

Passende Zorg, van theorie naar praktijk



Inaugurele rede, uitgesproken door,
Prof. dr. Lijckle van der Laan

Sinds 2004 is **Lijckle van der Laan** werkzaam als chirurg met aandachtsgebied vaatchirurgie in het Amphia Ziekenhuis te Breda. Hij studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. In 1999 promoveerde hij met het proefschrift “Pathophysiological mechanisms of Reflex Sympathetic Dystrophy” aan de Universiteit van Nijmegen. Hij is opgeleid tot chirurg in het RadboudUMC en in het Elizabeth Ziekenhuis te Tilburg. Aansluitend was hij chirurg in vervolgopleiding tot vaatchirurgie in het Antonius ziekenhuis te Nieuwegein. Sinds 2019 is hij verbonden aan de afdeling vaatchirurgie UZ Leuven als visiting professor.

Lijckle is zeer betrokken bij de opleiding Heelkunde, onder andere als opleider gedurende een periode van meer dan 13 jaar. Momenteel is hij plaatsvervangend opleider en sinds 2009 differentiatiebegeleider vaatchirurgie. Van 2013 tot 2016 was hij bestuurslid van de centrale opleidingscommissie van het Amphia ziekenhuis. Hij is bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie met de portefeuille kwaliteit.

De vakgroep chirurgie van het Amphia ziekenhuis heeft naast aandacht voor de opleiding ook wetenschap en innovatie hoog in het vaandel staan. Lijckle van der Laan heeft de mogelijkheid van de vakgroep gekregen om naast zijn chirurgische bezigheden, zijn wetenschappelijke activiteiten verder te ontplooiën wat geresulteerd heeft in 12 promovendi. Deze proefschriften zijn mede tot stand gekomen door intensieve samenwerking met onder andere de afdelingen medische psychologie (TiU), epidemiologie, statistiek en medische beslistkunde (LUMC). Sinds 2010 is zijn onderzoeksschool bezig met onderzoek te verrichten naar het effect van vergrijzing op de (vaat) chirurgische populatie. De onderzochte thema's betreffen onder andere delier, kwetsbaarheid, kwaliteit van leven, de mantelzorger, ontwikkeling van een Patient Journey App, kosteneffectiviteit analyse en prehabilitatie. Lijckle van der Laan is samen met zijn collega vaatchirurgen een pionier in de implementatie van het “do not further harm” principe, met andere woorden de conservatieve behandeling. De vaatchirurgie en geriatrie van het Amphia ziekenhuis heeft de STZ erkenning als topklinisch expertisecentrum vaatchirurgie bij de kwetsbare patiënt.

Sinds 1 maart 2024 is hij als bijzonder hoogleraar “Passende Zorg” verbonden aan TIAS School for Business and Society en Tilburg University. Naast het verrichten van wetenschappelijk onderzoek geeft hij onderwijs aan studenten van TIAS School for Business and Society. De leerstoel is tot stand gekomen door de samenwerking van het Amphia ziekenhuis met de TIAS School for Business and Society en Tilburg University.

Passende Zorg, van theorie naar praktijk

Prof. dr. Lijckle van der Laan

Inaugurele rede,

verkort uitgesproken ter gelegenheid van de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Passende Zorg aan TIAS School for Business and Society en Tilburg University op 14 maart 2025.

© Lijckle van der Laan, 2025

ISBN: 978-94-6167-543-9

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier.

www.tilburguniversity.edu/nl

Passende Zorg, van theorie naar praktijk

Inhoud

Inleiding	6
1. Uitdagingen in de gezondheidszorg	10
1. Vergrijzing	11
2. Personeelstekorten in de zorg	12
3. Stijging zorguitgaven	13
2. Effect vergrijzing in de (vaat)chirurgische praktijk	14
3. Passende zorg	18
4. Principes van passende zorg, van theorie naar praktijk	22
1. Passende zorg is waardegedreven	23
2. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand	28
3. Passende zorg wordt waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd	30
4. Passende zorg gaat niet alleen over de ziekte, maar juist over gezondheid en zelfredzaamheid	34
5. Beschouwing	36
Dankwoord	40
Referenties	44
Afkortingen	52

Inleiding

Geachte Rector Magnificus, Vice-Rector, Decanen, collega's van TIAS School for Business and Society en Tilburg University. Geachte raad van bestuur en MSB-A bestuur van het Amphia Ziekenhuis, collega's uit het Amphia, uit het land, vrienden, familie, lieve Hester, Olaf, Marlies, Jordy en Diederik. Hartelijk welkom bij deze rede. Wat fijn dat u allen aanwezig bent.

Ik val gelijk maar met de deur in huis, we staan momenteel voor een aantal fundamenteel maatschappelijk dilemma's. De gehele maatschappij maar in het bijzonder de gezondheidszorg staat voor grote uitdagingen: vergrijzing, een schaarste aan zorgpersoneel, toenemende technische mogelijkheden en tegelijkertijd dalende financiële middelen. Door deze problemen is het in de nabije toekomst niet meer mogelijk om aan eenieder gepaste zorg te bieden wanneer we de huidige gezondheidszorg niet anders inrichten. De afgelopen jaren zijn er enorme hoeveelheden visiedocumenten geschreven over de impact van deze problemen. In het Kader Passende Zorg in 2022 is beschreven dat implementatie van passende zorg in de gezondheidszorg een belangrijke oplossing zou zijn voor bovengenoemde problemen (Kader Passende Zorg 2022). Onder passende zorg wordt verstaan, het leveren van zorg die waarde toevoegt aan het leven van mensen en waarbij we aandacht hebben voor de huidige maatschappelijke opgaven. Toch verloopt de transitie van theoretische oplossingen naar invoering in de praktijk moeizaam. Zou dit kunnen komen omdat deze rapporten toch verder afstaan van de praktijk en meer gebaseerd zijn op theoretische modellen? Ik weet het niet, maar wat ik wel weet is dat we passende zorg alleen kunnen invoeren in de praktijk wanneer alle partijen betrokken bij de gezondheidszorg samenwerken en eenieder zijn verantwoordelijkheid neemt. U allen bent hiervoor nodig, wat uw achtergrond ook is. Patiënt, mantelzorger, zorgverlener, manager of bestuurder van een zorginstelling, zorgorganisatie, overheid, toeleverancier van zorgproducten of als burger en onderdeel uitmakend van de maatschappij. Het is mijn passie en doel om voor de vergrijzende populatie een kwalitatief goede, betaalbare en bij hun levensdoelen passende zorg te leveren. Voordat ik u meeneem in de theorie van de stand van zaken over de huidige gezondheidszorg zou ik mijn eerste ervaring in de ouderzorg en mijn drive voor deze problematiek willen delen.

Ik neem u mee naar mijn bijbaantje als vierdejaars student geneeskunde. Ik solliciteerde naar de functie huishoudelijke/thuiszorg hulp bij de thuiszorgorganisatie Rotterdam. In de functieomschrijving stond onder andere

hulp bij wassen/douchen, boodschappen doen, huis schoonmaken, eten bereiden, en de was doen voor minimaal 20 uur per week. Gezien het toen ook al bestaande tekort aan personeel en door mijn overtuigingskracht naar de manager van de thuiszorgorganisatie bleken de functie-eisen flexibel te zijn. Ik werkte dus 8 uur ipv 20 uur per week en hoefde de was de niet te doen. In deze eerste kennismaking met de zorgorganisatie kreeg ik ervaring met de oudere cliëntèle. Ik neem u mee naar een client maar dit speelde eigenlijk bij het merendeel van de mensen waar ik voor zorgde. Een 75-jarige voormalige kapitein, alleenwonend in een appartementencomplex. Hij waardeerde het veel meer om zijn plakboeken en verhalen bij kopjes koffie met mij te delen dan dat ik zijn appartement schoonmaakte. In de afvinklijst over mijn werkzaamheden van de thuiszorgorganisatie kwamen vooral de huishoudelijke taken aan de orde en niet het sociale element. Er was dus een discrepantie tussen wat de client als goede zorg/hulp beleefde en de kwaliteitseisen van thuiszorgorganisatie. Het begrip kwaliteit werd totaal anders geïnterpreteerd tussen in dit geval de zorgontvanger en de zorgverlener of zorgorganisatie. Momenteel is het wat mij betreft nog steeds de vraag of eenieder in het grote veranderende gezondheidslandschap (patiënt/client- zorgverleners-zorgorganisaties-zorgverzekeraars/zorgkantoren-toeleverancieers-kennisinstituten en de overheid) hetzelfde bedoelt met de term kwaliteit of de term waarde. Het is van belang om dezelfde taal te spreken gezien we voor grote uitdagingen staan in de zorg.

1. Uitdagingen in de gezondheidszorg

De uitdaging die op ons afkomt is de vraag of in de toekomst de huidige toegankelijkheid en kwaliteit van de Nederlandse zorg zo goed blijft als die nu is. In dit kader heeft de wetenschappelijke raad voor regeringsbeleid (WRR) in 2021 het rapport “Kiezen voor houdbare zorg” geschreven. In dit rapport worden drie dimensies van houdbaarheid benoemd: de financiële houdbaarheid- blijft de zorg betaalbaar? - de personele dimensie-is er voldoende zorgpersoneel? - en de maatschappelijke dimensie-is er voldoende draagvlak voor het zorgstelsel? Deze laatste dimensie is van enorm belang aangezien de toegang en de solidariteit van het zorgstelsel steeds meer onder druk komt te staan. Momenteel merken we al dat het wringt. Voorbeelden zijn het stijgend aantal huisartspraktijken die geen patiënten meer kunnen aannemen of spoedeisende hulpen die tijdelijk gesloten zijn in verband met overvolle ziekenhuizen. Dit laatste kan ontstaan doordat er geen doorstroming is naar thuis of verpleeghuis in verband met een te kort aan zorgpersoneel. Meestal gaat het dan om oudere patiënten die geen medische technische zorg meer nodig hebben maar nog wel (thuis)zorg of revalidatie. Kortom in het gehele spectrum van de gezondheidszorg zullen de effecten van vergrijzing, minder zorgpersoneel en stijgende zorgkosten steeds duidelijker voelbaar zijn in de nabije toekomst. Om te bepalen welke gezondheids- of overheid organisaties hierop en op welke manier zou moeten acteren is achtergrondinformatie over de drie problemen essentieel. Ik zal met u kort de belangrijkste zaken over vergrijzing, personeelstekort en stijgende zorguitgaven bespreken. Daarna neem ik u mee naar de effecten van de vergrijzing op de (vaat) chirurgische praktijk om vervolgens de vier principes van passende zorg met u te bespreken.

1. Vergrijzing

Door de bevolkingsopbouw zal de komende decennia de vergrijzing toenemen. Dit blijkt uit de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Zo is het percentage 65-plusser in de bevolking gestegen van 12,8% in 1990 naar nu 20,5% (3.677.228 inwoners). In 2040 zal zelfs één op de vier Nederlanders 65 plus zijn (CBS-dashboard bevolking). Daarnaast zal de groep 85-plussers verdubbelen naar 713.00 in 2035.

Naast de verandering van de levensopbouw van de bevolking is het van belang om ons te realiseren dat de levensverwachting steeds meer toeneemt en bijdraagt aan de vergrijzing. Zo was de levensverwachting (LV) van 65-jarigen in 1990 nog 16,9 jaar (82 jaar) en stijgt deze naar 20,9 jaar (85,9 jaar) in 2029.

Het is goed om te beseffen dat de LV van de 65-plusser momenteel wel 20,3 jaar is maar dat een beperkt deel hiervan namelijk 12,5 jaar ervaren wordt in goede gezondheid. Velen van hen ontwikkelen chronische aandoeningen. Dat zijn aandoeningen waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel. In de gehele bevolking is prevalentie van chronische aandoeningen 10,4 miljoen mensen waarvan de helft zelfs meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit) heeft (bron: Nivel zorgregistraties eerste lijn). Hierbij is het ook zo dat hoe hoger de leeftijd des te meer kans op multimorbiditeit.

Waar in de leeftijdsgroep 55-64 jaar ongeveer een kwart geen chronische aandoening heeft is dat bij 75-plussers maar 5%. Het voorkomen van vier of meer aandoeningen is bij de eerste groep maar 13% en stijgt naar 51% bij 75-plussers. Inderdaad ouderdom komt met gebreken.

In dit verhaal van vergrijzing spelen de mantelzorgers of potentiële zorgverleners ook een belangrijke rol. Zij kunnen bijdragen aan de zelfredzaamheid van de oudere personen. Echter ook hun aantal zal door de vergrijzing afnemen. Dit kan worden weer gegeven met de Oldest Old Support Ratio. Dit is een goede indicator die de verhouding van het aantal mensen van 50-75 jaar (kandidaat mantelzorger) ten opzichte van het aantal mensen van ouder dan 85 jaar weer geeft (Robine JM 2007). In 2021 zijn er 14 potentiële zorgverleners per 85-plusser, dalend naar 8 potentiële zorgverleners per 85-plusser in 2040. Kortom bijna een halvering.

2. Personeelstekorten in de zorg

Door de vergrijzing stijgt de zorgvraag en zal ook de langdurige zorg toenemen. Momenteel werken in de sector zorg en welzijn ongeveer 1,4 miljoen mensen (15% van de bevolking). Dat betekent dat nu één op de 7 werknemers werkt in de zorg, bij de stijgende zorgvraag is de verwachting dat in 2040 dit één op de vier werknemers zal moeten zijn. Een dergelijk groot beslag op de arbeidsmarkt, bij een teruglopende beroepsbevolking, leidt tot een ongewenste concurrentie om het al schaarse personeel met andere (publieke) sectoren. Door de toename van het aantal 65-plussers neemt het percentage gepensioneerden t.o.v. de beroepsbevolking toe van 35% nu naar 50% in de komende jaren. Dit maakt de personele houdbaarheid tot een urgenter probleem dan de betaalbaarheid (WRR; kiezen voor houdbare zorg). In 2024 is het aantal openstaande vacatures in de zorg verder gestegen naar 52.000, waarvan 30.000 in de cure en 22.000 in de care. De meeste vacatures zijn in beroepen op mbo-4 niveau.

3. Stijging zorguitgaven

In 2024 is er in Nederland 58,7 miljard uitgegeven aan zorg die wordt vergoed uit het basispakket van de zorgverzekeringswet (Zvw) en aan 36,4 miljard aan kosten in de Wet Langdurige Zorg (WLZ, data uit zorgcijfersdatabank.nl van Zorginstituut Nederland). Wanneer er geen verandering in het uitgaven patroon van de gezondheidszorg optreedt dan wordt verwacht dat de zorguitgaven verdubbelen tot 174 miljard in 2040 (RIVM, trendscenario). Naar verwachting stijgen de zorguitgaven tussen 2015 en 2060 van 12,7% naar meer dan 20% van het bruto binnenlands product. Dit komt neer op een verdrievoudiging van de zorguitgaven per hoofd van de bevolking. Dit zorgt ervoor dat uitgaven aan de zorg mogelijk uitgaven aan andere beleidsdoelen (onderwijs, cultuur, klimaat en defensie) verdringt. Tegelijkertijd stijgen de zorgkosten ook voor de Nederlanders zelf, en de premies en belastingen voor bedrijven. Een onwenselijke situatie waarvoor geen draagvlak zal zijn. Om een beleid te kunnen voeren hoe de financiën in de zorg te kunnen managen is het van belang te weten waar de meeste kosten gemaakt worden.

Twee derde van de toename in de totale uitgaven is toe te schrijven aan ontwikkelingen in de medische technologie en welvaorstijging: een derde aan de vergrijzing en bevolkingsgroei. De uitgaven aan de ouderzorg zullen het snelst stijgen waarbij de zorg voor 65-plussers stijgt van 44% in 2019 naar 59% in 2040. De top 2 aandoeningen qua zorguitgaven in 2019 waren dementie met 10,3 miljard euro, gevolgd door verstandelijke beperkingen 9,6 miljard euro. Andere kostbare ziektes zijn o.a. aandoeningen van het spijsverteringsstelsel en ziekten van het hart en vaatstelsel die beiden verantwoordelijk waren voor 6,8 miljard euro.

Samengevat de komende jaren zal wanneer we de gezondheidszorg niet veranderen vooral door de toename van 65-plussers en verdubbeling van het aantal 85-plussers, de vraag naar zorg toenemen met een enorme stijging van zorguitgaven. Een onwenselijke situatie gezien het tekort aan zorgpersoneel verder zal toenemen en het gezondheid budget niet mee kan groeien met de vraag. Met ander woorden er ontstaat een zorgkloof, wat betekent dat de vraag naar zorg toeneemt terwijl de beschikbaarheid afneemt. Dat kan leiden tot een onwenselijke situatie waarbij er niet voor iedereen meer adequate zorg mogelijk is.

2. Effect vergrijzing in de (vaat)chirurgische praktijk

Voordat ik met u van gedachten wissel over de mogelijke oplossingen van de zorgkloof zou ik eerst willen ingaan op wat er momenteel bekend is de over uitkomsten van chirurgische behandeling van de oudere patiënt omdat hun aantal aanzienlijk toeneemt door de vergrijzing. Met ander woorden gelijk het proefschrift van mijn promovendus Kevin de Leur uit 2015, “Surgery in the elderly: does age matter?”. In dit proefschrift komen onze eerste ervaringen over de uitkomsten van chirurgie op hogere leeftijd aanbod. In een hoofdstuk werd beschreven dat de operatieve behandeling van een breuk van het opperarmbeen met platen en schroeven op hoge leeftijd (>75 jaar) gepaard ging zonder dat patiënten hierna overleden. Bij deze operatieprocedure speelde hogere leeftijd dus geen rol. In tegenstelling tot de uitkomsten van omleiding operaties (bypass) bij patiënten met ernstig perifere vaatlijden. Hierbij bleek dat de overleving binnen 1 jaar bij patiënten op hoge leeftijd (>80 jaar) aanzienlijk minder was dan op jongere leeftijd (70-79 jaar). Kortom het is niet mogelijk iedere ingreep of iedere oudere patiënt over een kam te scheren. Het is wel van belang om nu al te weten wat de klinische uitkomsten en knelpunten zijn van de oudere populatie omdat deze zal groeien met de eerdergenoemde verdubbeling van 85-plusser in 2035.

Ik ga nu verder in op de patiënten met ernstig perifere vaatlijden (PV) waarbij hogere leeftijd mogelijk een slechtere uitkomst geeft. Hoe zit dat nu precies? PV ontstaat door atherosclerose waarbij de slagader in het bekken of been vernauwd raakt of zelfs verstoopt over een lang traject. Wereldwijd komt perifere vaatlijden voor bij 200 miljoen mensen, waarbij de aantallen patiënten significant toenemen met de leeftijd en de hoogste prevalentie is boven de 70 jaar (Allison 2024, Aday 2021). Bij 10% van deze populatie is er sprake van chronisch ledemaatbedreigende ischemie (CLBI). Patiënten met CLBI hebben een niet genezende wond (ulcus of necrose) aan de voet of worden wakker van nachtelijke pijn. De huidige behandeling is gericht op het voorkomen van amputatie van het been en bestaat uit een operatie waarbij een omleiding (bypass) wordt aangelegd of endovasculaire behandeling waarbij onder plaatselijke verdoving de slagader weer open wordt gemaakt met een ballon of stent. Dit laatste wordt ook wel dotter genoemd. De endovasculaire behandeling heeft als voordeel dat het onder plaatselijke verdoving plaats vindt en een korte opname duur. Nadelen van deze procedure zijn mogelijk hogere kosten van het gebruikte materiaal en dat de behandeling niet altijd lukt of dat het resultaat tegenvalt als de slagader over een lang traject dicht zit. Het alternatief, de bypassoperatie, heeft als voordeel dat juist de patiënt met een over een langer traject dichtzittende slagader goed te

behandelen is (Farber 2022), met als nadeel dat deze operatie onder narcose drie tot vijf uur kan duren, met veel littekens, lange opname duur en herstel.

Het is belangrijk om te weten dat endovasculaire behandeling wereldwijd de meest gebruikte behandeling is van CLBI. Ook op zeer hoge leeftijd vindt deze behandeling plaats om een amputatie van het ledemaat te voorkomen. Om nu inzage te krijgen in de uitkomsten van deze endovasculaire behandeling hebben we in een grote patiëntenpopulatie (uit de vaatpraktijk UZ Leuven (prof. dr. I Fourneau) en het Amphia Ziekenhuis) onderzocht wat het effect is van hogere leeftijd op de kans op overlijden na een operatie of een endovasculaire procedure in de CLBI-populatie. Wat bleek is dat in de eerste 30 dagen het overlijdenspercentage bij zowel de jongere als ouder populatie zeer laag was. Echter, bij patiënten boven de 75 jaar is de mortaliteit na 1 jaar na een bypassoperatie 20%, en 30% na de endovasculaire therapie, dit was significant hoger dan hun jongere lotgenoten (Smet 2022). Eerder hadden we al aangetoond dat de levensverwachting van 70-jarige patiënten met CLBI 9 jaar korter is voor mannen en 8 jaar voor vrouwen dan hun leeftijdsgenoten zonder CLBI (Klaphake 2018). Kortom CLBI op hogere leeftijd heeft een slechtere prognose en zelfs een relatief simpele ingreep (dotter) geeft een hoge mortaliteit. Welke andere factoren dan de hoge leeftijd spelen nu een rol in deze slechte prognose? Belangrijk is te weten dat de vaatpatiënten meerdere chronische ziekten hebben zoals diabetes mellitus, hartproblematiek en longziekten (COPD). Hiernaast is het van belang dat rond de 11% van de vaatpatiënten kwetsbaar of fragiel zijn (George 2021). Dat is een relatief hoog aandeel t.o.v. andere ziektebeelden. Kwetsbaarheid is een multidimensionaal syndroom waarbij sprake is van afname van reserves zoals energie, fysiek vermogen, cognitie, en algehele gezondheid; en komt voornamelijk voor bij de oudere patiënt (Rockwood 2005). McRae et al rapporteerde dat 39% van de patiënten op de vaatafdeling kwetsbaar zijn. Kwetsbare oudere vaatchirurgische patiënten hebben een hogere mortaliteit op korte en lange termijn, een langere opnameduur en verhoogde kans op nazorg in een verpleeghuis en meer complicaties waaronder een delier (Wang 2018, Thillainadesan 2021, Mac Rae 2016). Een delier is een bewustzijnsstoornis en verandering in cognitieve functie die in korte tijd ontstaat als gevolg van een medische aandoening (DSM 5). In onze populatie CLBI > 65 jaar ontwikkelt 18% een delier, 14% na een operatie en 11% na een endovasculaire procedure (Ruijters 2020). Het gevolg van het delier in deze studie was een significant langere gemiddelde opname duur (14,5 dagen delier vs. 8 geen delier) en een

hoger percentage dat na ontslag werd opgenomen in een verpleegtehuis. Uit een eerdere studie uitgevoerd samen met prof. dr. J de Vries (Medische Psychologie, TiU) bleek dat patiënten die een delier hebben doorgemaakt na 1 jaar nog steeds significant vermindering van kwaliteit van leven (KvL) hebben met ook meer depressieve symptomen ten opzichte van patiënten zonder een delier (Janssen 2020).

Kortom nu lijkt het ook vanuit patiënten perspectief het moment te zijn om veranderingen in de gezondheidszorg toe te passen, gezien vergrijzing en kwetsbaarheid leidt tot slechtere uitkomsten van behandeling met kans op vermindering van kwaliteit van leven en hogere zorgkosten.

3. Passende zorg

Hoe nu te acteren op de gestelde problemen van vergrijzing, met meer vraag naar gezondheidszorg, terwijl er minder personeel en financiële middelen zijn?

De urgentie om tot een structurele verandering in het gehele zorglandschap te komen werd al beschreven in het programma “Zinnige Zorg”, door Zorginstituut Nederland (ZiN) in 2013. Kern van dit programma was de identificatie en het tegengaan van niet -effectieve en/of onnodige zorg, verbetering van de kwaliteit van zorg voor de patiënt, toename van de gezondheidswinst en vermindering van onnodige kosten. Helaas bleek dit programma niet voldoende om onze gezondheidszorg kwalitatief en financieel houdbaar te houden in de toekomst. Daarom is in 2020 door ZiN samen met Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) het rapport en advies geschreven: “samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu”. Hierop voortbouwend is in juni 2022 het Kader Passende Zorg verschenen. Dit beschrijft de gezamenlijke beweging van passende zorg en wat de overheid daarbij van iedereen verwacht. In dit kader rapport worden de activiteiten en verwachtingen van de deelnemers: patiënten/ cliënten en hun organisaties, zorgverleners, zorgorganisaties, zorgverzekeraars en zorgkantoren, toeleveranciers (bv farma bedrijven, bouwbedrijven, ICT-bedrijven en banken), kennisinstututen en overheid expliciet benoemt (Kader Passende Zorg 2022).

Voor alle deelnemers in de gezondheidszorg is als eerste natuurlijk de definitie van passende zorg van belang.

Definitie: Passende zorg is zorg die waarde toevoegt aan het leven van mensen en oog heeft voor de maatschappelijke opgaven waarvoor we staan.

De passende zorg werkt volgens vier principes:

1. passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs (waardegedreven)
2. passende zorg betekent dat patiënt en zorgverlener samen beslissen
3. passende zorg wordt waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd
4. passende zorg gaat niet alleen over de ziekte, maar juist over gezondheid en zelfredzaamheid.

Uiteraard zal de passende zorg ook duurzaam (principe 5) moeten zijn. Er zal aandacht moeten zijn om grote hoeveelheden afval die zorg produceert, medicijnresten in oppervlaktewater en natuurlijk de CO₂ uitstoot (transport bewegingen van patiënt, zorgverlener) te reduceren. Ik zal in deze oratie hier niet verder op ingaan omdat prof. dr. S Kruijff van de Groningse Universiteit in zijn leeropdracht al vanuit de heelkunde zich specifiek bezighoudt met de groene OK en duurzame chirurgische oncologie.

In het Kader Passende Zorg staat beschreven dat de implementatie van passende zorg of met ander woorden de transitie in de zorg zal plaats vinden volgens 3 kenmerken.

1. Congruente aanpak (alle partijen werken tegelijkertijd aan dezelfde missie)
2. Lerende beweging van samen doen, reflecteren en leren (op basis van wederzijds vertrouwen, moed en bescheidenheid)
3. Ruimte voor de praktijk (benut de energie vanuit het werkveld en werk vanuit daar al lerende aan de passende zorg)

Daarnaast staat ook beschreven dat door invoering van passende zorg, de zorgkosten minder stijgen, patiënten betere zorg krijgen die bij hen past, patiënten worden niet onnodig onderzocht of behandeld, nieuwe veelbelovende behandelingen en medicijnen blijven toegankelijk, er is minder druk op zorgverleners en patiënten accepteren passende zorg. Dit komt overeen met het Quadrupel Aim model waarbij het streven is om 4 hoofdoelen te verbeteren: verbeteren van zorguitkomsten en bevorderen gezondheid bevolking; verbeteren zorgbeleving door patiënt; verlaging van zorgkosten en verbeteren werkbeleving door zorgprofessional (Berwick 2008, Bodenheimer 2014). Dit klinkt zeer veel belovend, fantastisch en lijkt geweldig. Echter hoe we nu van een model (theorie) naar invoering in de praktijk komen is nog niet duidelijk.

Ook de eventuele obstakels komen niet aanbod. Gezien de enorme breedte qua onderwerpen die vallen onder passende zorg is kennis over vele zaken nodig, denk hierbij onder andere aan economie, bestuurskunde, leiderschap, human resources, medische psychologie, milieukunde, medische ethiek en geneeskunde. Om tot implementatie van passende zorg te komen is kennis en kunde nodig over

samenwerken, leiderschap, strategie en innovatie, de onderdelen van het TIAS competency framework. Dat deze leerstoel passende zorg is ondergebracht bij TIAS School for Business and Society en Tilburg University waar veel van deze kennis aanwezig is en men dit verder wil ontwikkelen is dus passend.

In mijn oratie ga ik nu dieper in op de principes van de passende zorg en probeer hierbij richting te geven op welke manier deze in de nabije toekomst in de praktijk geïmplementeerd kunnen worden. Uiteraard komen de eventuele knelpunten en paradigma's ook aan de orde. De voorbeelden zullen chirurgisch gekleurd zijn want deze schoenmaker blijft bij zijn leest.

4. Principes van passende
zorg, van theorie
naar praktijk

1. Passende zorg is waardegedreven

De term waarde is voor iedereen anders. Belangrijk is dat over de betekenis van waarde verschillend gedacht wordt door patiënten, zorgverleners, zorgorganisaties en zorgverzekeraars.

Hoe complex en ingewikkeld waardegedreven zorg is blijkt uit de oratie van prof. dr. K. Ahaus in 2020, die zijn volledige oratie aan dit thema wijde. De grondleggers van de waardegedreven zorg of in het Engels value-based health care (VBHC) zijn Porter en Tiesberg (Porter 2006). Gezien de tijdsduur van de oratie bespreek ik in een vogelvlucht die elementen van waardegedreven zorg die specifiek benoemd worden in het Kader Passende Zorg.

In het Kader Passende Zorg betekent waardegedreven dat veilige zorg een relevante bijdrage levert aan de gezondheid van mensen, nu en in de toekomst, tegen een proportionele inzet van geld, personeel en grondstoffen (rapport Kader Passende zorg 2022).

Als eerste ga ik in op het laatste stuk van de definitie namelijk (proportionele) inzet van **geld, personeel en grondstoffen**.

De huidige behandelmethoden en technieken worden steeds minder invasief wat betekent dat ingrepen niet met grote insneden gepaard gaan maar via kleine sneetjes of zelfs na aanprikken via een naald (percutaan) de hele behandeling gedaan kan worden. Denk hierbij aan onder andere stents bij hart en perifere vaatziekten, aortaklepimplantatie (TAVI), grote en complexe stents bij aneurysma's (EVAR, FEVAR, BEVAR, TEVAR), uitschakelen via hitte systeem (ablatie) van goedaardige en kwaadaardige levertumoren of robotchirurgie. Hiernaast nemen de mogelijkheden en positieve effecten van chemotherapie en immunotherapie bij kanker steeds meer toe. De voordelen van deze ontwikkeling van minimaal invasie technieken zijn dat de opnameduur in het ziekenhuis significant verkort wordt, en dat de patiënt makkelijker en sneller hersteld. Een nadeel is dat de nieuwe technieken qua materiaalkosten wel aanzienlijk hoger zijn dan bij minder invasieve ingrepen. Gezien de meeste van deze huidige minimaal invasieve technieken recent zijn geïmplementeerd is er nog weinig bekend over de economische kosten-baten balans. U kunt hierbij denken aan onder andere de financiële posten ziekenhuisopname, materiaalkosten, revalidatie en thuiszorg.

Nu ga ik in op het eerste deel van de definitie van waardegedreven zorg namelijk dat het een veilige zorg is die een relevante bijdrage levert aan de **gezondheid** van mensen.

Gezien de term gezondheid centraal staat in waardegedreven zorg is het goed om de definitie van positieve gezondheid volgens Huber et al te weten: Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Het meten van de gezondheidstoestand bij de oudere kwetsbare patiënt middels harde getallen is complexer en ingewikkelder t.o.v. hun jongere vitale lotgenoten. Het is belangrijk om u te realiseren dat we op dit moment bij waardegedreven zorg of value-based health care de gezondheidstoestand meten door gebruik te maken van vragenlijsten over gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven (G-KvL) vragenlijsten (Busschbach 2024, Qaly en kwaliteit van leven metingen). Over het mogelijke verschil tussen kwaliteit van leven (KvL) en gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven kom ik later terug. In mijn perceptie is het bepalen en vooral interpreteren van de G-KvL bij de kwetsbare oudere patiënt ingewikkeld omdat deze groep patiënten al vaak een combinatie van chronische aandoeningen (denk aan Parkinson, COPD) heeft, met als gevolg een verminderde fysieke functie. Met andere woorden de functionele uitgangspositie (gebruik van rollator, rolstoel of bedlegerigheid) van deze kwetsbare oudere patiënten is anders dan hun jongere of zelfs oudere vitale lotgenoten.

Nu komen de belangrijk woorden **relevant en proportioneel** aanbod uit de definitie waardegedreven zorg in het kader Passende Zorg. In mijn perceptie twee ongelofelijk belangrijke maar ook zeer ethisch lastige begrippen. Er kan een enorm verschil zijn tussen wat voor de patiënt, mantelzorger, zorgaanbieder, zorgverzekeraar en maatschappij ervaren wordt als relevante toegenomen G-KvL of proportionele (in verhouding) kosten. Om hier maat en getal aan te geven zijn er parameters als QALY (quality adjusted life years) ontwikkelt. Een QALY is een door de interventie verlenging van de levensverwachting met één jaar in goede gezondheid, wat in Nederland voor een complexe interventie 80.000 euro mag kosten.

Ik neem u mee naar hoe nu waardegedreven zorg ook voor een dilemma kan zorgen in de praktijk. Hiervoor kies ik een extreme casus:

In mijn spreekkamer zie ik een 92-jarige patiënt die doorgestuurd is door de radioloog met een aneurysma van de aorta (AAA) van 65 mm met daarbij ook iets pijn in de buik. Voor deze buikpijn klachten is geen oorzaak gevonden behalve het AAA met iets ontsteking eromheen. Het AAA kan behandeld worden met een EVAR, met ander woorden of een stent. De patiënt heeft een volledig blanco voorgeschiedenis, is zeer helder van geest en vitaal. Hij kookt zelf (sinds 15 jaar weduwnaar), fietst en rijdt auto. Ik heb volgens de richtlijn behandeling AAA en ook klinisch een indicatie voor behandeling met een EVAR. Ter voorbereiding op de operatie en ook om zijn geestelijke en vitaliteit te beoordelen gaat hij naar onze prehabilitatie poli vaatchirurgie (Janssen 2019, Meulenbroek 2020). Hier wordt hij beoordeeld door en krijgt hij advies van het multidisciplinair team bestaande uit een verpleegkundig specialist vaatchirurgie, fysiotherapeut, diëtiste en geriater. De cardioloog en anesthesioloog beoordelen patiënt ook nog. Hij slaagt met vlag en wimpel. De patiënt wordt geopereerd en gaat na 3 dagen weer naar huis in goede conditie. Zijn klacht van buikpijn is verdwenen. Nu ruim een jaar verder leeft patiënt nog steeds en is nog steeds vitaal en gezond.

Qua QALY-berekening blijkt de beslissing dus goed te zijn. Waarom ik deze casus zelf toch zo complex en lastig vindt is de afweging wel of geen interventie op hoge leeftijd, vooral omdat je de patiënt beter wil maken en er niet voor wil zorgen dat de patiënt complicaties krijgt op het einde van zijn leven maar juist een hoge kwaliteit van leven en zelfstandigheid blijft behouden. De benadering om juist geen interventie te verrichten bij extreem kwetsbare oudere patiënten, wordt benoemd als conservatieve behandeling of het “do not further harm“ principe. Deze optie van juist niks doen staat nog in de kinderschoenen maar krijgt wel steeds meer aandacht en draagvlak. Dit onderwerp is een belangrijke pijler van mijn leerstoel, waar ik naar de mogelijkheden en het effect van de conservatieve behandeling in de gezondheidszorg verder wetenschappelijk onderzoek zal verrichten.

Over hoe complex mogelijke invoering van conservatie behandeling (do not further harm) kan zijn en hoe je dan voldoet aan waardegedreven zorg probeer ik te illustreren met aan de hand van de volgende patiënt:

Een mevrouw van 84 jaar, die 8 dagen geleden kortdurend uitval van haar linkerarm heeft gehad. Via de neurologische screening is de diagnose beroerte oftewel TIA (Transient Ischemic Attack) gesteld op basis van ernstige significante

vernaauwing van de rechter halsslager. Via de neuroloog heb ik de volgende achtergrondinformatie. Patiënte is getrouwd, heeft 2 kinderen en is vergeetachtig. Ze rookt, heeft ernstig longlijden, COPD (GOLD 2), ouderdomsdiabetes, hoge bloeddruk en heeft 5 jaar terug 3 omleidingen aan hart gekregen. Gezien de cardiale voorgeschiedenis heeft de cardioloog patiënte preoperatief beoordeeld en het advies is wel een verhoogd operatierisico maar geen bezwaar tegen de ingreep. Voordat ik patiënte binnen roep leg ik de coassistent uit wat de richtlijn is bij symptomatische carotisvernaauwing. Een TIA is een waarschuwingssignaal en kan in 15% gevolgd worden door beroerte (CVA) met als gevolg bijvoorbeeld blijvende verlamming, spraakproblemen en zelfs rolstoel gebondenheid. Echter dit treedt vooral op in de beginfase (weken) na de TIA. Daarom is de richtlijn en prestatie indicator om de patiënt binnen 2 weken te opereren. Een van de belangrijkste en ernstige complicatie van de operatie is dat bij ongeveer 4% van de patiënten rondom de operatieperiode alsnog een beroerte optreedt. Belangrijk is dat patiënte en haar gegevens besproken zijn in het multidisciplinair overleg (MDO), neuroloog, vaatchirurg, interventie radioloog en verpleegkundig specialisten vaatchirurgie. Het advies is operatie tenzij de behandelend chirurg contra indicaties vindt. Met deze gegevens haal ik patiënte, haar man en 2 kinderen uit de wachtkamer. De patiënte wordt binnengerold, ze zit in een rolstoel van het Amphia want ze is wat slecht ter been volgens de kinderen. Ik haal patiënte uit de rolstoel, geef haar mijn arm ter ondersteuning en samen lopen we een rondje op de polikliniek (nog geen 50 meter). Ze is zeer wankel en komt volledig kort van adem terug in de spreekkamer. Dit rondje loop ik met alle kwetsbare patiënten op mijn poli en staat bekend als de ronde van “van der Laan”. Voordat ik over de operatie begin vraag ik naar de geestelijke conditie van patiënte. Het blijkt dat ze inderdaad erg vergeetachtig is en ook eigenlijk nauwelijks nog buiten komt. Deze situatie verslechterd de laatste maanden in een snel tempo. Ik vraag aan de patiënte en de familie wat hun wens is, wel of geen operatie. Ze antwoorden als het niet nodig is dan liever niet maar vragen specifiek wat vindt u dokter? Samen nemen we de voors en tegens van de operatie zoals ik al besprak met de coassistent uitvoerig door. Echter wel met een aantal toevoegingen gezien de specifieke situatie van de patiënt. De kans op problemen oftewel complicaties zijn hoger dan bij een relatief gezonde patiënt omdat zowel het hart als de longen niet optimaal zijn. Gezien de ernstige vergeetachtigheid bij kwetsbaarheid (rolstoel) is de kans op een delier zeer groot. In mijn beleving is de kans groter dat we de patiënte meer schade (en dus minder waarde) toebrengen door de operatie dan dat we haar meer kwaliteit van leven geven. Telefonisch

overleg ik met mijn collega vaatchirurg, de neuroloog en de geriater die het eens zijn mijn bevindingen en advies. Hierbij geef ik ook aan dat ik het niet zeker weet omdat er nog weinig bekend is over juist haar specifieke situatie: symptomatische halsslagadervernauwing, diverse ernstige chronische ziekten en kwetsbaarheid (zowel cognitief als fysiek). Gezamenlijk (patiënte, familie en zorgverlener) besluiten we om de operatie niet uit te voeren en het consult (30 minuten) af te sluiten. Opvallend detail bij het naar buiten rollen valt een last van haar schouder, ik krijg een warme handdruk en ze zegt: ik ben zo blij dat u niet opereert.

Dit klinkt misschien redelijk logisch maar toch zijn er een aantal kritische opmerkingen over te maken. In de richtlijn van symptomatische halsslagader stenose (en dat geldt eigenlijk voor alle ziektebeelden) is nog niet een aparte paragraaf opgenomen hoe nu precies te handelen bij oudere kwetsbare patiënten en wat de plaats is van conservatieve behandeling.

We weten ook niet of de patiënt dit advies van do not further harm principe inderdaad als positief (waarde) ervaart. Vanuit de organisatorische kant: op dit moment zijn de vaatchirurgische spreekuren nog opgebouwd met 10 minuten per patiënt. Kortom om op deze manier consult doen is agenda technisch onpraktisch.

We zijn inmiddels gestart met een observationele studie naar de rol en het effect van conservatieve behandeling naast de traditionele behandelingen in de vaatchirurgische praktijk bij de oudere patiënt. Hiermee hopen we meer informatie te krijgen over de frequentie van conservatieve behandeling, maar vooral over de uitkomsten en ervaringen van de patiënt. Speciale aandacht is er voor economische evaluatie en de kosten-opbrengsten balans door onze samenwerking met dr. W. van den Hout (Medische Besliskunde, LUMC) en prof. dr. E Steyerberg (Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnszorg, UMCU).

Want naast het medisch inhoudelijke speelt er ook nog een ander dilemma ten aanzien van conservatief beleid: de financiën! Voor de medisch specialist en voor de ziekenhuisorganisatie levert het conservatieve beleid aanzienlijk minder op dan een operatieve behandeling. Op dit moment wordt er voornamelijk gewerkt volgens het transactionele contracteemodel met als inkoop Price maal Quantity ($P \times Q$). Dit bekostigingsmodel belemmert de transitie van passende zorg, want

een zorginstelling wil uiteraard rode cijfers voorkomen. Een mogelijkheid om de transitie van passende zorg toch praktisch sneller te implementeren is door het relationeel contracteermodel/ inkoopmodel van de NZa te gebruiken (NZa; naar transformatiegerichte contracten in de zorg 2024). In het relationeel inkoopmodel gelden de afspraken voor meerdere jaren en worden prestaties of resultaten ingekocht op niveau van verbeteren van doorlooptijden, verminderen van herhaalconsulten of her verlagen van het aantal complicaties. Echter dit proces is nog wel in ontwikkelingsfase waarbij kanttekeningen vanuit de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ) is gemaakt in het rapport Passende bekostiging: randvoorwaarde voor transformatie naar passende zorg (juni 2024).

2. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand

Dit principe betekent dat er die zorg geleverd wordt die past bij de persoonlijke situatie, behoeften en wensen van de patiënt. Welke vorm van zorg nodig is wordt bepaald in een gezamenlijk besluitvormingsproces tussen zorgverlener(s) en patiënt en naaste(n). Deze werkwijze komt overeen met het proces van shared decision making (SDM) waarbij 3 belangrijke vragen zijn voor de patiënt en de naaste(n) namelijk 1. Wat zijn mijn mogelijkheden; 2. Wat zijn de voor en nadelen van een behandeling en 3. Wat betekent dat in mijn situatie.

Dit is een zeer belangrijk onderdeel van passende zorg omdat hier de patiënt en de mantelzorger centraal staan. Zelf ben ik van mening dat dit principe van passende zorg enorm samenhangt met het principe waardegedreven zorg. Er zijn geen duidelijke grenzen tussen deze 2 principes, ze gaan in elkaar over. Ik bedoel hiermee dat de gemeten uitkomsten in kosteneffectiviteit studies (principe 1: waardegedreven zorg) zoals mortaliteit, morbiditeit, G-KvL, het revalidatietraject, woonvorm na wel of geen interventie gebruikt kunnen worden in het samen beslissen met de patiënt en de naaste(n). In het proces van SDM worden de Patient Reported Outcome Measures (PROMs) als zeer essentieel gezien en zijn nodig voor bij de bespreking van een keuze van behandeling in de spreekkamer (rapport PROMs in de spreekkamer 2018).

Ter illustratie waarom de PROMs nu zo belangrijk zijn kom ik nu terug op onze ervaringen van de behandeling (dotter of operatie) van patiënten met CLBI (hoofdstuk 2). We kunnen met de resultaten van ons wetenschappelijk

onderzoek nu met oudere patiënten met CLBI bespreken dat deze ziekte zeer ernstig is en hun levensverwachting t.o.v. leeftijd genoten ernstig vermindert. Dat er een hoge kans bestaat op het ontwikkelen van een delier wat een langdurig negatief effect heeft op de kwaliteit van leven. De medische behandeling kan dus in het geval van CLBI leiden tot onwenselijke effecten voor de oudere patiënt, waarbij soms zelfs de patiënt de zelfredzaamheid verliest en na de interventie opgenomen wordt in een verpleeghuis. Gezien deze negatieve effecten van behandeling van oudere kwetsbare patiënt CLBI die ook nog vaak meerdere chronische aandoeningen heeft hebben wij onderzocht of het mogelijk is om juist geen interventie te verrichten, het do not further harm principe. Dit is dus een totaal andere benadering dan in de vaatchirurgie gebruikelijk is namelijk middels operatie of dotter ervoor zorgen dat er weer circulatie in de voet is zodat de wonden kunnen genezen en een onderbeen amputatie voorkomen kan worden. En inderdaad het blijkt mogelijk om bij oudere patiënten CLBI (boven de 70 jaar) met multipale aandoeningen conservatief (do not further harm) te blijven en ze indien nodig te ondersteunen met antibiotica en pijnstilling. Deze nieuwe benadering leverde namelijk niet veel meer amputaties op dan in CLBI-patiënten die een interventie ondergaan (Stavroulakis 2018, Santema 2017, Steunenbergh 2018). Soms is het wel zo dat er (kleine) wonden blijven bestaan tot het moment van overlijden. Om antwoord te kunnen geven op de vraag van de patiënt wat betekent het in mijn situatie om geen interventie te krijgen, is het van belang om te weten wat een patiënt qua functioneren nog kan en wat de kwaliteit van leven is. Momenteel wordt zowel in de literatuur maar ook door ZiN de kwaliteit van leven gemeten met de vragenlijsten zoals SF 12/36, de EQ-5d (zie paragraaf 4.1 waardegedreven zorg). Dit is de gouden standaard. Echter het wordt steeds duidelijker dat deze vragenlijsten meer meten wat een patiënt zowel fysiek en mentaal kan en men noemt dit nu dan ook tegenwoordig G-KvL. Deze vragenlijsten zijn gemaakt door de zorg professionals en geven geen reflectie over wat de patiënt er nu zelf van vindt (Peach 2016, Bulder 2021). Het begrip KvL is veel breder en bevat onder andere ook het sociale domein (eenzaamheid) maar vooral ook de perceptie van de patiënt zelf. Een andere vragenlijst die hier meer op in gaat is de WHOQoL-bref, hier worden meer de vragen gericht aan en over de ervaring van de patiënt. Bijvoorbeeld “Bent u tevreden met uw vermogen om alledaagse activiteiten te verrichten? Hoeveel geniet u van het leven? Bent u tevreden met uw leefomstandigheden?” Er zijn dus vele soorten vragenlijsten die onder de term PROMs vallen, waarbij de SF 12/36 en de EQ-5 de goudenstandaard is (zeker in relatie tot kosteneffectiviteit analyses) en eigenlijk

de WHOQoL-bref zelden gebruikt of erkent wordt. Bij deze breek ik een lans om juist voor de kwetsbare oudere patiënt de focus meer te leggen op KvL middels kwantitatief onderzoek of het gebruik van de WHOQoL-bref in plaats van de gebruikelijke vragenlijsten. Onze ervaring met gebruik van deze vragenlijsten heeft geleerd dat specifiek bij de conservatieve behandeling van oudere CLBI-patiënten de scores met SF-12 gelijk blijven gedurende 1 jaar. In tegenstelling tot de scores van de WHOQoL-bref die verbeterde na 6 en 12 maanden (Steunenbergh 2018). Eenzelfde soort resultaat werd gevonden bij de oudere CLBI waarbij een ledemaat geamputeerd werd (Peters 2019). Met de klassieke SF 12 werd geen verbetering gevonden in tegenstelling tot WHOQoL-bref die significant verbeterde na 6 maanden en bijna gelijk was aan leeftijdsgenoten zonder vaatlijden.

Kortom in het proces van SDM is het van belang om onderscheid te maken tussen KvL en G-KvL. Gezien momenteel het merendeel van de studies in de gezondheidszorg, de richtlijnen en de financieel vergoeding gebaseerd zijn op G-KvL, zal ik hier met deze leerstoel juist KvL van de oudere kwetsbare patiënt aan willen toevoegen. Naast het ontwerpen van nog meer specifieke KvL vragenlijsten zullen er ook kwalitatieve interview studies nodig zijn.

Voor een succesvolle transitie van passende zorg ten aanzien waardegedreven zorg als SDM zullen niet alleen de zorgverleners maar ook zorginstellingen en zorgverzekeraars hun visie ten aanzien PROMS moeten bijstellen in de veranderende kennis over KvL en G-KvL bij de oudere kwetsbare patiënt.

In het proces van SDM zal er ook aandacht nodig zijn voor de informele mantelzorger. Om de zelfredzaamheid van de patiënt zo hoog mogelijk te houden is het van belang om kennis te vergaren over de ervaringen van de mantelzorger. Het blijkt dat ervaringen en belastbaarheid van de mantelzorger bij patiënten met maligniteiten anders is dan bij vaatlijden (Janssen 2020, van Gorkom 2024). Om juist de oudere patiënt langer in de thuissituatie te houden zal ook in deze leerstoel aandacht zijn voor inzetbaarheid, ervaringen en kwaliteit van leven van de mantelzorger. Het derde principe van passende zorg sluit naadloos aan bij de gedachte om de zelfredzaamheid van de oudere persoon zo lang mogelijk in stand te houden.

3. Passende zorg wordt waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd

Met dit principe wordt bedoeld dat de zorg verplaatst wordt naar dichterbij als het kan en verder weg als het moet. En dat de zorg vervangen wordt door nieuwe vormen van zorg zoals e-health en domotica en voorkomen van zorg die niet passend is.

Verplaatsing van zorg naar dichterbij als het kan en verder weg als het moet geeft op dit moment echter nog een grote organisatorische uitdaging. Verder weg sluit aan bij het onderdeel van het IZA waarbij er gepleit wordt voor netwerken en concentratie van complexe zorg. Dit beleid over netwerken is mede gebaseerd op het rapport van Strategies in Regulated Markets (SiRM) uit 2022, “concentratie van complexe ingrepen kan meer dan 200 sterftegevallen vermijden”. Natuurlijk is het van belang om onnodige sterfte te voorkomen. Echter opvallend in dit rapport is dat er geen enkele keer beschreven wordt wat de concentratie van zorg voor effect heeft op de kwaliteit van leven van de patiënt, familie of mantelzorger. De rol van de vergrijzing of kwetsbaarheid komt ook niet aan de orde. Het rapport vermeldt onder andere “meer dan de helft van het verwachte resultaat (reductie van 35 sterftegevallen) wordt al bereikt bij een toename van de gemiddelde reistijd van 5 minuten”. Nu begrijp ik dat bijvoorbeeld in grote steden waar veel ziekenhuizen zijn de reistijd niet schrikbarend zal toenemen, echter buiten de randsteden is dat een totaal ander verhaal. Het rapport benoemt ook dat reistijd geen serieuze belemmering voor concentratie van complexe behandeling kan zijn. Ik kan me voorstellen dat dit geldt voor een relatief jonge patiënt met pancreas-of longcarcinoom maar ik heb zelf twijfels of dit ook zo is voor de oudere patiënt. Hierbij weten we juist dat we deze zo min mogelijk uit zijn eigen woonomgeving moeten halen. Het rapport eindigt met “de transitie naar concentratie kost tijd, inspanning en geld”. Dat lijkt een contradictio in terminis met de doelstelling van passende zorg en het IZA om juist tot kostenbesparing te komen. Op dit moment lijkt concentratie van zorg en de netwerkorganisatie een gelopen race. Een kanttekening van mijn zijde is dat ik oprecht benieuwd ben of de strategie van concentratie van complexe zorg specifiek voor de oudere populatie bijdraagt aan waardegedreven zorg en kwaliteit van leven. Er wordt volledig gefocust op het behalen van de vastgestelde volume norm, dus de aantallen operaties. Terwijl we juist in de gedachte van passende zorg moeten verschuiven naar het laatste deel van principe 3: voorkomen van zorg die niet passend is. Het vasthouden aan een volumenorment helpt in de vaatchirurgie

niet om de conservatieve behandeling verder in de praktijk in te voeren bij die netwerken die rondom de grens van de volumenorm participeren. De vraag is dus of zowel de insteek van de concentratie van zorg, de aandacht voor mortaliteit maar niet naar de kwaliteit van leven, en de focus op volume en niet op de keuze van benadeling aansluit bij de transitie van passende zorg. Om antwoord op deze vragen te krijgen zal ik hier wetenschappelijk onderzoek naar verrichten.

Hoe komen we nu de andere kant op dus niet verder van huis maar juist dichterbij. Hierbij wordt door de overheid gedacht aan verschuiving van de zorg van de tweede naar de eerste of anderhalve lijns zorg. Dit zou kunnen door medische specialisten in de anderhalve lijn in te zetten, echter dan moeten er hiervoor wel voldoende specialisten zijn. De verschuiving naar de eerste lijn kan alleen een succes worden wanneer dit zeker niet meer werkdruk geeft in de eerste lijn omdat ook hier het personeelstekort speelt. Gedacht kan worden aan het opleiden en inzetten van verpleegkundig specialisten of physician assistants.

Een totaal andere benadering is het gebruik maken van e-health. Een praktisch en goed voorbeeld hiervan is de inzet van de virtual fracture care (VFC) app (Spierings 2024). Met deze app wordt een patiënt met een eenvoudige botbreuk die eenmalig het ziekenhuis heeft bezocht begeleidt door het genezingsproces. Hierdoor zijn er geen nacontroles in het ziekenhuis meer nodig zijn en hoeft de patiënt ook de eerste lijn niet te bezoeken.

Een andere methode van e-health om de zorg zo dicht mogelijk in de thuissituatie te organiseren is videoconsulting. Dit is een techniek die nu nog in de ontwikkelingsfase staat maar de mogelijkheid geeft om de oudere kwetsbare patiënt door de medisch specialist in de thuissituatie te beoordelen of eventueel verwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk is. In het geval er bij de extreem oudere patiënt sprake is van bijvoorbeeld zowel geestelijke als fysieke ernstige beperkingen kan geadviseerd worden tot een conservatief beleid of eventueel een palliatief traject te starten. Echter het merendeel van de casuïstiek is niet zo zwart-wit, maar vergt een gedegen onderbouwing om tot het besluit te komen of de zorg nog wel of niet zinnig is.

Hierom pleit ik voor gebruik te maken van multidisciplinaire teams die patiënten uitvoerig fysiek en mentaal screenen en in gezamenlijkheid tot een behandeladvies komt (Janssen 2019, Meulenbroek 2022). Een praktisch

voorbeeld hiervan is ons multidisciplinair prehabilitatie team bestaande uit een verpleegkundig specialist vaatchirurg, fysiotherapeut, diëtiste en geriater. In een ongeveer één dagdeel durende carrousel wordt met metingen en testen inzage gekregen over de fysieke en mentale conditie en de sociale omgeving van de patiënt. Met deze specifieke kennis krijgt de patiënt en de naaste(n)/mantelzorger een advies over de behandeling. Mocht een intensieve behandeling de patiënt meer schade opleveren dan gezondheidswinst dan kan het advies een conservatieve behandeling zijn, met andere woorden zo kan zorg voorkomen worden die niet passend is. Deze methode is nog volop in ontwikkeling. Er zal nog veel wetenschappelijke informatie verkregen moeten worden over de impact van de graad van kwetsbaarheid op de uitkomst van de behandeling. Hiernaast vergt de structuur van zo'n poliklinische multidisciplinaire beoordeling een verandering in de ziekenhuisorganisatie maar ook een aanpassing in de financiële vergoeding.

Terug naar de wijze waarop ons vaat prehabilitatie traject werkt in het Amphibia ziekenhuis. Belangrijk is dat de patiënt enkel die adviezen krijgt die specifiek op hem of haar van toepassing zijn (een multimodaal model) en dat deze adviezen thuis uitgevoerd kunnen worden. Concreet de patiënt wordt niet verwezen naar een fysiotherapeutische praktijk maar voert de verkregen oefeningen zelf thuis uit. De voedingsinstructies worden na uitleg op de prehabilitatie poli meegeven in folders. Ter ondersteuning van dit prehabilitatie programma hebben we een Aneurysma Journey App ontwikkelt die zowel de operatieprocedure als het gehele prehabilitatie programma uitlegt (Gjoshia 2024). De App wordt door de oudere patiënt en de naaste(n) veel gebruikt en als zeer positief ervaren.

Kortom zo kan met de combinatie van prehabilitatie met e-health welke nog volop in ontwikkeling is, stappen gezet worden om delen van de behandeling meer in de thuissituatie te verrichten. Om verdere stappen te maken in e-health en video consulting zal er ontwikkeling nodig zijn in zowel soft als hardware technologie. Naast ontwikkeling van deze technologie zal er ook een aanpassing in het financieel zorgstelsel nodig zijn zodat er hier zowel voor zorgverlener als zorginstelling een vergoeding voor is, het eerdergenoemde principe van passende bekostiging.

4. Passende zorg gaat niet alleen over de ziekte, maar juist over gezondheid en zelfredzaamheid

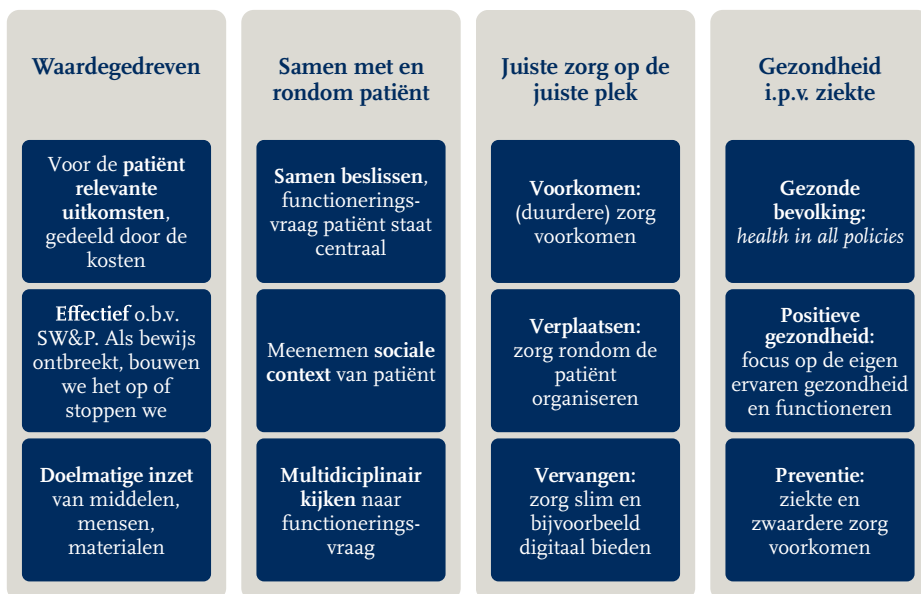
Bij dit principe wordt beschreven dat de zorg niet primair gaat om de ziekte, maar om het leven van mensen, ook in de laatste levensfase. Er is aandacht voor de invloed van de fysieke en sociale leefomgeving op gezondheid. Niet elke gezondheidsvraag heeft een (individueel) zorgantwoord, soms zijn andere antwoorden passender. Preventie en het versterken van veerkracht zijn tevens onderdelen van dit principe.

Bij dit vierde principe van passende zorg komen dus veel elementen voor die al eerder benoemd zijn bij de vorige 3 principes. Het is dus van belang om goede en adequate informatie te verkrijgen over de perceptie van de oudere persoon ten aanzien van de fysieke en sociale leefomgeving. Momenteel kan dit door de KvL vragenlijsten te gebruiken in combinatie met een kwalitatief interview van de oudere kwetsbare patiënten. Gezien de specifieke populatie een andere beleving heeft van KvL dan de jongere of fittere oudere patiënt zal er een nieuw instrument ontwikkelt moeten worden die analyseert of een behandeling wel of geen waarde toevoegt aan de laatste levensfase. Denk hierbij aan de onderwerpen eenzaamheid, levensplezier naast de beleving of de verminderde fysieke en mentale gesteldheid als belemmering ervaren wordt. Deze kennis over psycho/sociale ervaring van de patiënt zal gecombineerd kunnen worden met het meten van de gezondheid middels een multidisciplinair prehabilitatie team (paragraaf 4.3). Met deze informatie kan de hoofdbehandelaar samen met de patiënt tot een betere onderbouwde behandel advies/plan komen, waarbij er aandacht is voor de zelfredzaamheid. Passende zorg betekent dat patiënt en zorgverlener samen beslissen. In het programma zal de rol voor de mantelzorg nog wel verder ontwikkelt moeten worden. Afhankelijk van de gezondheid van de patiënt kan er een prehabilitatie en rehabilitatie programma geadviseerd en gevolgd worden. Dit programma zal zoveel mogelijk dicht bij de patiënt thuis georganiseerd moeten worden. In dit programma is er specifiek aandacht voor gezondheid (gezonde voeding, stoppen met roken en alcoholgebruik).

Over de zelfredzaamheid van ouderen is het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO, 2024) ontwikkelt, die bijdraagt aan een transitie in wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen. Door VWS, gemeenten, GGD's en zorgverzekeraars is in het Gezond en Aktief Leven Akkoord (GALA, 2023) afgesproken om middels een integrale benadering het preventiebeleid te

stimuleren en faciliteren waarbij het gaat om preventie in brede zin: gezonde leefomgeving, sociaal beleid, maar ook sport en bewegen. Belangrijk is het om te beseffen dat er momenteel ongeveer 400 miljoen euro wordt uitgegeven aan gezondheidsbevordering, dat is 4% van het gezondheidszorg budget (97 miljard). Per inwoner wordt er 6 euro aan gezondheidsbevordering en 14 euro aan sportstimulering besteed ten opzichte van 5600 euro aan gezondheidszorg (RIVM-rapport 2021, Landelijke en lokale uitgaven aan gezondheidsbevordering: een nulmeting). Ondanks de intenties van GALA maak ik me wel zorgen over hoe we de populatie gezonder kunnen laten leven. Belangrijk is het om te realiseren dat de populatie met een laag sociaaleconomische status een aanzienlijk hogere cardiovasculaire mortaliteit hebben bij chirurgische procedures (Ultee 2018). Gezien de huidige vijftigers op de piek (2040) van de geschetste problemen in de gezondheidszorg, rond de 70 jaar zullen zijn, zullen zij juist het meeste gebruik van maken van de gezondheidszorg. Door deze populatie fitter (sport) en gezonder (preventie alcohol, roken en gezond eten) te maken zullen er minder chronische aandoeningen (COPD, adipositas, diabetes type 2, hart- en vaatziekten) optreden op latere leeftijd, is deze populatie weerbaarder en heeft meer veerkracht wanneer er ziektes optreden. We zullen er met elkaar bewust van moeten zijn dat een groot deel van de Nederlandse bevolking niet over de financiële middelen beschikt om hun huidige levensstijl te veranderen zonder ondersteuning. Om juist de belangrijke elementen zoals preventie en gezondheid in de transitie van passende zorg te bestendigen zal ervan uit spelers betrokken bij de gezondheidszorg en de publieke sector het besef moeten zijn dat alle inwoners zonder een financiële drempel toegang moeten krijgen tot de mogelijkheden om hun levensstijl en gezondheid te verbeteren. Kortom ook dit onderwerp van passende zorg vraagt een gezamenlijke aanpak.

5. Beschouwing



Figuur 1: vier principes van passende zorg (bron: Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu. ZiN en NZA. November 2020)

Ik heb de theorie en toepassing middels een aantal praktische voorbeelden van passende zorg besproken. Wat van belang is dat in het Kader Passende Zorg de vier genoemde principes worden beschreven als separate kolommen (fig. 1) Echter ik hoop dat uit mijn verhaal blijkt dat de vier principes van passende zorg niet gezien kunnen worden als silo's maar juist als communicerende vaten waarbij de essentiële onderwerpen voorkomen in alle vier de kolommen. Denk hierbij aan KvL, G-KvL, mantelzorger, e-health, hoge technische ontwikkelingen, do not further harm principe en verandering van financiering in de zorg. Gezien de spreekduur van mijn oratie heb ik me nu vooral gefocust op de transitie van passende zorg in het medisch domein. In mijn leerstoel en onderwijs aan TIAS School for Business and Society komt de passende zorg en de transitie in het gehele gezondheidslandschap (eerste lijn, ziekenhuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, revalidatiezorg, psychiatrische zorg en ggz) aan bod. In het Integraal Zorg Akkoord (IZA) is door alle partijen betrokken bij de gezondheidszorg afgesproken om de passende zorg te integreren in ons gezondheidssysteem (IZA: samen werken aan gezonde zorg 2022). Door de IZA en de inspanningen van de gezant passende zorg (prof. dr. J Kremer) is al

een enorme stap gezet in de bewustwording van de noodzaak voor passende zorg. Echter om de transitie van passende zorg verder succesvol tot stand te brengen zal er in de gehele ketenzorg meer beweging op moeten komen. Alleen door gezamenlijke inspanning kunnen we de gezondheidszorg betaalbaar houden met minder zorgpersoneel en ondanks de toenemende zorgvraag door vergrijzing. Een aantal praktische voorbeelden heb ik genoemd zoals een andere visie op KvL, de optie do not furher harm principe, multidisciplinaire benadering, prehabilitatie en verandering van de financieringsstructuur in de gezondheidszorg. Nogmaals de zorgverlener kan deze noodzakelijke transitie niet voor elkaar krijgen zonder de hulp van zorginstellingen, zorgorganisaties en zorgverzekeraars maar ook vice versa. Er moet begrip zijn voor wat de uitgangspunten zijn van eenieder: adequate zorg door de zorgverlener en IGZ, geen rode cijfers voor de bestuurders van zorginstellingen, winst voor de zorgverzekeraars, zinnige zorg gecheckt door ZiN. Wel zal er aandacht moeten zijn om het beleid te baseren op feiten/wetenschappelijke onderbouwing en niet op mogelijke veronderstellingen. Om deze uitspraak te verduidelijken noem ik als laatste praktische voorbeeld de krantenkop van afgelopen december: “nieuwe poli ziekenhuis Bernhoven: honderden onnodige onderzoeken worden voorkomen”. Op een speciale intensieve chronische zorgpoli, voor patiënten met drie of meer chronische aandoeningen wordt door gerieters beoordeeld of alle medicatie (bijvoorbeeld antistolling medicatie) van deze kwetsbare populatie op elkaar afgestemd is en of alle aanvullende onderzoeken (bloedprikken, röntgen diagnostiek) nodig zijn. Hiermee worden veel aanvullende onderzoeken en spoed opnames voorkomen. Dit is een prachtig voorbeeld van praktische toepassing van passende zorg. Maar nu de interpretatie van dit initiatief. Een groot deel van het succes zit in de kennis en kunde van de geriater, daarom heeft deze ook een prominente plaats in ons prehabilitatie en screeningsteam. Echter u moet zich wel realiseren dat en dat vertel ik wel met een beetje jaloezie deze consulten ongeveer 1 uur duren met daarnaast nog de administratieve uitwerking hiervan. Ter vergelijking de chirurg krijgt afhankelijk van de lokale afspraken tussen de 10 en 20 minuten tijd voor een consult, ook voor een kwetsbare oudere patiënt. Hierin moet niet alleen de medicatie en diagnostiek gecheckt worden maar ook tot een gezamenlijk behandelplan (wel of geen operatie) gekomen worden volgens het SDM-principe. Waar ik u over wil laten nadenken met dit praktische voorbeeld over de winst die dit prachtige voorbeeld uit Bernhoven geeft, komt dit nu specifiek door het specialisme geriatrie of door een andere tijdsinvestering die er per patiënt is of door een combinatie van beide? Hoe is het nu mogelijk

om toch meer tijdsinvestering voor elkaar te krijgen en nodige adequate zorg te leveren voor de vergrijzende populatie, terwijl er minder financiële middelen zijn en er minder personeel is? Deze casus sluit dus naadloos aan bij mijn leeropdracht, passende zorg hoe te komen van theorie naar praktijk. Hiernaast is het mijn ambitie om de conservatieve behandeling toe te voegen aan de huidige nationale en internationale richtlijnen van de vaatchirurgie. Voor het creëren van een draagvlak voor de conservatieve behandeling door zowel de medische professionals maar vooral door de patiënten als hun naaste is nog veel wetenschappelijk onderzoek en kennis nodig. Hier ga ik de komende jaren met enthousiasme en gedrevenheid mee aan de slag. De leerstoel passende zorg geeft mij de mogelijkheid om mijn visie en passie over de verandering in de gezondheidszorg en de oplossingen te delen met de studenten van de TIAS School for Business and Society, maar eigenlijk met eenieder die te maken heeft de gezondheidszorg, jong of oud. Ik eindig mijn oratie met dezelfde woorden als bij het begin. De implementatie van passende zorg is alleen mogelijk door een verandering in het zorglandschap, waarbij eenieder zal moeten meebewegen. Een enorme uitdaging voor ons allemaal en voor mij als leerstoelhouder passende zorg in het bijzonder.

Dankwoord

De implementatie van passende zorg vergt zowel kennis als kunde van leiderschap, financieel management, HRM, strategie, innovatie en uiteraard ervaring over de geschetste problematiek in de gezondheidszorg. Het is dus geen toeval dat de leerstoel passende zorg is ondergebracht bij TIAS School for Business and Society, die beschikt over expertise op deze onderwerpen.

Graag dank ik de decaan en de academic director van de MHA-opleiding bij TIAS School for Business and Society, het College van Bestuur van Tilburg University en de Raad van Bestuur van het Amphia Ziekenhuis voor het in mij gestelde vertrouwen mij aan te stellen als bijzonder hoogleraar passende zorg. Met deze leerstoel wordt de samenwerking tussen TIAS School for Business and Society, Tilburg University en het Amphia Ziekenhuis versterkt.

Enorm veel dank ben ik verschuldigd aan drs. Christianne Lennards (vice-voorzitter RVB Amphia Ziekenhuis), dr. Herbert van Wering (vice-voorzitter MSB-A) en prof. dr. Nardo van der Meer (TIAS School for Business and Society) die zich gezamenlijk hebben ingezet voor het creëren van deze leerstoel en leeropdracht. Zowel de wereld van een business school als die van gezondheidswetenschappen is totaal iets anders dan het reilen en zeilen van een vaatchirurgische kliniek. Gelukkig krijg ik goede en prettige begeleiding en coaching van prof. dr. Charissa Freese (vice-decaan TIAS School for Business and Society) en prof. dr. Peter van der Voort (academic director van de MHA-opleiding bij TIAS School for Business and Society).

Ook wil ik mijn dank uitspreken aan mijn vakgroep Heelkunde van het Amphia. Vanaf mijn start in het Amphia Ziekenhuis hebben jullie delen van mijn klinische taken overgenomen zodat ik me kan concentreren op de opleiding en wetenschap. Het is ons gelukt om onze gezamenlijke ambitie van innovatie en wetenschap nu te verzilveren om zo verder uit te kunnen breiden. Ik ben dankbaar dat ik deel mag uitmaken van een gedreven en zeer collegiale vaatclub (vaatchirurgen, vaatfellow 's, vaatdifferentianten, vaat verpleegkundig specialisten en research ondersteuner Nathalie). We hebben veel plezier in het gezamenlijk opereren, de zorg voor de vaatpatiënt, we zijn zeer loyaal naar elkaar en op tijd ook kritisch. Het is bijzonder dat eenieder altijd weer enthousiast is over onze onderzoekslijn naar de oudere patiënt en meedoet met het includeren van patiënten. De laatste 5 jaar is aan deze club ook het prehabilitatie team (René, Jiran, Karolien, Fleur en Rebecca) toegevoegd. Zonder jullie onvoorwaardelijk

enthousiasme was het nooit gelukt om dit voor elkaar te krijgen omdat het eigenlijk ouderwets liefdewerk oud papier is. Het is een plezier om dr. Miriam Faes in dit team te hebben niet alleen als vaat geïnteresseerde geriater maar ook als gedreven mede wetenschappelijk onderzoekster bij diverse projecten. Het is fantastisch om samen met jou aan prachtige projecten te werken, ik weet zeker dat er nog vele volgen. Uiteraard ben ik dank verschuldigd aan prof. dr. Inge Fourneau, voor het vertrouwen om mij aan jouw afdeling vaatchirurgie toe te voegen als visiting professor. Onze samenwerking leverde vele prachtige papers. Gezien het multidisciplinaire karakter van de onderzoekslijn ook mijn dank aan prof. dr. Jolanda de Vries (Medische Psychologie, TiU), dr. Wilbert van den Hout (Medische Besliskunde, LUMC) prof. dr. Ewout Steyerberg (Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnszorg, UMCU), dr. Paul Mulder (statisticus Amphia Ziekenhuis) en prof. dr. Francesco Mattace Raso (Geriatric, EMC).

Echter de meeste dank ben ik verschuldigd aan al mijn promovendi (Alexander, Geertruide, Jeroen, Jasper 1 en 2, Jelle, Kevin, Stijn, Chloe, Ties en Joost) en mijn huidige PhD studenten (Bergin, Anne, Bob, Sanne, Seline en Tessa). Dank voor de enorme hoeveelheid wetenschappelijk werk wat jullie verzet hebben en doen.

Lieve Jacqueline en Monique, wat een luxe dat jullie mijn agenda zo punctueel en beschermend regelen. Maar nog belangrijker zijn jullie warme persoonlijke adviezen over zowel werk gerelateerde zaken als privé.

Mijn enthousiasme voor de chirurgie, drive voor de wetenschap en het geven van onderwijs is mij met de chirurgisch papepel ingegeven door al mijn opleiders. Ik ben er trots op dat jullie mijn hebben opgeleid en gevormd hebben, jullie zijn mijn helden.

Natuurlijk is er nog meer dan werk in het leven. Sinds mijn studententijd hebben de heren des Jopen er altijd voor gezorgd dat ik met beide benen op de grond bleef, vaak wel met een mooi glas wijn in mijn handen. Samen hebben we spannende, prachtige en onvergetelijke zee zeilreizen en wijnreizen gemaakt en zelfs marathons gelopen.

Deze benoeming is tot stand gekomen door inzet en belangstelling van een zeer breed team. De kans is dus groot dat u niet bij naam genoemd bent, maar ik dank u allen.

Mijn lieve schoonouders hebben ons bij nacht en ontij geholpen met de opvang van onze 3 kinderen. Vanuit Friesland waren jullie er altijd voor ons in Tilburg en later in Breda. Lieve mama we hebben dit altijd enorm gewaardeerd, en het is verdrietig dat mijn overleden schoonvader er vandaag niet bij is.

Lieve pa en ma, een groot deel van de oratie gaat over jullie: goed voor elkaar zorgen, kwetsbaarheid, echt oud worden maar ook genieten van het leven. Op feestelijke dagen zoals vandaag mis ik jullie nog meer dan anders. Ik draag deze oratie aan jullie op.

Clair en Nel, mijn zussen, wat is het fijn en mooi dat we er nog steeds voor elkaar zijn in voor en tegenspoed.

Supertrots zijn wij op onze Olaf, Marlies en Diederik. Ieder is nu zijn eigen pad ingeslagen. Ik geniet volop van jullie successen in het werk maar nog meer van de verhalen over al jullie avonturen. Dat is pas kwaliteit van leven!

Lieve, kleine Nora jij wikkelt mij nu al om je vinger.

Hester, wat bof ik toch met zo'n lieve echtgenote. Samen wisten we toen we in Breda kwamen wonen wat mijn ambities waren. Je hebt me daarin niet alleen ondersteund maar vooral geholpen. Ik ben trots op hoe je als arts verstandelijk gehandicapt de crisis rondom Covid-19 bij Amarant regelde en naast vakgroep voorzitter nu ook nog opleider bent geworden. Naast deze raakvlakken sparren we nu veel over passende zorg omdat het zorginfarct ook speelt in de wereld van de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking. Samen genieten we enorm van het (zee)zeilen met onze Bommelstein. Dit schip heeft niet voor niks twee stuurwielen dat staat voor de symboliek dat we gelijkwaardig zijn in onze relatie. Ik hou ongelofelijk veel van je, en we gaan nu onze reis vervolgen met als doel PASSENDE ZORG.

Ik heb gezegd.

Referenties

Rapport: Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. WRR. September 2021.

Rapport: Zorginstituut Nederland en Nederlandse Zorgautoriteit. Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu. November 2020.

Rapport: Zorginstituut Nederland. Kader passende zorg. Juni 2022.

Rapport: NZa: Naar transformatie gerichte contracten in de zorg. Maart 2024.

Rapport: NVZ: Passende bekostiging; randvoorwaarde voor transformatie naar passende zorg. Juni 2024.

Rapport ZiN: Busschbach J, Qaly en kwaliteit-van-leven-metingen; Verdiepingsmodule, herziene versie 2024.

Rapport Rebel/ZiN: van Baalen M, Gommans T, Berens M: PROMS in de spreekkamer; Succes- en faalfactoren en lessen voor implementatie. Oktober 2018.

SiRM, de Haas J, Heida JP, Stoop T. Concentratie van complexe ingrepen kan meer dan 200 sterftegevallen vermijden. Juni 2020.

Voortgangsbrief Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Helder C, minister VWS. Mei 2024.

GALA (Gezond en Actief Leven Akkoord), Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zetten gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis. Ministerie van VWS. Januari 2023.

RIVM rapport: Oosterhoff M, Landelijke en lokale uitgaven aan gezondheidsbevordering: een nulmeting. 2021.

Intra-graal zorgakkoord: samen werken aan gezonde zorg. Ministerie VWS, September 2022.

- Aday AW, Matsushita K. Epidemiology of peripheral artery disease and peripheral vascular disease. *Circ Res*, 2021;128:1818–1832.
- Ahaus K. Organiseren van waardegedreven zorg vanuit patiënt perspectief. Oratie maart 2020.
- Allison MA, Armstrong DG, Goodney PP, Hamburg NM, Kirksey L, Lancaster KJ, Mena-Hurtado CI, Misra S, Treat-Jacobson DJ, White Solaru KT. Health Disparities in Peripheral Artery Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, 2023 Jul 18;148(3):286-296.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff*, 2008;27(3):759-769.
- Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12:573-576.
- Bulder RMA, Hamming JF, van Schaik J, Lindeman JHN. Towards patient centred outcomes for elective abdominal aortic aneurysm repair: A scoping review of quality of life scales. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2021 Oct;62(4):630-641.
- Farber A, Menard MT, Conte MS, Kaufman JA, Powell RJ, Choudhry NK, Hamza TH, Assmann SF, Creager MA, Cziraky MJ, Dake MD, Jaff MR, Reid D, Siami FS, Sopko G, White CJ, van Over M, Strong MB, Villarreal MF, McKean M, Azene E, Azarbal A, Barleben A, Chew DK, Clavijo LC, Douville Y, Findeiss L, Garg N, Gasper W, Giles KA, Goodney PP, Hawkins BM, Herman CR, Kalish JA, Koopmann MC, Laskowski IA, Mena-Hurtado C, Motaganahalli R, Rowe VL, Schanzer A, Schneider PA, Siracuse JJ, Venermo M, Rosenfield K; BEST-CLI Investigators. Surgery or endovascular therapy for chronic limb-threatening ischemia. *N Engl J Med*, 2022 Dec 22;387(25):2305-2316.
- George EL, Hall DE, Youk A, Chen R, Kashikar A, Trickey AW, Varley PR, Shireman PK, Shinall MC Jr, Massarweh NN, Johanning J, Arya S. Association between patient frailty and postoperative mortality across multiple noncardiac surgical specialties. *JAMA Surg*, 2021 Jan 1;156(1):e205152.

- van Gorkom RNFG, Meulenbroek AL, de Vries J, Frost DM, van der Laan L. A fluctuating intensity of care: A qualitative study on the experiences of informal caregivers of patients with chronic limb-threatening ischemia. *PLoS One*, 2024 May 13;19(5):e0298959.
- Huber M, Knottnerus AJ, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JWM, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ*, 2011 Jul 26;343:d4163.
- Gjosha B, van Gorkom R, Steunenbergh S, Toonders F, Buimer TG, Ho HG, de Groot HGW, Veen EJ, Faes MC, Timmers TGC, van der Laan L. Positive experiences with the use of an eHealth smartphone application during the treatment of an abdominal aortic aneurysm. *Ann Vasc Surg*, 2024 26;112:49-62.
- Janssen TL, Mosk CA, van Hoof - de Lepper CHA, Wielders D, Seerden TCJ, Steyerberg EW, van Gammeren AJ, de Lange DC, van Alphen R, van der Zee M, de Bruijn RM, de Vries J, Wijsman JH, Ho GH, Gobardhan P, van der Laan L. A multicomponent prehabilitation pathway to reduce the incidence of delirium in elderly patients in need of major abdominal surgery: study protocol for a before and after study. *BMC Geriatr*, 2019 Mar 20;19(1):87.
- Janssen TL, Steyerberg EW, Langenberg JCM, van Hoof- de Lepper CCHA, Wielders D, Seerden TCJ, de Lange DC, Wijsman JH, Ho GH, Gobardhan PD, van Alphen R, van der Zee M, van der Laan L. Multimodal prehabilitation to reduce the incidence of delirium and other adverse events in elderly patients undergoing elective major abdominal surgery: an uncontrolled before-and-after study. *PLoS One*, 2019 Jun 13;14(6):e0218152.
- Janssen TL, de Vries J, Lodder P, Faes MC, Ho GH, Gobardhan PD, van der Laan L. The effects of elective aortic repair, colorectal surgery and subsequent postoperative delirium on long-term quality of life, cognitive functioning and depressive symptoms in older patients. *Aging Ment Health*, 2020 Feb 13;1:10.
- Janssen TL, Lodder P, de Vries J, van Hoof-de Lepper CHA, Gobardhan PD, Ho GH, van der Laan L. Caregiver strain on informal caregivers when providing care for older patients undergoing major abdominal surgery: a longitudinal prospective cohort study. *BMC Geriatr*, 2020 May 19;20(1):178.

Klaphake S, de Leur K, Mulder PGH, Ho GH, de Groot HGW, Veen, EJ, van der Laan L. Life expectancy and outcome of different treatment strategies for critical limb ischemia in the elderly patient. *Ann Vasc Surg*. 2018;46:241-248.

Leur K. Surgery in the elderly: does age matter? Thesis 2015.

McRae PJ, Walker PJ, Peel NM, Hobson D, Parsonson F, Donovan P, et al. Frailty and geriatric syndromes in vascular surgical ward patients. *Ann Vasc Surg*, 2016;35:9-18.

Meulenbroek AL, Faes MC, van Mil SR, Buimer MG, de Groot HGW, Veen EJ, Ho GH, Boonman-Winter LJM, de Vries J, van Gorkom R, Toonders F, van Alphen R, van Overveld K, Verbogt N, Steyerberg EW, van der Laan L. Multicomponent prehabilitation as a novel strategy for preventing delirium in older chronic limb threatening ischemia patients: a study protocol. *Clin Interv Aging*, 2022; 11;17:767-776.

Meulenbroek AL, Steyerberg EW, Janssen TL, van Mil SR, Faes MC, van der Laan L. The potential value of prehabilitation for preventing delirium in elective surgery for aneurysms of the abdominal aorta. *Clin Interv Aging*, 2024; 9:19:51-55

Peach G, Holt P, Loftus I, Thompson MM, Hinchliffe R. Questions remain about quality of life after abdominal aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg*, 2012 Aug;56(2):520-7.

Peters CML, de Vries J, Lodder P, Steunenbergh SL, Veen EJ, Ho GH, de Groot HG, van der Laan L. Is amputation in the elderly patient with critical limb ischemia acceptable in the long term? *Clin Interv Aging*, 2019 Jul 2;14:1177-1185.

Porter M, Teisberg EO. *Redefining Health Care*. Boston, MA: Harvard Business School Press, 2006.

Robine JM, Michel JP, Hermann FR. Who will care for the oldest people in our ageing society? *BMJ*, 2007 Mar 17;334(7593):570-571.

- Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*, 2005;173:489e95.
- Roijers JP, Rakke YS, Hopmans CJ, Buimer MG, Ho GH, de Groot HGW, Veen EJ, Mulder PGH, van der Laan L. Incidence and risk factors for delirium in elderly patients with critical limb Ischemia. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2020 Apr; 59(4):598-605.
- Santema TB, Stoekenbroek RM, van Loon J, Koelemay MJ, Ubbink DT. Not all patients with critical limb ischaemia require revascularisation. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2017 Mar;53(3):371-379.
- Smet N, Fourneau I, Roeleveld H, Boonman- de Winter L, Schraepen C, Favoreel M, van der Laan L. Age-dependent outcome of first-line endovascular and surgical revascularization strategies in chronic limb-threatening ischemia. *Ann Vasc Surg*, 2022 Sept 85;133-145.
- Spierings J, Willinge G, Kokke M, Twigt B, de Lange W, Geerdink T, van der Velde D, Repping S, Goslings C. Health care professionals' experiences with a mobile self-care solution for low complex orthopedic injuries: mixed methods study. *JMIR Mhealth Uhealth*, 2024 Feb 2;12:e51510.
- Stavroulakis K, Borowski M, Torsello G, Bisdas T; CRITISCH Collaborators. One-Year results of first-line treatment strategies in patients with critical limb ischemia (CRITISCH Registry). *J Endovasc Ther*, 2018 Jun;25(3):320-329.
- Steunenbergh SL, de Vries J, Raats JW, Thijsse WJ, Verbogt N, Lodder P, van Eijck GJ, Veen EJ de Groot HGW, Ho GH, van der Laan L. Quality of life and mortality after endovascular, surgical or conservative treatment of elderly patients suffering from critical limb ischemia. *Ann Vasc Surg*, 2018 Aug; 51:95-105.
- Thillainadesan J, Mudge AM, Aitken SJ, Hilmer SN, Cullen JS, Yumol MF, Close JCT, Norris CM, Kerdic R, Naganathan V. The prognostic performance of frailty for delirium and functional decline in vascular surgery patients. *J Am Geriatr Soc*, 2021 Mar;69(3):688-695.

Vonk R, Hilderink H, Plasmans M, Kommer G en Polder J. Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060: Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (wrr). Deel 1: toekomstprojecties, rivm-Rapport 2020.

Wang J, Zou Y, Zhao J, Schneider DB, Yang Y, Ma Y, Huang B, Yuan D. The impact of frailty on outcomes of elderly patients after major vascular surgery: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2018; 56, 591-602.

Site:

Bron: Centraal bureau voor de statistiek

<https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingspiramide>

Bron: Nivel zorgregistraties eerste lijn

<https://www.vzinfo.nl/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/leeftijd-en-geslacht>

Bron zorginstituut Nederland

<https://www.zorgcijfersdatabank.nl/nieuws/q1-2024-halfjaarbericht>

Bron Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

<https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>

Bron VZinfo:

<https://www.vzinfo.nl/ranglijsten/aandoeningen-op-basis-van-zorguitgaven>

Afkortingen

AAA	Aneurysma Aorta abdominalis
BEVAR	Branched Endo Vasculaire Aorta Reparatie
CLBI	Chronisch Ledemaat Bedreigende Ischemie
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVA	Cerebro Vasculair Accident
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EVAR	Endo Vasculaire Aorta Reparatie
FEVAR	Fenestrated Endo Vasculair Aneurysm Repair
G-KvL	Gezondheid gerelateerde Kwaliteit van Leven
GALA	Gezond en Actief Leven Akkoord
GGD	Gemeentelijke GezondheidsDienst
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HR	Human Resources
ICER	Incremental Cost-Effectiveness Ratio
IZA	Integraal Zorg Akkoord
KvL	Kwaliteit van Leven
MDO	MultiDisciplinair Overleg

Nivel	Nederlands Instituut voor EersteLijnszorg
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZA	Nederlandse ZorgAutoriteit
PROMs	Patient Reported Outcome Measures
PV	Perifeer Vaatlijden
QALY	Quality Adjusted Life Year
RiVM	Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SDM	Shared Decision Making
SiRM	Strategies in Regulated Markets
SF 12/36	Short Form Health Survey 12/26
TAVI	Transcatheter Aortic Valve Implantation
TEVAR	Thoracic Endovasculair Aortic Repair
TIA	Transient Ischemic Attack
TIAS	Tilburg Institute for Advanced Studies
TiU	Tilburg University
VBHC	Value-Based Health Care
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHOQoL-bref	World Health Organization Quality of Life Questionnaire – Bref
WLZ	Wet Langdurige Zorg

WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WOZO	Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen
ZiN	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Colophon

design

Beelenkamp ontwerpers, Tilburg

photography cover

Maurice van den Bosch

layout and printing

Studio | powered by Canon

