



# Innovatie in de zorg



'Preventie en duurzame inzetbaarheid steeds belangrijker'

Pagina 3

Innovatie begint met zien wat de ander ervaart

Pagina 4

Positief kijken naar gezondheid in het ziekenhuis

Pagina 8

Innovatie op het gebied van prostaatkanker

Pagina 11

Geen wachttijd maar persoonlijke aandacht



Pagina 15



## COLUMN

**Auteur:** Diana M.J. Delnoij

Hoofd Ontwikkeling, Wetenschap en Internationale Zaken Zorginstituut Nederland

### Is elke innovatie ook een verbetering?

Afgelopen zomervakantie las ik de bestseller *Sapiens* van de historicus Yuval Harari. Een fascinerend relaas over onze geschiedenis, die zich kenmerkt door innovatie op cultureel, economisch, maatschappelijk en wetenschappelijk gebied. De gezondheidszorg is daarvan een sprekend voorbeeld. De kennis over ziekten en behandelmethoden is de afgelopen decennia exponentieel gegroeid.

In de zorg houden wij ons bezig met de vraag of elke innovatie ook echt een verbetering is. Op basis van wetenschappelijke kennis en met gevoel voor maatschappelijke ontwikkelingen willen wij vaststellen wat goede zorg is, welke innovaties daadwerkelijk tot betere uitkomsten leiden, voor wie en tegen welke kosten. Dat is niet eenvoudig. Want wat is een betere uitkomst, wie bepaalt dat en hoe meet je dat? Achter die vragen gaan waarden schuil die veranderen. Vroeger bepaalde de dokter wat een goede uitkomst van een behandeling was. Tegenwoordig willen we patiënten betrekken bij de ontwikkeling van relevante uitkomstmaten en meetinstrumenten. Bovendien heeft de patiënt er recht op te weten welke uitkomsten hij mag verwachten van een behandeling en behandelaar. Dat is nu nog geen vanzelfsprekendheid.

Mét partijen in de zorg willen wij daar verandering in brengen door burgers beter te informeren. Patiënten die dat willen, moeten samen met hun zorgverleners kunnen beslissen welke behandeling het meest bijdraagt aan hun kwaliteit van leven. Dat zal niet van vandaag of morgen gemeengoed zijn, want 'samen beslissen' is een innovatie waarmee zorgverleners en patiënten moeten leren omgaan. Daarom zetten we onderzoek uit om te leren hoe we ook kwetsbare burgers met minder vaardigheden kunnen helpen bij zulke beslissingen. Het is een kwestie van geduld. Maar uiteindelijk zal de geschiedenis leren dat dit een onomkeerbare beweging is.



## INHOUDSOPGAVE

### Samenwerken voor innovatie



- 3 'Preventie en duurzame inzetbaarheid steeds belangrijker'
- 4 Innovatie begint met zien wat de anderervaart
- 6 Innoveren in de geestelijke gezondheidszorg
- 6 Met goede ICT naar geïntegreerde zorg
- 8 Positief kijken naar gezondheid in het ziekenhuis
- 9 Genetische testen volop in ontwikkeling
- 9 Betere diagnoses door snelle DNA testen

### Oncologie



- 10 Ontwikkelingen rondom prostaatkanker
- 11 Innovaties op het gebied van prostaatkanker
- 13 Baarmoederhalskanker op maat behandelen
- 13 Het opsporen van baarmoederhalskanker

### Zelfstandige behandelcentra



- 15 Geen wachttijd en meer persoonlijke aandacht

## KENNISPARTNERS



## Colofon

Deze onafhankelijke publicatie van Pulse Media Group verschijnt op 22 november bij de Volkskrant. De bijlage valt niet onder de verantwoordelijkheid van de Volkskrant.

Sales: Annemijn van der Veer en Maarten le Fevre (commercieel directeur)  
 Redactie: Marianne Rijke (hoofdredacteur), Yara Hooglugt, Ruby Sanders, Nina Visser, Henk Dilling, Cor Dol en Annemarie van Dijk  
 Vormgeving: Gydo Veeke, foto's: Bigstockphoto.com en Unsplash.com. Voorpaginafoto: Nick van den Berg  
 Directeur-uitgever: Paul van Vuuren, drukker: Janssen/Pers Rotatiedruk, Gennepp

De inhoud van de commerciële bijdragen zoals profielen, expertinterviews, expertbijdragen en advertorials beschrijven de meningen en standpunten van de geïnterviewden. De redactie van PMG tracht alle fouten te voorkomen, maar de redactie kan niet instaan voor eventuele fouten of onvolkomenheden in deze bijdragen. PMG aanvaardt hierdoor geen aansprakelijkheid. Pulse Media Group B.V. [www.pulsemedia-group.com](http://www.pulsemedia-group.com) [info@pulsemedia-group.com](mailto:info@pulsemedia-group.com)

## 'Preventie en duurzame inzetbaarheid steeds belangrijker'

“De belangrijkste innovatie in de zorg van de afgelopen jaren is de introductie van de til- en hulpmiddelen geweest”, aldus Gerard Nederpelt, directeur WGV Zorg en Welzijn, een werkgeversvereniging die opkomt voor de belangen van de aangesloten organisaties en fungeert als kenniscentrum op het gebied van arbeidsmarkt en onderwijs. “Misschien geen hoogstaande technologie, maar voor een grote groep zorgprofessionals veel belangrijker dan bijvoorbeeld de aanschaf van een operatie-robot. Bovendien heeft het een enorme impact op de personele bezetting. Vroeger moest je een patiënt met twee mensen uit bed halen, nu kan iemand dat alleen, waardoor je de tweede professional voor andere zorgtaken kunt inzetten.”

### Technologische en sociale innovatie

Volgens Nederpelt kent innovatie in de zorg twee varianten: technologische en sociale innovatie. “Binnen sommige domeinen ligt de focus sterk op technologische innovatie, maar als het gaat personeelsvoorziening en arbeidsmarkt is vooral ook sociale innovatie van belang. Zorgprofessionals moeten, veel meer dan vroeger, met ICT kunnen omgaan. Dingen die voorheen met de hand werden uitgevoerd, worden in de toekomst steeds meer met machines gedaan en relatief zware taken worden geautomatiseerd of anders opgelost. Technologische ontwikkelingen in de zorg gaan in een rap tempo en werkgevers moeten ervoor zorgen dat iedereen blijft. Dat vraagt om continue opleiding en bijscholing. Belangrijk is ook de vraag: ga je mensen opleiden voor functies die over tien jaar niet meer bestaan of hou je bij het opleiden van mensen nu al rekening met de verandering van functies en stuur je meer op flexibiliteit en bredere inzetbaarheid?”

### Standaardisatie

Nederpelt pleit ervoor om technologie in dienst te stellen van de zorgprofessional, zodat deze gemakkelijk zijn werk kan doen en technologie geen beperkende factor is. “Gelukkig wordt technologie steeds gebruiksvriendelijker en zie je dat de afstand tussen technologie en de mens kleiner wordt. Maar er is nog een wereld te winnen. Neem de standaardisatie van allerlei apparatuur. Nu kan het voorkomen dat in één organisatie vijftien soorten infuuspompen worden gebruikt, die allemaal anders kunnen werken. Dat is niet handig. Als we een stap maken naar standaardisatie, dan maak je het voor de gebruiker al iets makkelijker.”

### Protocolen versus eigen beoordelingsvermogen

Hij wijst op een ander punt. “Technologie kan veel mogelijk maken, maar zorgprofessional en eindgebruiker moeten ook in staat zijn om die technologie te gebruiken. Het gaat over de kwaliteit van leven, waarbij er allerlei hulpmiddelen zijn om de cliënt weer de regie over zijn eigen leven te geven. Echter, je kunt niet van vandaag op morgen iedereen zelfredzaam verklaren. Je mag ook niet verwachten dat zorgprofessionals die gewend zijn te werken op basis van protocollen en die ineens op hun eigen beoordelingsvermogen mogen afgaan,



Gerard Nederpelt en Jan Veldman

dat ook moeiteloos doen. Dat is bijna een complete paradigmashift in de zorg.”

Een ding staat vast volgens Nederpelt. “In de komende jaren zal meer technologie steeds sneller haar intrede doen in de zorg die de zorgprofessional en de cliënt van dienst zal zijn. Denk bijvoorbeeld aan mobiele apps, zodat thuiszorgmedewerkers op locatie gemakkelijker hun werk kunnen doen. Of denk aan slimme domotica, zodat ouderen die slecht ter been zijn met behulp van een app of voice control het licht kunnen bedienen. De slimme thermostaat is ook zo'n voorbeeld. Mensen kunnen daardoor langer zelfstandig blijven wonen.”

### Preventie en duurzame inzetbaarheid

Een van de ontwikkelingen die volgens Nederpelt een grote rol gaat spelen, is preventie en duurzame inzetbaarheid. “Organisaties vergrijzen en moeten inzetten op deze aspecten als ze een toekomstbestendig personeelsbeleid willen. Onze sector staat voor een enorme uitdaging om de maatschappelijke ontwikkelingen het hoofd te bieden en de kwaliteit van de zorgverlening te blijven garanderen. Dat vraagt van werkgevers en werknemers flinke inspanningen en een mentaliteitsomslag. We zijn gewend om naar de dokter te gaan als we iets hebben, maar nu gaan we naar een beleid dat is gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen. Het is een enorme uitdaging voor de sector om het niet meer te hebben over ziekte en zorg, maar over gedrag en gezondheid. Recent is gestart met het project 'Wendbaar aan het werk', een project gericht op duurzame inzetbaarheid. Dit vanuit twee invalshoeken: wat kan de werkgever doen om werknemers gezond en duurzaam inzetbaar te houden en hoe zorg je er als medewerker voor dat je zelf de regie pakt als het gaat om duurzame inzetbaarheid.

Deze projecten worden gesubsidieerd door het Europees Sociaal Fonds. We werken daarin nauw samen met Transvorm, onze collega in Noord-Brabant.”

### Schakel met zorgverzekeraars

Sinds 2006 laat de werkgeversvereniging zich op het gebied van zorgverzekeringen ondersteunen door haar intermediair Colijn & Partners. De vereniging heeft van hun expertise gebruikgemaakt voor het inregelen van mantelcontracten voor de bij de vereniging aangesloten organisaties. Jan Veldman, directeur Colijn & Partners, ziet dat werkgevers het in toenemende mate belangrijk vinden wat verzekeraars in hun pakket opnemen op het gebied van preventie en duurzame inzetbaarheid. “In de huidige mantelcontracten met de ziektekostenverzekeraars zijn dan ook extra dekkingen opgenomen voor preventie en vitaliteit”, aldus Veldman. “Dat kunnen zaken zijn als podotherapie en steunzolen, maar ook leefstijl cursussen, mindfulness, fysio of slaapcursussen voor mensen die onregelmatig werken. Daarnaast stellen de verzekeraars per verzekerde medewerker een budget beschikbaar dat de werkgever kan inzetten voor arbeidsgerelateerde zaken, zoals duurzame inzetbaarheid en vitaliteit.”

### Communicatietool met preventiemodule

Voor alle organisaties die gebruikmaken van de mantelcontracten van WGV Zorg en Welzijn heeft Colijn & Partners een tool ontwikkeld met onder andere een onafhankelijke zorgvergelijker. Hiermee kan de medewerker de verschillende verzekeringsproducten die de werkgever collectief aanbiedt, gemakkelijk met elkaar vergelijken om zo tot een keuze te komen die het beste past bij de persoonlijke situatie. “Nieuw in onze tool is de preventiemodule”, licht Jan Veldman toe. “Deze module maakt het voor werkgevers en medewerkers

inzichtelijk wat voor diensten, producten en dekkingen zorgverzekeraars te bieden hebben op het gebied van preventie en interventie. De eerste reacties van werkgevers zijn erg positief. Medewerkers krijgen op deze manier inzicht in de mogelijkheden van hun verzekeraar om de eigen inzetbaarheid te behouden dan wel te vergroten.”

### Het werkvermogen

Veel organisaties die lid zijn van de werkgeversvereniging maken gebruik van het concept Huis van Werkvermogen. In het concept worden factoren op het gebied van gezondheid, competenties, waarden en arbeid omschreven die invloed hebben op de inzetbaarheid van medewerkers. Het concept helpt organisaties om het thema duurzame inzetbaarheid 'handen en voeten' te geven. Vanuit de leden kwam de vraag naar een toegankelijk hulpmiddel voor teams om met elkaar in gesprek te gaan over dit onderwerp. Colijn & Partners heeft dit samen met adviesorganisatie Bewegen Werkt opgepakt en een webapplicatie gebouwd.

### Meer informatie

Colijn & Partners ondersteunt organisaties bij het aanbieden van collectieve verzekeringspakketten. [www.colijn.info](http://www.colijn.info)

WGV Zorg en Welzijn is voor 140 zorg- en welzijnsinstellingen in het oosten van het land de spil als het gaat om een evenwichtige, toekomstbestendige arbeidsmarkt en adequate personeelsvoorziening. [www.wgvzorgenwelzijn.nl](http://www.wgvzorgenwelzijn.nl)

[huisvanwerkvermogen.info](http://huisvanwerkvermogen.info)



## Innovatie begint met zien wat de ander ervaart

Over een kwart eeuw zullen de kosten van zorg zo hoog zijn dat een gemiddeld huishouden een derde van het besteedbaar inkomen aan zorg moet uitgeven, becijferde het Centraal Planbureau (CPB). Om zorg betaalbaar en op niveau te houden moeten zorgprofessionals, bedrijven en patiënten elkaar meer opzoeken en samenwerken aan innovatieve oplossingen en toepassingen.

Dit stellen Antoinette de Bont, bijzonder hoogleraar sociologie van innovaties in zorg aan de Erasmus Universiteit en Wim Groot, hoogleraar gezondheidseconomie aan de Universiteit van Maastricht en lid van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De samenwerking tussen zorgprofessional en patiënt is al jaren gestructureerd in vaste formats, zoals de patiënttevredenheidsenquête, de patiëntenraad en het patiëntenpanel. Die formats maken het lastig om daadwerkelijk samen te werken en innovatief te zijn, zegt De Bont. “Als patiënt speel je niet op je eigen veld. Je moet antwoord geven op vragen die minder met je eigen situatie en meer met de situatie van de vraagsteller te maken hebben.”

Een andere beperking is het verschil in beleving. Verandermanagement staat volgens De Bont soms mijlenver af van de belevingswereld van de zorgverlener op de werkvloer of de patiënt in het ziekenhuisbed of thuis. Veel innovaties zijn technisch gedreven, waardoor er soms onvoldoende aandacht is voor wat er echt toe doet. De Bont pleit voor meer variëteit in de samenwerking tussen zorgaanbieders en patiënten. “Je moet zien wat de ander ervaart. Hoe leeft

een patiënt eigenlijk thuis?” Ze verwijst naar een proef in de Verenigde Staten, waar een camera een patiënt volgde die na zijn ziekenhuisopname weer naar huis mocht. Daaruit bleek dat de patiënt vrijwel niets meer wist van de medische instructies die hij bij zijn vertrek had meegekregen. Op het moment dat hem werd verteld wat wel en niet te doen, was hij met zijn hoofd al buiten. “Daarvan is geleerd dat het beter is de patiënt op een later moment de nodige instructies te geven. Een simpele innovatie, maar heel effectief.”

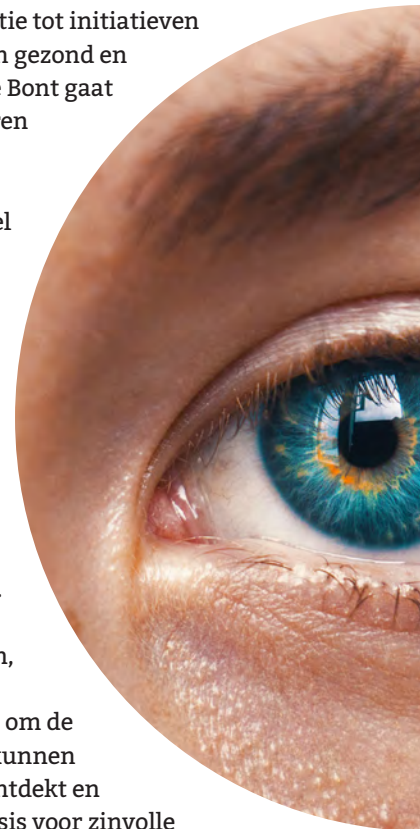
“*Je gaat mogelijkheden verkennen. Niet probleemgericht, zoals wetenschappers doen, maar oplossingsgericht en actiegericht*”

### Dansen voor gezondheid

Er zal op een andere manier naar zorg gekeken moeten worden nu de terugtrekkende overheid en de mogelijkheden om digitaal te communiceren en kennis te delen, de verhouding tussen (zorg)organisaties en burgers (patiënten) radicaal heeft veranderd. Mensen kunnen en gaan steeds meer zelf organiseren. Om de betekenis van ‘anders denken’ onder de aandacht te brengen, organiseerde De Bont een zomerschool (‘Gezond en plezierig leven voor iedereen: hoe houdt

de zorgsector contact met de samenleving?’). Doel was het verkennen van de rol van organisaties (overheid/beleidsmaker, verzekeraars, leveranciers, kennisinstellingen) in relatie tot initiatieven in de samenleving voor een gezond en plezierig leven. Volgens De Bont gaat het vooral om het stimuleren van verbindingen tussen organisaties en burgers. “Een beweging van formeel instituut naar informele leefomgeving.”

Tijdens de zomerschool werd gewerkt volgens de methode van Design Thinking (DT), gebaseerd op logica, analyse, verbeelding en doen. “Je gaat mogelijkheden verkennen. Niet probleemgericht, zoals wetenschappers doen, maar oplossingsgericht en actiegericht.” Wat is nodig om de patiënt en elkaar beter te kunnen helpen? Als die behoefte ontdekt en begrepen wordt, kan de basis voor zinvolle vernieuwing gelegd worden. De Bont vindt dat het bijeenbrengen van inzichten uit verschillende disciplines innovatieve vruchten kan afwerpen. Als voorbeeld noemt zij *Dance for Health*, waar de kennis en kunde van de artistieke en medische wereld elkaar



ADVERTORIAL

## Innovatieve aanpak onbegrepen gedrag bij ouderen



Onbegrepen gedrag is een van de grootste problemen in zorginstellingen voor ouderen. Om zorgprofessionals een leidraad te bieden en mantelzorgers te ondersteunen, ontwikkelde Leila Kaddioui, verpleegkundig specialist ggz bij Stichting Sint Jacob, het ‘Zorgpad onbegrepen gedrag’.

### Wat verstaan jullie onder ‘onbegrepen gedrag’?

“Onbegrepen gedrag omvat al het gedrag van cliënten dat door de cliënt en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren. Gedrag met nadelige consequenties voor de kwaliteit van leven, waarbij zorgverleners een rol hebben in het voorkomen of verminderen ervan. Dit gedrag kan belastend en stressvol zijn voor cliënt, medecliënten, medewerkers en mantelzorgers. Het onvoldoende volgens

de geldende maatstaven behandelen, of onbegrepen gedrag laten voortbestaan of te laat signaleren, leidt tot risico’s. Het gedrag gaat immers niet vanzelf weg of zal zelfs verergeren. Een vroegtijdige diagnose en adequate professionele ondersteuning ter voorkoming of vermindering van deze problemen zijn nodig.”

### Hoe uit onbegrepen gedrag zich?

“Onbegrepen gedrag kan zich op vele manieren uiten, bijvoorbeeld in agitatie, agressie, angst, depressieve klachten, hallucinaties, wanen, ontremming, doelloos herhalend gedrag, claimend gedrag, prikkelbaarheid of zwerfgedrag.”

### Welke aanpak hebben jullie bedacht?

“Om bij Stichting Sint Jacob het proces van zorgverlening bij onbegrepen gedrag te optimaliseren, heb ik in samenwerking

met collega’s het zorgpad onbegrepen gedrag ontwikkeld. Bij de vormgeving van het zorgpad is het van belang geweest om de kernelementen uit de geldende richtlijnen leidend te laten zijn. Het grootste risico van het niet volgen van richtlijnen is een negatieve invloed op de kwaliteit van leven van de cliënt, waarbij deze zich ofwel terugtrekt en versneld achteruitgaat of het gedrag zich juist verergerd waardoor de situatie escaleert en medewerkers overbelast raken.”

### Wat houdt het zorgpad precies in?

“Het zorgpad onbegrepen gedrag verenigt en concretiseert stapsgewijs de kernelementen die belangrijk zijn bij het omgaan met onbegrepen gedrag bij al onze cliënten. Deze werkzame elementen komen uit richtlijnen, zoals de Verenso-richtlijn probleemgedrag, en zijn bevestigd door experts. De belangrijkste factoren zijn: een gedegen analyse waarbij de oorzaak van het gedrag behandeld wordt, multidisciplinaire samenwerking, psychosociale interventies de voorkeur geven boven het voorschrijven van psychofarmaca, mantelzorgers betrekken en de behandeling evalueren met extra aandacht voor het staken van behandeling met psychofarmaca.”

### Wat levert werken met dit zorgpad op?

“Het zorgpad is een leidraad voor alle medewerkers en waarborgt ook de ondersteuning aan medewerkers en mantelzorgers om onbegrip en

overbelasting tegen te gaan door onder meer coaching en psycho-educatie. Het zorgpad kadert goede zorg en maakt deze inzichtelijk en toetsbaar. Een geïmplementeerd zorgpad geeft houvast en zelfvertrouwen aan teams en voorkomt dat er onnodig vaak ad hoc-beleid wordt ingezet. Een van de interventies uit het zorgpad is het bewonersoverleg waarbij de psycholoog teams coacht in het omgaan met onbegrepen gedrag. Medewerkers zijn vaak erg enthousiast en creatief in het bedenken van oplossingen bij onbegrepen gedrag. Het bewonersoverleg ondersteunt dit creatieve proces, geeft ruimte voor zelfreflectie en het komen tot breed gedragen interventies. De ontwikkeling dat mensen langer thuis wonen is snel gegaan; hierdoor zijn cliënten op het moment dat ze bij ons komen wonen, zowel lichamelijk als geestelijk vaak erg kwetsbaar. Die lichamelijke en psychische kwetsbaarheid beïnvloeden en versterken elkaar. Daardoor is een verschuiving gaande in de ouderenzorg naar meer complexe problematiek, ook op het gebied van onbegrepen gedrag. Het zorgpad biedt hierbij ondersteuning en zal, al naar gelang ontwikkelingen in de ouderenzorg, bijgesteld worden.”

### Meer informatie

Stichting Sint Jacob biedt zorg, behandeling en revalidatie voor ouderen in de regio Zuid-Kennemerland.  
www.sintjacob.nl



raken. Parkinson, reuma en MS kunnen het gevoel van contact met het lichaam verstoren. Bewegingen zoals lopen, schrijven en iets vastpakken, die de meeste mensen als vanzelfsprekend ervaren, worden moeilijker en dat heeft grote invloed op het dagelijks leven. De Dance for Health-programma's combineren kennis en specifieke ervaring uit de moderne dans, klassiek ballet en fysiotherapie. Door middel van dans, muziek en verbeeldingskracht wordt gewerkt aan balans, flexibiliteit, kracht, coördinatie en houding. In de fysieke training wordt ook de creativiteit geprikkeld, zodat mensen hun eigen kracht en mogelijkheden kunnen (her)ontdekken. Daardoor voelen ze zich energiever, fitter en beter.

**Organisatiekracht**

Ook organisatorische verandering kan innovatief zijn, vervolgt De Bont. Zo subsidieerde het ZonMw-programma Op één lijn bijna zeventig projecten gericht op organisatieontwikkeling en samenwerking in de eerste lijn. Deze zorg, die direct toegankelijk is voor de burger (zoals huisartsen en maatschappelijk werk), krijgt steeds meer taken en verantwoordelijkheden

“*Het vraagt van kleinschalige praktijken, die traditioneel de eerste lijn vormen, een innovatieve kijk om deze rol te kunnen blijven vervullen*”

voor ouderen en chronisch zieken, maar ook voor de geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. “Het vraagt van kleinschalige praktijken, die traditioneel de eerste lijn vormen, een innovatieve kijk om deze rol te kunnen blijven vervullen.” Sommige praktijken zetten de stap naar schaalvergroting. Ze richten centra in met meerdere zorgdisciplines onder één dak en gaan samenwerkingsverbanden aan met elkaar of met tweedelijns instellingen. Andere praktijken gaan lossere samenwerkingsverbanden aan en zien meer heil in het creëren van netwerken of virtuele organisaties om hun organisatiekracht te vergroten en de beoogde innovatie te realiseren. “Ondertussen is gebleken dat bij de meerderheid van de projecten een grotere organisatiekracht is bereikt.” Het programma heeft een aantal belangrijke lessen opgeleverd. Bijvoorbeeld: verander een team niet, ook al is het nog niet succesvol. Voortzetting van bestaande samenwerkingsverbanden heeft een meerwaarde voor organisatieontwikkeling. Een ander les is dat een vruchtbare bodem de groei van organisatieontwikkeling stimuleert. Een ‘hechte’

omgeving, waarin minder concurrentie is, heeft meer kans van slagen dan een concurrerende omgeving.

**Toename e-health**

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft circa 130 miljoen euro uitgetrokken om medisch-technologische innovaties te stimuleren. Grotendeels gaat het om publiek-private samenwerking tussen overheid, bedrijven in de sector Life Sciences & Health, wetenschappelijke onderzoeks- en kennisinstellingen en gezondheidsfondsen. Het vertrekpunt moet zijn wat individuele patiënten nodig hebben en niet wat de zorg of de medische technologie aanbiedt. In de plannen gaat het niet alleen om innovaties in hoogcomplexiteit, zoals het kweken en printen van organen of het vroegtijdig opsporen van ziekten via nanotechnologie. Ook vernieuwingen in de laagcomplexiteit, zoals de preventie dragen bij aan de kwaliteit van leven, de zelfredzaamheid en de betaalbaarheid van zorg. In haar beleidsagenda 2018 stelt VWS dat e-health mensen helpt om de regie te voeren over hun leven en gezondheid. Zorg is niet meer per se gebonden aan tijd of plaats, maar kan in de eigen omgeving worden georganiseerd. Patiënten met chronische aandoeningen kunnen met behulp van slimme technologie, zoals beeldschermzorg en domotica, blijven werken en meedoen.

▣ Lees verder op pagina 7

■ ADVERTORIAL

## Ze kiezen voor mensen, niet voor computers

Waar denkt ú aan bij digitale vaardigheden: mailen? Tekstverwerken? Een tablet bedienen? Allemaal juist. Maar dit is slechts het topje van de ijsberg. De zorg wordt overspoeld met (technologische) innovaties en volgens Suzanne Verheijden, programma-manager Innovatie bij 's Heeren Loo, is dat lang niet altijd te behappen voor medewerkers in die sector: “Er is echt werk aan de winkel op het gebied van digitale vaardigheden.”

**Waarom is dat zo belangrijk, zorg is toch mensenwerk?**

“Klopt, maar de zorg wordt nu eenmaal ‘digitaler’. Je moet als medewerker in de zorg straks weten wat kunstmatige intelligentie doet voor je cliënt. Je verdiepen in robotica. Je zorg digitaal verantwoorden. De ontwikkelingen gaan gewoon zo ontzettend snel. Maar veel is erop gericht om de zelfredzaamheid van cliënten te vergroten en werkprocessen efficiënter te maken. Ik vind daarom ook dat als je niet voldoet aan het onderniveau van digitale vaardigheden, je straks niet meer in de zorg kunt werken.”

**Zijn er anno 2017 dan echt nog mensen die dat niveau niet halen?**

“Absoluut! We hebben binnen 's Heeren Loo uitgebreid onderzoek gedaan naar digitale vaardigheden van medewerkers, zowel kwantitatief als kwalitatief. Er blijken ca. 1000 digibeten werkzaam te zijn bij onze organisatie, van de in



Suzanne Verheijden

totaal 14.000 medewerkers. Tijdens de interviews kwam ook het taboe aan het licht. Sommigen zijn bang dat de computer ontploft of dat documenten kwijt raken. Zij vonden het overigens fijn om daar eindelijk eens over te praten. En wat ik ook mooi vond aan de interviews: iedereen begrijpt dat het nodig is om wat aan digitale vaardigheden te doen. Ondanks dat sommigen het spannend of moeilijk vinden.”

**Waar een wil is, is een weg: hoe gaat 's Heeren Loo de vaardigheden van haar medewerkers opkrikken?**

“Respondenten kwamen zelf met de oplossing: ze leren het beste van elkaar. Niet van familie of vrienden, maar van collega's. Dat bracht ons op het idee om samen met andere partijen een opleidingsprogramma te ontwikkelen en een meerjarige campagne te lanceren. Iedereen krijgt dan een maatje om mee te leren. Ook proberen we cliënten in te zetten; soms zijn zij digitaal verder dan onze medewerkers.”

*“We zijn altijd bereid onze ervaringen te delen”*

**Het voelt alsof jullie het wiel opnieuw moeten uitvinden. Klopt dat?**

“Er is veel lesmateriaal beschikbaar op het gebied van tekstverwerken of presentaties maken. Des te minder leermiddelen zijn er in de markt over topics als privacy en domotica. En juist op die fronten willen we onze medewerkers faciliteren. We baseren ons leerprogramma op de uitkomsten van de bewerkte, digitale zelftest van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. En ja, we zijn altijd bereid onze ervaringen te delen!”

**Stel: ik wil bij 's Heeren Loo gaan werken. Kan ik dan ook gebruik maken van het programma?**

“We hebben speciale competenties ge-

formuleerd. Mocht het zo zijn dat je als sollicitant niet vaardig genoeg bent, dan gaan we je vooruit helpen met ons opleidingsprogramma. Iedereen moet uiteindelijk aan de bak. Of je nu met cliënten werkt, beleidsadviseur bent of in de RvB zit.”

**Waar ga je zelf aan werken, Suzanne?**

“Ik ga me verdiepen in Excel zodat ik onderzoeksresultaten nóg beter kan verwerken. Maar ik zoek nog een maatje. Heb jij er toevallig verstand van...?”

**Meer informatie**

's Heeren Loo  
www.sheerenloo.nl/innovatie  
0800-3 55 55  
info@sheerenloo.nl



## PROFIEL

## Met goede ICT naar geïntegreerde zorg

De kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg staan onder druk. Mensen wonen langer zelfstandig, worden geacht zelfredzamer te zijn en bepalen steeds vaker zelf. Dat vraagt om een andere organisatie van de zorg: hoogwaardig, op maat en dichtbij de patiënt. Dat is niet alleen de taak van de zorgverleners, maar ook van ICT-leveranciers.

Verschillende zorgverleners werken logischerwijs vanuit verschillende ICT-systemen. Helaas zijn veel van deze ICT-systemen onderling niet goed gekoppeld. Daardoor heeft niet iedereen alle belangrijke informatie. Bovendien ontstaan communicatiefouten en dubbele registraties. Ook hebben zorgverleners vaak niet dezelfde informatie over actuele medicatie. Dit gaat ten koste van de zorgkwaliteit, want om de beste zorg te kunnen bieden is de juiste informatie van

cruciaal belang. ICT-bedrijven werken aan een oplossing, zodat zorgverleners en patiënten wel informatie kunnen uitwisselen. Door de verschillende informatiesystemen met elkaar te laten 'praten' verbetert ook de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners en worden fouten voorkomen. Dit heet: geïntegreerde zorg. Maar dat gaat niet vanzelf. Belangrijk hiervoor is dat ICT-bedrijven samen werken aan hetzelfde doel: de beste persoonlijke zorg voor de patiënt. Op basis van openheid en vertrouwen.

### Systemen met elkaar laten 'praten'

Informatiesystemen moeten dus eenvoudig en op een veilige manier met elkaar kunnen 'praten' zodat alle zorgverleners dezelfde patiëntgegevens hebben. Hiervoor is intensieve samenwerking nodig met gebruikers: huisartsen, apothekers, zorggroepen en praktijkondersteuners.



Pita van Arkel

Zij moeten mee kunnen denken over de ontwikkeling van applicaties. Een ICT-bedrijf dat het belang hiervan erkent is de Promedico Groep. Deze stichting zonder winstoogmerk ontwikkelt ICT-oplossingen die bijdragen aan geïntegreerde zorg.

Directeur Pita van Arkel: "We zijn op diverse manieren bezig om de verschillende systemen goed op elkaar te

laten aansluiten. Zelf én in samenwerking met andere ICT-leveranciers. Denk bijvoorbeeld aan integratie van het systeem van de praktijkondersteuner in dat van de huisarts. Eind oktober is fase 1 afgerond."

"Een ander voorbeeld is Apro, het eerste farmaceutisch zorgsysteem dat de patiënt echt centraal stelt. De taken van de apotheker gaan verder dan alleen het afgeven van medicatie. Dankzij Apro heeft de apotheker actuele en volledige medische gegevens en kan hij goed samenwerken met andere zorgverleners, zoals de huisarts. Samenwerking is ook hier de sleutel, in het belang van de patiënt."

### Meer informatie

www.promedico.nl  
030 601 6620  
info@promedico.nl

## INTERVIEW met Annet Spijker en Marc Blom

## Innoveren in de geestelijke gezondheidszorg

Innoveren is nog niet in alle ggz-instellingen gemeengoed, terwijl de ggz niet zonder een innovatief klimaat kan, stellen Annet Spijker (directeur PsyQ) en Marc Blom (raad van bestuur Parnassia Groep waarvan PsyQ een onderdeel is).

### Waarom zijn innovaties in de ggz nodig?

Blom: "Psychische problemen komen heel veel voor. Zo'n 20 procent van de mensen heeft er zelf mee te maken; iedereen kent wel iemand. Ggz-interventies vinden vaak pas laat in het ziekteproces plaats. Idealiter zou dat veel eerder zijn en zou de ggz sneller en makkelijker bereikbaar zijn. Ook de bereikbaarheid van de ggz moet verbeteren. Niet door alleen maar meer geld in de sector te pompen, maar door slimme, innovatieve methoden. Daarnaast wil de ggz de zorg dichterbij de mensen brengen. In plaats van eens per twee weken therapie, wordt de cliënt met innovatieve vormen van ggz, zoals e-health, ook tussendoor gesteund. Dat geeft cliënten meer regie over de behandeling."

Spijker: "Cliënten zijn hiermee beter in staat problemen zelf aan te pakken. Zelfregie is heel belangrijk en doorgaans ook succesvol, maar cliënten en behandelaars moeten dat wel ervaren. Daarvoor zijn online tools goed inzetbaar."

### Komen innovaties voldoende van de grond?

Blom: "Nog niet. Er zijn allerlei



Marc Blom

mogelijkheden die nog onvoldoende gebruikt worden. Doordat online tools in de opleiding nauwelijks een plek hebben, moeten psychologen die van de universiteit komen eerst een achterstand wegwerken. Daarnaast is de regelgeving en financiële afwikkeling ingewikkeld. Ontwikkeling, gebruik en onderhoud van e-health kost geld, en dat vergoed krijgen is niet eenvoudig. Er zijn subsidies voor het ontwikkelen van apps, maar

standaardvergoedingen voor de omgang met e-health zijn er niet. De budgetten verschillen per instelling, maar het zou overkoepelend geregeld moeten worden."

### Welke uitdagingen zijn er nog meer?

Blom: "De werkelijke uitdaging ligt niet bij het ontwikkelen, maar bij de implementatie van e-health. Er vindt bovendien nog weinig onderzoek plaats op dit gebied, waardoor niet veel bekend is over wat werkt. Dat vinden therapeuten moeilijk. Een klimaat van opleiden en innoveren is heel belangrijk om goed aan te sluiten bij bestaande inzichten. Aanvankelijk was e-health vrij saai; een ander kritiekpunt van patiënten en behandelaars. Nu zijn applicaties aantrekkelijker en zitten er spelelementen in. Dat werkt beter."

Spijker: "Behandelaren zijn gewend aanbod gestuurd te werken, terwijl e-health vraagt om vraaggestuurd werken gericht op zelfregie, waarbij de patiënt nog meer centraal komt te staan. We staan aan het begin van deze ontwikkeling. Daarom moet er ruimte zijn om te experimenteren. Ook moeten patiënten steeds betrokken worden."

### Welke innovaties spelen in uw organisatie?

Blom: "Een e-health applicatie die wij ontwikkeld hebben is TemStem, voor mensen die stemmen horen. De app op de smartphone stimuleert het hersengebied

dat ook gebruikt wordt door stemmen. Wie gebruikmaakt van de app hoort op die momenten geen stemmen meer. Zo kunnen mensen de controle terugwinnen. Een andere app is Goalie, die met bestaande sensoren in de smartphone data verzamelt over gedrag en stemming. De app helpt mensen met depressieve en angstklachten bij het monitoren van hun stemming en het behalen van doelen die zij voor zichzelf stellen."

Spijker: "Een laatste voorbeeld is Superbrains, een platform voor ADHD-patiënten. De meeste psychiatrische behandelingen zijn tijdelijk, maar de klachten kunnen terugkomen. In deze app krijgt de behandeling en de terugvalpreventie een plek. De spelelementen werken goed omdat deze mensen snel zijn afgeleid. Tot slot hebben we een e-health-team opgezet, dat de eerste stappen van behandeling voor patiënten met angst en depressie online aanbiedt, via zelfhulpmodules, apps en chatmogelijkheden. Het team is hier vol mee bezig, om routine te krijgen en zo eHealth een grote plek in de behandeling te geven."

### Meer informatie

Parnassia biedt hulp bij psychiatrische problemen voor (jong)volwassenen en mensen met psychotische aandoeningen.  
www.parnassiagroep.nl



**Parnassia Groep topwerkgever!**

Specialist in geestelijke gezondheid

Wij geven iedere dag de meest gespecialiseerde zorg aan onze patiënten.

### Kom jij als professional onze zorg versterken? We bieden jou:

- ruimte voor persoonlijke en professionele ontwikkeling
- ruimte voor specialisatie
- ruimte voor onderzoek
- ruimte voor innovatie

### Interesse?

Ga naar [www.parnassiagroep.nl/werken-en-leren](http://www.parnassiagroep.nl/werken-en-leren) en kijk welke vacatures we voor jou hebben.





Vervolg van pagina 5

Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen kunnen soms sneller online worden geholpen door een professional, zodat ze weer verder kunnen met het dagelijks leven. Ook in de verpleeghuiszorg kan e-health de kwaliteit van leven van mensen verbeteren. Hoewel face to face-contact altijd blijft bestaan, kunnen zorgverleners online vaker contact met patiënten hebben. “Dankzij innovatie hebben zorgverleners meer tijd over om patiënten en cliënten aandacht te geven, terwijl de zorg betaalbaar blijft.”

#### Tekort aan zorgpersoneel

Met medische innovaties als thuishetechologie, innovatieve geneesmiddelen en ketenzorg kunnen zorginstellingen het toekomstige tekort aan personeel ondervangen, zo bleek uit een onderzoek een aantal jaren geleden. Zorgeconoom Wim Groot, een van de onderzoekers: “Door vergrijzing dreigt een structureel tekort aan goed opgeleid zorgpersoneel. Rond 2025 zou bijna 25 procent van de Nederlandse beroepsbevolking in de zorgsector werkzaam moeten zijn om aan de stijgende zorgvraag te voldoen.” In het onderzoek is gekeken naar drie veelvoorkomende aandoeningen waarbij een groot beroep wordt gedaan op (psychiatrische) ziekenhuizen: COPD/astma, hart- en vaatziekten en psychische stoornissen. Deze drie ziekten waren in 2007 goed voor ongeveer 166.000 (psychiatrische) ziekenhuisopnamen. De zorginstellingen hebben samen 7200 personeelsleden kunnen besparen door gebruik van tien innovatieve geneesmiddelen. De besparing is nog veel groter, stelt Groot. “We beschikten voor het onderzoek over de gegevens van slechts tien geneesmiddelen, terwijl er een veelvoud aan nieuwe medicijnen is.” Als meer patiënten met meer innovatieve geneesmiddelen worden behandeld, komen de personele besparingen in 2025 uit op ongeveer 10.000 fte. De studie leert dat medische innovatie een bijdrage levert aan verhoging van de arbeidsproductiviteit in de gezondheidszorg: negeren de zorginstellingen deze ontwikkeling dan worden ze geconfronteerd met een chronisch tekort aan handen aan het bed. Zorginnovatie leidt niet vanzelfsprekend tot lagere kosten, legt de zorgeconoom uit. Medische technologische vernieuwingen leiden soms eerder tot hogere kosten. Als aandoeningen waar mensen voorheen aan overleden door nieuwe behandelingen chronische ziekten worden, zullen zorgkosten toenemen. Het belangrijkste is dat innovatie vaak tot een betere kwaliteit van zorg leidt; tot meer kans op genezing, verlengde levensverwachting en kwaliteit van leven. “Daarnaast zorgen arbeidsbesparende innovaties ervoor dat je de krapte op de arbeidsmarkt in combinatie met het toenemend zorggebruik kunt opvangen.”

#### Afschaffen zorgverzekeraars

De komende generaties zullen zorg anders moeten organiseren om haar betaalbaar te houden. Een nationaal zorgfonds, zoals een politieke partij voorstelde is geen optie, aldus Groot. De partij wilde de zorgverzekeraars afschaffen en de zorg weer centralistisch regelen, zoals in het voormalige ziekenfonds.

Groot en andere zorgeconomen wijzen erop dat het Nederlandse zorgstelsel weliswaar duur is, maar dat dit niet zozeer ligt aan de private zorgverzekeraars. Het komt doordat in ons land meer langdurige zorg wordt

verleend dan in andere Europese landen. Verder zijn het niet de zorgverzekeraars maar is het de overheid die de hoogte van het eigen risico bepaalt. “Het huidige systeem functioneert prima. De zorgverzekeraars afschaffen en een nationaal zorgfonds introduceren zou de staat 6 miljard euro kosten. Dat moet je niet willen.” Innovatief noemt hij het initiatief van een ziekenhuis in Zeeland, dat als eerste in Nederland complete operatiekamers (de ruimte en medische apparatuur) van een commerciële partij huurt. De patiëntenfederaties reageerden

enthousiast: de patiënt kan met hypermoderne apparatuur in zijn eigen regio worden



geholpen, terwijl het ziekenhuis met deze oplossing de zorgkosten laag houdt. Dat

laatste is volgens Groot nog maar de vraag. Met een leasecontract is men immers altijd duurder uit: dat is met een operatiekamer niet anders dan met een auto. Begrip voor de actie heeft hij wel. Als banken niet bereid zijn extra geld te lenen, gaan instellingen op zoek naar alternatieven.

#### Solidariteit

Om bij alle vernieuwingsdrang het basisprincipe van het zorgstelsel – solidariteit – te waarborgen, bepleitte directeur Kim Putters van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) een nieuwe blik op het organiseren van solidariteit rond sociale risico's tussen zieken en gezonden en tussen mensen met hoge en lage inkomens. Hij deed dat in zijn oratie bij de aanvaarding van de leerstoel 'beleid en sturing van de zorg in de veranderende verzorgingsstaat' aan de Erasmus Universiteit. Steeds vaker ervaren mensen minder profijt van die solidariteit, zijn ze niet geholpen met voorzieningen of kunnen ze het zelf beter regelen, aldus Putters. Het onbehagen neemt hierdoor toe. Tegelijkertijd neemt de groep kwetsbare mensen bij wie problemen zich opstapelen ook toe. Hierdoor groeit ook het wantrouwen jegens instituties. Politici, zorgbestuurders en dokters worden steeds minder vertrouwd in 'het goede' te doen. Putters vindt dat er een vernieuwd sociaal contract nodig is. Zo moet duidelijk zijn wat overheid en burgers van elkaar kunnen verwachten. Daarvoor is meer maatschappijvisie nodig en beter inzicht in de situatie van cliënten en hun families. Niet alle groepen zijn voldoende zichtbaar. “Denk aan jonge mantelzorgers, arme werkenden en mensen die niet snel hun mond open doen of zorg mijden. Hoe ga je met kwetsbare burgers om? Dit moet het onderwerp zijn van voortdurend debat tussen burgers en gemeenteraden.”

#### Achterblijvers

We moeten nieuwe manieren vinden om risico's

te delen, vindt Putters. Dat kan bijvoorbeeld via zorgcoöperaties van groepen burgers die onderling hulp, contacten en andere voorzieningen bieden of die voor de coöperatie regelen. Het is zaak om het begrip 'gezondheid' opnieuw in te vullen. Niet alles kan medisch worden opgelost. Ook werk, sociale contacten, vaardigheden en andere hulpbronnen bepalen de kwaliteit van leven. Dat vraagt om meer samenwerking tussen zorgverleners en andere organisaties. “Mensen overzien niet altijd alle medische besluiten, met alleen 'eigen regie' en 'eigen verantwoordelijkheid' kom je er dus niet.” Overleg met de zorgvrager blijft daarom volgens de SCP-directeur belangrijk, maar die hoeft de regie niet helemaal op zich te nemen.

Daarvoor heb je zaakwaarnemers nodig, zoals casemanagers, buddy's, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars. “Die staan echter vaak in een negatief daglicht, omdat zij de beslissingsruimte van hulpbehoevenden zouden inperken. Herwaardering van hun rol is hard nodig.” Er moet helderheid komen over de basiszorg waar mensen op kunnen rekenen. Als een bovenlaag – de mondige, hoogopgeleide, digitaal vaardigen – structureel betere toegang en kwaliteit krijgt, dan ebt het draagvlak om risico's te delen weg. Landelijk zijn op hoofdlijnen afspraken nodig die lokaal ingevuld worden. Het Rijk kan bij opleidingen, kennisinfrastructuur en evaluaties het voortouw nemen, ook al lijkt dit in tegenspraak met lokaal en kleinschalig 'maatwerk'. Tot slot moet de opgedane, wetenschappelijke kennis beter worden gebruikt. Dat kan zich uiten in sneller delen, leren van slechte praktijken en beleid daarop aanpassen. “Als onduidelijk blijft wat burgers van de overheid kunnen verwachten, terwijl de verschillen in gezondheid en het verschil in de positie tussen een bovenlaag en een groep achterblijvers groter wordt, groeit het onbehagen.”

## UITGELICHT

Op initiatief van ZonMw gingen zorgverleners, patiënten, ondernemers, onderzoekers en beleidsmedewerkers met elkaar in gesprek over *patient included* innoveren. Het resulteerde in een aantal lessen:

- \* Betrek de patiënt vanaf het begin. Vanaf het verkennen van de markt, het bedenken van ideeën en ontwikkelen van concepten tot aan het testen van innovaties, implementatie en uiteindelijke opschaling.
- \* Vraag niet alleen de mondige, jonge patiënt, maar het hele scala aan patiënten. Van laaggeletterden tot hoogopgeleiden, van jong tot oud en met diverse culturele achtergronden.
- \* Het is belangrijk dat de patiënt weet waarom hij meewerkt en wat er met zijn bijdrage wordt gedaan.
- \* Ga in gesprek over wensen en behoeften en vraag wat er in hún leven toe doet en hoe de innovatie kan helpen om dat leven meer kwaliteit te geven.
- \* Ontwikkel een innovatie zo dat iedereen het snapt en schakel ook laaggeletterden in bij het ontwikkelproces.
- \* Het is reëel om de inbreng van patiëntvertegenwoordigers te honoreren.
- \* Bespreek samen hoe je elkaar in de tussentijd op de hoogte houdt en hoe iedereen betrokken blijft.
- \* Een ziekte is meer dan een aantal meetwaarden. Patiënten kunnen vertellen dat een innovatie meer moet doen dan helpen bij dat ene stukje van een ziekte.

Bron: ZonMw



## Positief kijken naar gezondheid in het ziekenhuis

Van onze redactie  
Auteur: Nina Visser

In navolging van de ouderenzorg is er ook in ziekenhuizen steeds meer aandacht voor een positieve benadering van gezondheid. Bij gezondheid, herstel en omgaan met ziekte gaat het om veel meer dan alleen de medische kant, aldus Machteld Huber, arts-onderzoeker en oprichter van het Institute for Positive Health.

Ter ondersteuning van deze gedachte introduceerde Huber een nieuwe definitie van gezondheid: 'gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'. Waar gezondheid in de standaarddefinitie van de World Health Organization (WHO) wordt opgevat als een toestand van compleet welbevinden, kiest Huber voor een andere interpretatie. In haar definitie draait het veel meer om de vraag of mensen kunnen (leren) omgaan met wat het leven brengt, zodanig dat ze zich daar goed bij voelen en het idee hebben dat ze zelf de regie in handen hebben.

### Positieve Gezondheid

Huber werkte haar definitie verder uit tot het concept Positieve Gezondheid. Deze benadering gaat uit van wat iemand wél kan in plaats van wat iemand niet kan. Centraal staat wat iemand belangrijk vindt in het leven en wat hij of zij mogelijk wil veranderen. Mensen kunnen dat bepalen aan de hand van de zes dimensies van Positieve Gezondheid, die elkaar onderling beïnvloeden: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, de spiritueel-existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren. "Op het moment dat mensen gaan nadenken over wat voor hen belangrijk is en wat ze op dat terrein eventueel nog missen, neemt een ziekte niet de belangrijkste plek in en is die makkelijker te dragen", legt Huber uit.



Steeds meer ziekenhuizen tonen interesse in deze positieve denkwijze. Zij merken dat het hun patiënten helpt hun ziekte op een andere manier te benaderen. "Sommige mensen zijn gewend om heel erg te focussen op hun pijn en klachten, terwijl ze met een positieve benadering ook kijken naar aspecten in andere dimensies waaraan ze wel iets kunnen veranderen", vertelt Maaïke Mol, Programmaleider Eigen regie bij Stichting Zorgbelang Brabant. Wel vinden ziekenhuizen het nog lastig om deze positieve benadering van gezondheid op de werkvloer en in de relatie tussen zorgverlener en patiënt tot uiting te laten komen, merkt ze. Deze gedachtegang gaat namelijk uit van een wezenlijk andere benadering. Het gaat niet om methodieken, lijstjes of protocollen, waardoor het idee lastig te vertalen is naar de praktijk. Toch is dat volgens Mol wel degelijk mogelijk, als ziekenhuizen samen met patiënten optrekken om te bekijken hoe ze het kunnen omzetten in praktische toepassingen.



*Als zorgverleners in ziekenhuizen aandacht hebben voor wie de mens tegenover hen is, kan dat bijvoorbeeld de keuze voor een bepaalde therapie beïnvloeden*



### Grote publiek

Dat het langer heeft geduurd voordat deze benadering door ziekenhuizen werd omarmd, is volgens Huber niet meer dan logisch. Het concept is namelijk niet bedoeld voor acute situaties, legt ze uit. In een ziekenhuis moet vaak snel gehandeld worden. Op het moment dat situaties langduriger zijn en er sprake is van chronische ziekten, is het veel vanzelfsprekender om aandacht voor de behoeften van mensen te hebben. Dat kan echter ook in ziekenhuizen, denkt Huber. "Als zorgverleners in ziekenhuizen aandacht hebben voor wie de mens tegenover hen is, kan dat bijvoorbeeld de keuze voor een bepaalde therapie beïnvloeden."

Mol hoopt dat deze positieve benadering zich vanuit de gezondheidszorg zal uitbreiden naar het grote publiek. Mensen hoeven namelijk niet per se ziek te zijn om ermee bezig te zijn in hun leven, benadrukt ze. "Het idee is gestart vanuit de gezondheidszorg, maar het zou heel mooi zijn als dit gedachtegoed de mensen thuis bereikt, zodat ze er zelf mee aan de slag gaan in hun dagelijks leven."

ADVERTORIAL

## Zorg georganiseerd rondom de patiënt

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis is het eerste ziekenhuis in Nederland dat een positieve benadering van gezondheidszorg heeft omarmd. De nadruk komt daarmee de komende jaren te liggen op het verbeteren van het functioneren in het dagelijks leven. Wat patiënten daarin belangrijk vinden, staat daarbij centraal. Sommige afdelingen, waaronder het Borstcentrum onder leiding van chirurg-oncoloog Maud Bessems, zijn een goed voorbeeld van de benadering waar het ziekenhuis de komende jaren mee aan de slag gaat.

In 2013 is voor het Borstcentrum van het Jeroen Bosch Ziekenhuis een onderzoek uitgevoerd onder patiënten en medewerkers, waarbij werd gevraagd wat er beter kon. Uit het onderzoek bleek dat met name aan één aspect veel waarde werd gehecht: het geven van oprechte aandacht aan patiënten. "Op het moment dat je dat doet, en de zorg rondom patiënten organiseert in plaats van rondom de arts of het proces, wordt de zorg merkbaar beter", zegt Bessems. Het gehoor geven aan dit verzoek was een eerste stap richting een positieve benadering van zorg, zonder dat zij en haar collega's zich daarvan bewust waren.

De positieve benadering past volgens Bessems heel erg binnen de huidige tijdsgeest. Gastvrijheid is daarbij het sleutelwoord. "De gezondheidszorg is de

afgelopen vijf jaar enorm veranderd. En het is niet alleen de gezondheidszorg, de hele wereld beweegt zich richting het bieden van gastvrijheid." Een sector die hierin vooroploopt, is de hotellerie. Om die reden liep in 2014 een groep hotelschoolstudenten mee in het ziekenhuis, waarna ze een rapport schreven met een aantal handreikingen om de zorg rondom de patiënten te verbeteren.

### Maatwerk

In de dagelijkse praktijk heeft de focus op positieve gezondheidszorg in het Borstcentrum van het Jeroen Bosch Ziekenhuis een aantal belangrijke implicaties. Allereerst doorloopt geen enkele patiënt exact hetzelfde traject, want alles is maatwerk. "Ziek zijn is niet voor iedereen hetzelfde, en iedereen gaat er anders mee om. Daar spelen we op in door de situatie per patiënt te bekijken", licht Bessems toe. Om dat maatwerk te kunnen leveren, wordt iedere patiënt gedurende het gehele zorgtraject, van diagnose tot aan de laatste behandeling, begeleid door dezelfde verpleegkundig specialist.

Verder hebben patiënten een heel belangrijke stem in de keuze voor een behandeling. Ze krijgen een behandeladvies van een arts, en kunnen zich vervolgens met een keuzehulp thuis rustig verdiepen in de voor- en nadelen van de behandelingen waarvoor ze in



Maud Bessems

aanmerking komen. Vervolgens kan de patiënt weloverwogen in een gesprek met de arts kiezen wat de beste optie is. Voor mensen die hulp nodig hebben bij het verwerken van hun diagnose is er psychologische begeleiding en mindfulness-training. Naast patiënten kunnen ook artsen deze training volgen, vanuit de gedachte dat een uitgebalanceerde arts de zorg nog beter maakt.

### Regie bij de patiënt

Tijdens het gehele zorgtraject reiken medewerkers patiënten indien gewenst ideeën aan waarmee ze zelf hun behandeling positief kunnen beïnvloeden. Voor iedereen kan dat wat anders zijn, geeft Bessems aan. Zo kunnen borstkankerpatiënten die last hebben van bepaalde spieren vanwege de bestraling langs de fysiotherapeut gaan, maar daarnaast kunnen ze met zwemmen, yoga of andere bewegingsmodaliteiten zelf ook veel bereiken. Belangrijk hierbij is dat te allen tijde de wens van patiënten in het oog wordt gehouden; dat is immers waar het om draait bij de positieve benadering. Mensen behouden zelf de regie en krijgen niets opgelegd, benadrukt Bessems. "Als patiënten het niet fijn vinden om zelf te kiezen, dan mag dat uiteraard ook. Je kunt mensen niet verplichten. Zolang ze daar maar een keuze in hebben."

### Meer informatie

Jeroen Bosch Ziekenhuis  
(073) 553 20 00  
www.jeroenboschziekenhuis.nl



## Genetische testen volop in ontwikkeling

 **Van onze redactie**  
Auteur: Cor Dol

“Deze technieken zijn geïntroduceerd in de diagnostiek en het wordt steeds gebruikelijker om de tests te doen”

De techniek van genetische testen ontwikkelt zich snel. En daarmee ontvouwen zich volop mogelijkheden om diagnose en therapie specifiek en persoonlijker te maken. Professoren Robert Hofstra en Johan den Dunnen beschouwen de meest recente ontwikkelingen.

Genetische testen ontwikkelen zich snel. Of beter: we zijn steeds beter in staat om veel gegevens uit het resultaat te halen. Er is meer en meer bekend over welke varianten in het DNA een risico op of aanleiding geven tot bepaalde ziekten. Prof. dr. Johan den Dunnen, hoogleraar Medische Genoomtechnologie in het LUMC, stelt dat die kennis snel toeneemt. “De DNA-test zelf gaat steeds sneller. Duurde dat voorheen een paar maanden, nu kan het in weken of zelfs dagen. Sinds kort kan ook het hele DNA in één keer worden afgelezen.”

### Diagnostiek

Robert Hofstra, hoogleraar Humane Genetica aan het Erasmus MC, ziet daarnaast dat het aantal toepassingen van genetische testen het afgelopen decennium sterk toeneemt. “Deze technieken zijn geïntroduceerd in de diagnostiek, het wordt gebruikelijker om deze tests te doen. Belangrijke voorwaarde daarvoor was het dalen van de prijs van zo’n onderzoek. Andersom is de meerwaarde van de vernieuwde testen groot.”

### Databases

De grootste ontwikkeling zit echter in de data-analyse. Na DNA-analyse vind je ongeveer 4 miljoen varianten. Hiervan moet één voor één worden uitgezocht of ze leiden tot een ziekte of niet. Dat vraagt om enorme databases waarin alle ziekte-gerelateerde varianten worden verzameld. Den Dunnen: “Deze databases worden langzaam gevuld. Dat gebeurt wereldwijd, maar helaas blijft het delen van informatie nog een probleem.

Dit terwijl het in feite de basis van het vakgebied is.” Nationale wetgeving en regels rondom de bescherming van privacy staan een goede wereldwijde opbouw in de weg. In Nederland is echter een begin gemaakt met deze database en wordt de informatie al wel met elkaar gedeeld.

### Personalized medicine

Behalve dat een genome profiel iets kan zeggen over de aanleg voor ziekten heeft het ook andere heel bruikbare data in zich. Een goed voorbeeld is het farmacogenetisch profiel dat iets zegt over de wijze waarop iemand reageert op medicijnen. Aan de hand van het DNA-profiel van een patiënt kan de behandelaar een ander medicijn of andere dosis geven. Ook hierover moeten afspraken gemaakt worden. Hofstra: “Je hebt genomische data met veel informatie. Dan moeten we wel afspreken om die data te gaan gebruiken en in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) te zetten. Daar zit de crux en dan heeft het meerwaarde.” Diagnose en de daaraan gekoppelde therapie kunnen op die manier werkelijk ‘personalized’ worden.

### Ethiek en informatie

Het blijft de vraag of we alles willen weten wat het DNA aan informatie geeft. Hofstra: “Als mensen zich laten testen willen ze vaak alles weten. Stel dat je het DNA van een ongeboren kind laat testen dan wil je niet alleen weten of het kind Down-syndroom heeft. Dan wil je het liefst alle informatie die beschikbaar is.” Toch is er nog veel discussie of je als behandelend arts iets moet vertellen over niet-behandelbare aandoeningen. Sommige mensen willen dat heel graag weten, zodat ze hun leven erop in kunnen richten. Anderen pertinent niet. Zoals zo vaak lopen de techniek en mogelijkheden voor op de daadwerkelijke toepassing ervan. Voorlichting en onderwijs blijven daarom essentieel.

INTERVIEW met Peter Belt

## Betere diagnoses door snelle DNA-testen

DNA-testen ontwikkelen zich razend-snel. Next Generation Sequencing (NGS) maakt het mogelijk informatie van het hele DNA af te lezen. Door de snelheid en scherp gedaalde prijs, kunnen met deze techniek nieuwe horizonten verkend worden. Dat is wat dr. Peter Belt, CEO van GenomeScan, doet.

### Kunt u in een notendop uitleggen hoe de nieuwe generatie testen zich ontwikkelt?

“Nu zijn er veel kleine testjes die één of enkele genen meten. Dit is erg omslachtig wanneer je snel een accurate diagnose wil stellen. Het duurt niet lang meer of de nieuwe DNA-testen zijn zo goedkoop dat we het hele DNA of ‘het genoom’ in één keer kunnen aflezen. Belangrijk is de analyse die daarop volgt. Ziekte-veroorzakende mutaties worden anoniem opgeslagen in databases. Vanuit een ziektevraag kun je kijken naar het DNA en zo snel het probleem opsporen. In de toekomst gaat het echter andersom: eerst kijken naar het DNA, waar je allerlei zaken uit kunt halen die je wenselijk acht. Dat kan heel eenvoudig de bloedgroep zijn, maar ook of je aanleg hebt om een bepaalde ziekte te krijgen.”

### Een verschuivende trend dus.

“Dat zie je inderdaad gebeuren. In Nederland is het nu nog zo dat je DNA gaat onderzoeken als er sprake is van een aandoening. Denk bovendien ook aan de NIPT-test (Niet Invasieve Prenatale Test),



Peter Belt

die bij een zwangerschap onder meer het Down-syndroom kan aantonen. Het punt is dat je veel informatie uit deze test kunt halen. De vraag is wat je met de informatie doet en wat de maatschappelijke opinie is.”

### Meer algemeen: wat kan al die DNA-informatie opleveren?

“Erfelijke ziekten kunnen snel gediagnosticeerd worden met NGS-testen. Ook bij kanker kun je aan de hand van mutaties in de tumor heel precies bepalen wat de beste therapie bij deze

patiënt is. Dienen we deze specifieke antistof toe, of moeten we bestralen? Het effect kan het verschil zijn tussen wel of niet de kanker overwinnen. Met de nieuwe genetische testen maak je *personalized medicine* werkelijkheid. Daarbij leidt een betere diagnose tot minder zorgkosten. Er kan gelijk gestart worden met de juiste behandeling, of het wordt meteen duidelijk dat een behandeling geen effect zal hebben, maar alleen bijwerkingen. De zorg wordt hiermee goedkoper en efficiënter. De arts kan zich meer richten op de patiënt.”

### Wat is het belang van samenwerking?

“Dat is essentieel. Zelf werken wij met alle academische ziekenhuizen in Nederland samen. Wij ontwerpen genetische testen die we dan in ons geaccrediteerde lab uitvoeren. Bovendien zijn we onderdeel van het Leiden Network for Personalized Treatment, waarbij we kijken naar de genetische achtergrond van mensen in relatie tot de dosering van geneesmiddelen. De ideale dosering kan per patiënt sterk verschillen. Daarvoor werken we ook samen met farmabedrijven.”

### Wat zijn de voordelen van uw organisatie in vergelijking met moleculaire diagnostiek in academische centra?

“Wij zijn ingericht op deze zeer specialistische techniek. Je moet de experts in huis hebben om alle technische innovaties op waarde te schatten en door te voeren. GenomeScan investeert voortdurend in de nieuwste technieken. Zoals gezegd leidt dat uiteindelijk tot kostenbesparing in de zorg.”

### Meer informatie

GenomeScan is een serviceprovider op het gebied van Genomics en gespecialiseerd in Next Generation Sequencing voor het lezen van DNA en RNA. Meer informatie is te vinden op [www.genomescan.nl](http://www.genomescan.nl)



INTERVIEW met Carel Hoekstra en Rik Westendorp

## Ontwikkelingen rondom prostaatkanker

Multidisciplinaire poli's, *shared decision making* en innovatieve therapieën – de behandeling van prostaatkanker maakt veel ontwikkelingen door. Radiotherapeut-oncoloog Carel Hoekstra en klinisch fysicus Rik Westendorp van Radiotherapiegroep vertellen erover vanuit hun vakgebied.

### Wat is het belang van multidisciplinaire poli's?

Hoekstra: "Op dit moment wordt gewerkt aan de ontwikkeling van multidisciplinaire poli's, waarin urologen en radiotherapeuten samenwerken. De uroloog ziet de patiënt als eerste en stelt de diagnose. Vroeger koos de uroloog ook de behandelmethode, chirurgie of radiotherapie, en zagen wij de patiënt alleen als deze werd verwezen. Tegenwoordig zien wij alle patiënten met prostaatkanker die in aanmerking komen voor een lokale behandeling, zodat wij met hen kunnen bespreken wat wij kunnen bieden. In de toekomst willen we patiënten samen met de verwijzend uroloog zien, zodat we na gezamenlijk overleg het best passende behandelvoorstel aan de patiënt kunnen voorleggen."

Westendorp: "Het is belangrijk dat patiënten goed worden geïnformeerd over de keuzemogelijkheden bij een behandeling. Een multidisciplinaire poli kan daar een grote rol in spelen. Juist door het combineren van de kennis van verschillende disciplines kunnen patiënten



Carel Hoekstra

goede voorlichting ontvangen. Zo komen ze uiteindelijk tot een betere keuze."

### Wie bepaalt uiteindelijk welke behandeling wordt toegepast?

Hoekstra: "De patiënt heeft het laatste woord. Hij kan aangeven bij welke behandelmethode hij zich het prettigst voelt: chirurgie of radiotherapie. Radiotherapie kan zowel uitwendig als inwendig worden gegeven. Ook een combinatie is mogelijk. Op basis van patiëteigenschappen, zoals het plaspatroon, en tumoreigenschappen bepalen de radiotherapeut of uroloog wat ze de meest geschikte behandelmethode vinden. Maar uiteindelijk zullen patiënten zelf de definitieve keuze moeten maken. Vaak vinden ze dat lastig, want het zijn twee totaal verschillende behandelingen met een heel ander bijwerkingenprofiel. Bij chirurgie zijn de voornaamste

bijwerkingen incontinentie en impotentie, bij radiotherapie gaat het om plasklachten en kunnen patiënten last krijgen van hun endeldarm."

### Hoe verloopt een behandeling met brachytherapie?

Westendorp: "Bij prostaatbrachytherapie worden radioactieve bronnen in de prostaat geplaatst voor inwendige bestraling. Dit kan onder andere met jodiumstaafjes. Voor een goede dosisverdeling is het heel belangrijk dat de staafjes op de juiste plek zitten. De prostaat moet voldoende stralingsdosis ontvangen, maar gevoelige structuren in de omgeving, zoals het rectum, de blaas en plasbuis, moeten niet een te hoge dosis krijgen. Wij hebben een methode ontwikkeld waarmee we direct op de operatiekamer kunnen vaststellen of de staafjes op de beoogde positie geplaatst zijn, en of er plaatsen zijn met een te lage stralingsdosis. Indien nodig plaatsen we extra staafjes bij. In de meeste andere instituten wordt pas na een maand gecontroleerd hoe de dosisverdeling is, waardoor er in praktijk vrijwel geen mogelijkheid meer is om aanpassingen te doen. Sinds 2007 worden patiënten die brachytherapie krijgen met jodiumstaafjes bij Radiotherapiegroep standaard met deze techniek behandeld. Middels een onderzoek met een groep van 1200 patiënten hebben we vastgesteld dat we met deze methode de dosisverdeling beter beheersen en dat het leidt tot betere behandelresultaten."



Rik Westendorp

Hoekstra: "Brachytherapie is voor Radiotherapiegroep een belangrijk speerpunt. Er is aangetoond dat een hogere bestralingsdosis bij prostaatkanker een beter resultaat oplevert. Wij geven een hogere dosis dan gebruikelijk is met zowel uitwendige- als inwendige radiotherapie. Bij voorkeur met brachytherapie, zodat de omliggende organen minder schadelijke effecten ondervinden. Ook binnen de brachytherapie vindt, net als bij de oncologische chirurgie, concentratie plaats, met als gevolg dat wij een groot verzorgingsgebied in Noordoost-Nederland hebben. Mede hierdoor blijven wij ons ontwikkelen op dit gebied."

### Meer informatie

[www.radiotherapiegroep.nl](http://www.radiotherapiegroep.nl)

ADVERTORIAL

## Minder prostaatbipten met SelectMDx

SelectMDx is een test die helpt bij het identificeren van patiënten met een hoog risico op een agressieve prostaatkanker, nog voordat een ingrijpende prostaatbiopsie nodig is. Astrid Minnee, uroloog in Ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk, vertelt over haar ervaringen met de test.

### Wat houdt de SelectMDx-test voor prostaatkanker in?

"Met deze test krijgen patiënten een laagdrempelig onderzoek om op basis van twee biomarkers in de urine de kans op een agressieve tumor in de prostaat vast te stellen. Voorafgaand aan de test zien we patiënten eerst voor een rectaal toucher, waarbij er aan de prostaat wordt gevoeld. Ook wordt er een echo gemaakt van de prostaat. Daarna is het van belang dat de eerste urine na het onderzoek wordt opgevangen, om te bepalen of daar afwijkende cellen in zitten die mogelijk wijzen op prostaatkanker."

### Wat is de toegevoegde waarde van deze test voor de patiënt?

"De test is heel patiëntvriendelijk. Op dit moment is het zo geregeld dat mannen met een verhoogde PSA-waarde via de huisarts naar ons gestuurd worden voor het afnemen van prostaatbipten. Wij gaan met patiënten in gesprek om hun verhaal te horen. Daarbij gaan we bijvoorbeeld na of ze klachten hebben, goed kunnen plassen of dat er een vermoeden op ontsteking bestaat. Vervolgens wordt

een onderzoek uitgevoerd, waarbij twaalf bipten worden afgenomen uit de prostaat. Met een biopsienaald wordt via de anus en de endeldarm prostaatweefsel afgenomen. Voor veel patiënten is dit een vervelend, soms pijnlijk, onderzoek. Ondanks het feit dat we het uitvoeren onder bescherming van antibiotica, is er een kans dat er een infectie ontstaat. Dat is vaak een heftige prostatitis, waarbij patiënten moeten worden opgenomen en met antibiotica moeten worden behandeld. Is de SelectMDx-test negatief, dan is er geen biopsie nodig omdat met 98 procent zekerheid kan worden gezegd dat er geen kwaadaardige prostaatkanker aanwezig is."

### Hoe willen jullie de test gaan inzetten?

"Wij willen de test in eerste instantie gaan afnemen bij mannen met een PSA-waarde die kleiner is dan tien. Zo kunnen we een grote schifting maken, waarbij duidelijk wordt bij welke mannen het risico groot is dat ze een agressieve prostaatkanker hebben. Zij krijgen een vervolgonderzoek dat bestaat uit een MRI-scan. Indien deze ook verdacht is, gaan we over tot het afnemen van bipten. Als we geen afwijkingen hebben gevoeld tijdens het rectaal toucher van de prostaat, er sprake is van een lage prostaatwaarde en de uitslag van de test geen reden geeft voor verdenking op een kwaadaardige prostaatkanker, willen we patiënten laagdrempelig terugsturen naar de huisarts. Daarbij adviseren we

de huisarts om na een half jaar opnieuw de PSA-waarde te controleren. Zo creëren we een vangnet voor het geval de PSA-waarde weer gaat stijgen. Zodra dat gebeurt, kunnen mensen weer door ons gezien worden."



Astrid Minnee

### Niet iedere patiënt komt dus in aanmerking voor de test?

"Dat klopt. Als de PSA-waarde hoger is dan tien, slaan we het urineonderzoek van de SelectMDx-test over. In die gevallen voeren we direct het vervolgonderzoek uit, omdat we sowieso met een MRI-scan en bipten willen uitsluiten dat er sprake is van prostaatkanker."

### Wat verwachten jullie van deze test?

"We verwachten in ieder geval een besparing van het aantal bipten. Ik denk dat ongeveer de helft van de mannen die de test ondergaat een uitslag krijgt waarmee we met een gerust hart kunnen zeggen dat we het voorlopig aankijken. Deze mannen blijft dus een ingrijpende prostaatbiopsie bespaard. In dat geval kan de huisarts de PSA-waarde na een half jaar opnieuw controleren."



### Meer informatie

St Jansdal Ziekenhuis  
(0341) 463911  
[www.stjansdal.nl](http://www.stjansdal.nl)

Patiëntenplatform  
[www.prostatebiomarker.org](http://www.prostatebiomarker.org)



# Innovaties op het gebied van prostaatkanker

 **Van onze redactie**  
Auteur: Nina Visser



## Prostaatkanker in cijfers



Bron: [www.kwf.nl](http://www.kwf.nl)

**H**oewel prostaatkanker nog altijd een dodelijke ziekte is, is de kans op genezing de afgelopen jaren toegenomen. Nieuwe technieken stellen artsen in staat patiënten eerder en nauwkeuriger te diagnosticeren, en met de komst van expertcentra groeit ook de kennis over de ziekte. Daarnaast krijgen patiënten door middel van *shared decision making* steeds vaker inspraak in hun behandeling.

Prostaatkanker wordt over het algemeen opgespoord door de PSA-waarde in het bloed van een man te meten. PSA is een eiwit dat van nature in de prostaat wordt gemaakt. Is de PSA-waarde afwijkend, dan zullen bij de man in kwestie bipten worden afgenomen. Wanneer daaruit blijkt dat er inderdaad sprake is van prostaatkanker, dan zal een vervolghandeling plaatsvinden om de kanker te bestrijden.

### Behandelmethode

De behandeling van prostaatkanker gebeurt via uiteenlopende methoden, afhankelijk van wat het beste past bij de situatie van een specifieke patiënt. Een eerste optie is radicale prostatectomie: het totaal verwijderen van de prostaat door middel van een operatie. Het alternatief daarvoor is bestraling, die zowel in- als uitwendig kan plaatsvinden. Mannen bij wie de kanker is uitgezaaid, krijgen chemo- of hormoonbehandeling. Wanneer het gaat om lokaal beperkte prostaatkanker, is er nog een andere optie: active surveillance. “Hierbij wordt geen actie ondernomen, maar worden mannen wel heel nauwkeurig gevolgd, omdat het vermoeden bestaat dat het om een tumor gaat waar iemand verder geen last van zal krijgen”, vertelt Jack Schalken, onderzoeker naar moleculaire diagnostiek van prostaatkanker bij het Radboudumc. Zo is er een heel grote groep mannen bij wie prostaatkanker pas wordt geconstateerd als ze boven de 70 jaar oud zijn en de tumor heel langzaam groeit. In dergelijke gevallen kan ervoor gekozen worden om niets te doen, waarmee ook de neveneffecten van een operatie of behandeling met bestraling worden vermeden. Beide behandelingen kunnen namelijk serieuze bijwerkingen hebben, waaronder incontinentie, impotentie en plasklachten. Deze hebben een grote invloed op de kwaliteit van leven.

### Keuzevrijheid

Een biopsie is redelijk betrouwbaar. Toch kan het voorkomen dat een gedeelte van het kwaadaardige proces gemist wordt, waardoor vervolgens wordt onderschat hoe gevaarlijk de tumor is. Daarom worden bij bijna alle patiënten met active surveillance na een jaar opnieuw bipten afgenomen, om te controleren of het daadwerkelijk om een rustige tumor gaat. De

kans dat een tumor toch schadelijker blijkt dan in eerste instantie werd gedacht, is de reden dat sommige patiënten die in aanmerking komen voor active surveillance alsnog liever behandeld willen worden. “Sommige mannen hebben al tien jaar lang dezelfde PSA-waarde, wat betekent dat de tumor stabiel is, maar toch willen veel mannen met een verhoogd PSA zich laten behandelen, opereren of bestralen”, zegt Kees van den Berg, voorzitter van ProstaatKankerStichting.nl.

“  
*Een radioloog in een ziekenhuis die maar tien of vijftien prostaten per jaar ziet, heeft nu eenmaal niet dezelfde expertise. En hoe meer expertise, hoe beter het voor de patiënt is*”

Dat dergelijke verzoeken van patiënten serieus worden genomen, blijkt uit de opmars van *shared decision making*. Van den Berg ziet behandeladvies steeds verbeteren en merkt dat patiënten meer inspraak krijgen bij de keuze voor een behandeling. Een goede zaak, vindt hij. “Patiënten moeten de mogelijkheid krijgen om niet alleen met de uroloog, maar ook met de radiotherapeut en oncoloog te spreken, zodat duidelijk is welke diverse behandelmogelijkheden er zijn. En wat de voor- en nadelen zijn, ook op de langere termijn.” Tijdens het gesprek tussen patiënt en dokter is het de bedoeling dat de patiënt zoveel mogelijk handvatten krijgt om zelf een besluit te nemen.

Volgens Van den Berg zijn nog niet alle patiënten helemaal vertrouwd met die keuzevrijheid. “Ik denk dat op dit moment ongeveer 50 procent van de patiënten zelf onderzoekt wat het beste is voor henzelf. De andere helft wacht liever af wat de uroloog zegt.” Toch ziet hij het aantal patiënten – en hun partners – dat zelf op onderzoek uitgaat, verder toenemen. Mensen lezen zich in op internet, en zoeken uit waar ze de beste zorg kunnen krijgen en de kwaliteitscriteria hoog liggen.

### Concentratie van kankerzorg

Die kwaliteit is bij uitstek te vinden in expertcentra. De opkomst van deze centra past binnen de concentratie van kankerzorg, momenteel een belangrijk onderwerp in de medische wereld. “Er wordt gewerkt aan een systeem waarbij ziekenhuizen een bepaald aantal behandelingen moeten doen of een bepaald aantal prostaatkankerpatiënten moeten hebben gezien om een vergoeding te krijgen van ziektekostenverzekeraars”, zegt Van den Berg. Met dit systeem wordt ook meer gekeken naar de uiteindelijke resultaten van een behandeling.

Doordat in expertcentra zoveel patiënten met prostaatkanker voorbijkomen, hebben de artsen er aanzienlijk meer ervaring dan hun collega's op plekken waar maar een beperkt aantal patiënten komt per jaar. In bepaalde centra zitten opgeleide radiologen die minstens 500 prostaten hebben gezien, geeft Van den Berg aan. Hij is dan ook groot voorstander van meer expertisecentra. “Een radioloog in een ziekenhuis die maar tien of vijftien prostaten per jaar ziet, heeft nu eenmaal niet dezelfde expertise. En hoe meer expertise, hoe beter het voor de patiënt is.”

### Vroegdiagnostiek

Naast de toename van expertcentra en de toepassing van *shared decision making* zorgen ook de komst van nieuwe diagnostische en behandeltechnieken voor betere vooruitzichten voor prostaatkankerpatiënten. Op het gebied van vroegdiagnostiek zijn er twee belangrijke ontwikkelingen. Enerzijds kan nu op basis van biomarkers worden vastgesteld of er mogelijk sprake is van prostaatkanker. Daarnaast kan met de multiparametrische magnetische-resonantiescan (mpMRI) veel nauwkeuriger worden aangetoond of er zich een kwaadaardig proces bevindt in de prostaat. Waar een biopsie een betrouwbaarheid heeft van 60 tot 70 procent, ligt dat percentage bij een combinatie van biomarkers en mpMRI op ruim 95 procent. “De innovaties van de afgelopen jaren hebben ervoor gezorgd dat artsen nu met een veel grotere zekerheid kunnen zeggen: u hebt een licht verhoogd PSA, we hoeven niet verder te kijken, of juist wel”, licht Schalken toe.

▀ Lees verder op pagina 12



Vervolg van pagina 11

## Prostaatcancer

5e meest voorkomende kankersoort in Nederland

2.768 mensen overlijden in een jaar

Bron: kwf.nl

Het voordeel van deze technieken is dat artsen veel nauwkeuriger kunnen vaststellen of een man een biopsie nodig heeft. Dat is erg positief, vindt Schalken, want het afnemen van een biopsie moet niet worden onderschat; via het rectum en de endeldarm worden naalden in de prostaat gestoken. Dat het aantal biopsies door de nieuwe technieken met bijna veertig procent kan worden gereduceerd, is ook voor zorgverzekeraars goed nieuws, omdat dit voor hen een grote kostenbesparing oplevert. Daarnaast leidt de toegenomen nauwkeurigheid ook tot een betere gemoedsrust bij patiënten. Mannen die van de uroloog te horen hebben gekregen dat ze prostaatcancer hebben, maar dat active surveillance volstaat, zijn volgens Schalken vaak bezorgd. "Als met grotere zekerheid kan worden gesteld dat ze zich niet ongerust hoeven te maken, is dat voor de kwaliteit van leven van deze mannen een grote verbetering."

### Handelswijze van huisartsen

De komst van nieuwe methoden voor het diagnosticeren van prostaatcancer heeft niet alleen gevolgen voor patiënten, maar ook voor huisartsen. Dergelijke innovaties vereisen namelijk dat zij hun handelen aanpassen, geeft Van den Berg aan. Hij wijst op het feit dat er een groep mannen is die frequent het bloed laat controleren op meerdere waarden, waaronder die van het PSA. Wanneer de PSA-waarden stijgen, kan dat betekenen dat er iets mis is en is verder onderzoek gewenst. Op dit moment gaan huisartsen

nog heel verschillend om met een dergelijke situatie, merkt Van den Berg. De een wil afwachten, terwijl de ander verder onderzoek laat uitvoeren. "Vaak werken huisartsen nog met oude protocollen, omdat ze bang zijn voor overbehandeling. Tot vijf jaar geleden werden veel mannen namelijk nog onnodig geopereerd." Door de komst van de nieuwe, nauwkeurigere diagnostiektiechnieken gebeurt dat echter steeds minder.

Van den Berg pleit er dan ook voor dat huisartsen allemaal dezelfde werkwijze hanteren en mannen bij een PSA-stijging doorverwijzen naar een expertisecentrum. Daar kan vervolgens een mpMRI van de prostaat gemaakt worden, of biopten worden afgenomen. Net als bij de keuze voor een behandeling, zouden patiënten ook bij de keuze voor diagnostiek inspraak moeten hebben, vindt hij. "Het is goed als patiënten de keuze krijgen tussen beide opties en er vervolgens een onafhankelijk behandeladvies wordt opgesteld."

### Een verzameling van ziekten

Als het gaat om de behandeling van prostaatcancer ziet Schalken vooral het onderzoek naar personalized medicine als veelbelovende innovatie. Tegenwoordig krijgen bijna alle patiënten dezelfde behandeling, terwijl alle tumoren verschillend zijn. Inmiddels is namelijk duidelijk dat prostaatcancer niet gezien moet worden als één ziekte, maar als een verzameling

van ziekten. Dit betekent dat de behandeling van prostaatcancer op maat gesneden moet worden op basis van de genetische afwijkingen in de tumor. "Momenteel worden in een landelijke studie mutaties in het DNA van tumoren van patiënten bepaald, zodat medisch oncologen een meer doelgerichte behandeling kunnen geven." Hoewel dit onderzoek zich nog in een trialfase bevindt, loopt Nederland wereldwijd voorop op dit terrein, benadrukt Schalken.

Personalized medicine wordt nu voornamelijk toegepast bij patiënten waarbij de ziekte zich al in een gevorderd stadium bevindt. Bij patiënten waarbij al van alles is geprobeerd, kan het voor positieve resultaten zorgen. Op dat moment is de ziekte echter al zo gevorderd dat genezing niet meer mogelijk is. Schalken vindt dan ook dat in de toekomst bij de allereerste manifestatie van prostaatcancer al gekeken dient te worden naar de genetische eigenschappen van de tumor. Zo kunnen artsen veel eerder de juiste medicijnen voorschrijven. Het toepassen van personalized medicine tijdens het gehele spectrum van de ziekte, van vroegdiagnostiek tot behandeling, kan volgens hem veel winst opleveren. "Ik denk dat door veel vroeger de juiste behandeling te geven, de kans op genezing voor patiënten met prostaatcancer in de toekomst sterk zal toenemen."

ADVERTORIAL

## Innovatie behandeling voor prostaatcancer



Dr. Olav van Aubel, uroloog

Prostaatcancer is een gevreesde ziekte. Niet alleen om de ziekte zelf, maar ook om de behandeling, die regelmatig leidt tot incontinentie en impotentie. Dit verlies aan kwaliteit van leven stimuleert het zoeken naar nieuwe behandelingen. Een van die innovaties is Hifu. Olav van Aubel gebruikt deze methode sinds 2009.

### Wat is Hifu?

"Hifu staat voor *High Intensity Focused Ultrasound*, een behandeling met hoog energetische geluidsgolven. Om de prostaat te kunnen behandelen, wordt een sonde in de endeldarm geplaatst. De geluidsgolven gaan door de wand van de endeldarm naar de prostaat. De golven veroorzaken een temperatuursverhoging naar 85 graden Celsius. Zo wordt het prostaatweefsel in een vooraf bepaalde zone vernietigd."

### Wat zijn de voordelen van deze behandeling?

"Een snel herstel, geen operatiewond, zonder bloedverlies en pijn dezelfde dag naar huis. Met de komst van de laatste innovatie van deze techniek in combinatie met een gespecialiseerde multiparametrische MRI van de prostaat, bestaat de mogelijkheid om alleen het zieke

gedeelte van de prostaat te behandelen en de rest niet. Je kunt heel precies werken. En dat is nodig, om de zenuwbanen van de potentie te sparen. Zo zijn bij Hifu de potentie en continentie beter gewaarborgd dan bij de robotoperatie en bestraling, met op de korte termijn vergelijkbare behandelresultaten. Hifu kan ook ingezet worden als de ziekte terugkomt na bestraling."

### Zijn er complicaties?

"Ja, maar door voortdurende verbeteringen aan deze methode zijn die mild en van voorbijgaande aard."

### Is Hifu in te zetten in elk stadium van prostaatcancer?

"Hifu wordt alleen toegepast als de tumor zich in de prostaat bevindt en kan niet gebruikt worden als er uitzaaiingen zijn. De behandeling kan zo nodig herhaald

worden, en nadien zijn eventueel operatie en bestraling mogelijk. Als de ziekte terugkomt na bestraling is Hifu de enige acceptabele methode."

### Wordt de behandeling vergoed door de verzekeraars?

"Anders dan in andere Europese landen wordt de behandeling in Nederland niet vergoed. In november van dit jaar doet de Nederlandse Zorg Autoriteit hierover een nieuwe uitspraak. Hopelijk komt de behandeling dan wel in het basispakket. Een behandeling die niet in het basispakket zit, wordt niet meer in het ziekenhuis uitgevoerd. De oprichting in 2015 van de Hifu Kliniek Nederland was nodig om deze behandeling voor Nederland te behouden."

### Meer informatie

[www.hifuklinieknederland.info](http://www.hifuklinieknederland.info)



## Baarmoederhalskanker op maat behandelen

 **Van onze redactie**  
Auteur: Henk Dilling

**B**aarmoederhalskanker is een kwaadaardig gezwel van de baarmoederhals. De behandeling van de ziekte is steeds meer maatwerk, zegt Willemien van Driel, gynaecologisch oncoloog en woordvoerder oncologie van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).

Baarmoederhalskanker ontstaat in het overgangsgebied van de baarmoederhals, waar twee soorten cellen in elkaar overgaan. Dit overgangsgebied is zeer gevoelig voor een infectie met HPV, een virus dat wordt overgedragen via seksueel contact. 80 tot 90 procent van deze besmettingen wordt door het afweersysteem zelf opgeruimd. Gebeurt dit niet, dan kunnen er afwijkende cellen ontstaan waarbij zich een voorstadium van baarmoederhalskanker kan ontwikkelen. "Als die niet worden behandeld, kunnen

deze voorstadia zich ontwikkelen tot een kwaadaardige afwijking. Tussen het begin en het ontstaan van baarmoederhalskanker kan wel tien tot vijftien jaar liggen."

### Bevolkingsonderzoek

Het merendeel van de gediagnosticeerde vrouwen wordt middels het bevolkingsonderzoek opgespoord. "Door het bevolkingsonderzoek worden voorstadia ontdekt die goed te behandelen zijn." De behandelmogelijkheden zijn de laatste decennia groter geworden, zo stelt Van Driel. Veertig tot vijftig jaar geleden was een behandeling vaak een radicale operatie waarbij het weefsel rond de baarmoeder en de lymfeklieren werd verwijderd. Dat had vaak gevolgen voor andere organen, zoals de blaas, darmen, schede en de lymfeafvoer.



### Meer en beter

De laatste decennia wordt er steeds meer en steeds beter op maat behandeld, vertelt Van Driel. Als de tumor zich bijvoorbeeld buiten de baarmoedermond

bevindt, dan is een operatie niet goed mogelijk en wordt gekozen voor een behandeling waarbij bestraling al dan niet gecombineerd wordt met chemotherapie. Door de bestraling nauwkeuriger te geven worden de kankercellen vernietigd en gezonde cellen zo veel mogelijk gespaard.

### Grote impact

Een kwaadaardigheid van de baarmoederhals of andere vrouwelijke geslachtsorganen kan een grote impact hebben en kan bovendien gevolgen hebben voor een eventuele kinderwens, seksualiteit en de hormoonhuishouding. De behandeling kan bijvoorbeeld ook een vervroegde overgang tot gevolg hebben. "Afhankelijk van het stadium van de ziekte en de leeftijd is het soms mogelijk om de baarmoeder te sparen bij de behandeling, zodat een eventuele zwangerschap nog mogelijk is."

## PROFIEL

## Het opsporen van baarmoederhalskanker

**I**n Nederland krijgen vrouwen tussen de 30 jaar en 65 jaar één keer in de vijf jaar een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek (BVO) naar baarmoederhalskanker. Tot eind 2016 werd een uitstrijkje afgenomen dat werd onderzocht met behulp van een cytologische test die de voorstadia van baarmoederhalskanker kan opsporen. Bij deze test worden alle cellen uit het risicogebied microscopisch onderzocht en beoordeeld.

Vanaf dit jaar kent het BVO een nieuwe opzet. Het uitstrijkje wordt nu eerst getest op de aanwezigheid van het hoogrisicotypen van het Humaan Papilloma virus (hrHPV), een seksueel overdraagbaar virus dat in veel gevallen de oorzaak is van baarmoederhalskanker. Als er hrHPV in het DNA van een vrouw wordt gevonden, wordt hetzelfde uitstrijkje getest op cytologische afwijkingen. Een positieve HPV-testuitslag van het DNA betekent niet dat er per definitie cytologische afwijkingen worden gevonden. Andersom betekent een negatieve HPV-testuitslag niet dat er geen sprake is van afwijkingen, want niet alle baarmoederhalskankersoorten zijn HPV-gerelateerd en kunnen worden gedetecteerd met de huidige HPV-test.

### Leeftijd

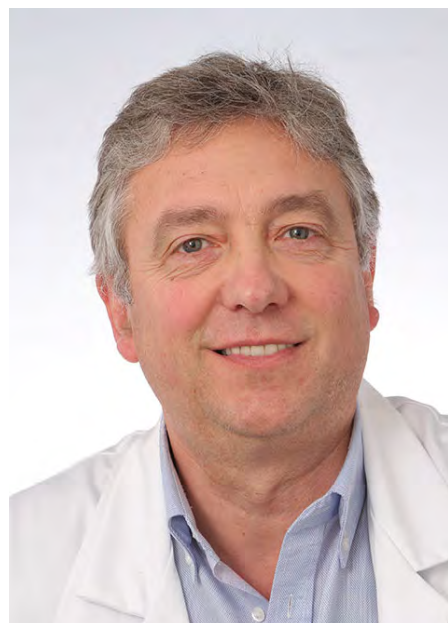
In Nederland worden vrouwen vanaf 30 jaar voor het BVO uitgenodigd. In de rest van de wereld ligt de ondergrens op 25

jaar. Eigenlijk is zelfs dat nog hoog, vindt Patrick Berteloot, gynaecoloog-oncoloog in het UZ Leuven. "Deze leeftijden zijn gebaseerd op het uitgangspunt dat meisjes geslachtsgemeenschap hebben, en dus besmet kunnen raken met HPV, rond het 18e of 19e jaar, terwijl de realiteit is dat veel jongeren starten met coitus rond hun 12e, 13e of 14e jaar." Hij ziet op de afdeling Oncologie dan ook vrouwen met baarmoederhalskanker die tussen de 25 en 30 jaar zijn. Door eerder te starten met screenen, zou deze groep tijdig geholpen kunnen worden.

**"Ik denk dat als we kiezen voor primaire HPV-screening, we zeker een RNA-screening moeten doen en geen DNA-screening"**

### Cytologie en HPV

Berteloot is van mening dat het cytologisch onderzoek zeker bij jonge vrouwen een duidelijke meerwaarde heeft, omdat er minder vaak sprake is van vals alarm. Veel jonge vrouwen testen positief bij een HPV-screening, omdat zij doorgaans seksueel actief zijn en de kans groot is dat ze besmet zijn met hrHPV. Jonge vrouwen kunnen het virus echter zelf nog 'klaren' (laten verdwijnen). Alleen wanneer het lange tijd blijft zitten, kunnen zich afwijkingen ontwikkelen. "Zeker als men de HPV-



Patrick Berteloot

screening uitvoert op basis van DNA, blijkt de aanwezigheid van hrHPV bij de meeste jongere vrouwen een voorbijgaand gegeven", zegt Berteloot.

Door, zoals in Nederland gebeurt, in eerste instantie alleen op hrHPV te screenen, wordt een grote groep vrouwen onnodig ongerust gemaakt, legt Berteloot uit. "Ik denk dat als we kiezen voor primaire HPV-screening, we zeker een RNA-screening moeten doen en geen DNA-screening." Bij deze test wordt niet het DNA, maar het RNA (macromoleculen waarin erfelijke

eigenschappen zijn vastgelegd) van vrouwen bestudeerd om vast te stellen of er sprake is van hrHPV. Deze test lijkt specifiek aan te kunnen geven of er sprake is van een HPV-besmetting die negatieve consequenties heeft. Hierdoor zou het aantal vrouwen dat naar de gynaecoloog moet voor verder onderzoek van gevonden afwijkingen kunnen dalen.

### Onbeantwoorde vragen

Dat er stemmen opgaan om het screeningsinterval in Nederland te verruimen van vijf naar zeven tot tien jaar, is iets waar Berteloot moeite mee heeft. "Persoonlijk vind ik vijf jaar lang, en zeven jaar zeker te lang. In België zijn we van twee naar drie jaar gegaan en we hebben de indruk dat we nu al meer intervalcarcinomen zien dan vroeger." De nieuwe screening brengt op het moment dus nog een aantal belangrijke vragen met zich mee, die de komende jaren moeten worden beantwoord. Tot er een duidelijk antwoord is op deze vragen, is het goed als vrouwen zelf om een cytologisch uitstrijkje kunnen vragen, bijvoorbeeld bij hun huisarts. "Ik denk dat vrouwen daartoe de mogelijkheid moeten hebben en dat de toegang laagdrempelig moet zijn en blijven", besluit Berteloot.

## Bij ons kunt u gewoon uzelf zijn.

»» Zorg houdt meer in dan alleen verzorgen. En hulp betekent verder gaan dan helpen. Wij begrijpen dat een thuis meer is dan een huis. En dat u misschien een andere zorgbehoefte heeft dan een ander. Samen maken we zorg weer persoonlijk.

[www.sintjacob.nl](http://www.sintjacob.nl)

**Sint Jacob**  
»» Hart voor zorg





## ■ ADVERTORIAL

## De beste en persoonlijke zorg

Jammer dat veel mensen de weg naar een zelfstandige kliniek nog niet weten te vinden, aldus AVE Orthopedische Klinieken. Want de zorg is er van een hoog niveau, de aanpak persoonlijk en je kunt er snel terecht.

De allerbeste orthopedische zorg en operaties aanbieden: dat staat voorop bij AVE Orthopedische Klinieken. Maar er zijn meer voordelen, somt oprichter en orthopedisch chirurg Rob Albers op. Je kunt er snel terecht – vaak dezelfde dag nog – en er is altijd wel een polikliniekplek in de buurt. Door de kleinschaligheid is er meer tijd voor patiënten dan in het ziekenhuis en de aanpak is persoonlijker. Je hebt altijd dezelfde specialist, die je naam kent. Daarnaast is de wachttijd voor operaties maar twee weken, terwijl die bij academische ziekenhuizen soms een jaar bedraagt. Het is fijner om in een AVE

kliniek te liggen dan in het ziekenhuis, zeggen veel patiënten. De omgeving is minder klinisch en hectisch.

### Contracten met bijna alle zorgverzekeraars

Jammer dus dat veel patiënten de weg naar de kliniek nog niet weten te vinden, zegt Albers. “Huisartsen hebben vaak een goede relatie met ziekenhuizen in de omgeving. Als ze ons nog niet kennen, verwijzen ze door naar die ziekenhuizen. En patiënten volgen meestal blind het advies van hun huisarts.” Wat misschien ook een rol speelt: in het verleden kleefde er een imago van geld aan zelfstandige klinieken doordat er meestal alleen maar cosmetische operaties werden uitgevoerd. Dat is nu niet meer aan de orde, zegt Albers. “Onze zorg doet niet onder voor behandelingen in de beste ziekenhuizen. En wij kunnen bij alle zorgverzekeraars declareren.”



Rob Albers

### Goede samenwerking

Er zijn acht orthopedische chirurgen verbonden aan AVE Orthopedische Klinieken. Als het nodig is, verwijst AVE door naar andere ziekenhuizen. Er zijn bijvoorbeeld goede contacten met het Slotervaart Ziekenhuis en het AMC. Albers: “We verwijzen over en weer patiënten met specifieke problematiek naar elkaar door. Dat werkt heel goed.” Ook de nabehandeling speelt een grote rol. Samen met grote fysiotherapiepraktijken stelde AVE daar een protocol voor op. “We werken alleen met fysiotherapiepraktijken die dat protocol gebruiken.”

### Meer informatie

AVE Orthopedische Klinieken is gevestigd in de driehoek Gooi, Almere, Amsterdam.  
[www.AVE-orthopedischeklinieken.nl](http://www.AVE-orthopedischeklinieken.nl)

## ■ ADVERTORIAL

## Vernieuwing in behandeling artrose



Annika van den Haak-Flieringa

Er wordt van ons verwacht dat we steeds fitter en actiever in het dagelijks leven blijven en tevens steeds langer actief blijven op de arbeidsmarkt. Maar juist dat is lastig wanneer mensen gehinderd worden door veel pijn en stijfheid veroorzaakt door artrose. Het advies ‘leer er maar

mee leven’ of ‘pijnstillers en kom over een paar jaar maar terug’ is voor mensen zeer onbevredigend. Bovendien past het slikken van pijnstillers ook niet bepaald in het plaatje van een gezonde levensstijl. Met de MBST®-behandelmethode van het Artrose Centrum Nederland hebben we een ‘tusseloplossing’ voor de periode waarin mensen met artrose nog niet in aanmerking komen voor een orthopedische oplossing, zoals een prothese of het vastzetten van een gewricht, maar wel nog actief willen deelnemen aan het leven.

Wij zijn met het Artrose Centrum Nederland gespecialiseerd in de MBST®-behandelmethode, een innovatie behandeling welke afkomstig is uit Duitsland. Met onze apparatuur, die gebaseerd is op de MRI-scanner, kunnen we het natuurlijk herstellend vermogen van het lichaam stimuleren waarmee de kwaliteit van het

kraakbeen enorm verbetert. Dit zorgt voor pijnvermindering, betere beweeglijkheid en dus een fitter en actiever leven.

Het effect van onze behandelmethode is wetenschappelijk aantoonbaar maar volgens Nederlandse maatstaven niet voldoende wetenschappelijk onderbouwd. Daardoor krijgt onze behandelmethode in Nederland nog moeilijk voet aan de grond in de ziekenhuizen, terwijl er in Duitsland al meer dan vierhonderd artsen mee werken.

In gespecialiseerde klinieken als het Artrose Centrum Nederland, is wetenschappelijke onderbouwing minder leidend voor toepassing. Dit heeft als effect dat nieuwe innovatieve behandelingen hier sneller doorgang krijgen dan in de reguliere zorg.

Onze succesrate ligt boven de 80 procent, dit houdt in dat meer dan 80 procent van

onze patiënten profijt hebben gehad van de behandeling. Onze behandelmethode wordt niet vergoed. Dat is natuurlijk nadelig maar het heeft ook voordelen. Het komt bijvoorbeeld ten goede aan onze kwaliteit. Wij kunnen echt de aandacht en tijd aan elke patiënt bieden waarvan wij vinden dat de patiënt dat nodig heeft. Dit in tegenstelling tot veel reguliere zorg waar vaak administratieve handelingen en regels door zorgverzekeraars worden opgelegd. Mensen gaan bij ons nooit naar huis en denken dan op de gang, ‘oh, ik had nog dit en dat willen vragen’. Zorg wordt bij ons weer echt zorg!

### Meer informatie

[www.artrosecentrum-nederland.nl](http://www.artrosecentrum-nederland.nl)

## ■ ADVERTORIAL

## Nieuwe hoop voor mensen met astma

Astma is een ziekte die veel Nederlanders treft. Alleen al in 2015 kwamen er 105.000 nieuwe astmapatiënten bij. Het lukt de reguliere medische wereld niet deze ‘astma-explosie’ te stoppen, mede omdat men niet weet waarom iemand astma krijgt. Daarom wordt wel gesteld dat ‘astma een blijvende longziekte is’, waarmee mensen worden voorbereid op een leven lang medicijngebruik.

### Een andere benadering van astma

Maar er is hoop voor mensen met astma. De Oekraïense arts Konstantin Buteyko heeft een visie op astma ontwikkeld die steeds meer erkenning krijgt. Volgens hem is astma een verdedigingsmechanisme van het lichaam, en krijgen mensen astma omdat ze verkeerd ademen. Ze ademen te veel, en het lichaam reageert hierop door de luchtwegen te vernauwen. Rustiger leren ademen kan volgens Buteyko daarom de uitkomst bieden.

### Genezing van astma?

De therapeuten van de beroepsvereniging Buteyko Therapeuten Nederland (BTN) zijn gespecialiseerd in het helpen van astmapatiënten bij het verbeteren van hun ademhaling. Daardoor kan astma langzaam wegtrekken. Ongeveer 80 procent van de cursisten is na twee weken gestopt met hun luchtwegverwijder. In de maanden die daarop volgen, zet de verbetering zich doorgaans door. De meeste cursisten hebben na een paar maanden geen last meer van astmasymptomen, en gebruiken geen astmamedicatie meer.

### Medisch onderzoek

Er zijn ongeveer tien westerse medische studies naar de effecten van de Buteyko Methode bij astma. Daaruit blijkt dat astmasymptomen sterk verminderen, terwijl ook het gebruik van astmamedicijnen afneemt. In het medische tijdschrift Thorax



is het volgende te lezen: “De Buteyko Methode kan astmasymptomen verbeteren en het gebruik van kortwerkende luchtwegverwijders verminderen.” In een artikel in het Medical Journal of Australia staat: “Degenen die de Buteyko Methode leerden, verminderden hierdoor hun hyperventilatie en het gebruik van kortwerkende lucht-



wegverwijders.” Daarnaast kreeg de Buteyko Methode in 2014 het hoogste predicaat A toegewezen van de GINA (Global Initiative for Asthma, opgezet door onder andere de Wereldgezondheidsraad).

### Waar leer je Buteyko?

De beroepsvereniging BTN (Buteyko Therapeuten Nederland) is een overkoepelende organisatie voor Buteykotherapeuten. De therapeuten die aangesloten zijn bij de BTN hebben een gedegen opleiding gehad. Zo is een van de docenten nog door Buteyko zelf opgeleid. Je herkent BTN-therapeuten aan dit logo.

### Meer informatie

Buteyko Therapeuten Nederland (BTN)  
[www.buteykotherapeuten.nl](http://www.buteykotherapeuten.nl)



## Geen wachttijd en meer persoonlijke aandacht

 **Van onze redactie**  
Auteur: Annemarie van Dijk

Nog steeds zijn er mensen die bij zelfstandige klinieken denken aan villa's waar vrouwen met geld zich een nieuwe neus of grotere borsten laten aanmeten. Maar de zelfstandige klinieken van nu zijn veel meer dan dat.



“We organiseren de zorg om de patiënt heen in plaats van andersom”, zegt Paulette Timmerman, directeur van Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de brancheorganisatie waarbij driekwart van de Nederlandse zelfstandige klinieken is aangesloten. De filosofie van deze klinieken: optimale medische zorg voor de mensen die worden behandeld. Zo is er veel tijd en aandacht voor de patiënten. De wachttijden zijn er korter dan in ziekenhuizen – mensen zijn meestal binnen een week aan de beurt. Verder vinden de meeste onderzoeken plaats in één dagdeel, zodat patiënten met een diagnose én behandelplan de deur uitgaan. Timmerman: “De specialisten besteden voor een behandeling veel tijd aan uitleg, en dat levert meer inzicht en betrokkenheid van de patiënt op tijdens en na de behandeling.”

### Geen pieper op zak

Patiënten die moeten blijven overnachten na een operatie, kunnen in sommige klinieken terecht in tweepersoonskamers waar de partner ook kan blijven slapen. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over welke behandelingen de zelfstandige klinieken aanbieden. Met een enkelvoudige aandoening, zoals bij patiënten die een nieuwe knie nodig hebben, kunnen zij prima in een kliniek terecht. Wie meer mankeert – bijvoorbeeld een patiënt die een staaroperatie willen laten doen maar ook last heeft van hartfalen – moet soms worden doorverwezen naar een ziekenhuis. Specialisten in een zelfstandige kliniek werken vaak ook in een ziekenhuis. Dat heeft als voordeel dat ze de ervaringen van beide kanten kunnen meenemen in hun behandeling, vindt Timmerman. “Ze zeggen wel eens dat ze in de kliniek meer ruimte voelen om zich op patiëntenzorg te focussen. Ze hebben meer tijd én geen pieper op zak.”

### Warm bad

Ook Menno Mark (54) koos voor een zelfstandige kliniek toen hij teleurgesteld was door zijn behandeling in het

“*Ik kijk er met een goed gevoel op terug, die persoonlijke aandacht is zo belangrijk*”

ziekenhuis. Hij had al ruim twee jaar pijn in zijn heup toen hij op een dag zomaar door zijn benen zakte. Pas na een aantal weken kon hij terecht in het ziekenhuis. Daar werden een röntgenfoto en MRI-scan gemaakt, waar niets op te zien bleek. De orthopeed dacht aan een slijmbeursontsteking en gaf Menno een injectie met corticosteroiden. Toen de pijn na een paar weken terugkwam, zei de orthopeed dat hij niets meer voor Menno kon doen. De huisarts gaf aan dat hij recht had op een second opinion. “Toevallig vertelde toen net een collega van mij over zijn goede ervaringen met een zelfstandige kliniek. Ik zocht er een bij mij in de buurt en belde, het liep al tegen vijven. En wat denk je? Ik kon er de volgende ochtend al terecht. De receptioniste begroette me al met mijn eigen naam toen ik binnenkwam, het was een warm bad.” Na een gedegen onderzoek kreeg Mark dezelfde dag nog een behandelplan. Dat er niks te zien is op de foto, wil niet zeggen dat er ook niks aan de hand is, zei de behandelende orthopeed. Er volgde een kijkoperatie, waarna de orthopeed constateerde dat de heup wel degelijk versleten was. “Eindelijk voelde ik me serieus genomen”, vertelt Menno.

### Alle specialisten op één plek

Zelfstandige klinieken focussen zich vaak op één specialisme. De meest voorkomende specialismen zijn oogheelkunde, dermatologie, plastische chirurgie en orthopedie. Timmerman verwacht dat er – naast zelfstandige klinieken – steeds meer focus komt op

gespecialiseerde zorg met alle specifieke kennis op één plek. “Dat komt de kwaliteit van de zorg ten goede. Want hoe vaker je een behandeling doet, hoe beter je er in wordt.” Menno beaamt dit. De orthopeed wilde zo lang mogelijk wachten met een nieuwe heup omdat hij nog zo jong was. Met injecties van corticosteroiden kon hij de pijn nog anderhalf jaar onder controle houden. Maar dit najaar ging het niet meer en onlangs werd de nieuwe heup geplaatst. “Ik kijk er met een goed gevoel op terug, die persoonlijke aandacht is zo belangrijk.”

### CIJFERS

Er zijn 150 ZKN-keurmerk klinieken op 350 locaties in Nederland.

Zelfstandige klinieken hebben een aandeel van 4% in het totaal van medische specialistische zorg. Soms ligt dit aandeel hoger, bijvoorbeeld 17% bij oogheelkunde en dermatologie.

Leden van ZKN leveren in 90 procent van de gevallen verzekerde zorg.

Zelfstandige klinieken scoren een 8,8 op Zorgkaart Nederland van de Patiëntenfederatie Nederland.

Bron: Zelfstandige Klinieken Nederland

# Diagnostic Solutions

**HOLOGIC**  
The Science of Sure



NIEUW

# DETOXNER®

## PRIKKELBARE DARM SYNDROOM

### DE NATUURLIJKE VERLICHTING VAN DE SYMPTOMEN VAN EEN PRIKKELBARE DARM\*



#### WIST U DAT?

**3,5 miljoen** mensen in Nederland last hebben van prikkelbare darm syndroom (PDS) of PDS gerelateerde klachten.

**Twee keer** zoveel vrouwen als mannen lijden aan PDS of symptomen ervan.

**Effecten** van DETOXNER® PDS al op de eerste dag van gebruik te merken zijn.

#### VERLICHT DE SYMPTOMEN VAN PDS\*

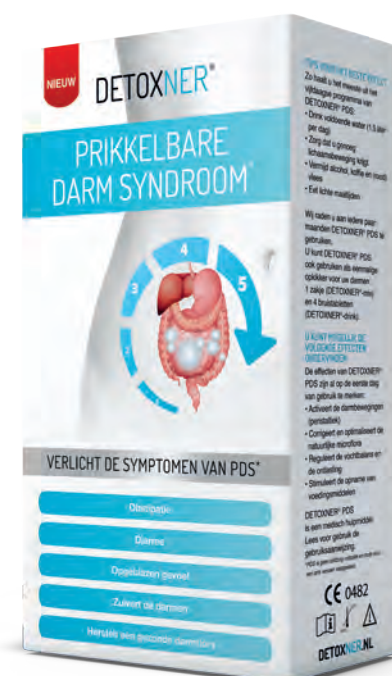
Obstipatie

Diarree

Opgeblazen gevoel

Zuivert de darmen

Herstelt een gezonde darmflora



\*PDS is geen zelfzorg indicatie en moet door een arts worden vastgesteld.  
DETOXNER® PDS is een medisch hulpmiddel. Lees voor gebruik de gebruiksaanwijzing.  
KOAG KAG 4339-1016-1569

DETOXNER.NL

O.A. VERKRIJGBAAR BIJ:

