

Commissiedebat Arbeidsmarktbeleid in de Zorg, 6 maart 2024 *Aandachtspunten en vragen voor de Minister*

Meerwaarde MedTech voor een houdbare arbeidsmarkt – “Pound wise, not penny-foolish”

Het Nederlandse tekort aan zorgmedewerkers loopt op van 48.600 in 2021, naar 135.000 om 2031, zo berekende onderzoeksbureau Gupta in het [rapport](#) ‘Uitweg uit de schaarste’. Een naderend zorginfarct dreigt. Medische technologie kan zowel in de intramurale- als in de extramurale zorg een belangrijke bijdrage leveren aan het oplossen van het personeelstekort.



110.000 arbeidsplaatsen vrijspelen met medische innovatie

De Medtech-sector kan een deel van de oplossing bieden. Gupta ziet in datzelfde rapport een belangrijke rol voor technische innovatie, met name medische hulpmiddelen en technologie, in het bieden van een oplossing voor dit probleem. Met de juiste inzet van innovaties kunnen 110.000 zorgmedewerkers vrijgespeeld worden. Tijdige en juiste inzet van medische hulpmiddelen en technologie is dus van levensbelang.

Er zijn drie belangrijke factoren hoe deze arbeidsbesparende maatregelen waarde opleveren:

1. De patiënt heeft minder bijwerkingen waardoor hij/zij niet terug hoeft te komen. Dat scheelt in risico's op complicaties en nieuwe ziekenhuisopnames;
2. Het werk van zorgmedewerkers wordt prettiger en veiliger waardoor zij niet uitvallen;
3. Er zijn minder zorgmedewerkers nodig omdat een deel van de werkzaamheden wordt ondersteund of vervangen door innovatieve oplossingen.

Graag geven wij hieronder drie voorbeelden die onderstrepen hoe medische hulpmiddelen en medische technologie waarde toevoegen.

Voorbeeld 1: Veiligere en duurzame omgang met operatievloeistoffen en rook

Recente innovaties in de manier waarop in de operatiekamer vloeistoffen en rook worden afgevoerd maken het werken in de zorg veiliger.

- In de huidige praktijk komt rook, die ontstaat bij het opereren door het gebruik van een elektrisch mes, vrijelijk in de operatiekamer, waardoor gedurende een werkdag OK-personeel het equivalent van 28 sigaretten per dag inhaleert.
- Operatievloeistoffen worden opgevangen in containers, die moeten verplaatst worden. Dat is niet alleen zwaar, maar het komt voor dat er gemorst wordt. Dit leidt tot uitglij gevaar - en belangrijker - een mogelijke bron van infecties.

Deze twee zaken leiden tot uitval van zorgmedewerkers. Zorgmedewerkers in het duurste deel van het ziekenhuis: de Operatiekamer. De inzet van dit soort afvoersystemen maakt het werken in de zorg

veiliger. Uit onderzoek blijkt bovendien dat het gebruik 20 minuten per operatiekamer per dag scheelt. Daardoor kunnen er effectief op een dag meer operaties plaatsvinden.

Voorbeeld 2: Antibacteriële hechtdraden voorkomen postoperatieve wondinfecties

Ziekenhuisinfecties zijn niet alleen gevaarlijk voor de patiënt, maar leveren ook voor het ziekenhuis veel extra zorg en financiële- en organisatiedruk op. Het voorbeeld van de postoperatieve wondinfecties laat zien:

- 32% van de infecties die een patiënt in het ziekenhuis oploopt zijn post-operatieve wondinfecties¹
- Gemiddeld duurt een verlengd verblijf hierdoor in het ziekenhuis 9.8 dagen².
- Deze infecties leveren niet alleen veel (onnodig) lijden van de patiënt op, maar geven 5x grotere kans op heropname na ontslag uit het ziekenhuis, 2x grotere kans op een opname op de afdeling intensive care en 2x grotere kans op overlijden³.
- De kosten van een postoperatieve wondinfectie bedragen voor het ziekenhuis meestal tussen de € 2.000 en € 4.000 per patiënt².

Terwijl 40-60% van de postoperatieve wondinfecties vermeden kunnen worden.⁴

Gebruik van antibacterieel hechtmateriaal kan het aantal postoperatieve wondinfecties verlagen met ±30%⁵ en draagt daarmee bij aan betere patiëntenzorg en het verlagen van kosten en arbeidsdruk door minder her-operaties en wondverzorging.

Voorbeeld 3: Slimme Wondbedekkers

Wondbehandeling is tijdrovend en complex. Er moeten meerdere stappen worden gevolgd die wondgenezing ondersteunen, onder andere: de wond moet schoon blijven, wondvocht geabsorbeerd en infectie voorkomen worden en vaak zijn er aanvullende fixatiematerialen nodig. Daarom worden er slimme “3-in-1” wondbedekkers ontwikkeld. Soms zijn deze zelfs transparant. Ze houden wonden langer schoon door een vochtig wondmilieu te creëren en hebben een toplaag die voorkomt dat vocht en vuil in de wond kan komen. Een klevende borderrand maakt aanvullende fixatie onnodig. Afhankelijk van de status van de wond kunnen deze meerdere dagen op de wond blijven. Dat wordt ook ondersteund door transparantie: de wondgenezing is van buitenaf te beoordelen.

Door deze innovatie van de slimme wondbedekker:

- zijn er minder handelingen nodig voor de zorgprofessional (arbeidsbesparing door minder verbandwisselingen).
- zijn er minder producten nodig (minder materiaalverspilling, minder inkoopkosten).
- zijn er minder verbandwissels nodig (langere draagtijd en minder afhankelijkheid van patiënten van zorg).
- wordt de kans op fouten die bij (frequent) wisselen en juiste wijze aanbrengen ontstaan kleiner.
- kan soms de mantelzorger of patiënt zelf een verbandwissel doen.

Zo kan een innovatief hulpmiddel bijdragen aan arbeidsbesparing, zelfstandigheid van patiënt en mantelzorger, de kans op fouten bij aanbrengen verminderen en worden er op meerdere niveaus kosten bespaard, terwijl de kwaliteit van zorg toeneemt. De praktijk is echter weerbarstig. Grote knelpunten zijn de starre inkoopcriteria die vasthouden aan algemene producteigenschappen die beperkt ruimte bieden aan de toegevoegde waarde van bijvoorbeeld deze slimme wondbedekkers.

Meer nodig voor transitie naar werken met innovaties

De minister bereidt zich op verschillende manieren voor op deze schaarste aan professionals. Onder meer met het programma 'Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn'. Ook hier spelen innovaties een belangrijke rol.

Het programma benoemt dat innovaties vanaf 2025 dienen te gaan renderen en tot een positieve business case moeten leiden als onderdeel van een transitie, zodat kan worden voldaan aan de zorgvraag en het vergroten van professionele ruimte van medewerkers. Zorgaanbieders moeten hiervoor in 2023 transitieplannen opstellen, waarvoor zorgverzekeraars de beschikbare Transitiebudgetten zullen inzetten. Nefemed begroet de energie en inzet van de ministers van VWS en voor Langdurige Zorg op de potentie van MedTech en de daarbij horende vraagstukken op de langere termijn. Maar om de potentie van 110.000 bespaarde arbeidsplaatsen te verzilveren moet er meer gebeuren.

Verzilveren van potentie door in te zetten op kennis, urgentie en financiële prikkels

Met de juiste toepassing van bestaande technologie en hulpmiddelen, mobiele communicatie en telehealth, internet-of-things, artificial intelligence en registratie van informatie, kunnen in potentie 110.000 zorgmedewerkers vrij gespeeld worden. Dat deze technologieën momenteel die belofte nog niet kunnen waarmaken heeft alles te maken met implementatie: niet alleen gebrek aan kennis en urgentie maar ook het ontbreken van financiële prikkels bij zorginkoop.

Daarvoor is het volgende nodig:

1. Bekostiging voor gehele keten – Laat de Total Cost of Care tellen bij het beoordelen in innovaties

Zorginnovaties in de huidige bekostigingsmethodiek stranden soms omdat er enkel wordt gekeken naar de individuele gezondheidswinst. En omdat het inkoopbeleid van jaar tot jaar loopt. Een meer systemische kijk op innovaties ontbreekt. Voor goede toepassing van MedTech en de financiering daarvan is het belangrijk dat we niet alleen kijken naar de vergoeding voor de specifieke toepassing of het product maar naar de gehele keten van de behandeling: de zogenaamde "total cost of care". Om te zorgen dat technologie tot een kostenbesparing zal leiden op diagnose, beoordeling of behandeling elders in de keten, is het noodzakelijk om de kosten over de gehele behandeling te beoordelen, waarbij ook uitgaven naast MedTech worden meegewogen. Alleen dan ontstaan voorwaarden waaronder innovaties onderdeel van de zorg kunnen worden en er kosten- en personeelsbesparingen optreden.

In het huidige Programma TAZ en ook binnen het Integraal Zorgakkoord is de financiering voor 'total cost of care' helaas niet duidelijk zichtbaar. Wij realiseren ons dat dit een andere kijk op zorg vereist, die vraagt om een andere aansturing en beheer. Helaas zien wij met de huidige vorm van bekostiging en het ontbreken van prikkels bij zorginkopers en zorgaanbieders om naar de "total cost of care" te kijken, dat arbeidsbesparende innovaties niet de kans krijgen om de meerwaarde te leveren die zij in potentie wel hebben. Als ontwikkelaars van deze innovaties denken wij graag met alle partijen mee over het optimaal benutten van dit potentieel.

Mogelijke vragen aan de minister

- Is de minister bereid om de potentie die medische hulpmiddelen hebben in het verlichten van het personeelstekort in de zorg mee te nemen in bestaand beleid?
- Welke stappen neemt de minister om deze potentie te verzilveren?

- Hoe gaat de minister in de beoordeling van zorg de arbeidsbesparende effecten meenemen?

2. TAZ met inhoud -Tweede Kamer Aan Zet voor samenwerking inzet arbeidsbesparende technologie

Wij doen daarom een dringend beroep op u om bij de minister aan te dringen op een intensieve samenwerking tussen alle partijen in de sector om zo het potentieel van arbeidsbesparende innovaties optimaal te benutten en dit terug te laten komen in de financiering van de keten.

Mogelijke vragen aan de minister

- Is de minister voornemens om ook ontwikkelaars van medische technologie te betrekken bij het arbeidsmarktvragestuk in de zorg?

3. Vertrouwen in behandelaar via functioneringsgericht voorschrijven, wegnemen bureaucratie

Goede inpassing van medische innovaties met medische hulpmiddelen en technologie kan worden bereikt door administratieve lasten bij behandelaars weg te nemen. Hierbij denken we aan functioneringsgericht voorschrijven in de extramurale zorg en verbeteren van de data-infrastructuur in de intramurale zorg.

Functioneringsgericht voorschrijven is al geruime tijd ingericht maar wordt in de praktijk voorsnog niet toegepast, terwijl dit tot betere patiëntenzorg leidt maar ook tot Samen Beslissen tussen cliënt en behandelaar.

Voor het verbeteren van de data-infrastructuur staan twee regelingen klaar om te implementeren: de 'European Health dataspace' (EHDS) en de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz). Met de Wegiz zal de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners beter en efficiënter verlopen. De EHDS richt zich op veilige en beveiligde uitwisseling, gebruik en hergebruik van gezondheidsgegevens en ondersteunt patiënten om controle te nemen over hun eigen gezondheidsgegevens.

Mogelijke vragen aan de minister

- Wat zijn de belemmeringen voor het invoeren van functioneringsgericht voorschrijven?
- Wat hebben zorgverzekeraars nodig om zorgprofessionals te vertrouwen bij functioneringsgericht voorschrijven?
- Op welke termijn zal de data-infrastructuur van de zorg met de EHDS en Wegiz versterkt worden? Wanneer zal administratieve last voor behandelaars dalen?

Bronvermelding:

¹ Gastmeier P. Prävention nosokomialer Infektionen. *Chirurg* 2008; 79: 263-272.

² Leaper DJ, Van Goor H, Reilly J, Petrosillo N, Geiss HK, et al. Surgical site infection – a European perspective of incidence and economic burden. *Int Wound J* 2004; 1: 247-273.

³ World Health Organization. *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe surgery saves lives.*

⁴ Odom-Forren J. Preventing surgical site infections. *Nursing* 2006; 36: 58-63

⁵ Wang ZX, et al. Systematic review and meta-analysis of triclosan-coated sutures for the prevention of surgical-site infection; *Br J Surg* 2013 Mar;100(4):465-73. Edmiston Jr CE, et al. Is there an evidence-based argument for embracing an antimicrobial (triclosan)-coated suture technology to reduce the risk for surgical-site infections? A meta-analysis. *Surgery* 2013 Jul; 154(1):89-100. Leaper DJ, et al. A Surgical site infection- a European perspective of incidence and economic burden. *Int Wound J* 2004; 1:247-273.