke overwegingen om in ogenschouw te nemen zijn:

- ♦ Er zijn in de Energiek studie verschillen in zorgkosten gevonden maar deze waren niet significant. Mogelijk was de power van de studie te laag voor het aantonen van significantie op de afzonderlijke posten.
- ♦ De kosten van het programma zijn op DBC tarieven en marktconforme vergoedingen gebaseerd. Voor het berekenen van de opbrengsten is gebruik gemaakt van normtarieven uit de richtlijn voor gezondheids-economisch onderzoek van ZIN. Deze zijn gebaseerd op kostprijzen en in het algemeen lager. De mate waarin is afhankelijk van de gevoerde tarieven en de invloed (wel of niet) op de te declareren DBC. De opbrengsten van de interventie zijn hierdoor mogelijk onderschat.
- ♦ De onverklaarde hogere medicatiekosten en de hogere kosten van opnames maken het substitutiepotentieel onzeker. De aangetoonde effectiviteit en ervaringen van de patiënten geven vertrouwen in positieve effecten van het programma.
- ♦ In de onderliggende scenario's is een selectie-effect van patiënten niet meegenomen. Mogelijk worden bij een verhoogd aantal doorverwijzingen als eerste de patiënten doorverwezen waarbij de opbrengst het grootst is.



Randvoorwaarden zijn grotendeels vervuld; Knelpunten zijn lastig oplosbaar door mn. beperkte aanspraak

Randvoorwaarden	Toelichting
Substantiële omvang doelgroep	Prevalentie: 200.000, Incidentie: 800
Bewijs zorginhoudelijke effectiviteit	Aangetoond positieve effecten in een RCT
Bewijs kosten effectiviteit	Onderdeel van RCT: in ieder geval kostenneutraliteit gevonden, mogelijke besparingen
Betrouwbaarheid berekend potentieel	Een mogelijke afwijking door niet significante kostenverschillen en verder onderzoek kosteneffecten nodig
Gedragen visie op noodzaak en urgentie	Programma loopt lokaal (bij Radboud en Klimmendaal) en is succesvol.

Randvoorwaarden (grotendeels) vervuld? Ja, het potentieel van het multidisciplinaire programma Energiek is aanwezig:

Knelpunten	Toelichting	Oplossingsrichting
Beleid	Beperkte aanspraak in het basispakket voor zowel fysio- als ergotherapie, wat onvoldoende is voor het programma.	Een uitzondering voor het energiek programma op het maximum aantal consulten
Financiering	Uitrol binnen de revalidatiezorg levert geen substitutiepotentieel op, maar organisatorisch is haalbaarheid groter.	Getrapte implementatie (2 ^e lijn -> 1 ^e lijn), of specifieke prijsafspraken tussen revalidatie instellingen en verzekeraars
Samenwerking	Opzetten programma moet in samenwerking 2 ^e en 1 ^e lijn	VIMP subsidie Zonmw verstrekt om dit nader te onderzoeken
Invloed patiënt	Geen knelpunten	
Invloed zorgverlener	Mogelijk gebrek aan capaciteit, landelijke dekking	Instroom opleidingen vergroten, nascholing.
Innovatie	Het multidisciplinaire programma vereist organisatie en samenwerking (kan niet door één zorgverlener geleverd worden)	Aanbieden vanuit bijvoorbeeld regionale zorgcentra.

Zijn bestaande knelpunten op te lossen? De knelpunten zijn ingewikkeld op te lossen. Het kan wel: dit vergt de wil, creativiteit en nauwe samenwerking van verschillende partijen.

Voldoet volledig
 Voldoet grotendeels
 Onbekend / onbeslist
 Voldoet grotendeels niet
 Voldoet helemaal niet

Zie [bijlage 2](#) voor de interviewleidraad op basis waarvan in de gesprekken met stakeholders de randvoorwaarden, knelpunten en oplossingsrichtingen zijn vastgesteld en ingevuld

Opschaling wordt gestimuleerd door VIMP subsidie; snel aanpakken van financiële obstakels is aan te raden

Obstakels in haalbaarheid en opschaling

Toekenning subsidie

Onderzoekers van het Radboudumc hebben onlangs een Verspreidings- en Implementatie Impuls (VIMP) subsidie van ZonMw toegekend gekregen om implementatiestrategieën te onderzoeken. Dit onderzoek is gestart op 1-1-2022.

Financiering

Het programma kan in de Medisch Specialistische Revalidatie (MSR) of in een hybride setting (samenwerking tussen MSR en eerstelijns behandelaren) geïmplementeerd worden.

Organisatorisch is implementatie binnen de MSR het meest overzichtelijk. Aanbieders van MSR hebben fysio- en ergotherapeuten in dienst en kunnen het programma als extra behandel aanbod oppakken. De hogere kosten kunnen ondervangen worden door lagere prijsafspraken met de zorgverzekeraars. De vraag hierbij is of het programma te identificeren is binnen het totaal van de declaraties.

Vanuit kostenooqpunt is het wenselijk om het hybride format uit te rollen: er ontstaat een substitutie-effect. Belangrijke voorwaarden zijn korte communicatielijnen en nauwe samenwerking tussen de MSR en de eerste lijn. Een knelpunt van de hybride setting is beperkte aanspraak van ergotherapie en fysiotherapie in de basisverzekering. Een stapsgewijze uitrol is een mogelijkheid, waarbij de uitrol eerst binnen de MSR plaatsvindt en later naar een hybride setting wordt uitgebreid. Het risico is dat de laatste stap dan niet plaats vindt.

Opleiding fysio- en ergotherapeuten

Aandachtspunten voor behandelaren zijn enerzijds de noodzakelijke medische specialistische begeleiding bij mensen

met een spierziekte en anderzijds de lage fysieke belastbaarheid die specifieke deskundigheid vereist op gebied van trainen en coachen. Scholing van fysio- en ergotherapeuten zal noodzakelijk zijn. Dit kan vanuit het Radboudumc en/of Revalidatiecentrum Klimmendaal.

Mogelijk kunnen er in overleg met betrokkenen voor zowel de medisch specialistische revalidatie als de eerste lijn indicatoren opgesteld worden voor doelmatige implementatie waarbij de kwaliteit van het programma gehandhaafd blijft.

Landelijke dekking

Bereikbaarheid is essentieel bij de uitrol van het programma. Landelijke dekking is van belang om de relevante patiëntengroep te bereiken.

Beschikbaarheid faciliteiten

Het programma is gericht op activatie van de patiënt. Het is de bedoeling dat patiënten na het programma zelfstandig blijven bewegen. Niet alle sporten zijn hiervoor geschikt. Het vinden van een geschikte sportfaciliteit in de omgeving kan een obstakel voor langdurig effect van de interventie zijn.

Knelpunten zijn aan te pakken door samenwerking en creëren draagvlak

De positieve effecten van het Energiek programma geven aanleiding om aan de slag te gaan met de obstakels voor opschaling. Knelpunten zijn op te lossen door samenwerking en zorgen voor de juiste aanspraak.

De toekenning van de VIMP subsidie geeft een impuls aan landelijke implementatie. Het is aan te bevelen de financiële knelpunten op korte termijn aan te pakken om de inhoudelijke uitrol niet te blokkeren.

Daarbij is ook de effectiviteit en doelmatigheid van het Energiek programma op termijn te vergroten



Vanuit het Energiek programma zijn er ideeën voor doorontwikkeling om de doelmatigheid en effectiviteit verder te vergroten. Dit vergroot de implementatie en opschaalbaarheid van de interventie.

E-health en wearables

Er kan gebruik worden gemaakt van e-health technologie zoals telegroepsconsulten of wearables om mensen feedback te geven en hiermee nog meer de eigen regie te ondersteunen. De goede ervaringen met e-health ondersteuning die zijn opgedaan in de coronacrisis zorgen voor een goed uitgangspunt om hiermee aan de slag te gaan.

Boostersessies

Door het progressieve karakter van spierziekten is het wenselijk om aanvullend korte boostersessies aan te bieden in de periode na het volgen van Energiek om het zelfmanagement te borgen en terugval te voorkomen. Deze extra sessies zijn in de eerdere getalsmatige uitwerking niet opgenomen, maar kunnen een mogelijk uitbreiding vormen.

Uitbreiding aandoeningen

Het programma is ontworpen op zelfmanagement en de invulling van dagelijkse activiteiten. Het richt zich niet op aandoeningsspecifieke factoren. Het programma kan daarmee ook toegepast worden bij andere chronische aandoeningen waarbij patiënten kampen met chronische vermoeidheidsklachten. Hierbij kan gedacht worden aan mensen met Multiple Sclerose (MS), Cerebrovasculair Accident (CVA) of de ziekte van Parkinson. Patiënten met deze aandoeningen geven aan dat vermoeidheid één van de meest beperkende symptomen is.



Ergotherapie bij dementie is gericht op ondersteuning van de patiënt met dementie én de mantelzorg

Dementie is een verzamelnaam voor hersenaandoeningen met neurocognitieve stoornissen als belangrijkste symptoom. Het cognitieve functioneren gaat in de loop van de tijd achteruit. Dementie was in 2019 de belangrijkste doodsoorzaak bij vrouwen en bij mannen de op één na belangrijkste.^{E13} Tien procent van alle zorgkosten waren in 2017 dementie-gerelateerd waarvan 95% in de ouderenzorg. Ook legt dementie een grote druk op de mantelzorg. De patiënten en hun mantelzorg hebben mogelijk baat bij ergotherapie.

EDOMAH – ergotherapeutische behandeling

De geaccrediteerde richtlijn Ergotherapie Aan Huis bij Mensen met dementie en hun Mantelzorgers (kortweg: het EDOMAH programma)^{E14,E15} is een persoons- en systeemgerichte interventie die zich richt op het omgaan met de eigen beperkingen en het vergroten en behoud van de participatie in betekenisvolle activiteiten in de eigen omgeving van mensen met dementie en hun mantelzorgers.

Deze interventie¹ richt zich enerzijds op het coachen en trainen van de persoon met dementie in het effectief inzetten van de aanwezige capaciteiten, vaardigheden en strategieën in betekenisvolle dagelijkse en sociale activiteiten met gebruikmaking van aanpassingen in de materiële en sociale omgeving. Anderzijds richt de interventie zich op het coachen en trainen van de mantelzorg in het effectief ondersteunen van de oudere met dementie in betekenisvolle activiteiten door het versterken van de probleemoplossing en effectief inzetten van de coping strategieën en begeleidingsvaardigheden van de

mantelzorg.^{E16} De interventie bestaat uit 10 (tot maximaal 16) sessies/uren ergotherapie met de client en diens mantelzorg.

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit patiënten met (een verdenking van) lichte/matige dementie en hun primaire mantelzorg. Momenteel zijn er ongeveer 290.000 personen met dementie in Nederland. Hiervan zijn ongeveer 114.000^{E13} bij de huisarts bekend. Ongeveer 70% van de dementie patiënten heeft één primaire mantelzorg,^{E16} daarmee komen 80.000 mantelzorgers in aanmerking voor de interventie. In 2020 hebben 19.600 mensen de diagnose dementie gekregen, dus komen er jaarlijks ongeveer 13.500 mantelzorgers (70% van 19.600) extra in aanmerking voor de interventie.

¹ Op <https://www.edomah.nl/> is een verdere beschrijving van het programma beschikbaar.

Ergotherapie bij dementie leidt onder andere tot een verbetering van het dagelijks functioneren

Zorginhoudelijke resultaten (effectiviteit)

Een Nederlandse RCT (onderdeel van het EDOMAH traject) toont een verbetering van het dagelijks functioneren van mensen met dementie en een verbetering van de ervaren competentie van de mantelzorgers aan.^{E17} Daarnaast zijn verbeteringen van de gemoedstoestand, de kwaliteit van leven en de gezondheidsstatus van de cliënt bewezen.^{E18} De mantelzorgers ervaren een grotere controle over het leven.^{E17}

Een recente review laat zien dat verschillende internationale studies positieve resultaten vinden op verbetering van het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Ook verbeterde kwaliteit van leven en afname van gedrags- psychosociale problemen zijn gevonden. Het effect op depressieve en angst symptomen is nog onduidelijk.^{E19}

Deze positieve uitkomsten zijn een sterke bevestiging van de effectiviteit van de interventie, zeker gezien het degeneratieve karakter van dementie.



In de gewenste situatie vinden verwijzingen naar ergotherapie eerder en sneller plaats

Huidige situatie

De EDOMAH richtlijn is in het eerste decennium van deze eeuw ontwikkeld. Ondanks de bewezen effectiviteit geven experts aan dat de verwijzingen nog niet op het gewenste niveau zijn. Ergotherapeuten weten de behandeling steeds beter bekendheid te geven. Verwijzingen vanuit onder andere specialisten ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten verlopen steeds beter, maar op het gebied van bekendheid bij en verwijzingen vanuit met name de huisarts is nog verbetering te behalen. Een grove inschatting van experts is dat het percentage verwijzingen in een vroeg ziektestadium op dit moment rond 10%-20% ligt.

De verwijzingen vinden momenteel vooral plaats vanuit de wijkverpleging. Dat is meestal in een later stadium van de ziekte, als de klachten al zwaarder zijn. Juist in een vroeg ziektestadium is de meerwaarde van ergotherapie groot en kunnen de cliënt en de mantelzorg lange tijd baat hebben bij de behandeling. De verwachting van experts is dat momenteel ongeveer 35% van de mensen die in aanmerking komt doorverwezen wordt, maar dat dit bij lichte problematiek

achter blijft.

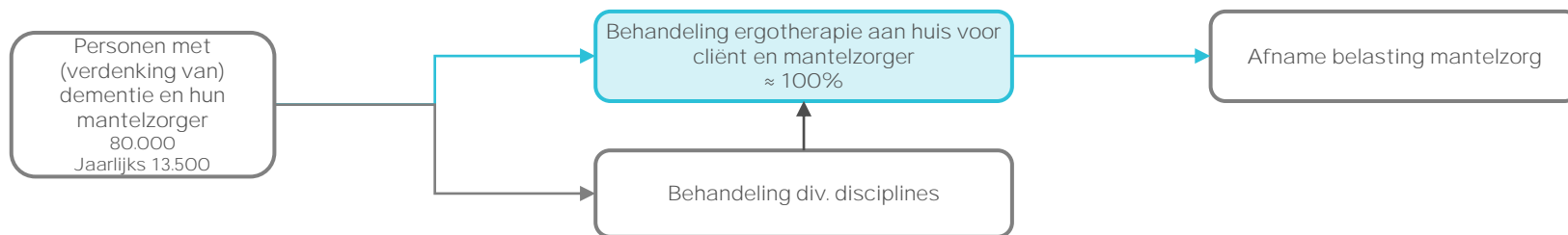
Gewenste situatie

In de gewenste situatie komen alle dementiepatiënten met milde ziekteverschijnselen en hun mantelzorg die gemotiveerd zijn in aanmerking voor de interventie.

Idealiter vindt de doorverwijzing vanuit de huisarts plaats op het moment dat de patiënt en de mantelzorg de eerste problemen in het uitvoeren van de dagelijkse taken ervaren.

Bij een verslechtering in het dagelijks functioneren van de cliënt en/of als de mantelzorg handvatten nodig heeft door een gewijzigde situatie kan een boosterconsult aan te raden zijn. Dit eenmalige consult is om de aanpassingen nog een keer "op te frissen".

Schematisch overzicht gewenste situatie



Door de interventie neemt de vraag naar andere zorg af

Effect van de interventie op zorgkosten

Naast onderzoek naar de zorginhoudelijke effectiviteit heeft er ook een Nederlandse kostenevaluatie van de EDOMAH RCT de verschillende zorgkosten na 3 maanden tussen de controle- en de interventiegroep in kaart gebracht. Hieruit blijkt dat naast de bewezen effectiviteit van de interventie er ook een preventief effect van de interventie uitgaat. Alle zorgkosten afnamen door de interventie. De grootste dalingen waren gevonden bij thuiszorg, maar ook dagbesteding en opnames in het verzorgingshuis. Ook was er een afname in ziekenhuisopnames.^{E20}

De mate waarin de mantelzorg de zorg voor de cliënt aan kan is van aanzienlijk belang voor het thuis kunnen blijven wonen van de cliënt. In de studie is een grote daling van het aantal uren mantelzorg gevonden. Dit is een mooi resultaat: de druk op de mantelzorg wordt verlaagd. Als deze nog een andere betaalde baan heeft, zal deze minder geneigd zijn om arbeidsuren in te leveren en mogelijk hoeft er minder (betaalde) hulp ingeschakeld te worden.

Verwacht wordt dat er minder snel wordt overgegaan tot het aanvragen van een Wlz indicatie. Voor lage ZZP's die nog thuis wonen, maar ook voor hogere ZZP's met intensieve zorg thuis of voor intramurale opname. De studieperiode was echter te kort om dit te onderzoeken.

Drie maanden is een relatief korte evaluatieperiode. Het is net realistisch dat de geobserveerde kostenafnames na de periode van 3 maanden verdwijnen. In onderstaande tabel is om deze reden een extra kolom met de verwachte kostendalingen een half jaar na de interventie opgenomen. waarin we aannemen dat het effect in de vierde, vijfde en zesde maand na de

interventie nog maar half zo groot is (wat een voorzichtige aanname is).

Verschil kosten interventie- en controlegroep (€, 2020) ¹	Effect bij 3 mnd	Voorspelling bij 6 mnd
Ziekenhuisopname	-291	-436
Overige kosten Zvw	-42	-63
Thuiszorg	-502	-753
Dagbesteding	-237	-355
Kortdurende opname Wlz	-207	-310
Overige kosten (o.a. huishouden)	-129	-193
Mantelzorg	-2.120	-3.180

Ook een onderzoek van SEO geeft positieve uitkomsten. Zij hebben in 2014 berekend dat elke besteedde euro in ergotherapie bij dementie € 11 oplevert.^{E21} Zij hebben als opbrengst ook een eurowaarde aan de toename in ervaren gezondheid toegepast.

¹ De kosten zijn op basis van CBS prijsindex opgehoogd naar het prijsniveau van 2020^{E7}

Door inzet van ergotherapie bij dementie is jaarlijks maximaal 20 miljoen aan zorgkosten te voorkomen

Preventiepotentieel

In totaal zijn er 80.000 dementiepatiënten en hun mantelzorgers die in aanmerking komen voor de interventie. Voor deze groep zijn twee scenario's berekend, waarbij in het lage scenario 35% extra patiënten de interventie krijgen en in het hoge scenario 50%. Daarnaast komen er jaarlijks 13.500 nieuwe patiënten en hun mantelzorgers extra in aanmerking voor de interventie.

Op basis van de verwachte afname in zorgkosten na een half jaar (zie vorige pagina) is een besparing tussen de 14 en 26 miljoen te verwachten. De besparing betreft 7 miljoen voor jaarlijks nieuw gediagnosticeerde patiënten en hun mantelzorgers. Het degeneratieve karakter van de aandoening maakt achteruitgang onvermijdelijk, maar de interventie kan mogelijk Wlz kosten op de langere termijn voorkomen of uitstellen. De afname van overige kosten (huishoudelijke hulp,

maaltijden, maatschappelijk werk) en de indirecte kosten van mantelzorg zijn hierin nog niet meegenomen. De waarde van de mantelzorguren zijn in de studie berekend op basis van het minimum loon. Dit is naar het huidige prijsniveau geïndexeerd

De totale maatschappelijke opbrengsten van de interventie na drie maanden zijn hoger, namelijk 59 tot 84 miljoen voor de huidige patiëntenpopulatie en 28 miljoen voor de nieuw gediagnosticeerde patiënten en hun mantelzorgers.

	Jaarlijks	Scenario laag	Scenario hoog
% doorverwijzingen	Allen	35%	50%
Aantal extra patiënten	13.500	27.930	39.900
Kosten EDOMAH (€ mln) ¹	19	40	57
Verschil in kosten (€ mln)			
Ziekenhuisopname	-4	-8	-12
Overige kosten Zw	-1	-1	-2
Thuiszorg	-7	-14	-20
Dagbesteding	-3	-7	-9
Kortdurende opname Wlz	-3	-6	-8
Substitutiepotentieel (€ mln)	7	14	20
Overige kosten (o.a. huishouden)	-2	-4	-5
Mantelzorg	-29	-59	-85
Maatschappelijke opbrengsten (€ mln)	28	59	84

Het preventiepotentieel na een half jaar is 14 tot 20 miljoen euro voor huidige dementie patiënten. Hierin zijn mogelijke lange termijn besparingen op de Wlz niet meegenomen.

De berekende jaarlijkse besparing voor nieuwe patiënten is 7 miljoen.

¹ De kosten van het Edomah programma zijn op basis van CBS prijsindex opgehoogd naar het prijsniveau van 2020^{E7}

Correcte interpretatie van het potentieel moet worden gebaseerd op enkele methodologische overwegingen

Overwegingen bij berekening preventie- potentieel

De insteek van de benadering is pragmatisch van aard. Belangrijke overwegingen om in ogenschouw te nemen zijn:

- ◆ In de berekening zijn voordelen na drie maanden vanuit voorzichtigheidsbeginsel maar voor de helft meegenomen voor de daaropvolgende drie maanden. Er is geen reden om te verwachten dat de resultaten een dergelijke snelheid afnemen. Het lange termijn effect moet nog verder onderzocht worden.
- ◆ Door de bewezen verbeteringen van het dagelijks functioneren wordt verwacht dat een aanvraag van een zware ZZP in de WLZ uitgesteld kan worden. Dit effect moet nog verder onderzocht worden en is niet meegenomen in de resultaten.
- ◆ De verschillen in kosten op afzonderlijke posten waren niet significant. Mogelijk was de power en/of de duur van de studie te laag voor het aantonen van significantie op de afzonderlijke posten.
- ◆ De inschatting is mogelijk een onderschatting van het preventie-effect. In de scenario's is een selectie-effect van patiënten door verwijzers niet meegenomen. In de berekening worden de kostenafnames uit de RCT gehanteerd. Mogelijk zijn deze te laag omdat eerst patiënten worden doorverwezen waarbij de meerwaarde groter is.



Randvoorwaarden zijn vervuld; er zijn verbeteringen mogelijk, maar er zijn geen harde knelpunten

Randvoorwaarden	Toelichting
Substantiële omvang doelgroep	Prevalentie: 80.000, Incidentie: 13.500 (subgroep met mantelzorg en bekend bij huisarts)
Bewijs zorginhoudelijke effectiviteit	Aangetoond positieve effecten in een RCT
Bewijs kosten effectiviteit	Onderdeel van een RCT: kosteneffectiviteit is aangetoond
Betrouwbaarheid berekend potentieel	Een mogelijke afwijking door niet significante kostenverschillen op subonderdelen
Gedragen visie op noodzaak en urgentie	Er is een landelijke gedragen richtlijn en lokale inbedding in zorgnetwerk neemt toe
<i>Randvoorwaarden (grotendeels) vervuld? Ja</i>	

Knelpunten	Toelichting	Oplossingsrichting
Beleid	Vergoeding is max. 10 consulten. De vergoeding van de indirecte tijd schiet tekort bij complexe problematiek.	Uitzondering voor het maximum en/of de mantelzorgers kunnen declareren. Hogere tarieven bij praktijken die gespecialiseerd zijn.
Financiering	Multidisciplinaire samenwerking wordt niet gestimuleerd door de productiedreven structuur.	Een beschikbaarheidsfinanciering voor eerstelijnsamenwerking.
Samenwerking	Onbekendheid met de meerwaarde van ergotherapie.	Actief in regionale netwerken participeren en opnemen in richtlijnen belangrijke verwijzers, voorlichtingen organiseren.
Invloed patiënt	Geen knelpunten	Er zijn ontwikkelmogelijkheden naar cliënten zonder mantelzorgers
Invloed zorgverlener	Mogelijk gebrek aan capaciteit	Instroom opleidingen vergroten, nascholing. Of efficiëntie verbetering.
Innovatie	Geen knelpunten	

Zijn bestaande knelpunten op te lossen? De knelpunten zijn op te lossen. Dit vergt inspanning en nauwe samenwerking van verschillende partijen.

Voldoet volledig
 Voldoet grotendeels
 Onbekend / onbeslist
 Voldoet grotendeels niet
 Voldoet helemaal niet

Zie [bijlage 2](#) voor de interviewleidraad op basis waarvan in de gesprekken met stakeholders de randvoorwaarden, knelpunten en oplossingsrichtingen zijn vastgesteld en ingevuld

Er zijn enkele obstakels die om aandacht vragen; maar (verdere) opschaling is haalbaar

Obstakels in haalbaarheid en opschaling

Cliënt en mantelzorgers

De mantelzorger is van essentieel belang voor de interventie. Er is echter niet altijd een mantelzorger aanwezig. Er lopen experimenten met vrijwilligers en/of instrueren van verzorgenden vanuit de wijkverpleging. Verder onderzoek en/of pilotprojecten zijn noodzakelijk om ook deze groep dementerenden te ondersteunen en een betere kwaliteit van leven te kunnen geven.

Verwijzers voor een ergotherapeutische behandeling

De bekendheid van de interventie blijft achter bij huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde. Als zorgverleners elkaar lokaal eenmaal kennen dan komen verwijzingen op gang.

Op thuisarts.nl staat toegevoegde waarde van ergotherapie genoemd, maar mogelijke verwijzing naar de ergotherapeut is niet opgenomen in de NHG standaarden. Bij casemanagers bestaat soms ten onrechte het beeld dat hun werkzaamheden overlappen met die van de ergotherapeut, waardoor verwijzing uitblijft.

Netwerkvorming

De ergotherapeutische behandeling is een onderdeel van de integrale behandeling van mensen met dementie en hun mantelzorger. Een stevig netwerk van zorgverleners is een voorwaarde voor goed gecoördineerde zorg. Bijvoorbeeld het voeren van een gezamenlijk zorgdossier kan bij deze kwetsbare groep van grote meerwaarde zijn. Een stevig regionaal netwerk kan ook het aantal verwijzingen, vanuit bijvoorbeeld huisartsen, verhogen.

Netwerkvorming en samenwerking zijn niet alleen organisatorisch vraagstukken, maar voor zelfstandige zorgverleners ook een financieel vraagstuk. De vergoeding van indirecte tijd binnen de huidige tarieven worden niet als voldoende ervaren om hier structureel kostendekkend in te

investeren.

Vergoeding ergotherapie

Het tarief ergotherapie bestaat uit een vergoeding voor de directe tijd en indirecte tijd. Bij deze complexe patiënten groep is de ervaring dat de indirecte tijd langer is dan bij andere patiëntengroepen. Door specialisatie van ergotherapeuten in deze complexe groep is er geen compensatie bij andere cliënten met minder indirecte tijd.

Aantal ergotherapeuten

Indien alle dementerenden doorverwezen worden dan zijn er onvoldoende ergotherapeuten om aan de vraag te voldoen. In 2018 waren er bijna 5000 ergotherapeuten werkzaam in Nederland. Hiervan was bijna 20% als vrijgevestigde werkzaam, 950 in totaal.^{E22}

60% van de werkzame uren is direct patiënt gebonden.^{E22} Bij een aantal nieuwe patiënten van 13.500 zijn dit bijna 225.000 uren per jaar. Bij een werkweek van 36 uur bedraagt dit 136 fte voor alleen dementie. Dit is exclusief de inhaalzorg voor de achtergebleven verwijzingen.

Voor behandelingen conform de EDOMAH richtlijn is een nascholing opgezet door het Radboudumc. Deze nascholing duurt 3 dagen.

Implementatie en opschaling zijn haalbaar

Aan de randvoorwaarden is ruimschoots voldaan. Onder andere de grootte van de patiëntengroep, de vergrijzing van de samenleving en de bewezen meerwaarde geven aanleiding om serieus aan de slag te gaan en verdere uitrol te versnellen. Als partijen met wil en gezamenlijk aan de slag gaan dan kunnen verbeteringen op de genoemde obstakels bewerkstelligd worden.



Huidtherapie

H1 Constitutioneel eczeem pag. 69 - 75

Huidtherapeutische begeleiding bij constitutioneel eczeem om het zelfmanagement van patiënten te versterken

H2 Chronisch oedeem pag. 76 - 82

Regierol van de huidtherapeut bij chronisch oedeem met als doel om korter en effectiever te behandelen bij chronisch oedeem

H3 Huidkankerpreventie pag. 83 - 89

Preventief risicoinventarisatie- en voorlichtingsconsult bij risicogroep voor huidkanker



De interventies van huidtherapie bieden zelfmanagement, effectieve behandelkeuze & vroegsignalering

Huidtherapie richt zich op het verminderen of opheffen van verschillende huid- en oedeem gerelateerde klachten. Hierbij gaat het zowel om het begeleiden van patiënten bij het managen van hun ziekte en het adviseren over de behandeling als over risicosignalering en advisering om ziekte te voorkomen.

Begeleiding bij constitutioneel eczeem

Na de diagnose constitutioneel eczeem (CE) door de huisarts of dermatoloog krijgen patiënten met lichte problematiek in 1 tot 3 consulten bij de huidtherapeut begeleiding gericht op het verbeteren van zelfmanagement. Deze interventie is zorginhoudelijk effectief wat betreft het verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënt en presteert vergelijkbaar als de huidige zorg in de effectiviteit van de behandeling.

De interventie leidt niet direct tot een kostenbesparing in de vorm van substitutie vanuit de 2^e lijn. Daarnaast lopen momenteel onderzoeken naar een betere invulling van de CE-zorg in de eerste lijn, waarmee patiënten die nu uit zicht raken beter ondersteund kunnen worden. De effecten hiervan zijn niet beschikbaar, waardoor hierop geen substitutiepotentieel is vast te stellen. Daarbij moet de interventie organisatorisch ook nog verder vormgegeven worden.

Regierol bij chronisch oedeem

Bij deze interventie neemt de huidtherapeut een regierol wat betreft de oedeemproblematiek in de 1^e lijn. Na diagnose van chronisch oedeem door een (huis)arts volgt eerst een consult bij de huidtherapeut om de juiste behandeling vast te stellen. De huidtherapeut adviseert over de behandeling en de te gebruiken materialen en inzet van hulpmiddelen. Vervolgens voert de huidtherapeut de behandeling van het oedeem zelf uit of verwijst door naar de juiste zorgverlener, waaronder de wijkverpleging, oedeemfysiotherapeut, dermatoloog of het wond expertise centrum (WEC).

De doelgroep zijn mensen met chronisch oedeem met en zonder wonden die door de wijkverpleging behandeld worden.

Deze interventie kan leiden tot een besparing van tussen de €27,9 miljoen en €57,7 miljoen per jaar. De effectiviteit van deze interventie is echter (nog) niet in de literatuur aangetoond. Nader onderzoek is nodig om verder te onderbouwen dat deze potentie daadwerkelijk waargemaakt kan worden. Ook dient de samenwerking met de V&VN hierin gezocht te worden.

Risico-inventarisatie- en voorlichtingsconsult bij risicogroep voor huidkanker

De huidtherapeut doet bij de intake van al haar patiënten een korte risico-inventarisatie bij alle patiënten die hij/zij behandelt om vast te stellen of deze patiënten in de risicogroep voor huidkanker vallen en of zij al kennis over goed zongedrag hebben. De patiënten die zich nog niet bewust zijn van de gevaren van slecht zongedrag en mogelijk wel groot risico lopen, worden vervolgens voorgelicht over de risico's en mogelijke preventieve gedragsaanpassingen. Naast voorlichting zit er mogelijk ook potentieel in het afnemen van een preventief lichamenlijk onderzoek door de huidtherapeut bij deze patiënten, waarbij - indien nodig - (via de huisarts) wordt doorverwezen naar de dermatoloog. De doelgroep van deze interventie zijn patiënten die al bij de huidtherapeut in behandeling zijn met een hoog risico voor huidkanker (bijv. buitenwerkers).

De inzet van voorlichting door de huidtherapeut kan op de langere termijn €0,2 tot €1,3 miljoen aan jaarlijkse zorgkosten besparen. De inzet van de huidtherapeut voor lichamenlijk onderzoek is naar verwachting kostenneutraal met positieve gezondheidseffecten en minder zware ziekenhuisbehandelingen tot gevolg. Het bewijs voor een positief effect in de literatuur is echter beperkt en de definitieve opzet van de interventie nog niet volledig uitgewerkt.

Huidtherapeutische begeleiding bij constitutioneel eczeem gericht op zelfmanagement

Constitutioneel eczeem (CE) is een chronische ontstekingsziekte van de huid met ernstige invloed op de kwaliteit van leven.^{H1,H2} Het gaat gepaard met jeuk, roodheid en schilfering van de huid. In een kwalitatieve studie van Zuberbier et al.^{H3} geven 75% van de (ouders/verzorgers¹ van) patiënten aan dat effectief zelfmanagement van CE de belangrijkste verbetering voor de kwaliteit van leven zou geven.

Interventie

De voorgestelde interventie is om na de diagnose CE begeleiding van de huidtherapeut in de eerste lijn te krijgen gericht op het verbeteren van zelfmanagement. Als er ook sprake is van psychosociale klachten, dan verwijst de huidtherapeut door naar de POH GGZ. De huidtherapeut neemt zo een deel van de taken van de huisarts en de dermatoloog over.

Doelgroep

De doelgroep voor deze interventie zijn (ouders/verzorgers van) patiënten met constitutioneel eczeem.

We onderscheiden in dit onderzoek 3 groepen patiënten: (1) patiënten met lichte problematiek die door de huisarts worden behandeld, (2) patiënten met lichte problematiek die door de dermatoloog worden behandeld en (3) patiënten met ernstige problematiek die door de dermatoloog worden behandeld.

Groep 1 en 2 zijn de doelgroep van de interventie. Groep 3 blijft onder behandeling in de tweede lijn.

In 2019 zijn er ca. 2,1 miljoen mensen met CE, waarvan bijna 394.600 in zorg bij huisarts en/of tweede lijn.^{H4} Jaarlijks is het gemiddeld aantal patiënten in de tweede lijn 43.827.^{H5}

Zorginhoudelijke resultaten (effectiviteit)

Uit onderzoek van het UMCG blijkt dat behandeling gericht op vergroten van het eigen inzicht in de behandeling en versterking van zelfmanagement even effectief is als de standaardbehandeling van de dermatoloog^{H5-H7}, maar qua patiënttevredenheid en kosten de voorkeur heeft.^{H6} In het onderzoek wordt deze behandeling uitgevoerd door verpleegkundig specialisten, maar is volgens de experts vergelijkbaar met de voorgestelde interventie door de huidtherapeut in de eerste lijn.

Op het gebied van deze interventie door huidtherapeuten lopen momenteel meerdere trajecten. Er loopt een onderzoek naar de optimalisatie van de zorg voor constitutioneel eczeem in de eerste lijn.² Bij de Coöperatieve Eerstelijns Samenwerking Veenendaal u.a. loopt een pilot^{H2}, waarin de huisarts, dermatoloog en huidtherapeut samen werken met verbetering van het zelfmanagement als doel. Tot slot ontwikkelt de NVH (in samenspraak met de NVDV) de zorgmodule voor betere invulling vanuit de eerste lijn.

¹ CE ontstaat vaak al op zeer jonge leeftijd

² [ZonMw - A healthcare trajectory for people with atopic dermatitis in primary care](#)

In de huidige situatie worden patiënten beperkt begeleid in zelfmanagement of worden onnodig doorverwezen

Huidige situatie

De diagnose CE wordt gesteld door de huisarts of dermatoloog. Bij lichte problematiek (groep 1) start de huisarts met het voorschrijven van basiszalf, waarmee de patiënt met beperkte begeleiding aan de slag gaat.

In de 3 tot 6 maanden na de diagnose van CE gaat 63-77% van de patiënten één keer naar de huisarts. 23-37% van de patiënten heeft in die tijd meer dan één contact met de huisarts.^{H8} Het gemiddeld aantal contacten in 3 tot 6 maanden na diagnose is 1,5.

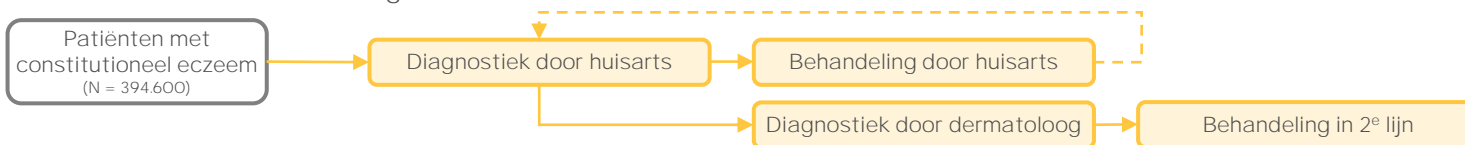
Volgens experts is er in de eerste lijn bij de huisarts niet genoeg tijd voor goede begeleiding om zelfmanagement te versterken.^{H9} Met zelfmanagement wordt het goed smeren met basiszalven bedoeld en weten bij welke klachten extra zorg nodig is of wanneer contact op te nemen met de behandelend arts. Het komt voor dat bij een patiënt door beperkte begeleiding in zelfmanagement de klachten onnodig blijven bestaan. Het gevolg is dat patiënten weer terug bij de huisarts komen en alsnog doorverwezen worden naar de dermatoloog of met hun klachten blijven zitten.

Er is een groep patiënten met lichte problematiek (groep 2) die in de tweede lijn terecht komt omdat de huisarts twijfelt over

de diagnose of om te onderzoeken of allergie de oorzaak van eczeem is. De dermatoloog doet vervolgonderzoek, stelt de diagnose en start de behandeling, waarvan zelfmanagement een onderdeel is.

Bij ernstige problematiek verwijst de huisarts patiënten ook door naar de dermatoloog (groep 3).

Schematisch overzicht huidige situatie



De huidtherapeut begeleidt de patiënt in gemiddeld 3 consulten in het verbeteren van het zelfmanagement

Nieuwe situatie

Na diagnose door de huisarts of dermatoloog wordt de patiënt doorverwezen naar de huidtherapeut. De huidtherapeut voert maximaal drie consulten gericht op het verbeteren van zelfmanagement uit. De huidtherapeut stelt persoonlijke doelen samen met de patiënt. De onderwerpen die tijdens de consulten aan bod komen zijn:

- ◆ De resultaten van de Skindex-29 (vragenlijst over de kwaliteit van leven bij chronische huidaandoeningen, bij hoge score wordt de POH GGZ ingezet);
- ◆ De uitgebreidheid van de ziekte en het effect op het dagelijks leven;
- ◆ De oorzaken van de aandoening en de behandeling;
- ◆ De ervaringen, klachten, angsten, kennis en motivatie van de patiënt;
- ◆ De barrières die mensen ondervinden om de benodigde therapie toe te passen.

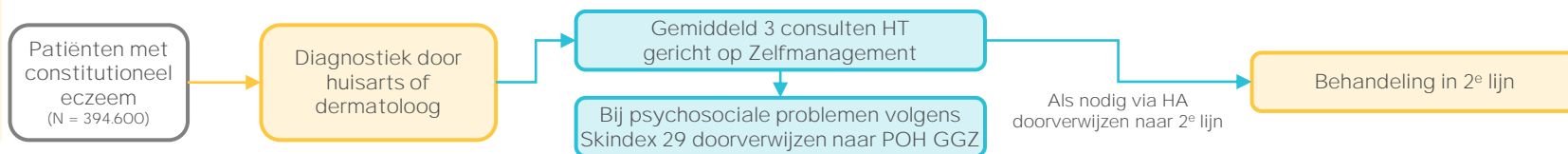
De huidtherapeut laat ook zien hoe de zalf goed te smeren en geeft advies in het omgaan met jeuk. Als de persoonlijke doelen behaald zijn en de klachten verminderd, dan sluit de huidtherapeut de behandeling af. Als dit na drie consulten niet het geval is, dan neemt de huidtherapeut contact op met de huisarts voor een eventuele doorverwijzing naar de dermatoloog.

De groep patiënten (groep 1) die in de huidige situatie door de huisarts behandeld wordt, wordt direct na diagnose door de huisarts voor minimaal één consult doorverwezen naar de huidtherapeut en niet behandeld door de huisarts. Ook bij deze groep waar de ernst van het CE waarschijnlijk laag is, is het belangrijk om direct begeleiding te krijgen om ervoor te zorgen dat de medicatie goed gebruikt wordt. Volgens de experts is er een groep die anders alsnog met klachten door blijft lopen (door onderbehandeling). Een consult bij de huidtherapeut voorkomt klachten, verergering van het eczeem en dus toekomstige kosten. Deze baten kunnen we nog niet becijferen.

Volgens de experts zou een (groot) deel van de patiënten met lichte problematiek (groep 2) die nu worden doorverwezen naar de dermatoloog ook in de eerste lijn door de huidtherapeut behandeld kunnen worden.^{H9} Er zijn geen cijfers over de omvang van deze groep beschikbaar, maar de experts schatten in dat het om ca. 50% van deze patiënten gaat.¹ Bij ernstige problematiek (groep 3) verwijst de huisarts ook in de nieuwe situatie direct door naar de dermatoloog.

Voor de patiënt is de huidtherapeut laagdrempeliger om bij aan te kloppen (bij opvlammingen die niet zelf gemanaged kunnen worden) dan de dermatoloog, waardoor voorkomen wordt dat klachten verergeren. De gemiddelde wachttijd voor polikliniek dermatologie is op het moment 26 dagen.^{H10} Patiënten kunnen bij de huidtherapeut vaak snel(ler) en in de buurt terecht.

Schematisch overzicht nieuwe situatie



¹ Dit percentage is op dit moment niet te verifiëren in literatuur. Momenteel voert Zorginstituut Nederland een onderzoek uit naar [Zinnige zorg voor mensen met eczeem](#), waarin dit potentieel inzichtelijk wordt.

De inzet van de huidtherapeut bij CE heeft potentieel qua (toegang tot) zorg en verlichting van werkdruk

Substitutiepotentieel

De jaarprevalentie van CE wordt in 2019 geschat op 2,1 miljoen mensen en hiervan waren bijna 394.600 mensen in zorg bij de huisarts of tweede lijn.^{H4} Jaarlijks is het gemiddeld aantal patiënten in de tweede lijn 43.827.^{H5} De patiënten kunnen qua substitutie-/preventiepotentieel worden ingedeeld in drie groepen:

1. De patiënten die in de huidige situatie de diagnose van de huisarts krijgen en door de huisarts behandeld worden in gemiddeld 1,5 consult^{H8} met kosten €331.^{H11} per consult. In de nieuwe situatie gaat deze groep voor minstens 1 consult à €84^{H12} naar de huidtherapeut. Bij deze groep is er sprake van preventie om (zwaardere) klachten met bijbehorende zorgvraag in een later stadium te voorkomen.
2. De patiënten die in de huidige situatie in de tweede lijn behandeld worden met lichte problematiek. De bijbehorende DBC-zorgproducten kosten €115² tot €290³. In 2019 omvatte deze groep respectievelijk 26.862 en 7.460 patiënten.^{H13} Deze groep zou na diagnose direct doorgestuurd kunnen worden naar de huidtherapeut voor 1 tot 3 (à €84 tot €252) consulten gericht op zelfmanagement. Bij een deel van deze groep met lichte problematiek is diagnostiek door de dermatoloog wel van belang, maar kan na diagnostiek doorverwezen worden naar de huidtherapeut voor behandeling. De verwachting van experts is dat 50% van de patiënten in groep 2 ook door de huidtherapeut behandeld kan worden na diagnose van de huisarts.

3. De patiënten met ernstige problematiek die in de tweede lijn behandeld. Deze groep zal ook in de nieuwe situatie in de tweede lijn blijven. Mogelijk kan goede ondersteuning op zelfmanagement in een eerder stadium, verergering van de problematiek voorkomen.

De kosten van deze interventie liggen niet lager dan de kosten van de huidige situatie en er wordt dus naar verwachting geen zorgkostenbesparing gerealiseerd.

De impact van beperkte begeleiding van CE-patiënten is (nog) onbekend. Momenteel lopen er verschillende pilots en onderzoeken, maar zijn de resultaten nog niet beschikbaar. Het substitutie- en preventiepotentieel van goede begeleiding vanuit de eerste lijn is daarom niet op bredere schaal vast te stellen in deze rapportage. Momenteel ontwikkelt de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) op basis van de wetenschappelijke richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) een zorgmodule voor de betere invulling van deze eerstelijns interventie.

De effectiviteit van inzet van de huidtherapeut bij CE is niet in literatuur aangetoond, maar gebaseerd op expert opinion. We verwachten geen financieel potentieel bij deze interventie.

Deze interventie heeft potentieel wat betreft het verbeteren van zelfmanagement bij de patiënt, het verlichten van werkdruk bij de huisarts en de dermatoloog en het verlagen van de wachttijd.

Om de meerwaarde van deze interventie aan te tonen is nader onderzoek nodig.

¹ Tarief huisarts gebaseerd op de referentieprijzen die gehanteerd wordt voor huisartsenconsulten bij het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg^{H11}

² NZa DBC-zorgproductcode 120301010, 1 of 2 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand bij huidontsteking of eczeem

³ NZa DBC-zorgproductcode 120301017 Maximaal 2 allergietesten en/of diagnostiek en/of ingreep en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand bij huidontsteking en/of eczeem

Enkele methodische overwegingen bij de benadering van het substitutiepotentieel van huidtherapie bij CE

Overwegingen bij berekening substitutiepotentieel

De insteek van de berekening van het preventiepotentieel is pragmatisch van aard. Belangrijke overwegingen om hierbij in ogenschouw te nemen zijn:

- ♦ In de onderbouwing wordt de interventie door de huisarts, dermatoloog en inzet van dermatologisch verpleegkundige gebruikt ter vergelijking. De interventies zijn echter niet één op één vergeleken.
- ♦ Er is geen onderbouwing voor de grootte van de groep die nu in de tweede lijn behandeld maar eigenlijk door de huidtherapeut behandeld zou kunnen worden. Er is een schatting gebruikt op basis van expert opinion. Mogelijk bieden lopende onderzoeken hier verder uitsluitsel over.
- ♦ Het besparingspotentieel hangt af van welke kosten in de eerste en tweede lijn bespaard worden. Hier is geen wetenschappelijk onderzoek voor beschikbaar en dit is gedaan o.b.v. inschattingen van de huidige bekostigingssystematiek en schatting van het percentage substitutiepotentieel.
- ♦ Er loopt momenteel een pilot waarin gekeken wordt naar de meerwaarde van de inzet van de huidtherapeut. Het ZIN zinnige zorg onderzoek waarin eczeemzorg in de eerste lijn als verbeterpunt uit naar voren komt, is in de afrondende fase. Dit jaar wordt de zorgmodule voor betere invulling vanuit de eerstelijns afgerond door de NVH. Hierbij zijn alle relevante zorgpartijen betrokken. Vanuit daar kunnen verdere stappen worden gezet.



Besparingspotentieel (nog) niet aangetoond; er ligt een uitdaging om de knelpunten op te lossen

Randvoorwaarden

Toelichting

Substantiële omvang doelgroep		Jaarlijks 394.600 patiënten in zorg met CE
Bewijs zorginhoudelijke effectiviteit		Vergelijkbare begeleiding in zelfmanagement door verpleegkundig specialist is aangetoond
Bewijs kosten effectiviteit		De kosten van begeleiding door verpleegkundig specialist zijn vergelijkbaar met de huidige situatie
Betrouwbaarheid berekend potentieel	nvt	Het potentieel is niet berekend
Gedragen visie op noodzaak en urgentie		De NVH stelt momenteel een gezamenlijke zorgmodule 1 ^e lijn constitutioneel eczeem op. Hierbij zijn alle relevante zorgpartijen betrokken.

Randvoorwaarden (grotendeels) vervuld?

Gedeeltelijk, de omvang van de doelgroep is substantieel en er is bewijs dat begeleiding in zelfmanagement leidt tot meer patiënttevredenheid en lagere kosten, en even effectief is als de standaardbehandeling door de dermatoloog. Er is geen/bepaalde zorgkosten-gerelateerd substitutiepotentieel.

Knelpunten

Toelichting

Opllossingsrichting

Beleid		De rol van de huidtherapeut bij CE is niet erkend in het beleid. Er is namelijk geen vergoeding vanuit AV of BV	Vanuit het Zinnige Zorg traject wordt momenteel gekeken naar de inzet van huidtherapie voor CE
Financiering		Kosteneffectiviteit bewezen binnen DBC; onzeker of dit ook geldt na overheveling naar 1 ^e lijn.	Resultaten van de lopende pilot kunnen hiervoor worden afgewacht.
Samenwerking		De NVH werkt samen met alle relevante partijen aan een zorgmodule op basis van de NVDV wetenschappelijke richtlijn	
Invloed patiënt		Patiënten zijn bekend met de huidtherapeut, maar de huisarts verwijst niet door als er geen vergoeding is, aangezien de 2 ^e lijn wel vergoed wordt.	
Invloed zorgverlener		Geen knelpunten	
Innovatie		Zorgmodule wordt momenteel opgesteld	

Bestaande knelpunten eenvoudig op te lossen?

Er ligt met name rondom beleid een grote uitdaging om deze knelpunten weg te werken. Hiervoor loopt momenteel onderzoek.

Voldoet volledig Voldoet grotendeels Onbekend / onbeslist Voldoet grotendeels niet Voldoet helemaal niet

Zie [bijlage 2](#) voor de interviewleidraad op basis waarvan in de gesprekken met stakeholders de randvoorwaarden, knelpunten en oplossingsrichtingen zijn vastgesteld en ingevuld

Met name financiële obstakels zijn aan de orde bij opschaling van begeleiding bij CE

Obstakels in haalbaarheid en opschaling

Uitgangspunt is dat de huidige zorg voor CE te kort schiet op het gebied van zelfmanagement en hierdoor onder- en overbehandeling plaats vindt. Elke vorm van substitutie van zorgkosten is daarbij positief

Belangrijk bij de behandeling van CE is de rol van zelfmanagement. Er is beperkte tijd en kennis binnen de huisartsenzorg om CE-patiënten op dit gebied te behandelen, waardoor veel (verborgen) problematiek ontstaat. Deels resulteert dit tot meer doorverwijzing naar de 2^e lijn welke potentieel voorkomen kunnen worden. Ook in de 2^e lijn ligt de nadruk nog maar beperkt op zelfmanagement.

Echter, substitutie op het gebied van zorgkosten is naar verwachting beperkt, doordat de huidige kosten voor een patiënt in de 2^e lijn beperkt zijn. Een verschuiving naar de huidtherapeut met vergelijkbare kosten leidt daardoor niet tot substitutie op het gebied van zorgkosten. Optioneel leidt zelfmanagement op de lange termijn tot een afname van escalatie van eczeem, waardoor de interventie op de lange termijn preventief werkt voor 2^e lijns zorg.

Er is nu geen vergoeding vanuit de BV of AV voor eczeemzorg bij de huidtherapeut

De behandeling van eczeem door de huidtherapeut wordt momenteel niet vergoed vanuit de Zvw. De zorgmodule rondom deze zorg wordt momenteel opgesteld, en de beoordeling voor opname in de Zvw moet nog plaatsvinden.

De DBC structuur in de tweede lijn

De vergoeding van behandeling van CE in de 2^e lijn is vanuit de DBC. De prijs van de DBC is afhankelijk van het gemiddelde

zorgprofiel en de onderhandelingen tussen de zorgaanbieders en verzekeraars. Deze volgt niet 'automatisch' veranderingen in zorg, maar moeten actief aangepast worden. De effecten van substitutie op de prijs zijn niet één op één door te voeren, doordat ook andere patiënten onder deze DBC behandeld worden. Dit bemoeilijkt het verzilveren van het substitutiepotentieel door verzekeraars.

Visie van verschillende beroepsgroepen

Het succes van zorgsubstitutie valt of staat bij samenwerking met en vertrouwen in de andere beroepsgroepen. Het is van belang dat alle belanghebbende partijen betrokken worden. Als dit niet lukt, dan wordt landelijke opschaling en vergoeding moeizaam te organiseren.

Organisatie van de interventie nog niet volledig vormgegeven

Er is een beschrijving van het zorgpad en een pilot, en met de ontwikkeling van de zorgmodule kan de verdere organisatie worden vormgegeven en landelijk geïmplementeerd worden.

Volg ontwikkelingen naar nieuwe zorgmodule

Op basis van de huidige informatie is het substitutiepotentieel op het gebied van zorgkosten beperkt. Implementatie zal in eerste instantie met name gebaseerd zijn op zorginhoudelijke gronden, zodat problematiek rondom de beperkte 1^e lijns ondersteuning opgelost worden. Lopende onderzoeken bieden naar verwachting inzicht in de impact van de onderbehandeling van CE en de kosteneffectiviteit van een interventie hierop. Onderzoek of patiënten na ondersteuning op het gebied van zelfmanagement op termijn minder (vaak) zorg van huisarts en/of dermatoloog nodig hebben dan de patiënten zonder zelfmanagementinterventie.

¹ De Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)

Regierol voor de huidtherapeut bij chronisch oedeem voor tijdige, kortere en effectieve behandeling

Chronisch oedeem (CO) is een verzamelnaam voor abnormale zwelling/vochtophoping (oedeem) in de huid en/of onderliggende weefsels die meer dan 3 maanden aanhoudt, ongeacht de oorzaak.^{H14} Van de mensen met chronisch oedeem heeft 12,7% ook een wond.^{H15}

Veel patiënten met CO worden behandeld door verplegende en verzorgende professionals. De behandeling van CO is het toedienen van compressie met zwachtels of andere hulpmiddelen zoals een therapeutisch elastische kous. Ongeveer 65% van deze professionals ervaart knelpunten voor een goede behandeling. Hieronder vallen het niet uitvoeren van de benodigde checks door de verwijzer, onvoldoende beheersing van zwachteltechnieken door professionals en een tekort aan kennis bij deze professionals over beschikbare compressietechnieken.^{H16}

Interventie

Bij deze interventie neemt de huidtherapeut een regierol wat betreft de oedeemproblematiek. Na diagnose van CO door een (huis)arts volgt eerst een consult bij de huidtherapeut om de juiste behandeling vast te stellen. De huidtherapeut adviseert over de behandeling en de te gebruiken materialen. Vervolgens voert (afhankelijk van de zorgzwaarte/complexiteit) de huidtherapeut de behandeling van het oedeem zelf uit of verwijst door naar de juiste zorgverlener, waaronder de wijkverpleging, oedeemfysiotherapeut, dermatoloog of het wond expertise centrum (WEC).

Doelgroep

De doelgroep voor deze interventie zijn patiënten met CO met en zonder wonden in de wijkverpleging

Het aantal personen met chronisch oedeem in Nederland is onbekend. Op basis van cijfers uit het Verenigd Koninkrijk (VK) kan er een inschatting gemaakt worden.

Het aantal mensen in het VK met chronisch oedeem wordt geschat op minstens 240.000.^{H17} Uit onderzoek naar wijkverpleging in het VK blijkt dat tussen de 52% en 69% van de patiënten in de wijkverpleging in het VK chronisch oedeem hebben.^{H18} In 2018 hebben 589.000 mensen in Nederland wijkverpleging ontvangen.^{H19} Als we deze percentages uit het VK hierop toepassen, betekent dat dat tussen de 300.000 en 400.000 mensen in Nederland die in zorg zijn bij de wijkverpleging CO hebben.

Zorginhoudelijke resultaten (effectiviteit)

Chronisch oedeem is een progressieve aandoening. Als er geen (goede) behandeling wordt toegepast ontwikkelt de ziekte zich verder. Complicaties van chronisch oedeem zijn o.a. cellulitis (bacteriële infectie) en chronische wonden.^{H15}

Door de huidtherapeut de regierol te geven ontvangt de patiënt op tijd een kortere en effectievere behandeling.^{H20}

Daarnaast blijkt dat wanneer de patiënt direct goede behandeling krijgt en begeleiding in zelfmanagement, dat de therapietrouw verbetert.^{H20}

In de huidige situatie worden patiënten met chronisch oedeem niet op de juiste manier behandeld

Huidige situatie

In de huidige situatie wordt de diagnose CO gesteld door de huisarts of medisch specialist. De patiënt wordt voor behandeling doorverwezen naar de wijkverpleging, de dermatoloog of oedeemtherapeut¹. Wanneer er bovenop het oedeem een wond is die binnen 6 weken geen genezigstendens vertoont, dan wordt er doorverwezen naar de WEC. Een wond van langer dan 6 weken heet een complexe of chronische wond.

Een belangrijk onderdeel van de behandeling voor CO is compressietherapie. Deze behandeling bestaat uit 2 fasen:^{H21}

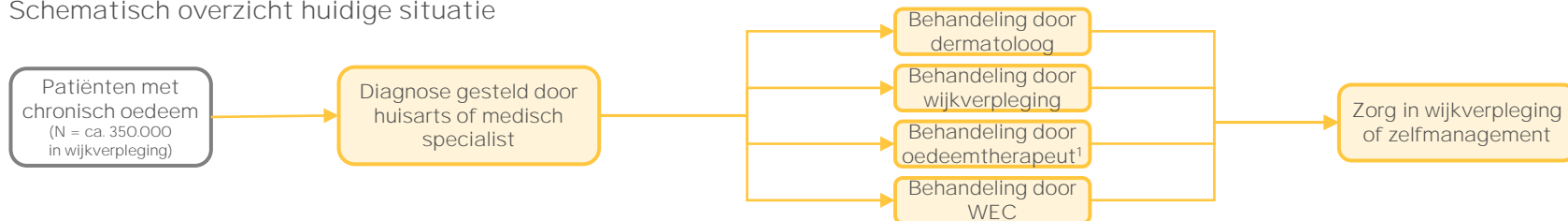
- ◆ De oedeemreductiefase, waarbij de focus het verminderen van de oedeem is en;
- ◆ De consolidatie- of onderhoudsfase, waarbij het behouden van het resultaat van de reductiefase de focus is.

Verpleging en verzorging Nederland (V&VN) signaleert zelf dat de professionals binnen de wijkverpleging te weinig zwachtelen en niet genoeg kennis hebben over de beschikbare materialen.^{H16,H22} Een ander knelpunt dat genoemd wordt is dat er vaak geen enkel-arm index test (test voor mate van doorbloeding van de benen; gebruikt om arterieel vaatlijden uit te sluiten) wordt uitgevoerd door de verwijzer voor het starten

met zwachtelen. Bij arterieel vaatlijden werkt compressie averechts en moet dit niet toegepast worden.^{H21}

Van de experts horen we ook dat de behandeling vaak wordt uitgevoerd door zorgverleners die niet voldoende zijn opgeleid om compressietherapie te verlenen en dat ze lang behandelen: minimaal tussen de 5 weken en 3 maanden. Ze zwachtelen dan per patiënt 1 à 2 keer per dag. Als de therapie niet juist wordt toegepast, dan is het oedeem niet onder controle te krijgen, treedt er verergering op en kunnen o.a. wonden ontstaan.^{H20}

Schematisch overzicht huidige situatie



¹ Oedeemtherapeuten kunnen zowel huidtherapeuten als fysiotherapeuten zijn met het aandachtsveld oedeemtherapie/compressie. Bij patiënten met wonden is de voorkeur voor oedeem-huidtherapeuten, tenzij er ook een samenwerking is met het wondcentrum

De huidtherapeut krijgt de regie en bepaalt welke behandeling wordt gedaan en door wie

Nieuwe situatie

In de nieuwe situatie verwijst de arts die de diagnose CO vaststelt altijd eerst door naar de huidtherapeut. De huidtherapeut krijgt de regierol wat betreft oedeemproblematiek. Na een consult met de patiënt adviseert de huidtherapeut over de behandeling en de te gebruiken materialen. Vervolgens voert de huidtherapeut (afhankelijk van de zorgzwaarte/complexiteit) de behandeling van het oedeem zelf uit of verwijst afhankelijk van de problematiek door naar de juiste zorgverlener, waaronder de wijkverpleging, oedeemfysiotherapeut, dermatoloog of de WEC (maar bijvoorbeeld ook diëtist, oefentherapie en ergotherapie). De huidtherapeut doet eventueel nog twee monitoringsgesprekken als ze zelf niet de behandeling uitvoert.

Het toewijzen van de regierol wat betreft oedeemproblematiek aan de huidtherapeut zorgt er volgens experts voor dat patiënten met CO eerder de juiste behandeling ontvangen. Zo kan de oedeemtherapeut 1 à 2 keer per week zwachtelen in tegenstelling tot de 1 à 2 keer per dag door de wijkverpleging. Dit verschil komt doordat bij zwachtelen met weinig kennis de zwachtel tussendoor kan afzakken en dan opnieuw moet worden gezwachteld.^{H20} In eerste instantie is de reductiefase van belang. Als het oedeem gereduceerd is, dan vindt de

onderhoudsfase veelal plaats in de wijkverpleging.

De huidtherapeut besteedt ook tijd aan de begeleiding van de patiënt wat betreft zelfmanagement. De wijkverpleging is daar niet toe opgeleid en de tweede lijn heeft geen tijd om dit volledig te doen.^{H20} Het vergroten van het zelfmanagement van patiënten is een belangrijke taak van de zorgverleners die betrokken zijn bij de compressiehelpmiddelenzorg.^{H22}

Schematisch overzicht nieuwe situatie



Deze interventie heeft mogelijk een groot besparingspotentieel, maar er is nader onderzoek nodig

Substitutiepotentieel

De regierol van de huidtherapeut zorgt ervoor dat de patiënt op tijd door de juiste zorgverlener behandeld wordt. Dit kan zorgen voor een efficiëntere en kortere behandeling wat leidt tot lagere kosten.

Een ruwe schatting is dat er gemiddeld 350.000 patiënten in de wijkverpleging met CO zijn. We schatten dat bij 10% van deze patiënten met de reductie van oedeem gestart moet worden. Dat zijn 35.000 patiënten waarover de huidtherapeut de regie krijgt wat betreft het oedeem.

In het cijfervoorbeeld hieronder is berekend wat de kosten zouden zijn als de huidtherapeut na het regieconsult 30%-60% van de patiënten zelf behandelt. 40%-70% van de patiënten wordt na het regieconsult alsnog in de wijkverpleging behandeld.

Volgens het kostenonderzoek paramedische zorg kost een

zitting oedeemtherapie aan huis gemiddeld €51 en duurt 30 tot 45 minuten.^{H12}

Het NZa maximum tarief voor verpleging in 2021 is €76 per uur. Als de wijkverpleegkundige 45 minuten doet over zwachtelen, dan kost dat €57.^{H23}

Volgens de experts duurt de behandeling door de wijkverpleging minstens 5 weken à 3 maanden waarbij er gemiddeld 1 keer per dag wordt gezwachteld.^{H20} Dit betekent dat er gemiddeld 59,5 keer gezwachteld wordt per patiënt met oedeem in de wijkverpleging. De behandeling door de oedeemtherapeut duurt 3 à 8 weken en er wordt 2 keer per week gezwachteld.^{H20} Dat betekent gemiddeld 11 behandelingen per patiënt.

Er is een flinke mate van onzekerheid in deze resultaten, aangezien er een aantal aannames gedaan worden die niet in de literatuur beschreven zijn.

	# patiënten	Kosten zitting	Gem. # zittingen	Scenario laag 30% HT	Scenario hoog 60% HT
Huidige situatie (€ mln)					
Zwachtelen wijkverpleging	35.000	€57	59,5	118,7	118,7
Nieuwe situatie (€ mln)					
Regieconsult huidtherapeut	35.000	€51	1	1,8	1,8
Behandeling huidtherapeut	30-60%	€51	11	5,9	11,8
Zwachtelen wijkverpleging	70-40%	€57	59,5	83,1	47,5
Substitutiepotentieel (€ mln)				+ 27,9	+ 57,7

Het toekennen van de regierol aan de huidtherapeut bij oedeemproblematiek kan leiden tot een besparing van tussen de €27,9 miljoen en €57,7 miljoen.

Deze interventie is echter niet in de literatuur beschreven. Nader onderzoek is nodig om verder te onderbouwen dat deze potentie daadwerkelijk waargemaakt kan worden.

Methodische overwegingen bij het preventiepotentieel van de regierol van de huidtherapeut bij CO

Overwegingen bij berekening preventiepotentieel

De insteek van de berekening van het preventiepotentieel is pragmatisch van aard. Belangrijke overwegingen om hierbij in ogenschouw te nemen zijn:

- ♦ Het aantal personen met CO is ingeschat o.b.v. cijfers uit het VK. We doen de aanname dat deze cijfers ook representatief zijn voor de CO populatie in Nederland.
- ♦ Er is geen direct wetenschappelijk onderzoek naar deze interventie, alleen een inschatting van experts. De uitkomsten laten een groot potentieel zien. De omvang is onzeker en verder onderzoek o.b.v. bijvoorbeeld declaratiedata vanuit verzekeraars of beroepsgerelateerde data vanuit V&VN is nodig.
- ♦ De effecten van verminderde complicaties als gevolg van het juist toepassen van compressietherapie zijn niet opgenomen in de inschatting.



De randvoorwaarden worden niet volledig vervuld en er zijn knelpunten, maar er is toch groot potentieel

Randvoorwaarden	Toelichting
Substantiële omvang doelgroep	De inschatting is dat jaarlijks ca. 35.000 mensen baat hebben bij deze interventie
Bewijs zorginhoudelijke effectiviteit	Effectiviteit van de regierol van de huidtherapeut is niet in literatuur beschreven
Bewijs kosten effectiviteit	Kosten effectiviteit is niet in literatuur beschreven
Betrouwbaarheid berekend potentieel	Er is een flinke mate van onzekerheid bij de berekening
Gedragen visie op noodzaak en urgentie	De noodzaak en urgentie is niet uitgevraagd bij andere beroepsgroepen, maar binnen wijkverpleging wordt problematiek wel gezien

Randvoorwaarden (grotendeels) vervuld? Nee, het grootste deel van de randvoorwaarden is niet vervuld. Deze interventie is niet in de literatuur beschreven, maar op basis van input van experts beschreven. De uitkomsten laten wel groot potentieel zien.

Knelpunten	Toelichting	Oplossingsrichting
Beleid	Vergoeding vanuit AV, terwijl huidige zorg van wijkverpleging vanuit BV vergoed wordt	Aanspraak huidtherapie op oedeem- & wondzorg aanpassen om zorgpaden beter vorm te geven.
Financiering	Financiering van regierol vraagt om de juiste prikkels, zodat ook daadwerkelijk de juiste zorg wordt geleverd. Een dergelijke financiering bestaat momenteel niet	Creëer financiering (vanuit de BV) voor de regierol
Samenwerking	Er bestaat geen structurele samenwerking tussen NVH & V&VN. Er zijn ook VV-organisaties die zelf een oedeempoli opzetten.	NVH en V&VN kunnen elkaar opzoeken om de samenwerking in gang te zetten
Invloed patiënt	Huidtherapeut relatief onbekend bij de patiënt	Bekendheid bij V&VN zorgt voor bekendheid bij patiënt
Invloed zorgverlener	Nieuwe richtlijnen nog niet opgesteld, waardoor er nog geen eenduidige behandeling plaatsvindt. Herziening van de wetenschappelijke richtlijn en ontwikkeling zorgmodule loopt.	Zorg voor overeenstemming binnen het veld door het opstellen van een nieuwe richtlijn
Innovatie	Eerst focus op huidige interventie en beleid, pas later innoveren	

Bestaande knelpunten eenvoudig op te lossen? Naast verdere invulling van de randvoorwaarden zijn er grote uitdaging rondom o.a. aanspraak en draagvlak van V&VN. Belangrijk om snel potentieel hard te maken in samenwerking met V&VN d.m.v. verdiepende analyses en/of pilots.

Voldoet volledig
 Voldoet grotendeels
 Onbekend / onbeslist
 Voldoet grotendeels niet
 Voldoet helemaal niet

Zie [bijlage 2](#) voor de interviewleidraad op basis waarvan in de gesprekken met stakeholders de randvoorwaarden, knelpunten en oplossingsrichtingen zijn vastgesteld en ingevuld

De obstakels voor opschaling zijn ontbreken inzicht in meerwaarde, de vergoeding en beperkte samenwerking

Obstakels in haalbaarheid en opschaling

Exacte invulling van de interventie is nog niet volledig duidelijk.

Aanvullende beschrijving van de exacte invulling van de interventie is nodig. Hoe ziet bijvoorbeeld de regierol er exact uit of op grond van welke criteria worden patiënten doorverwezen of zelf behandeld.

Berekend substitutiepotentieel onzeker

Er is aanvullend onderzoek nodig naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van deze interventie. Individuele technieken zijn onderzocht op zorginhoudelijke effecten, maar de impact van een dergelijke regierol niet. De karakteristieken van de doelgroep zijn beperkt inzichtelijk, waardoor het substitutiepotentieel relatief onzeker is.

Oedeemtherapie wordt vergoed vanuit de AV

Oedeemtherapie bij de oedeemtherapeut wordt voor de eerste 20 behandelingen ten laste gelegd bij de patiënt of (deels) vergoed vanuit de aanvullende verzekering (AV). Na 20 behandelingen is er bij een chronische indicatie de mogelijkheid om vanuit de basisverzekering (BV) te declareren. Dit zal echter beperkt van toepassing zijn, omdat de interventie over het algemeen minder dan 20 behandelingen vraagt.

Wijkverpleging en tweedelijns zorg worden vergoed vanuit de basisverzekering. Door de veelal al aanwezige wijkverpleging speelt eigen risico maar een beperkt rol. Substitutie van zorg in de BV door zorg die nu in de AV zit zou in een financiële barrière voor het breed inzetten van deze interventie kunnen resulteren.

Samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen

Voor het slagen van deze interventie is goede samenwerking tussen (huis)arts, wijkverpleging, de WEC en oedeemtherapeuten nodig. Hier voorzien de experts geen problemen, maar voor het onderzoek naar deze interventie zijn enkel huidtherapeuten met aandachtsveld oedeemtherapie/compressie gesproken en geen zorgverleners uit de andere beroepsgroepen.

Beschrijf interventie scherp en verdiep op het substitutiepotentieel met niet-openbare data

Het substitutiepotentieel is relatief groot, waardoor vervolg gewenst is. Belangrijk is om de interventie verder aan te scherpen en de analyses te verdiepen op basis van andere (niet-openbare) databronnen. Dergelijke aangescherpte analyses helpen voor een goede onderbouwing van verdere implementatie.



Preventief risico-inventarisatie- & voorlichtingsconsult door huidtherapeut bij risicogroep voor huidkanker

Huidkanker is de meest voorkomende vorm van kanker in Nederland.^{H24} In de afgelopen jaren is er een enorme toename in het aantal mensen met huidkanker, resulterend in ongeveer 127.200 mensen met huidkanker in januari 2020.^{A2} Huidkanker ontstaat voornamelijk door overmatige blootstelling aan uv-straling van de zon en de zonnebank. Voor de bestrijding van huidkanker is, in 2021, het nationaal actieplan huidkanker opgesteld.^{H24}

Interventie

Het hoofdonderwerp van deze interventie is risico-inventarisatie en voorlichting. De huidtherapeut doet bij intake een korte risico-inventarisatie bij alle patiënten die hij/zij behandelt om vast te stellen of deze patiënten in de risicogroep voor huidkanker vallen en of zij al kennis over goed zongedrag hebben. De patiënten die zich nog niet bewust zijn van de gevaren van slecht zongedrag en wel een (groot) risico lopen, worden vervolgens voorgelicht over de risico's en mogelijke preventieve gedragsaanpassingen (aan de hand van o.a. leefstijlinterventietechnieken).

Naast voorlichting zit er mogelijk ook potentieel in het afnemen van een preventief lichamenlijk onderzoek door de huidtherapeut bij deze patiënten, waarbij indien nodig wordt doorverwezen naar de dermatoloog. Kinderen ontvangen geen lichamenlijk onderzoek, maar alleen voorlichting over zongedrag.

Doelgroep

De interventie richt zich (in eerste instantie¹) op patiënten die nu onder behandeling van de huidtherapeut zijn. Een ruwe schatting is dat de totale groep die jaarlijks behandeld wordt door de huidtherapeut 600.000 patiënten² omvat.

Tijdens het eerste consult van alle patiënten bepaalt de huidtherapeut aan de hand van enkele korte vragen of de patiënt valt onder één van de risicogroepen^{H24}, waaronder kinderen tot 18 jaar, professionele buitensporters & -werkers en zonnebankgebruikers. Ook volwassenen met een licht huidtype (huidtypen I & II) zijn een risicogroep.^{H26}

Er zijn helaas weinig cijfers bekend over de omvang van deze risicogroep. Van de volwassen populatie heeft ca. 39% van de Nederlanders een huidtype I & II.^{H26} Aangezien er een redelijke overlap tussen de andere risicogroepen en deze populatie zal bestaan, schatten we dat de totale omvang ca. 40% – 50% van de Nederlandse bevolking gaat.

¹ Mogelijke uitbreiding in de toekomst kan gerealiseerd worden door actieve selectie vanuit organisaties voor buitenwerkers & -sporters.

² De huidtherapeut levert zowel (deels) vergoede zorg (ca. 90.000 patiënten per jaar) en zorg die niet vanuit de ZVW vergoed wordt.

Zorginhoudelijke resultaten (effectiviteit)

Voorlichting van de risicogroepen heeft als doel om beter zongedrag te realiseren om op den duur de incidentie van huidkanker te verlagen. Naar verwachting levert voorlichting voor mensen met hoog risico na ca. 20 jaar veel op.^{H27} TNO becijfert dat slechts 25% van de Nederlanders goed zongedrag vertoont.^{H25} Goed zongedrag (elke ochtend insmeren met zonnebrandcrème) resulteerde in een Australische studie^{H28} in een afname in huidkankerincidentie van 40% tot 50%. Aangezien de Nederlandse zon minder fel is, zullen deze effecten een overschatting zijn voor de Nederlandse situatie.

Met preventief lichamelijk onderzoek wordt (mogelijke) huidkanker eerder gesignaleerd. Vroege diagnose heeft als groot voordeel dat de huidkanker minder vergevorderd is, waardoor de behandeling eenvoudiger en goedkoper is en de overlevingskansen substantieel stijgen.^{H29}

Vanuit de literatuur blijkt het moeilijk is om de effectiviteit van screening op huidkanker door lichamelijk onderzoek op populatieniveau aan te tonen. Wereldwijd vindt sinds 2008 in Duitsland het enige landelijke screening programma plaats voor iedereen van 35 jaar en ouder. Zeven jaar na aanvang zijn (nog) geen positieve effecten te vinden in de vorm van afname van incidentie, sterfte en ziekenhuisopnames.^{H30} Wel laten meerdere onderzoeken zien dat bij patiënten waarbij via screening huidkanker is gesignaleerd, minder vergevorderde kanker wordt gediagnosticeerd dan bij patiënten die zelf de kanker signaleren^{H31}, met een lagere mortaliteit tot gevolg.^{A2,H24} Dit leidt vervolgens tot eenvoudigere kankerbehandelingen die in 2015 gemiddeld ca. €500 goedkoper waren dan voor zelfsignalerende patiënten.^{H32} Sindsdien zijn de behandelmogelijkheden (en de kosten) voor met name

melanomen sterk gestegen.

Bij deze studies valt niet geheel uit te sluiten dat de screeningsgroep over het algemeen gezonder is en dat er potentieel overdiagnose plaatsvindt.

De meerwaarde van deze interventie is dat je door risicoinventarisatie een doelgroep met een groter risico op huidkanker selecteert dan gemiddeld. Alleen deze groep krijgt voorlichting of een lichamelijk onderzoek. Bij deze groep is, aangezien meer mensen een risico op huidkanker hebben, de kans ook groter dat je huidkanker voorkomt of vroeger signaleert. Deze interventie kan dus effectiever zijn dan een landelijke screening waarin de hele bevolking wordt meegenomen.



De huidtherapeut doet risico-inventarisatie en geeft vervolgens voorlichting aan de risicogroep

Nieuwe situatie

De huidtherapeut doet bij alle patiënten die hij/zij behandelt een korte risico-inventarisatie aan de hand van enkele korte vragen om te bepalen of de patiënt in de risicogroep valt.¹

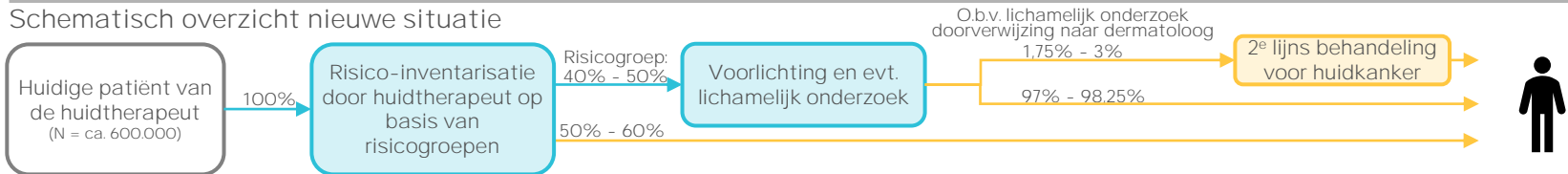
Ca. 40-60% van de patiënten valt niet in één van de risicogroepen en zal zodoende geen interventie ontvangen. Alleen als de patiënt in de risicogroep valt (ca. 40-50% van de populatie) geeft de huidtherapeut voorlichting. De voorlichting bestaat uit een inventarisatie van het huidige zongedrag van de patiënt en een advies over mogelijke aanpassingen van dit gedrag. We gaan er in dit onderzoek vanuit dat dit in totaal 15 minuten duurt.

We onderzoeken ook het potentieel van volledig lichamelijk onderzoek door de huidtherapeut bij de risicogroep. Een dergelijk lichamelijk onderzoek (aanvullend op de reeds geleverde zorg) 4 minuten^{H33} à €6.^{H27} Kinderen (en/of hun ouders/verzorgers) ontvangen geen lichamelijk onderzoek, maar alleen voorlichting over hun zongedrag.

In Duitsland wordt, in het landelijke screeningsprogramma, bij ca. 1,75% van de lichamelijke onderzoeken huidkanker gedetecteerd.^{H32} Doordat deze interventie zich met de voorafgaande risico-inventarisatie richt op een doelgroep met

ca. 1,5 tot 3 keer verhoogde risico's op huidkanker^{H25,H34}, schatten we een detectieniveau van 1,75% tot 3%.

Schematisch overzicht nieuwe situatie



¹ Al dan niet ondersteund door een [risico-predictiemodel](#)

Door voorlichting van huidtherapeut bij risicogroep huidkanker kan maximaal €1,6 mln voorkomen worden

Preventiepotentieel

TNO becijfert dat door goed zongedrag tot wel 40% van de huidkankerincidentie zou kunnen worden voorkomen.^{H25} Dit is een zeer ruwe inschatting, waarbij rekening wordt gehouden met dat slechts 25% van de Nederlanders goed gedrag vertoont. Dit is een investering die zich over ca. 20 jaar zal uitbetalen.^{H27} Aangezien voorlichting niet 100% effectief is gaan we uit van een structurele incidentieverlaging van maximaal 5% tot 10% voor de geselecteerde populatie over 20 jaar. Uitgaande van kosten van gemiddeld €5.000 voor een behandeling van huidkanker,^{H32} resulteert dit in een structurele besparing over 20 jaar van ca. €0,8 tot €2,1 mln aan huidkankerbehandelingen.

Het CPB^{H27} berekent voor een 5-jaarlijks landelijk lichamelijk onderzoek jaarlijkse kosten van €18 mln tegenover € 14 mln aan baten.¹ Het CPB rekent met een prijs per onderzoek van €6. Op het niveau van de populatie in behandeling bij de

huidtherapeut per jaar van ca. 600.000 patiënten, zou dit een totale investering van € 0,75 mln betekenen tegenover € 0,6 mln aan baten. Deze interventie richt zich echter alleen op risicogroepen (ca. 40-50% van totale populatie) met verhoogde kans (1,5 tot 3x) op de ontwikkeling van huidkanker. Hierdoor dalen de kosten van de investering naar €304-€381 duizend (30-40% van € 0,75 mln). Door alleen de risicogroep te selecteren, dalen ook de baten. Deze daling is echter minder sterk doordat de risicogroep een verhoogde kans op huidkanker heeft. Dit resulteert in baten van €296-€444 duizend (€ 0,6 mln x (1,5 x 40%) of (3 x 50%)). Op basis van deze draait lichamelijk onderzoek bij een dergelijke risicogroep naar verwachting ongeveer kostenneutraal, maar worden er in de komende twintig jaar ca. 21 tot 32 overledenen voorkomen en levert het ca. 106 tot 159 QALY's² op.

Deze resultaten zijn echter onzeker, aangezien een aantal aannames gemaakt zijn die niet in de literatuur beschreven zijn.

		Laag scenario 40% HT-pop.	Hoog scenario 50% HT-pop.
Voorlichting (€ mln)		+0,249	+1,491
Huidtherapiekosten	5 jaarlijks voorlichting à €15	-0,760	-1,143
Structureel incidentieeffect over 20 jaar	Incidentieafname van 5%-10%	1,054	2,634
Lichamelijk onderzoek (€ mln)		-0,008	+0,027
Huidtherapiekosten	5 jaarlijks onderzoek à €6	-0,304	-0,381
Eenvoudigere 2 ^e lijnsbehandeling	Risicofactor voor risicogroep 1,5x (laag) tot 3x (hoog)	0,296	0,444
Substitutiepotentieel (€ mln)		+0,286	+1,518

De inzet van voorlichting door de huidtherapeut kan op de langere termijn resulteren in €0,2-€1,3 mln aan jaarlijkse zorgkosten besparen.

De inzet van de huidtherapeut voor lichamelijk onderzoek is naar verwachting kostenneutraal met positieve gezondheidseffecten en minder zware ziekenhuisbehandelingen tot gevolg.

Het bewijs voor een positief effect in de literatuur is echter dun.

¹ Bij de baten is rekening gehouden dat mensen, waarbij huidkanker voorkomt, andere zorgkosten zullen maken door andere ziektes

² Een QALY staat voor Quality Adjusted Life Years en beschrijft het aantal extra levensjaren met goede kwaliteit

Methodische overwegingen bij het preventiepotentieel zijn het aantal aannames dat gedaan wordt

Overwegingen bij berekening preventie-potentieel

De insteek van de berekening van het preventiepotentieel is pragmatisch van aard. Belangrijke overwegingen om hierbij in ogenschouw te nemen zijn:

- ♦ Er wordt een aanname gedaan over de grootte van de groep die door de huidtherapeut behandeld wordt.
- ♦ Er wordt een aanname gedaan over de grootte van de risicogroep.
- ♦ Er wordt een aanname gedaan dat de CPB berekeningen voor 5-jaarlijkse landelijke screening voor huidkanker te vertalen zijn naar deze risicogroep.
- ♦ Doordat er verschillende aannames boven op elkaar gedaan worden, is er een mate van onzekerheid in deze berekening.
- ♦ Er is slechts beperkt wetenschappelijk bewijs dat screening effectief is voor het terugdringen van huidkanker.
- ♦ We adviseren om te evalueren of voorlichting over de risico's van slecht zongedrag ook daadwerkelijk tot gedragsverandering leidt.



De randvoorwaarden worden niet vervuld en er zijn verschillende knelpunten

Randvoorwaarden

Toelichting

Substantiële omvang doelgroep		De doelgroep is beperkt
Bewijs zorginhoudelijke effectiviteit		Effectiviteit landelijke screening is niet aangetoond. De precieze interventie is nog onvoldoende uitgewerkt
Bewijs kosten effectiviteit		De kosteneffectiviteit van voorlichting van de risicogroep bij huidkanker door de huidtherapeut is niet aangetoond
Betrouwbaarheid berekend potentieel		Er is een flinke mate van onzekerheid in de berekening
Gedragen visie op noodzaak en urgentie		Gezien het nationaal actieplan huidkanker is er een gedragen visie dat er noodzaak en urgentie is. Het is onduidelijk of deze interventie de oplossing biedt.

Randvoorwaarden (grotendeels) vervuld?

De randvoorwaarden worden grotendeels niet vervuld.

Knelpunten

Toelichting

Oplossingsrichting

Beleid		Bekostiging Zvw of via budgetten gericht op preventie	Onderzoek of deze interventie thuishoort onder zorg en dus Zvw of op een andere plek
Financiering		Er is geen vergoeding voor voorlichting en advies	Creëer een vergoeding voor voorlichting en advies
Samenwerking		Er is nog een onderzoekende samenwerking tussen NVDV en NVH wat betreft huidkanker	NVDV en NVH kunnen op basis van onderzoek tot een sterkere invulling komen.
Invloed patiënt		Huidtherapeut relatief onbekend bij de patiënt	
Invloed zorgverlener		Een eenduidige aanpak is nog niet vastgesteld. Afbakening, kennis en vaardigheden dient binnen de gehele beroepsgroep gelijk te worden ingevuld	Opstellen richtlijnen & scholing van de huidtherapeuten
Innovatie		Eerst focus op huidige interventie en beleid, pas later innoveren	

Bestaande knelpunten eenvoudig op te lossen?

■ Voldoet volledig
 ■ Voldoet grotendeels
 ■ Onbekend / onbeslist
 ■ Voldoet grotendeels niet
 ■ Voldoet helemaal niet

Zie [bijlage 2](#) voor de interviewleidraad op basis waarvan in de gesprekken met stakeholders de randvoorwaarden, knelpunten en oplossingsrichtingen zijn vastgesteld en ingevuld

Er zijn verschillende obstakels voor opschaling van deze interventie

Obstakels in haalbaarheid en opschaling

Vergoeding van preventieve voorlichting en advies mist

Er is momenteel geen paramedische prestatie en vergoeding voor preventieve voorlichting, advies en/of lichamelijk onderzoek door de huidtherapeut. Om degelijke interventies levensvatbaar te maken is een duidelijke landelijke visie op preventie en de bekostiging van belang, waarbij ook expliciet wordt benoemd hoe de bekostiging plaats moet vinden.

Afbakening van de risicogroep

De definitieve afbakening van de risicogroep heeft zowel impact op de te verwachten uitgaven als op de mogelijke resultaten van de preventie. Een goede afbakening is daarom cruciaal en dient vooraf te zijn afgestemd. Echter is dit ook de kracht van deze interventie, doordat preselectie van risicogroepen het verschil kan maken tussen wel en niet kosteneffectiviteit.

Uitbreiding van de risicogroep

Er zit potentieel in de risicogroep uitbreiden naar buitenwerkers die nog geen patiënt bij de huidtherapeut zijn. Dit zou wellicht via de CAO van buitenwerkers geregeld kunnen worden. Dit roept wel de vraag op hoe de bekostiging daarvan geregeld zou moeten worden.

De duur van lichamelijk onderzoek

De experts hebben twijfels over de duur van een lichamelijk onderzoek. Er moet verder worden uitgezocht hoe lang dit zou duren als zij het uitvoeren.

Bekendheid van huidtherapie

Huidtherapie is sinds 2003 een BIG-geregistreerd beroep (BIG artikel 34) en niet internationaal bekend. Er zijn beperkingen in de doorontwikkeling binnen het vak door o.a. afwezigheid van een eigen aanspraak en evidentie op interventies en preventie.

Verdere uitwerking van de interventie nodig

De interventie moet inhoudelijk nog verder uitgewerkt worden. De details van de risico-inventarisatie en voorlichting kunnen scherper. De keus om lichamelijk onderzoek mee te nemen in deze interventie moet gemaakt worden.

Opschaling op korte termijn lijkt niet opportuun

De verwachting is dat de interventie relatief kostenneutraal uit zal pakken, terwijl persoonlijk leed voor patiënten met huidkanker voorkomen kan worden. De financiële berekeningen zijn echter onzeker, deels veroorzaakt door statistische onzekerheid van o.a. relatief lage aantallen patiënten en de lange doorlooptijd voordat de effectiviteit zichtbaar wordt. Ook in de toekomst worden geen harde conclusies verwacht, waardoor een besluit van opschaling vooral politiek gemaakt moet worden.

Zorg voor gedegen uitwerking van de interventie waarmee het gesprek aan kan worden gegaan over de wenselijkheid van deze interventie met andere experts/beroepsgroepen en de politiek. Dit is nodig om de volgende stappen te gaan zetten.



Logopedie

L1 Vroegsignalering taalachterstand pag. 92 - 93

Vroegsignalering van taalachterstanden incl. taalontwikkelingsstoornissen (TOS) bij leerlingen in groep 1 en 2 ter voorkoming van lees- en leerachterstanden in groep 3 en verder en de daaruit voortvloeiende laaggeletterdheid, sociaal-emotionele en gedragsproblemen en verminderd schoolsucces.

L2 Communicatievaardig door ouders pag. 92 - 93

Preventieve ondersteuning van en samenwerking met ouders in taalstimulering van kinderen met een verhoogd risico op een taalachterstand. Deze interventie richt zich op het voorkomen van taalachterstanden en taalontwikkelingsstoornissen (TOS) en de daaruit voortvloeiende doorverwijzing naar logopedische behandeling. Het gaat hierbij om een indirecte logopedische behandeling waarbij de logopedist coach is van de ouders (family-centered care), als vervanging van directe logopedische behandeling. Ouders ervaren hierdoor meer autonomie en minder zorgen, terwijl de uitkomst voor het kind gelijk blijft.

L3 Slikproblemen preverbaal kinderen pag. 94 - 97

Tijdige inzet eerstelijns preverbaal logopedist in MDT bij prematuur geboren kinderen met aanhoudende slikproblemen bij sondevoeding thuis. Dit draagt bij aan de kwaliteit van leven van kinderen en ouders en aan de sociaal emotionele ontwikkeling op de lange termijn.



Een logopedist behandelt patiënten met problemen bij eten, drinken, slikken, persoonlijke communicatie, stem, taal en spraak. Een logopedist kan ook preventief worden ingezet. De interventies in het onderzoek richten zich op:

Taal- en communicatievaardigheden bij kinderen

Inzet op het verbeteren van taal- en communicatievaardigheden vanaf de vroege (taal)ontwikkeling van kinderen draagt bij aan het verkleinen van taal- en communicatieachterstanden. Hierbij gaat het om een diversiteit van interventies die universeel (op populatieniveau) of specifiek worden ingezet. Deze interventies worden niet alleen door logopedisten toegepast, maar ook ingezet op o.a. het consultatiebureau en scholen.

De meerwaarde van een logopedische behandeling om kinderen communicatief vaardiger te maken is aangetoond in de literatuur. Dit betreft positieve maatschappelijke effecten op hun toekomstige opleidingsniveau, sociaal economische status en sociaal-emotionele ontwikkeling. De inzet is effectiever naarmate de aanwezige problematiek eerder wordt behandeld. Experts benadrukken het belang van een regionale visie op taalachterstanden die mede door logopedisten is ontwikkeld. Een dergelijke visie heeft o.a. aandacht voor tijdige signalering van taalachterstanden door effectieve inzet van de schil van begeleiders rondom een kind (o.a. leerkrachten) en vroegtijdige interventies bij kinderen met een verhoogd risico op taalachterstanden.

Preventie van taal- en communicatieachterstanden is de verantwoordelijkheid van gemeenten.¹ Dit maakt dat het opschalen en implementeren van de betreffende interventies niet binnen dit onderzoek naar substitutie en preventie van

zorg valt, maar een bredere maatschappelijke blik vergt.

Aanhoudende slikproblemen bij prematuur geboren kinderen

Door preverbaal logopedisten in te zetten voor de juiste monitoring in de tweede lijn en tijdige inzet in de eerste lijn bij prematuur geboren kinderen met slikproblemen kan de coördinatie van adem-, zuig- en slikmechanismen tijdig ondersteund of begeleid worden. Zo kan de sondevoeding sneller worden afgebouwd en wordt latere voedingsproblematiek voorkomen. Ook kan tijdige logopedische ondersteuning de kwaliteit van leven verbeteren van ouder en kind.

De urgentie van deze interventie is duidelijk weergegeven in bestaande literatuur en benoemd door experts. Echter, onderzoek wijst uit én experts geven aan dat de effectiviteit van het tijdig en juist inzetten en de organisatie van preverbaal logopedisten, gemeten in verminderde problematiek en dus verminderde zorg op lange termijn, niet voldoende is onderzocht. Structurele wetenschappelijke onderbouwing wat betreft gemeten effectiviteit van het tijdig inzetten van een eerstelijns preverbaal logopedist ontbreekt.

In de richtlijnen is wel al opgenomen dat een multidisciplinair team (incl. logopedisten) bij premature kinderen ingezet moet worden. Op sommige plaatsen wordt dit al goed ingezet. Er lijken op het gebied van randvoorwaarden, beleid of financiën weinig knelpunten te zijn. Knelpunten richten zich met name op de benodigde organisatorische verandering en de capaciteit van preverbaal logopedisten. Dit lijkt een kansrijke interventie om te implementeren vanwege het zorginhoudelijke belang.

¹ Alleen behandeling van daadwerkelijke stoornissen (waaronder TOS) valt in het zorgdomein.

Taal- en communicatievaardigheden moeten vanuit een gezamenlijke visie worden aangepakt

Taal- & communicatievaardigheden zijn belangrijk voor de ontwikkeling van kinderen

In literatuur is veel onderzoek gedaan naar communicatie- en taalvaardigheid van (jonge) kinderen.^{L1-L10} Hierbij wordt de doelgroep TOS (Taal ontwikkel stoornis) niet specifiek onderscheiden, maar wordt gekeken naar taal- en communicatieachterstanden in zijn algemeenheid.

Interventies gericht op het communicatief en taalvaardig maken van kinderen hebben een grote impact op (lange termijn) maatschappelijke kosten en baten. Studies richten zich hierbij niet specifiek op zorggebruik (binnen de zorgverzekeringswet) maar onderzoeken met name de impact op het opleidingsniveau van kinderen, de toekomstige arbeidsproductiviteit, de sociaal economische status en sociaal emotionele problemen en/of ontwikkeling van kinderen.

De studies tonen aan dat verbeterde communicatievaardigheden bijdragen aan een hoger opleidingsniveau, betere kansen op de arbeidsmarkt, een hogere SES en minder sociaal emotionele problemen (waaronder criminaliteit). Studies zijn vaak gericht op het buitenland waardoor de exacte cijfers lastig te vertalen zijn naar de Nederlandse situatie. Wel laten de studies zien dat een vroege signalering en aanpak van taal en communicatievaardigheden waardevol zijn voor de ontwikkeling van kinderen. Uit een studie uit 2012 bleek dat iedere geïnvesteerde euro bij kinderen met spraak- en taalstoornissen tussen de 1,5 en 3 keer zoveel oplevert voor de maatschappij.^{L9}

Verantwoordelijkheid voor signalering en aanpak ligt bij gemeente

In Nederland is er aandacht voor taalontwikkeling en (vroeg-)signalering van mogelijke taal en communicatieachterstanden. De experts geven wel aan dat het beleid hierop sterk afhangt van de gemeente en van de visie die de gemeente heeft op taal- en communicatievaardigheden en de aanpak van achterstanden. Daarbij zijn veel stakeholders betrokken. Het Centrum voor Jeugd en Gezin (JGZ) heeft hierin een belangrijke taak doordat zij ouders en kinderen prenataal¹ en tussen 0 en 4 jaar zien en taalachterstanden kunnen signaleren.² Echter ook kinderdagverblijven, vroege en voorschoolse educatie, scholen, logopedisten e.d. spelen hierbij een rol. Experts geven aan dat het cruciaal is dat er een visie wordt ontwikkeld rondom het voorkomen, signaleren en interveniëren op taal- en communicatievaardigheden. Wat moet je doen, wanneer moet je dit doen en wie moet hierbij betrokken zijn. Daarbij kijk je op welke leeftijd welke interventies gewenst zijn. Hierbij geven experts aan dat het niet specifiek gaat om het 'screenen van 5 jarigen', maar om het in beeld krijgen van kinderen vanaf de start en daarop kunnen inspelen. Het doel zou erop gericht moeten zijn om kinderen met taal- en communicatieachterstanden zo vroeg mogelijk in beeld te krijgen en te ondersteunen.

De samenwerking tussen partijen is hierbij belangrijk. De mate waarin dit goed geregeld is, is dus gemeente afhankelijk. Experts geven aan geen goed beeld te hebben van waar het goed en waar het minder goed is geregeld, maar geven aan dat het ontwikkelen en uitdragen van een visie de eerste stap is.

¹ De JGZ mag [per 1 juli 2022](#) ook zwangeren en/of hun gezinnen in een kwetsbare situatie een prenataal huisbezoek aanbieden

² Bij (vroeg)signalering zijn enkele kenmerken van belang om in kaart te brengen, waaronder mogelijke taal- en/of leerproblemen bij ouders, broers of zussen, bijzonderheden van zwangerschap en taal of meertaligheid van de ouders/verzorgers.

Realiseer vanuit breed ontwikkelde regiovisie goede inzet van de vele beschikbare effectieve interventies

Veel bewezen effectieve interventies beschikbaar

Interventies om taal- en communicatieachterstanden te signaleren en ze tegen te gaan zijn vaak universele interventies (gericht op de hele doelgroep). Ze zijn minder gefocust op een specifieke stoornis (bv. TOS). Het gaat met name om het stimuleren van taal- en communicatievaardigheden in het algemeen. In de landelijke database (van het Nederlandse Jeugdinstituut) zijn mogelijke effectieve interventies te vinden. Video home training^{L10}, Taalmaatjes, Taalstandaard en de Hanen oudercursus zijn enkele voorbeelden van interventies die volgens experts kunnen worden ingezet om kinderen communicatief vaardiger te maken.

Interventies worden niet alleen door logopedisten ingezet, maar ook door bijvoorbeeld pedagogisch medewerkers op kinderdagverblijven en door leerkrachten. Ook kunnen zij gericht zijn op het ondersteunen van ouders.

Interventies niet zozeer gericht op preventie en substitutie van zorg binnen de Zvw

Hoewel het (vroeg)signaleren van taal en communicatieachterstanden en het behandelen hiervan essentieel is voor de ontwikkeling van kinderen, is dit niet zozeer gericht op het substitueren of voorkomen van zorg binnen de Zvw. Logopedisten worden vergoed en kunnen behandelingen aanbieden aan kinderen die dit nodig hebben. De doorverwijzingen naar logopedisten lijken ook goed te verlopen en logopedisten zijn in beeld.

Wel is visievorming en samenwerking van belang om kinderen zo vroeg mogelijk in beeld te krijgen en taal- en communicatievaardigheden te verbeteren.

Experts geven aan dat er ruimte is voor verbetering in de (vroeg)signalering en aanpak van taal- en communicatievaardigheden van kinderen. Hiervoor is het van belang om, vanuit de gemeente, een visie te ontwikkelen die zich richt op wat er op welke leeftijd gebeurt, wat moet je doen om te voorkomen, te signaleren en interveniëren. Hiervoor moet je aanwezig zijn, zichtbaar zijn en je expertise daar inzetten waar nodig. Samenwerking tussen beroepsgroepen is hierin cruciaal, evenals de samenwerking met scholen, vroege en voorschoolse educatie en kinderdagverblijven.

Implementatie en opschaling vraagt om een andere route

Deze interventies vragen een andere route dan de andere onderzochte interventies. Focus ligt op het ontwikkelen van een brede visie en implementatie vanuit de gemeente (in samenspraak met o.a. logopedisten). Potentieel leidt dit tot een andere of uitgebreidere inzet van logopedisten, maar dat is niet noodzakelijk.

We nodigen partijen uit om hierover met elkaar in gesprek te gaan en de benodigde stappen te zetten. Neem een kijkje in de keuzen bij gemeenten waar de visie goed is vormgegeven en werk stapsgewijs vanuit een gedegen visie aan het verbeteren van dit proces. Maak hierbij gebruik van de effectieve interventies die al bestaan.



Logopedische begeleiding bij prematuur geboren kinderen met slikproblemen is gewenst

Tijdige inzet preverbaal logopedische behandeling bij prematuur geboren kinderen met slikproblemen is gewenst

Om het slikmechanisme van prematuur geboren kinderen (geboren tussen de 22e en 37e zwangerschapsweek) op gang te brengen schrijven richtlijnen voor dat kind en ouders in het ziekenhuis ondersteund worden door een multidisciplinair team (MDT) met daarin o.a. een tweedelijns preverbaal logopedist of een verpleegkundige (opgeleid tot de taken van een logopedist).^{L11,L12}

Het op gang brengen van de mondmotoriek en het slikmechanisme begint bij de tweedelijns logopedist in het ziekenhuis vanaf de 36e week (liever zelfs al vanaf de 34e week). Experts geven aan dat de logopedist op dit moment voldoende wordt betrokken. Wanneer het kind medisch stabiel is, en voor minstens 30% zelf kan slikken, maar nog conditionele problemen ervaart, geven de richtlijnen aan dat het kind en de ouders, mits zij daar klaar voor zijn, met sondevoeding naar huis kunnen.^{L11-L13} De verdere ontwikkeling van het kind vind daardoor plaats in de vertrouwde omgeving van de ouders. Dit wordt in toenemende mate toegepast maar is nog niet de landelijke standaard.

Van de prematuur geboren kinderen ontwikkelt 75% pas later een normaal adem-, zuig- en slikpatroon. Bij ongeveer 67% van deze kinderen ontwikkelt het patroon zich na 10 weken zoals bij een op tijd geboren kind. Bij deze kinderen is alleen de monitoring vanuit de tweedelijns logopedist nodig wanneer het kind naar huis gaat met sondevoeding. Echter, wanneer de normale patronen en de coördinatie hiervan zich niet ontwikkeld hebben na twee weken sondevoeding thuis en nog steeds voedingsproblemen ervaren worden, is er waarschijnlijk

meer aan de hand. Dit is het geval bij de resterende 33% van de prematuur geboren kinderen met slikproblemen.

Het is van groot belang dat bij deze laatstgenoemde patiënten, door adequate monitoring vanuit de tweede lijn, tijdig een (eerstelijns) preverbaal logopedist wordt ingeschakeld voor verdere begeleiding bij de ontwikkeling en coördinatie van deze patronen en het verder afbouwen van de sondevoeding. Bij langdurige sondevoeding is er namelijk kans op een mogelijke achterstand in de ontwikkeling van o.a. de mondsensomotoriek. Hierdoor kunnen deze kinderen bijvoorbeeld afhankelijk worden van sondevoeding met verdere ontwikkelingsproblematiek tot gevolg.^{L10,L15} Zo worden de voedingsproblemen tijdig aangepakt en kan latere problematiek voorkomen worden.

De nazorg moet tijdig, gestructureerd en universeel worden ingericht waarbij de tweedelijns preverbaal logopedist het kind monitort wanneer deze naar huis gaat met sondevoeding. Op deze manier kan aanhoudende voedingsproblematiek (eten en drinken) tijdig worden gesignaleerd en een (eerstelijns) preverbaal logopedist worden ingeschakeld om adem-, zuig-, slikpatronen te leren coördineren en het gebruik van sondevoeding zo snel mogelijk af te bouwen.

De tweedelijns preverbaal logopedist moet zorg blijven leveren op de neonatologie-/kinderafdeling maar ook in het contact staan met de eerstelijns logopedist. Experts geven aan dat de monitoring vanuit de tweede lijn echter niet consequent wordt uitgevoerd waardoor de eerstelijns preverbaal logopedist niet (tijdig) wordt ingezet in de nazorg. Zo blijft ondersteuning bij de voedingsproblematiek uit of wordt deze niet tijdig ingezet en kan een kind (onnodig) lang aan de sondevoeding zitten. Dit heeft effect op kwaliteit van leven van ouders en kind en resulteert veelal in latere ontwikkelingsproblematiek.

Tijdige logopedische behandeling in MDT van belang voor lange termijn uitkomsten en kwaliteit van leven

MDT juist inrichten is belangrijk voor tijdige hulp

De primaire rol en ordening van een MDT wordt vaak aangehaald als belangrijk punt binnen de nazorg.^{L14,L16-L18} Binnen een MDT, onder begeleiding van een case manager (vaak een kinderarts of neonatoloog), moet een behandelplan samengesteld worden om te zorgen dat het kind voldoende voedsel binnenkrijgt (m.b.v. sondevoeding) en zo snel mogelijk het eigen adem-, zuig- en slikmechanisme op gang komt.^{L12} Tweedelijns of derdelijns preverbaal logopedist is vaak onderdeel van dit team samen met o.a. een kinderarts, psycholoog, verpleegkundige, diëtist en farmaceut.^{L11,L12,L15}

Er moet een duidelijke taakverdeling zijn binnen dit MDT waarin de rol en verantwoordelijkheid van de logopedist goed omschreven is. Op deze manier kan de eerstelijns preverbaal logopedist tijdig worden ingeschakeld om slikproblematiek oplossen en sondevoeding afbouwen. Er is een duidelijke taakverdeling en regie binnen het MDT nodig zodat er geen informatie en effectiviteit verloren gaat. Experts geven aan dat op dit moment de richtlijnen aanwezig zijn maar dat de taakverdeling voor de thuissituatie niet volledig is uitgewerkt en de richtlijnen nog niet breed en universeel worden ingezet.

Begeleiding preverbaal logopedist kan voor brede doelgroep betekenis hebben

Alle kinderen met langdurige slik- en voedingsproblematiek hebben mogelijk baat bij het tijdig inzetten van de logopedist in de nazorg. Niet alleen de benoemde premature kinderen, maar ook kinderen met ernstige ziekte waaronder neurologische aandoeningen/stoornissen, bronchopulmonale dysplasie, hartafwijkingen, syndromale kinderen, en kinderen met hersenletsel.^{L19} Naast premature kinderen komen ernstige slikproblemen ook voor in de volwassen populatie. Echter, experts geven aan dat de logopedist altijd betrokken is bij deze doelgroep en hier geen knelpunten ervaren.

Tijdig op gang brengen mondmotoriek belangrijk voor lange termijn ontwikkeling en kwaliteit van leven

Het doel van het consequent monitoren door de tweedelijns en vervolgens het inzetten van de eerstelijns logopedist in de nazorg thuis is het verhelpen van de voedingsproblematiek door het sneller op gang brengen van de mondmotoriek en uiteindelijk het versnellen van het afbouwen van de sondevoeding^{L20} met als effect:

- ♦ Minder gebruik van sondevoeding
- ♦ Preventie van latere problematiek bij slikken, eten en drinken. Ook op de korte termijn kan verschillende problematiek voorkomen worden zoals problemen met de longen, mondmotorische problemen, orale aversie, voedselwering en vertraagde spraak- en taalontwikkeling als gevolg van de voedselproblematiek.^{L17} Wanneer een kind in week 44-46 nog geen normaal zuigmechanisme heeft, is dit een indicator voor abnormale neurologische ontwikkeling en groei op de leeftijd van 2 jaar.^{L15,L21} Ook is het belangrijk de mogelijke negatieve ervaring met en trauma's aan sondevoeding bij het kind te minimaliseren om zo lange termijn gevolgen te voorkomen.^{L22} Langdurige sondevoeding wordt ook geassocieerd met de ontwikkeling van gedragsmatige problemen rondom de voeding in de eerste twee levensjaren. Dit kan ook de ouder-kind relatie negatief beïnvloeden.^{L12}
- ♦ Verlaging van de kans op een negatief effect op de mondmotorische ontwikkeling en op het orofaryngeaal functioneren met mogelijke voedselwering tot gevolg.^{L17,L18}
- ♦ Kwaliteit van het leven van de ouders en kind verbeteren door het zo snel mogelijk normaal kunnen eten en drinken.^{L23}

Ondanks ontbreken financieel potentieel gericht op zorggebruik, is interventie duidelijke relevant

Relevantie tijdig inzetten preverbaal logopedisten bekend en interventie is opgenomen in de richtlijn

Er zit veel potentieel in het versneld aanpakken en verhelpen van langdurige problematiek bij coördinatie van adem-, zuig- en slikpatronen en drinken en het verkorten van de periode sondevoeding bij prematuur geboren kinderen die naar huis gaan met langdurige sondevoeding. De problemen op lange termijn zitten vooral in de neurologische ontwikkeling en bijvoorbeeld de mond-motorische ontwikkeling, het orofaryngeaal functioneren en het belemmeren van de kwaliteit van leven van ouders en kind. Logischerwijs vertaalt dit zich in extra zorg op de lange termijn, wat kosten met zich meebrengt. Deze kosten staan tegenover de kosten voor de extra taak van het monitoren door tweedelijns preverbaal logopedisten en extra en/of langere inzet van de eerstelijns preverbaal logopedist binnen het MDT in de nazorg.

De maatschappelijke relevantie van deze interventie wordt in verschillende richtlijnen, proefschriften en artikelen genoemd.^{L11,L12,L14-L18,L20-L22,L24}

Financiële potentieel onbekend maar mogelijk niet nodig voor opschaling

Onderzoek wijst uit en experts geven aan dat de financiële impact van het tijdig en juist inzetten en de organisatie van preverbaal logopedisten onvoldoende is onderzocht. Dat maakt dat we geen berekening kunnen maken van het financiële potentieel. Hoewel dit een belangrijke stap kan zijn om de interventie succesvol op te schalen, is het de vraag of, gezien de reeds aanwezigheid in de richtlijnen en het besef dat het snel afbouwen van sondevoeding grote zorginhoudelijke meerwaarde heeft voor kinderen, dit onderzoek nodig is voor verdere implementatie en opschaling.

Vergoeding is reeds georganiseerd

Eerstelijns logopedisten worden vergoed en kunnen benodigde behandelingen aanbieden aan kinderen die dit nodig hebben en zijn goed in beeld. Experts geven wel aan dat het aanbod van eerstelijns preverbaal logopedisten beperkt is, wat opschaling kan bemoeilijken. Binnen de tweede lijn is het beschreven in de richtlijnen en kan het landelijk geïmplementeerd worden.

Samenwerking, betere organisatie en capaciteit moeten worden opgepakt voor succesvolle implementatie

Experts geven aan dat er tijd, geld en ruimte beschikbaar moet worden gemaakt én dat er een juiste organisatie moet zijn van tweedelijns logopedisten en collega's in de eerste lijn om optimale zorg te leveren.

De samenwerking en met name het adequaat uitbesteden van de monitorrol aan de tweedelijns logopedist binnen het MDT lijkt het belangrijkste knelpunt te zijn. Dit leidt ook tot het onjuist en niet tijdig opzetten van netwerken waarbij ook eerstelijns preverbaal logopedisten betrokken worden en zodoende taken goed verdeeld zijn. Hiervoor zijn organisatorische veranderingen nodig binnen het leveren van de nazorg die gericht zijn op multidisciplinaire samenwerking.

Ook de capaciteit binnen de eerstelijns logopedie lijkt onvoldoende om alle kinderen met aanhoudende slik- en voedingsproblematiek te behandelen. Experts geven aan dat er een ondercapaciteit is aan eerstelijns logopedisten. Ook dit verdient, naast de benodigde organisatorische veranderingen, aandacht.

Hoewel het financiële potentieel dus niet is aangetoond, is dit toch een interventie die op korte termijn kan worden opgepakt. De urgentie en zorginhoudelijke meerwaarde is hierin doorslaggevend.

Tijdige inzet van de logopedist ook gewenst bij volwassenen met slikproblemen

Slikproblemen spelen ook bij volwassenen

Ook bij volwassenen is de tijdige inzet van een logopedist gewenst om verslikking (verslikpneumonie of ernstige beperking in voedingsconsistenties) en onvoldoende intake van vocht of voeding (ondervoeding, dehydratie, sondevoeding of beperking in voedingsconsistenties) te voorkomen met (zo veel mogelijk) behoud van kwaliteit van leven. Dit speelt in het bijzonder bij ouderen die vaker getroffen worden door aandoeningen die slikstoornissen veroorzaken, zoals een beroerte en de ziekte van Parkinson (evt. in combinatie met andere aandoeningen).

Experts geven aan dat gewenste inzet van een logopedist bij een volwassene met slikproblemen bekend is en in de praktijk vaak ook goed is vormgegeven. Met name de bewustwording en signalering dat slikproblemen plaatsvinden bij de dagelijks verzorgenden vraagt nog om extra aandacht volgens experts.

FEES

Bij slikproblemen kan een FEES-onderzoek (Flexibele Endoscopische Evaluatie van het Slikken) wenselijk zijn, waarbij met een camera in de keel wordt gekeken om de slikmotoriek goed inzichtelijk te maken. Een dergelijk onderzoek wordt op dit moment vooral nog door de KNO-arts uitgevoerd, terwijl de inzet van een logopedist volgens experts hierop wenselijk is. De inzet van een logopedist voor het FEES-onderzoek bij slikproblemen kan tot substitutie leiden, waarbij de logopedist het endoscopisch onderzoek overneemt van de KNO-arts. Deze interventie is niet verder onderzocht in dit onderzoek.



1
2
3



1
2
3



1
2
3



1
2
3





1
2
3



1
2
3



1
2
3



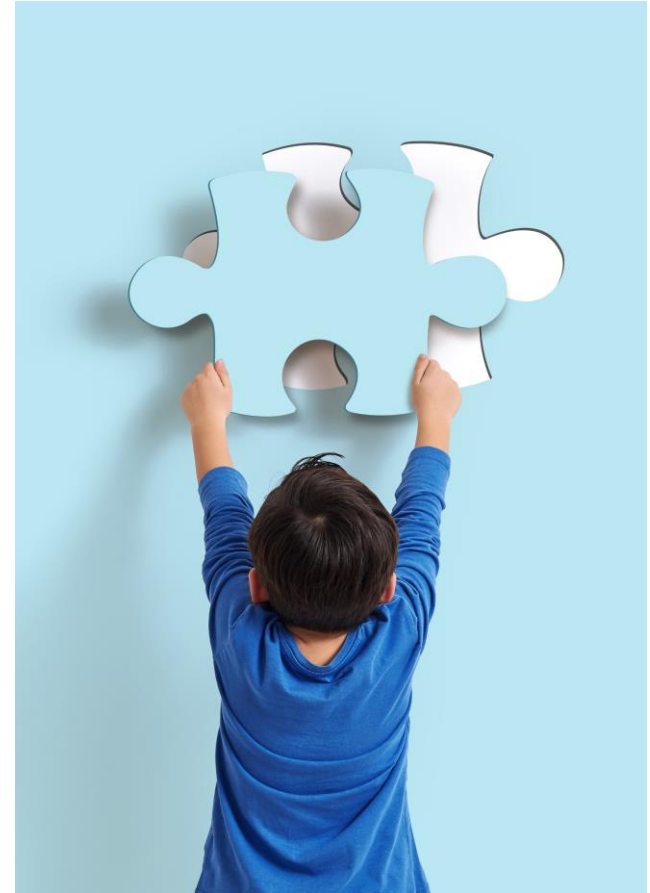
1
2
3



Conclusies

Het substitutie- en preventiepotentieel van de vier paramedische beroepsgroepen is in kaart gebracht. Naar verwachting bieden de interventies veelal kostenneutraal zorginhoudelijk effectievere zorg. Bewijs voor de zorginhoudelijk effectiviteit is veelal aanwezig, maar voor kosteneffectiviteit is dit nog beperkt.

De status voor opschaling van de interventies is erg wisselend. Meerdere knelpunten moeten worden opgelost in samenwerking met andere partijen. Essentieel hiervoor is een overtuigend verhaal, waarmee aan de randvoorwaarden wordt voldaan. Enkele interventies, (o.a. ondervoede ouderen (D1), prehabilitatie (D2) en ergotherapie bij dementie (E3)) zijn kansrijk voor een dergelijke opschaling. De overige interventies vertonen potentieel maar voldoen (nog) niet voldoende aan de randvoorwaarden voor opschaling. We raden aan om gezamenlijk actief in te zetten op verdere invulling van deze randvoorwaarden.



Paramedie geeft kansrijke invulling aan preventie, maar zit grotendeels nog in de ontwikkelfase

Zorginhoudelijke effectieve zorg bewezen

Voor negen van de twaalf onderzochte paramedische interventies is wetenschappelijk bewijs (aantoonbaar of aannemelijk) dat de behandeling een positief effect heeft op het gebied van zorginhoudelijke aspecten en kwaliteit van leven voor de patiënt. Dit betekent dat met de inzet van dergelijke interventies de kwaliteit van de zorg voor de betreffende doelgroep verbetert. Voor de andere overgebleven interventies is deze zorginhoudelijke effectiviteit (nog) niet aangetoond.

Bewijs op financiële potentie beperkt

Op financieel gebied is het bewijs beperkt, met slechts twee interventies (D2, E3) waarvoor ook wetenschappelijk bewijs is voor een positief effect op de kosten. Nog twee interventies (E1, E2) resulteren in vergelijkbare kosten ten opzichte van de huidige situatie. Voor de andere interventies is slechts indirect bewijs of geen onderzoek op kosteneffectiviteit beschikbaar.

Voor drie interventies (D1, E3 & H2) verwachten we een jaarlijks financieel potentieel dat groter is dan € 5 mln. Daarnaast blijkt uit ons onderzoek dat, op basis van een pragmatische aanpak, het aannemelijk is dat de invoering van de meeste interventies een beperkt positief of kostenneutraal effect heeft. Aangezien dit veelal wel leidt tot betere zorg, resulteert een brede uitrol van deze interventies nog steeds tot een verbetering.¹

Aantal interventies nog in ontwikkelfase

Een aantal interventies zijn nog in ontwikkeling, waardoor de exacte invulling nog niet is vastgesteld. We zien dat interventies binnen de beroepsgroep nog niet altijd uniform zijn gedefinieerd. Hierdoor is er nog onzekerheid over de definitieve invulling van de interventie en de doelgroep, waardoor ook de zorginhoudelijke effectiviteit en de financiële impact onzeker is. Voor enkele interventies lopen op dit moment pilots om beter inzicht te verkrijgen in de interventie.

Partijen kennen elkaar niet afdoende en meerwaarde paramedie niet altijd gevoeld

De meerwaarde blijkt buiten de paramedische sector niet altijd te worden gevoeld. Andere partijen zijn vaak niet op de hoogte van de meerwaarde van paramedische behandelingen en/of ervaren dit niet als een alternatief. Dit zorgt ervoor dat verwijspatronen niet op gang komen en de paramedie onvoldoende wordt ingezet. Regionale samenwerking en voorlichting zijn hiervoor enorm belangrijk. Ook opname van paramedische inzet in richtlijnen van bijv. de huisarts kan hierbij enorm helpen.

Kansrijke interventies beschikbaar

De heilige graag binnen substitutie en preventie is een interventie waarbij betere zorg kan worden geleverd voor minder budget. Een dergelijke interventies resulteert in een win-win situatie waarbij alle betrokken partijen (patiënten, aanbieders, financiers) profiteren. Binnen dit onderzoek voldoen enkele interventies aan deze criteria, zodat opschaling op korte termijn opportuun lijkt.

Dit betekent echter niet dat de andere interventies geen toegevoegde waarde hebben. Voor het overgrote deel van de interventies geldt dat er 'betere' zorg geleverd wordt dan de huidige situatie, maar dat dit naar verwachting 'slechts' kostenneutraal plaats vindt. Echter, op basis van de zorginhoudelijke effecten lijkt implementatie van dergelijke interventies nog steeds gewenst.

Voor alle interventies geldt dat er nog knelpunten zijn die opgelost moeten worden voordat overgegaan kan worden op daadwerkelijke opschaling van de interventie. De meeste knelpunten zijn uiteindelijk op te lossen maar vraagt om inzet van alle betrokken partijen en goede onderbouwing. Zet daarom nadrukkelijk en in gezamenlijkheid in op extra verdiepend onderzoek naar de zorginhoudelijke- en kosteneffectiviteit van interventies door o.a. het faciliteren van (brede) pilotstudies.

¹ Naast zorginhoudelijke en financiële effecten biedt een bredere inzet van paramedische zorg ook ontlasting voor andere (schaarse) zorgprofessionals. Veelal zal ook de zorg voor de patiënt dichterbij huis plaats vinden en zijn er minder wachttijden.

Voor verdere opschaling is in eerste instantie het voldoen aan de essentiële randvoorwaarden van belang

Randvoorwaarden

In het huidige traject is een inschatting gemaakt van de haalbaarheid en opschaalbaarheid van de interventies. Echter, voordat een serieuze stap kan worden gezet richting verdere opschaling, is het van belang aan een aantal essentiële randvoorwaarden te voldoen. Uit de gesprekken is gebleken dat dit voor veel interventies nog niet het geval is. Deze zijn in het hoofdstuk met de resultaten hieraan voorafgaand reeds per interventie in kaart gebracht. Hieronder geven we een algemeen oordeel over de invulling van de randvoorwaarden.

Omvang van patiëntengroep is substantieel

Voor enkele interventies is de omvang van de doelgroep onbekend en/of lastig kwantitatief in te schatten. Vaak betreft de doelgroep in de casuïstiek een kleine patiëntenpopulatie waarvoor de interventie specifiek is ingericht. Optioneel kan de doelgroep uitgebreid worden, maar is hiervoor in de literatuur geen bewijs binnen deze bredere doelgroep om het potentieel op te kunnen baseren. Daarmee wordt het inschatten van de te verwachten impact en de te verwachten uitgaven onduidelijk of te klein in de ogen van beleidsmakers en financiers. Dit tezamen kan het creëren van draagvlak voor opschaling bij alle betrokken partijen in de weg staan.

Meerwaarde van interventie is aangetoond

Voor de meeste interventies zijn positieve zorginhoudelijke effecten in wetenschappelijke literatuur beschreven. Deze bewijsvoering vormt ook de basis voor de selectie van interventies waarvoor het potentieel is doorgerekend. Wat betreft de kosteneffectiviteit blijft het bewijs bij de meeste interventies nog achter of geldt het bewijs niet voor de specifieke populaties. Invullen van deze randvoorwaarde vergt

in alle beroepsgroepen meer gedegen (economisch) onderzoek door inzichtelijk te maken voor wie de betreffende interventie meerwaarde heeft en wat dit in termen van (zorg)kosten betekent. Zet daarom nadrukkelijk en in gezamenlijkheid van alle partijen in op extra verdiepend onderzoek naar de zorginhoudelijke- en kosteneffectiviteit van interventies door o.a. het faciliteren van (brede) pilotstudies (incl. eventuele alternatieve bekostigingsstructuren).

Berekende potentieel is betrouwbaar

De betrouwbaarheid van de bewijsvoering ter berekening van het potentieel blijft bij de meeste interventies achter. Vaak is het bewijs niet (volledig) te generaliseren tot de specifieke populatie waarop de interventie zich richt, zijn de effecten niet significant aangetoond of zijn de achterliggende studies te heterogeen. Het in dit onderzoek berekende potentieel wordt daardoor mogelijk over- of juist onderschat. Dit kan draagvlak voor opschaling in de weg staan gezien de vele aannames die in de berekeningen moeten worden gedaan, waardoor bewijskracht beperkt is.

Gedragen visie op noodzaak en urgentie

De noodzaak en urgentie van de inzet van paramedie in het substitueren en/of het voorkomen van zorg wordt niet door alle partijen gevoeld. Paramedische partijen zien duidelijk de meerwaarde van de interventies, maar bij andere partijen is dit niet altijd het geval. Daarom is het van belang dat beroepsverenigingen andere betrokken zorgverleners actief betrekt bij de ontwikkeling van een interventie en meeneemt in de resultaten van de uitgevoerde wetenschappelijke onderzoeken.

Daarnaast zijn op meerdere gebieden nog stappen te nemen voordat opgeschaald kan worden (1/3)

In de gesprekken met belanghebbenden zijn, naast de randvoorwaarden, ook de knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen in kaart gebracht. Het doel van deze inventarisatie is om de verantwoordelijkheden van de verschillende belanghebbenden in het aanpakken van de knelpunten te benoemen en benadrukken. De knelpunten (en oplossingsrichtingen) zijn onder te verdelen in een aantal dimensies, die hieronder specifiek zijn uitgewerkt.

Beleid

Wetgeving en landelijk beleid is nog niet optimaal ingericht

Er is in veel gevallen geen of nauwelijks landelijk beleid of een visie op het potentieel van de paramedische beroepsgroepen. Het is hierin met name van belang om in te spelen op de actualiteit (sterke vergrijzing, tekorten zorgpersoneel) waarbij de inzet van de betreffende interventies mogelijk verlichting kunnen bieden.

Vanuit zowel de paramedische beroepsgroepen als beleidsmakers komen signalen dat het huidige beleid nog niet voldoende bijdraagt aan doelmatige zorgverlening. De manier van contracteren (beredeneert vanuit de korte termijn en de vaak te beperkte aanspraak) draagt hier ook niet aan bij. Daarnaast kan het segmenteren van de aanspraak voor specifieke doelgroepen helpen in het beter vormgeven van doelmatige zorg.

Financiering

Vergoeding paramedische zorg schiet te kort

Voor alle beroepen geldt de beperkende factor van het aantal uren dat al dan niet vanuit de basisverzekering wordt vergoed. Dit knelt bij de ene beroepsgroep meer dan bij de andere. Huidtherapie wordt bijvoorbeeld heel beperkt vergoed uit de basisverzekering (bijvoorbeeld, alleen bij meer dan 20 zittingen oedeemtherapie). De vergoeding bij ergotherapie en diëtetiek is ruimer, maar nog steeds te beperkt in individuele gevallen met complexe problematiek. De toets per kalenderjaar versterkt dit effect. Paramedici zijn gebaat bij meerdere prestaties waarbij onderscheid kan worden gemaakt tussen patiëntengroepen.

Daarnaast zijn preventie en voorlichting momenteel geen declarabele producten, terwijl dit voornamelijk de aspecten zijn waarbij de paramedische beroepsgroepen hun meerwaarde kunnen laten zien. De meeste knelpunten vloeien voort uit deze beperkte aanspraak.

Deze signalen worden herkend door de belanghebbenden. Grootste obstakel is daarin het ontbreken van duidelijk bewezen effectiviteit, op basis waarvan ZINL de aanspraak kan veranderen. Dit beoordelingskader is mogelijk te rigide voor de betreffende beroepsgroepen. Als oplossing wordt een verhoging van het tarief genoemd, maar het overtuigen van verzekeraars is lastig. De paramedie heeft bijvoorbeeld nog geen georganiseerde inkoopverenigingsverbanden die als directe gesprekspartner kunnen optreden bij verzekeraars dan individuele praktijken.

Daarnaast zijn op meerdere gebieden nog stappen te nemen voordat opgeschaald kan worden (2/3)

Substitutie en/of preventie vanuit 2e lijn naar (1e lijn) paramedie nu complex door DBC systematiek

Substitutie & preventie maakt dat zorg kan worden verschoven van 2e naar 1e lijn. Eén probleem is dat de interventies slechts een deel van een bredere DBC substitueert of voorkomt. Hierdoor wordt er enerzijds minder zorg geleverd voor dezelfde DBC, waardoor budget omlaag zou kunnen, en anderzijds de patiëntpopulatie verzaamd doordat minder complexe patiënten in de 1^e lijn behandeld worden. Zodoende is het moeilijk vast te stellen welke kosten van een dergelijke DBC wegvallen en zijn verzekeraars niet in staat het financieel potentieel ook daadwerkelijk te verzilveren.

Samenwerking

Paramedische beroepsgroepen moeten zich beter (regionaal) organiseren

Samenwerking binnen de paramedie met een hogere organisatiegraad is zeer belangrijk. Regionale netwerken ontbreken nog, waardoor weinig slagkracht is in zowel het aantonen van de meerwaarde als ook in het voeren van gesprekken met financiers. Hier is nog een wereld te winnen in vergelijking met bijvoorbeeld de samenwerkingsverbanden bij andere eerstelijnszorginstellingen zoals huisartsen.

Verwijzingen vanuit andere beroepsgroepen blijft achter

Onbekendheid met verwijzingsmogelijkheden en/of de toegevoegde waarde van de betreffende paramedische beroepen is voor de meeste interventies (nog) niet op het wenselijke niveau. Daarnaast is niet altijd sprake van een gelijkwaardige relatie tussen verschillende beroepsgroepen, waardoor men de regie op zorg graag bij zichzelf houdt. Ook is

niet altijd duidelijk wie de verantwoordelijkheid voor de doorverwijzing draagt, waardoor de patiënt in een impasse belandt en er helemaal geen actie ondernomen wordt. Het duidelijker beleggen van de regie in het netwerk van zorgaanbieders rondom de patiënt kan hierbij helpen. Daarnaast helpt het om de inzet van de paramedicus in richtlijnen vast te leggen. Dat laatste gebeurt nu nog maar mondjesmaat.

Invloed patiënt en zorgverlener

Bewustwording over problematiek en potentieel van interventies kan beter

Voor de meeste interventies geldt dat de eerste stap naar opschaling betekent dat de doelgroep zelf bewust moet zijn van de meerwaarde van de paramedie. Daarnaast moeten zorgverleners zich bewust zijn van de meerwaarde voor de patiënt, doordat mogelijk onderliggende problematiek door middel van de inzet van paramedie wordt geïndiceerd en behandeld.

Ook de schil van naasten en zorgverleners om de betreffende patiënt heen (h)erkent niet altijd de problematiek waarbij paramedie kan ondersteunen, waardoor de interventie te laat of niet wordt ingezet. Voorbeelden hiervan zijn ondervoeding bij kwetsbare ouderen en sociale beperkingen bij parkinsonpatiënten. Dit komt meestal niet voort uit onwil, maar door een focus op symptoom- behandeling in plaats van het toepassen van een integrale blik. Vroeg-signalering door de directe schil rondom de patiënt in combinatie met het toepassen van de paramedische interventie kan in deze gevallen erger voorkomen.

Daarnaast zijn op meerdere gebieden nog stappen te nemen voordat opgeschaald kan worden (3/3)

Capaciteit beroepsgroep is onvoldoende

Met de huidige capaciteit en inzet onder paramedici kunnen niet alle interventies landelijk breed uitgerold worden. Hiervoor zullen extra paramedici opgeleid moeten worden, de huidige resources efficiënter moeten worden ingezet of andere resources moeten worden aangeboord. Aanvullend op de gebruikelijke opleiding zijn voor een aantal interventies tevens nascholingen noodzakelijk.

Innovatie

Een aantal interventies is nog niet concreet gedefinieerd

Concrete invulling van de interventie dient als basis van een goede invoering en zelfs het vervullen van de randvoorwaarden. Elke onduidelijkheid omtrent de interventie zal debet zijn aan het draagvlak en onzekerheid bieden op het gebied van de te verwachten resultaten. Soms is nog niet duidelijk voor wie de interventie precies meerwaarde heeft (wat is de doelgroep) en hoe de zorg ingeregeld moet worden. Dus welke zorgverlener is wanneer betrokken en hoe vindt de samenwerking tussen zorgverleners plaats. Sommige interventies zijn gericht op programma's die binnen een ziekenhuis zijn uitgerold waarbij nog niet nagedacht is over mogelijkheden tot opschalen. Opschalen vergt dan nog een stap in het verder concretiseren wat precies onder de interventie valt, bij welke doelgroep hij ingezet kan worden en hoe de organisatie van de zorg vorm moet krijgen.

Om opschaling haalbaar te maken moeten verschillende partijen¹ de handschoenen oppakken

Concluderend is het opschalen van de interventies afhankelijk van de invulling van de randvoorwaarden en oplossen van de knelpunten. Het begint bij het goed omschrijven en onderbouwen van interventies met zorginhoudelijke onderzoeken door de beroepsgroepen (al dan niet met betrokken andere zorgprofessionals). Het vervolgens in kaart brengen van de kosteneffecten van een interventies is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van beroepsgroepen en verzekeraars. Bovenstaande is essentieel voordat tot het oplossen van knelpunten kan worden overgegaan, aangezien dit het startpunt is om daadwerkelijk een volwaardige plaats in het zorgstelsel te krijgen.

De knelpunten zijn op te lossen door verschillende partijen. Zo heeft ZN een rol in het ondersteunen van onderzoek, het evalueren en eventueel aanpassen van de contractering. De aanspraak kan worden uitgebreid (bijvoorbeeld voor specifieke doelgroepen) door ZINL. Daarnaast biedt de NZa de mogelijkheid om specifieke prestaties in te richten (bijvoorbeeld voor preventie en voorlichting). Daarbij is het ook raadzaam te oriënteren op een DBC-onafhankelijke financieringsvorm voor gesubstitueerde zorg.

In beleid is voor VWS een rol weggelegd in het stimuleren van (regionale) samenwerkingsverbanden. Deze kunnen zich organiseren t.b.v. de inkoop van zorg en het ontwikkelen van een gedragen visie op de meerwaarde, zo ook voor het creëren van bekendheid bij (de schil rondom) patiënten en andere zorgverleners. Daarin heeft ook PFN een belangrijke rol.

¹ De partijen die zijn betrokken in dit onderzoek zijn: de Paramedische beroepsgroepen (NVD, NVH, EN, NVLF), ZN (Zorgverzekeraars Nederland), ZINL (Zorginstituut Nederland), VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Zorg), NZa (Nederlandse Zorgautoriteit), PFN (Patiëntenfederatie Nederland)



1
2
3



1
2
3



1
2
3



1
2
3



Bijlagen

1. Experts & Literatuurlijst pag. 105 - 110
2. Interviewleidraad haalbaarheid pag. 111 - 113





Betrokken experts en literatuurlijst Algemeen

Diëtetiek - Betrokken experts

- dr. E. Naumann, Diëtist en Associate Lector Voeding, Diëtetiek en Leefstijl bij Hogeschool Arnhem & Nijmegen (D1)
- dr. H. Jager-Wittenaar, Lector Ondervoeding en Gezond ouder worden bij Hanze Hogeschool Groningen (D1, D2)
- M. van Asseldonk, MSc., Diëtist Expertisecentrum Darmfalen bij Radboudumc (D2)
- Wageningen University & Research, Hogeschool Arnhem & Nijmegen (D1)
- dr. ir. E. Vasse, Diëtist bij Ziekenhuis Gelderse Vallei, Projectleider bij Stuurgroep Ondervoeding, Projectmedewerker bij Alliantie Voeding in de Zorg (D1, D2)
- Lector bij Haagse Hogeschool (D2)
- drs. M.E. Grasman, Maag-, darm- en leverarts bij Noordwestziekenhuisgroep (D3)
- Diëtist bij Baseline diëtisten (D3)

Ergotherapie - Betrokken experts

- Prof. Dr. M. Graff, Hoogleraar Ergotherapie bij Radboudumc (E1, E2, E3)
- Dr. I. Sturkenboom, Ergotherapeut, onderzoeker bij Radboudumc (E1)
- Y. Veenhuizen, Msc, Hoofd sectie Ergotherapie, Ergotherapeut, Junior onderzoeker bij Radboudumc (E2)
- dr. E. Cup, Ergotherapeut, onderzoeker bij Radboudumc (E2)
- P. Verstraten, Ergotherapeut, Ergotherapie Verstraten (E3)

Huidtherapie - Betrokken experts

- M. van Bekkum, Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (H1, H2, H3)
- K. Sterkenburg, MSc, Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (H1, H2, H3)
- S. van Beusekom, Zelfstandig werkende huidtherapeuten (H2)
- C. Alberts, Zelfstandig werkende huidtherapeuten (H2)

Logopedie - Betrokken experts

- Drs. J. Sluijmers, GGD Amsterdam (L1, L2)
- Prof. E. Gerrits, Hogeschool Utrecht (L1, L2)
- Dr. J.G. Kalf, Radboud UMC (L3)
- F.C. Sickinghe-Ledeboer, OLVG Amsterdam (L3)

Algemene literatuurlijst

- A1 ZIN, Richtlijn voor uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg
- A2 volksgezondheidszorg.info
- A3 AEF (2019) Zorgverplaatsing naar de paramedische sector
- A4 IQ Healthcare (2019) Verzilveren met ontschotting
- A5 Zorginstituut Nederland (2020) Onderzoeksopdracht allocatieve doelmatigheid – substitutiepotentieel
- A6 [Equalis \(2021\) - Het substitutiepotentieel van uitgebreidere inzet fysio- en oefentherapie](#)
- A7 Gupta Strategists (2020) - Kostenonderzoek paramedische zorg



Voorkomen ondervoeding bij ouderen

- D1 Voedingscentrum, <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/ondervoeding.asp>
- D2 Stuurgroep Ondervoeding, <https://www.stuurgroepondervoeding.nl/toolkits/wat-is-ondervoeding>
- D3 Infographic Ondervoeding bij ouderen (NVD, 2020, <https://nvdietist.nl/informatie/ondervoeding-bij-ouderen/>)
- D4 Factsheet Ondervoeding (Vektis, 2020, <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/fctsheet-kwetsbare-ouderen>)
- D5 Artikel Beteroud.nl (2019), <https://www.beteroud.nl/nieuws/aandacht-voor-ondervoeding-kwetsbare-ouderen>
- D6 Zorgvoorbeter – Ondervoeding bij oudere, (<https://www.zorgvoorbeter.nl/eten-en-drinken/ondervoeding-ouderen>)
- D7 Correia & Waltzberg. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clinical Nutrition, 2003
- D8 Lim et al., Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. Clinical Nutrition, 2011
- D9 Kruijenga et al., Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. Am. J. of Clin. Nutr., 2005
- D10 Kok & Scholte, Ondervoeding onderschat: De kosten van ondervoeding en het rendement van medische voeding. SEO, 2014
- D11 Floor Neelemaat. Post-discharge nutritional support in malnourished ill elderly patients: effectiveness and cost-effectiveness. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, 20 Juni 2012
- D12 Bandayrel et al., Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults. 2011
- D13 Poscia et al., Effectiveness of nutritional interventions addressed to elderly persons: umbrella systematic review with meta-analysis. Eur J of Public Health, 2018
- D14 Baldwin & Weekes, Dietary counselling with or without oral nutritional supplements in the management of malnourished patients: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. J of Human Nutr and Diet, 2018
- D15 Reinders et al., Effectiveness of nutritional interventions in older adults at risk of malnutrition across different health care settings: Pooled analyses of individual participant data from nine randomized controlled trials, Clinical Nutrition, 2019
- D16 Baldwin et al., Dietary advice with or without oral nutritional supplements for disease-related malnutrition in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021
- D17 Zie ook diverse publicaties uit het PROMISS wetenschapsprogramma. <https://www.promiss-vu.eu/nl/wetenschappelijke-artikelen/>
- D18 Rasheed & Wood, Malnutrition and quality of life in older people: a systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev, 2013.
- D19 Guest et al., Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. Clinical Nutrition, 2011
- D20 <https://www.staatvvenz.nl/kerncijfers/geriatrische-revalidatiezorg>
- D21 Kruijenga et al., Undernutrition screening survey in 564,063 patients: patients with a positive undernutrition screening score stay in hospital 1.4 d longer. Am. J Clin Nutr, 2016
- D22 Stuurgroep Ondervoeding. Rapport Stand van zaken ondervoeding bij ouderen. 2021
- D23 Meijers, et al., Estimating the costs associated with malnutrition in Dutch nursing homes. Clinical Nutrition, 2011
- D24 Artsenwijzer Diëtetiek, <https://www.artsenwijzerdiëtetiek.nl/ondervoeding>

Prehabilitatie bij dikke darmkanker

- D25 Richtlijn perioperatief voedingsbeleid (NVvA & NVvH, 2022)
- D26 NKR cijfers (IKNL.nl)
- D27 Reece et al., Oral nutrition interventions in patients undergoing gastrointestinal surgery for cancer: A systematic literature review. Supportive Care in Cancer 2020
- D28 Charmaine Lee et al., Nutrition intervention approaches to reduce malnutrition in oncology patients: a systematic review. Supportive Care in Cancer 2016
- D29 Defteros, A systematic review of the effect of preoperative nutrition support on nutritional status and treatment outcomes in upper gastrointestinal cancer resection, European Journal of Surgical Oncology, 2020
- D30 de Clerck et al., A multimodal prehabilitation program in high-risk patients undergoing elective resection for colorectal cancer: A retrospective cohort study; Eur J Surg Oncol., 2021
- D31 van Rooijen et al., Multimodal prehabilitation in colorectal cancer patients to improve functional capacity and reduce postoperative complications: the first international randomized controlled trial for multimodal prehabilitation; BMC Cancer. 2019
- D32 Trépanier et al., Improved Disease-free Survival After Prehabilitation for Colorectal Cancer Surgery; Ann Surg. 2019
- D33 Gillis C, Wischmeyer PE. Pre-operative nutrition and the elective surgical patient: why, how and what? Anaesthesia. 2019
- D34 Faithfull S, Turner L, Poole K, Joy M, Manders R, Weprin J, et al. Prehabilitation for adults diagnosed with cancer: A systematic review of long-term physical function, nutrition and patient-reported outcomes. Eur J Cancer Care (Engl). 2019
- D35 Factsheet SROI Fit4Surgery (Radboud UMC, 2020)
- D36 <https://www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/O29199007>

Voorkomen of verminderen gebruik maagzuurremmers

- D35 Verbetersignalement Maagklachten (ZIN, 2021)
- D36 NHG-standaard Maagklachten (NHG, 2021)
- D37 <https://www.mids.nl/nieuws/zijn-maagzuurremmers-gevaarlijk/>
- D38 Voorlichting en samen beslissen Ervaringen van patiënten met maagklachten (Equalis & KINASE, 2020)
- D39 Koggel et al., INzet van gastroScopleen en behandelinG met protonpompremmers bij mensen met maagklachten en als maagbescherming. Radboud Universiteit, 2020.
- D40 Bortoli et al., Voluntary and controlled weight loss can reduce symptoms and proton pump inhibitor use and dosage in patients with gastroesophageal reflux disease: a comparative study. Diseases of Esophagus, 2016
- D41 Metha et al., Association of Diet and Lifestyle With the Risk of Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms in US Women. JAMA Intern Med, 2021
- D42 http://www.artsenwijzer.info/site/media/gastro-oesofageale_reflux.pdf
- D43 Daniels et al., Long-term use of proton-pump inhibitors: whole-of-population patterns in Australia 2013–2016. Ther Adv Gastroenterol, 2020

Literatuurlijst Ergotherapie

Ergotherapie bij Parkinson (OTiP)

- E1 <https://www.parkinsonnet.nl/app/uploads/2019/11/ergotherapie-bij-parkinson.pdf>
- E2 <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/ziekte-van-parkinson/cijfers-context/huidige-situatie#node-nieuwe-gevallen-ziekte-van-parkinson-huisartsenpraktijk>
- E3 <https://zorgkrant.nl/chronisch-zieken/13448-parkinson-is-de-snelst-groeiende-hersenziekte-ter-wereld>
- E4 <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/ziekte-van-parkinson/kosten/zorguitgaven#node-zorguitgaven-ziekte-van-parkinson-naar-sector>
- E5 Sturkenboom IH, Graff MJ, Hendriks JC, Veenhuizen Y, Munneke M, Bloem BR, Nijhuis-van der Sanden MW. OTiP study group. Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: a randomised controlled trial. Lancet Neurol. 2014 Jun;13(6):557-66. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70055-9.
- E6 Tofani, M, Ranieri, A, Fabbrini, G, Berardi, A, Pelosin, E, Valente, D, Fabbrini, A, Costanzo, M and Galeoto, G. (2020), Efficacy of Occupational Therapy Interventions on Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Mov Disord Clin Pract. 7: 891-901.
- E7 Economic Evaluation of Occupational Therapy in Parkinson's Disease: A Randomized Controlled Trial Ingrid H.W.M. Sturkenboom, MA,1 * Jan C.M. Hendriks, PhD,2 Maud J.L. Graff, PhD,1,3 Eddy M.M. Adang, PhD,2 Marten Munneke, PhD,4 Maria W.G. Nijhuis-van der Sanden, PhD,1,3 and Bastiaan R. Bloem, PhD, MD5
- E8 <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83131NED>

Ergotherapie bij spierziekten (Energiek)

- E9 Het Interuniversitair Steunpunt Neuromusculair Onderzoek ISNO geeft als schatting ruim 200.000 mensen met een (primaire) NMA.
- E10 Deenen, J. C., Horlings, C. G., Verschuuren, J. J., Verbeek, A. L., & van Engelen, B. G. (2015). The epidemiology of neuromuscular disorders: a comprehensive overview of the literature. Journal of neuromuscular diseases, 2(1), 73-85.
- E11 Veenhuizen, Y., Cup, E. H., Jonker, M. A., Voet, N. B., van Keulen, B. J., Maas, D. M., ... & Geurts, A. C. (2019). Self-management program improves participation in patients with neuromuscular disease: a randomized controlled trial. Neurology, 93(18), e1720-e1731.
- E12 Veenhuizen, Y., Cup, E. H., van Wijk, B., Adang, E.M.M., van Engelen, B. G., Groothuis, J.T., Geurts, A. C., Economic evaluation of a self-management group program for patients with neuromuscular disease: cost-effectiveness alongside a randomized controlled trial, vooruitgestuurd

Ergotherapie bij dementie (Edomah)

- E13 <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/samenvatting>
- E14 Alzheimer Nederland. Zorgstandaard Dementie. Utrecht: 2011
- E15 Graff M, Melick M van, Thijssen M, Verstraten P, Zajec J. Ergotherapie aan huis bij ouderen

- met dementie en hun mantelzorgers. EDOMAH programma. Bohn Stafleu & van Loghum, Juni 2010. ISBN: 9789031378739
- E16 Graff MJL. Hoofdstuk 11. Hulp bij het omgaan met de eigen beperkingen, pagina 185-201. In: Droes, Scheltens & Schols. Meer kwaliteit van leven. Basisboek Integratieve, persoonsgerichte dementiezorg. ISBN: 978-94-91969-05-8
- E17 Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H., & Rikkert, M. G. O. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. Bmj, 333(7580), 1196.
- E18 Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H., & OldeRikkert, M. G. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 62(9), 1002-1009.
- E19 Bennett, S., Laver, K., Voigt-Radloff, S., Letts, L., Clemson, L., Graff, M., ... & Gitlin, L. (2019). Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. BMJ open, 9(11), e026308
- E20 Graff, M. J., Adang, E. M., Vernooij-Dassen, M. J., Dekker, J., Jönsson, L., Thijssen, M., ... & Rikkert, M. G. O. (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. Bmj, 336(7636), 134-138.
- E21 Lammers, M., Scholte, R., Berden, C., Ergotherapie doet er toe, SEO Economische onderzoek, oktober 2014
- E22 <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/de-arbeidsmarkt-opnieuw-kaart-gebracht-vierjaarlijks-nivel-onderzoek>

Literatuurlijst Huidtherapie

Constitutioneel Eczeem

- H1 Constitutioneel eczeem, richtlijn 2019, NVDV
- H2 Zorgprogramma Huidzorg – Eczeem, Coöperatieve Eerstelijns Samenwerking Veenendaal u.a., 2019
- H3 Zuberbier et al., Patient perspectives on the management of atopic dermatitis, J Allergy Clin Immunol, 2006
- H4 volkgezondheidszorg.info, constitutioneel eczeem
- H5 Rapport Zinnige Zorg : screeningsfase systematische analyse ziekten van huid en onderhuid, Zorginstituut, 2019
- H6 Schuttelaar et al. A randomized controlled trial in children with eczema: nurse practitioner vs. Dermatologist, BJD, 2009
- H7 Schuttelaar et al. Costs and cost-effectiveness analysis of treatment in children with eczema by nurse practitioner vs. dermatologist: results of a randomized, controlled trial and a review of international costs, BJD, 2011
- H8 Zinnige zorg - huisartsenzorg aan patiënten met eczeem, NIVEL
- H9 Interview met experts werkzaam voor Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
- H10 Zorgkaart Nederland, <https://www.zorgkaartnederland.nl/wachttijden/dermatologie>, januari 2022
- H11 Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg, Zorginstituut Nederland
- H12 Kostenonderzoek paramedische zorg, Gupta Strategists, 2020
- H13 Opendisdata.nl, constitutioneel eczeem, 2019

Oedeem

- H14 Chronic Oedema, International Lymphoedema Framework, 2021
- H15 Burian et al. Wounds in chronic leg oedema. Int Wound J. 2021
- H16 Verpleging en verzorging bij compressietechnieken, een knelpuntenanalyse, NIVEL, 2021
- H17 Moffatt et al. Chronic oedema: a prevalent health care problem for UK health services. Int Wound J. 2017
- H18 Moffatt et al. Prevalence and Risk Factors for Chronic Edema in U.K. Community Nursing Services. Lymphat Res Biol. 2019
- H19 Factsheet wijkverpleging, Vektis, 2020
- H20 Interview met experts betrokken bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
- H21 Kwaliteitsstandaard Hulpmiddelenzorg – Module Compressiehulpmiddelenzorg, 2020
- H22 Compressietherapie aan de onderste extremiteiten - Expertdocument 2015, NVDV en WCS kenniscentrum wondzorg, 2015
- H23 Prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging TB/REG-21607-01, Nza, 2021

Huidkanker

- H24 Nationaal actieplan huidkanker, 2021
- H25 TNO, De bijdrage van leefstijlfactoren aan de incidentie van en de sterfte aan kanker in Nederland, 2014
- H26 <https://www.onlinedermatologie.nl/huidkanker/huidkanker-oorzaken-preventie/>
- H27 CPB, Zorgkeuzes in Kaart, 2020
- H28 Weinstock, Epidemiology and UV Exposure, J Invest Dermatol, 2013
- H29 Watts et al., Association Between Melanoma Detected During Routine Skin Checks and Mortality, JAMA Dermatology 2021
- H30 Stang et al., Skin cancer rates in North Rine Westphalia, Germany before and after the introduction of the nationwide skin cancer screening program (2000-2015), European journal of epidemiology, 2017
- H31 Datzmann et al., Are patients benefiting from participation in the German skin cancer screening programme? A large cohort study based on administrative data, British Journal of Dermatology, 2021
- H32 Watts et al., Association Between Melanoma Detected During Routine Skin Checks and Mortality, JAMA Dermatology, 2021
- H33 Krensel et al., Costs of routine skin cancer screening in Germany: a claims data analysis, Clinical and Experimental Dermatology, 2021
- H34 Radespiel-Tröger et al., Outdoor work and skin cancer incidence: a registry-based study in Bavaria, Int Arch Occup Environ Health (2009)

Vroegsignalering TOS onderwijzers en communicatievaardig door ouders

- L1 Pauline Frizelle, Cristina McKean, Aoife O'Shea, Anne Horgan, Aileen Murphy (2021). Economic evaluation of the Happy Talk pilot effectiveness trial: A targeted selective speech, language and communication intervention for children from areas of social disadvantage. *International Journal of Speech-Language Pathology*, Early Online 2021, 1-12. <https://doi.org/10.1080/17549507.2021.1975815>
- L2 Cronin, P., Reeve, R., McCabe, P., Viney, R., & Goodall, S. (2017). The impact of childhood language difficulties on healthcare costs from 4 to 13 years: Australian longitudinal study. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 381-391. doi:10.1080/17549507.2016.1216599
- L3 Knight, D.S., Landry, S., Zucker, T.A., Merz, E.C., Guttentag, C.L., & Taylor, H.B. (2019). Cost-effectiveness of early childhood interventions to enhance preschool: Evidence from a randomized experiment in head start centres enrolling historically underserved populations. *Journal of Policy Analysis and Management*, 38, 891-917. doi:10.1002/pam.22145 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pam.22145>
- L4 Paula Cronin, Rebecca Addo. (2021). Interactions with youth justice and associated costs for young people with speech, language and communication needs, *International Journal of Language & Communication Disorders*, 10.1111/1460-6984.12628, 56, 4, (797-811), <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1460-6984.12628>
- L5 Megan Y. Roberts, Philip R. Curtis, Bailey J. Sone, (2019). Association of parent training with child language development: A systematic review and meta-analysis." *JAMA pediatrics* 173.7: 671-680.
- L6 Kuklinski, M. R., Crowley, D. M., Dishion, T. J., Wilson, M. N., Pelham, W. E., & Shaw, D. S. (2020). Supporting strategic investment in social programs: A cost analysis of the family check-up. *Prevention Science*, 21(2), 256-267. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-01077-3>
- L7 Greenberg, M. T., & Abenavoli, R. (2017). Universal interventions: Fully exploring their impacts and potential to produce population-level impacts. *Journal of Research on Educational Effectiveness*, 10(1), 40-67. <https://doi.org/10.1080/19345747.2016.1246632>
- L8 Greenwood, Charles R., et al. "Conceptualizing a public health prevention intervention for bridging the 30 million word gap." *Clinical child and family psychology review* 20.1 (2017): 3-24. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10567-017-0223-8>
- L9 SEO (2012). De waarde van logopedie
- L10 Kortdurende video hometraining. <https://www.nj.nl/interventies/kortdurende-video-hometraining-k-vht-in-gezinnen-met-jonge-kinderen>

Slikstoornissen bij premature kinderen

- L11 Richtlijn Screening en behandeling van ondervoeding bij kinderen, richtlijn 2021, NVK
- L12 F. C. Sickinghe-Ledeboer, dr. S. P. Da Costa, S. A. F. de Groot, S.R. D. van der Schoor (2010). Ontwikkeling van het eten en drinken bij prematuren. NVK werkboek enterale en parenterale voeding bij pasgeborenen
- L13 <https://nee-eten.nl/praatplaat/>
- L14 Lagatta et al. Actual and potential impact of a home nasogastric tube feeding program for Infants whose NICU discharge is affected by delayed oral feedings, *The Journal of Pediatrics*, 2021
- L15 Da Costa, S. Development of Sucking Patterns in Preterm Infants, Rijksuniversiteit Groningen, 2010
- L16 Edwards et al. Caring for Tube-Fed Children: A Review of Management, Tube Weaning, and Emotional Considerations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 2015
- L17 Kamity, R., Kapavarapu, P. K., & Chandel, A. (2021). Feeding Problems and Long-Term Outcomes in Preterm Infants—A Systematic Approach to Evaluation and Management. *Children*, 8(12), 1158.
- L18 Kindermann, CMF Kneepkens. Voedings- en eetproblemen bij jonge kinderen. *Praktische Pedagogie* 2010.4:172-7
- L19 Groeigids: te vroeg, te licht of ziek geboren, 2021
- L20 Derks, 2011, Handboek Infant Mental Health, H4.6 Classificatie en diagnostiek van voedingsproblemen, p.270, p.264
- L21 Wolthuis-Stigter et al. The association between sucking behavior in preterm infants and neurodevelopmental outcomes at 2 years of age. *J Pediatr*, 2015
- L22 van den Engel-Hoek. Eet- en drinkproblemen bij jonge kinderen, 2011
- L23 <https://www.nataal.nl/artikelen/artikelen/zorg-na-geboorte/sondevoeding-thuis-voor-prematuuren-prevos-heeft-voornamelijk-voordelen-3997/>
- L24 F.S. Houtstra & N.K.S. de Vries. Samen zorgen voor de allerkleinsten en hun ouders. *Ntvg*, 2014



Selectie interventies is gedaan aan de hand van een beoordelingskader

	PATIENT WAARDE	MACRO ECONOMISCHE WAARDE			REPRESENTATIVITEIT		
	De interventie is bewezen effectief in termen van zorginhoud en/of kwaliteit van leven De interventie is voor alle verzekerden beschikbaar via Zvw of AV	De interventie is bewezen effectief in termen van kosten	Er is een duidelijke relatie tussen inzet van de interventie en de verdere behandeling	Het potentieel op preventie of substitutie is nog niet benut door andere interventies	De omvang van de patiëntengroep is substantieel (prevalentie)	De kosten van ziekte zijn substantieel (omzet te voorkomen/substitueren zorg)	Interventies geven goed beeld van mogelijkheden binnen beroepsgroepen Interventies zijn evenredig verdeeld over beroepsgroepen Interventies zijn evenredig verdeeld over preventie en substitutie van zorg
Interventie 1							

- ◆ Equalis heeft, o.b.v. de literatuur, een inschatting gemaakt op deze drie gebieden voor de longlist van interventies
- ◆ Samen met de experts zijn de bevindingen en discussiepunten besproken
- ◆ Vanuit daar is voor elke beroepsgroep een selectie gemaakt van de drie meest kansrijke interventies om nader in beeld te brengen

Haalbaarheid en opschaling hebben we aan de hand van de volgende interviewleidraad getoetst



Zijn randvoorwaarden vervuld?

- ◆ Substantiële omvang patiëntengroep
- ◆ Meerwaarde interventie aangetoond
- ◆ Alle betrokken partijen zien de meerwaarde van de interventie
- ◆ Noodzaak en urgentie (visie) duidelijk

Wat zijn knelpunten & waarom



Beleid

- ◆ Wetgeving & landelijk beleid
- ◆ Beleid financiers
- ◆ Bekostiging
- ◆ Aanspraak



Financiering

- ◆ Financiering
- ◆ Financiële prikkels



Samenwerking

- ◆ Professionele interactie
- ◆ Gelijkwaardige relatie (level playing field)
- ◆ Verwijsprocessen



Invloed patiënt

- ◆ Kenmerken patiënt
- ◆ Vertrouwen, overtuigingen, voorkeuren, behoefte, motivatie en gedrag
- ◆ Vaardigheden van de patiënt



Invloed zorgverlener

- ◆ Organisatorische verandering
- ◆ Capaciteit bij paramedici op orde
- ◆ Ambassadeurs
- ◆ Bevoegdheid/verantwoordelijkheid
- ◆ Cultuur, Prioriteit
- ◆ Vaardigheden, kennis
- ◆ Achter interventie staan, vertrouwen

Innovatie



- ◆ Kenmerken interventie
- ◆ Toegankelijkheid, comptabiliteit
- ◆ Uitvoerbaarheid, benodigde inzet

Oplossingsrichtingen

- ◆ Per onderdeel inzoomen op welke oplossingsrichtingen partijen voor zich zien
- ◆ Hierbij vragen we ook door op kansrijkheid van oplossingsrichtingen volgens betrokkenen



Beleid



Financiering



Samenwerking



Invloed patiënt



Invloed zorgverlener



Innovatie

EQUALIS

strategy & modeling