

## **Reactie op discussienotitie Zorg voor de Toekomst vanuit Houding Netwerk Nederland.**

Passende zorg betekent enerzijds dat beleid en financiële impulsen er op gericht worden dat er vroeger in de zorgketen wordt geacteerd, en behoud individuele gezondheid en patiëntgerichte uitkomsten leidend worden. Dat geeft dan gevolgen aan een cascade van sturingsvoorkeuren: vroegdetectie vòòr afwachten, leefstijlgeneeskunde als voorkeursalternatief boven medicatie of andere curatieve verrichtingen, conservatief behandelen vòòr operatief ingrijpen. Maar ook daar waar mogelijk en nodig preventieve bijsturing buiten de zorg (thuis, sport, onderwijs, werk). Dus verandering van aantoonbare ziekmakende leefstijlen door gedragsverandering en/of technische (product) innovatie vanuit andere ministeries faciliteren en/ of inrichten.

### **Voldoen de voorgestelde veranderingen c.q. beleidsopties in “Zorg voor de Toekomst” om hieraan effectief invulling en sturing te geven?**

Volgens ons zijn de voorgestelde beleidsopties goed, maar niet toereikend om de doelen te bereiken. We zullen dit later in deze reactie vooral adstrueren met concrete voorbeelden uit het zorgdomein dat gerelateerd is aan aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Dit vormt namelijk het gebied waar HNN zich primair op richt. In deze optiek hebben we het dan over artrose, nek-en rugklachten, osteoporose, maar ook over accidentele letsels en veel van de sportblessures. Gezamenlijk zijn het grote aantallen, met in totaal hoge zorgkosten en gerelateerde kosten zoals verzuim. Bovendien zien we hier hoge groeicijfers. Maar de gepresenteerde en geanalyseerde officiële zorgcijfers zijn ten eerste onvolledig en niet voldoende gekoppeld aan de kennis van het vervroegd “slijten” van het bewegingsapparaat.

### **Om de voorgestelde aanpassing te kunnen laten slagen is er naar ons oordeel van de zijde van VWS centraal meer aandacht nodig voor 3 ondersteunende beleidsgebieden:**

- Adequater data en analyses
- Stimuleren en sturing van hierop gericht onderzoek om de beleidsdoelen te ondersteunen
- Zorgen voor kennis en informatie om de regionale kringen te voorzien van up to date inhoudelijke kennis.

#### **1. Adequater data en analyses**

De basisfilosofie en alle prognosemodellen over ontwikkeling volksgezondheid /levensverwachting gaan uit van een redelijke stabiele pool van ziektes die door vooruitgang van medische technologie en betere zorg per saldo teruggedrongen kunnen worden. Daardoor worden steeds hogere levensverwachting en gezonde levensjaren bereikt. In de modellen zoals de VTV van het RIVM bereiken nieuwe generaties dezelfde verworvenheden/verlaagde incidenties van ziektes. Alleen het doorschuiven van een groter aantal mensen naar jaarcohorten met hoge incidenties leidt daarin grosso modo tot meer zorgbehoefte. De enige prijs die we daarvoor moeten betalen is meer jaren leven met chronische ziektes.

**Door COVID-19 is ineens duidelijk dat dat een niet houdbaar uitgangspunt een richtsnoer kan blijven: resultaten uit het verleden vormen inderdaad geen garantie voor de toekomst.**

Vanuit leefstijlgeneskunde weten we echter al langer dat veel aandoeningen, ook veel van de infectieuze, lifestyle-driven zijn en door veranderde leefstijl en omgeving kunnen veranderen in aard en expressie.

Corona leert ons een aantal lessen ten aanzien van wenselijke beleidsstrategie, nl. enerzijds een dam opwerpen ten opzichte van nieuwe snelle externe bedreigingen zoals coronavirussen of bijv. aandoeningen waarvan als gevolg van klimaatveranderingen overdracht inheems kan worden (zoals bv. het Westnijlvirus). Voor dit soort snel verspreidende infectieziekten hebben we een infrastructuur voor detectie, waarschuwing en verdediging. Maar voor processen die leefstijl driven zijn met een lange impacthorizon is een betere strategie en infrastructuur nodig. Een instantie (RIVM, GR ?) zou moeten analyseren wat de impact is van bepaalde ontwikkelingen voor gezondheid, ziekte en zorg; en de overheid over alle departementen heen moet adviseren welke interventies in of buiten de zorg kunnen bijdragen. Dit betekent ons inziens dus dat risicoprofielen en oorzaak analyses gemaakt moeten worden van enerzijds explosieve externe bedreigingen en anderzijds van langzame lifestyleveranderingen (overgewicht, verslaving, vroege degeneratie houding en bewegingsapparaat, schade op visus, gehoor, huid, longen, darmen etc.)

## **2. Stimuleren en sturen van onderzoek**

Zeker voor leefstijlgebonden aandoeningen met een lange werkingshorizon is het wenselijk dat er een cascade van sturingsmogelijkheden beschikbaar is van preventie- en behandelpaden.

In de zorg voor diverse aandoeningen van het bewegingsapparaat moeten we echter vaststellen dat bijv. conservatief behandelen, in de zin van correctief uitlijnen en corrigeren van belastingspatronen, nu een kwijnend bestaan leidt, en er daarin onvoldoende innovatie is. Dit geldt ook voor mogelijkheden en middelen om middels systematische vroegdetectie risico's vast te stellen, te objectiveren en te koppelen aan adviezen /interventies om zwaardere, curatieve ingrepen te voorkomen. In andere landen in (vooral Centraal-Oost) Europa zien we dat een andere balans tussen conservatief en curatief ingrijpen mogelijk blijkt.

In Nederland wordt dit onzes inziens veroorzaakt door enerzijds gebrek aan onderzoeksprioriteit, maar ook door onvoldoende aansluiting en samenwerking tussen paramedische en medisch-specialistische beroepsbeoefenaren. Dit laatste geldt zeker voor overeenstemming over eenzelfde standaard om uitkomsten van diverse behandelpaden te kunnen vergelijken en prioriteren.

Onderzoek dient meer gebaseerd te worden op behandelafwegingen die zijn gebaseerd op patiëntvoorkeuren. Het is juist nu noodzakelijk dat vertegenwoordigers van patiënten (groepen) tevens een belangrijke rol krijgen bij het vaststellen van de systematiek van uitkomstmaten, en de monitoring van uitkomsten. En het is belangrijk dat VWS hen in staat stelt zich daartoe te equiperen. Dit geldt voor allerlei aandoeningen van onderdelen het bewegingsapparaat (wervelkolom, heupen, knieën, neuromusculaire aandoeningen)

## **3. Communicatie en verspreiding kennis**

In de discussienota wordt bij regie en organisatie vooral de focus gelegd bij een andere invulling van de keten die nu al door VWS wordt bereikt en – gedeeltelijk – gestuurd. Er wordt een andere organisatorische invulling nagestreefd: rol gemeenten i.s.m. met zorgverzekeraars in de regio. Dit draagt het risico in zich van ongelijkheid van kennis in een regio tussen betrokken partijen (gemeenten, zorgverzekeraars, patiënten, zorgverleners), maar ook mogelijk verschillen tussen regio's. Het is van belang dat VWS voorzieningen treft om de leercurves te versnellen en kennis snel en gelijkmatig te verspreiden. (bv. best-practices). Patiëntenorganisaties zouden mede een -nieuwe-

rol kunnen vervullen bij die verspreiding. Mede omdat hen mogelijk een grotere rol wordt toebedeeld voor patientparticipatie in de regio's.

### **Behoeftte aan adequate data en onderzoek: enkele voorbeelden.**

Goed voorbeeld om de lacune inzake adequate data en onderzoek te verduidelijken is Osteoporose (botontkalking resulterend in broos, makkelijk brekend bot). Volgens de officiële cijfers waren er in 2019 505.000 personen met osteoporose. Men geeft zelf aan dat dit waarschijnlijk een aanzienlijke onderschatting is. En er worden voor 2019 104 indirecte doden vermeld (veelal ouderen die overlijden door complicaties na heupbreuk).

“Waarschijnlijk aanzienlijke onderschatting” is onzes inziens echter een eufemisme en biedt geen aanknopingspunt voor correcte prioriteitsstelling en acties in de keten om de oorzaken vroeg en adequaat aan te pakken.

Er is met grote waarschijnlijkheid veel meer sterfte als gevolg van poreus bot.

Osteoporose kent nl. hetzelfde meetprobleem als nu het registreren van sterfte door COVID: is iemand al dan niet getest! Bij osteoporose registreert men een aandoening of sterfte als osteoporose als er osteoporose is vastgesteld/gemeten volgens de geldende gouden standaard. Osteoporose wordt gemeten door middel van een zgn. Dexa-meting. Maar die wordt pas gedaan- bij meestal ouderen- nadat patiënt zijn tweede breuk heeft opgelopen. Dus mensen die nog niet eerder een breuk hebben gehad, en derhalve een Dexa-meting is gedaan, maar overlijden aan een lelijke botbreuk zonder dat de diagnose alsnog is gemaakt, worden niet gekoppeld aan osteoporose.

Waar zitten dan die vele niet gemeten gevallen? In 2018 waren er ruim 4600 doden door een accidentele val: ruim 600 meer dan het jaar ervoor (15 % up). En in 2019 weer meer: ruim 4700! Veel van die doden komen door een val thuis. De sterke groei wordt toegeschreven aan ouderen die toenemend thuis wonen in een omgeving die valgevaarlijk is. Hier zitten zeer waarschijnlijk veel overlijdens bij die zijn te koppelen aan osteoporose.

Een andere bron zijn de stijgende aantallen doden door vaak eenzijdige fietsongevallen. Steeds meer ouderen fietsen vaker en steeds meer met e-bikes. Daar komen ook meer ernstige gevolgen bij een val, waar duidelijk broos bot de ernst van de gevolgen bepaalt.

Een juistere metingssystematiek, registratie-analyse en focus van onderzoek zou onzes inziens veel meer prioriteit moeten krijgen, want het geeft meer handelingsalternatieven. Enkele suggesties:

- Alle accidentele vallen met breuken boven 65 jaar alsnog een Dexa-meting doen
- In verpleegtehuizen is een aantal jaren terug door de georganiseerde specialisten ouderengeneeskunde besloten om alle bewoners preventief standaard suppletie met kalk en vitamine d voor te schrijven. Logische beleidsvraag is dan: heeft dat een aantoonbaar positief effect gehad? ; en zo ja: waarom geen NHG-richtlijn om zelfde voorschrift voor thuiswonende ouderen vanaf bepaalde leeftijd en/of risicocategorie
- Een andere meetmethode valideren om ook vroeger eenvoudig bij individuen het osteoporoserisico zichtbaar te maken zodat niet gewacht hoeft te worden op een breuk; moet eenvoudig, niet invasief, en goedkoop zijn. Uit internationale gegevens blijkt dat die methodes er zijn maar dat nog werk nodig is om dit te vertalen in apparaat en protocol in eerste lijn
- Onderzoek naar de processen die ten grondslag liggen aan botontkalking en hoe deze preventief te verminderen of bij te sturen

- Trials met middelen en methoden naast valtraining ter verbetering van de houding en enige soepelheid in de rug, waardoor valrisico wordt verminderd
- Ontwikkelen van aanpassingen in e-bikes om mogelijkheid en gevolgen vallen te beïnvloeden.

Ook bij nek-en rugklachten doet het probleem van de onderschatting zich voor.

Sedert 2007 met de vrije toegang van de fysiotherapie buiten de huisarts om worden de nek-en rugklachten die zich daar melden niet gemeten in de zorgcijfers. En hoeveel dat er zijn, en oorzaken van groei, blijven buiten beeld. Zo hebben we wel wat gedaan aan zwaar tillen van bouwvakkers en stratenmakers (door relatie met hoog percentage arbeidsongeschiktheid boven 50 jaar) , maar is er geen adequaat onderzoek naar de relatie van houding en bewegen en aandoeningen aan het bewegingsapparaat (bijv. de rol van veel en veel verkeerd zitten ). Ook hier zijn veel andere aanpakken mogelijk om niet uit te gaan van curatief ingrijpen maar bijsturing vroeger in de keten.

### *Scoliose*

Een geregeld voorkomende houdings- of ontwikkelingsstoornis van de wervelkolom is scoliose; deze komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens. En leidt bij gebrek aan vroege maatregelen tot complexe, operatieve correctieingrepen. Daarnaast laat de huidige behandelpraktijk van scoliose zien dat er geen consensus is over de wenselijkheid en effectiviteit van behandelroutes bij bepaalde bochten en leeftijden. Enerzijds dus operatief ingrijpen in het medisch specialistische domein. En daarnaast diverse vormen van paramedische behandeling (Schroth-therapie, Mensendieck-en Cesartherapie, chiropractie, fysiotherapie op houding gericht). En daartussen conservatief uitlijnen van de wervelkolom via bracing. Er ontbreekt een gemeenschappelijkheid en samenwerking in de keten tussen beroepsgroepen om vast te kunnen stellen over wat de behandeluitkomsten zijn inzake afremmen verdraaiing, behoud van bewegelijkheid, quality of life, etc. gekoppeld aan patiëntvoorkeuren. En het belang en mogelijkheid van vroegdetectie in de groeispuurt van kinderen wordt niet meer systematisch ingevuld.

### **Risico van onderbehandeling, scheefbehandeling of overbehandeling is dan evident.**

Essentieel lijkt ons, dat bij de beleidsopties ook aandacht is om deze knelpunten in de beleidsaanpassing aan te pakken.

### **Anders wordt het oude wijn in nieuwe zakken.**

#### *Gezondheidseffecten toegenomen zit- en beeldschermuren jeugd*

Een actueel voorbeeld om de behoefte aan een instantie voor bredere analyse en advisering impact aan te geven. Als HNN hebben wij meegewerkt aan het whitepaper over de gezondheidseffecten van de toenemende zit-en schermuren van de jeugd : Natuurlijk naar buiten. Opvallend daarbij is dat er eigenlijk geen vanzelfsprekende instantie is (of van buitenaf geadresseerd kan worden), die de overheid breed adviseert over eventuele omvang en aard van de gevolgen van de gesignaleerde ontwikkeling en beleidsadviezen formuleert overheidsbreed over interventiemogelijkheden in en buiten de zorg.

Vanzelfsprekend zijn wij gaarne bereid tot nadere toelichting van deze reactie.

Met vriendelijke groet,

Drs. A.M. Soeterbroek Voorzitter Stichting Houding Netwerk Nederland

