



Zorginstituut Nederland



Co-auteur 'Medische
mensentaal' Frans Meijman:

“Eigen regie
begint met het
begrijpen van
de taal van zorg”

Zorginstituut magazine

kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
september 2020

Inhoud

6 Positionering Zorginstituut
Het Zorginstituut heeft recent zijn eigen positionering en taken aan een kritische analyse onderworpen; voldoen die nog aan de eisen van deze tijd? Voorzitter Sjaak Wijma vertelt hoe het Zorginstituut zich klaarstoomt voor de toekomst.

8 Subsidie kansrijke zorg
Het doel van de Subsidieregeling veelbelovende zorg is om kansrijke zorg eerder bij de patiënt te brengen. Het Zorginstituut voert deze regeling in samenwerking met ZonMw uit. De eerste projecten krijgen nu subsidie uit deze regeling.

14 Programma KIK-V
Verbetering van de verpleeghuiszorg begint onder meer met een gestroomlijndere uitwisseling van kwaliteitsinformatie over deze zorg. Programma 'Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg' (KIK-V) heeft als doel deze informatie-uitwisseling te verbeteren.

22 Internationale samenwerking
Het Zorginstituut publiceerde onlangs de Internationale Strategische Agenda. Deze uitgave beschrijft de internationale activiteiten van het Zorginstituut en de doelen die met deze inspanningen gediend zijn. Een overzicht.

24 Beter inzicht Wlz-wachlijsten
Het Zorginstituut en ZN hebben nieuwe definities vastgesteld voor de status van wachtenden op een plek in een verpleeghuis. Deze moeten een beter beeld geven van de werkelijke nood. Zorgkantoren kunnen zo beter bemiddelen naar passende zorg.



12



Rubrieken

- 11 Column Martin van der Graaff
- 12 Tien vragen aan: Ole Heil
- 16 Feiten & Cijfers
- 18 De andere blik
Co-auteur 'Medische mensentaal'
Frans Meijman.
- 26 Aan het bureau / aan het bed
Kwaliteitskader Wijkverpleging.
- 28 Zinnige Zorg
Verbetersignalement
bekkenbodemplachten.
- 31 Elevator Pitch
Het werk van Zorginstituut-medewerker
Petra Beusmans in 200 woorden gevat.
- 32 Over zorg gesproken

Passende zorg

Voorwoord

De best passende zorg voor de patiënt; over nut en noodzaak van passende zorg zal iedereen het snel eens zijn. Zeker nu de coronacrisis de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg nog meer onder druk zet. Maar wat is passende zorg? Wie bepaalt dat? Of beter: waardoor wordt dat bepaald?

Voor passende zorg is het belangrijk om zowel de zorgvraag van de patiënt als de verschillende behandelmogelijkheden goed te doorgronden. Wat is voor deze patiënt met zijn specifieke zorgvraag de best passende zorg? Zorg die bijdraagt aan een goed leven: autonomie, in verbinding staan met anderen en betekenisvol bezig zijn. Om dat te kunnen bepalen, moet zijn zorgvraag vanuit meerdere perspectieven (patiënt, mantelzorger, huisarts, fysiotherapeut, orthopeed et cetera) onderzocht worden, waarbij vóór alles zijn persoonlijke situatie het uitgangspunt is. Alleen op basis van dat volledige beeld kunnen patiënt en zorgverleners de best passende zorg bepalen.

Wat betekent dit voor de zorg en welke rol kan het Zorginstituut daarin spelen? Vooropgesteld: de basisvoorwaarde voor passende zorg is dat deze effectief is en voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Dat blijft een harde grens tussen het wel of niet verzekeren van zorg. Belangrijk is dus dat we onderzoeken welke randvoorwaarden nodig zijn om effectieve zorg passend te maken voor een individuele patiënt. Op verzoek van VWS is het Zorginstituut deze randvoorwaarden nu aan het verkennen. Vervolgens kijken we hoe we passende zorg straks kunnen meenemen in pakketuitspraken.

In de verkenning richten we ons primair op de context van het zorgverleningsproces waar vraag en aanbod elkaar ontmoeten: de behandelrelatie. We zullen ons niet mengen in de spreekkamer gesprekken, maar we willen als 'pakketbeheerder' wel een proces afspreken waarin de diverse perspectieven naast elkaar worden gelegd, zodat de patiënt de best passende behandeling krijgt.

In het lopende onderzoek naar de randvoorwaarden consulteren we, naast partijen waarmee we vaker overleg voeren, ook 'vrije denkers'. Op basis van die brede input brengen we voor 1 november aanstaande een advies uit aan de minister. Dit werken we vervolgens in een werkagenda met het veld verder uit. Want alleen met breed draagvlak kan de volgende stap naar passende zorg gezet worden.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland



Korte berichten

Campagne Zorginstituut vraagt aandacht voor psychosociale gevolgen bij ernstige lichamelijke ziekten

Sinds afgelopen maand ligt in veel wachtkamers van poliklinieken het tijdschrift 'Ziek zijn doet veel met je...'. Met dit tijdschrift en een social-mediacampagne richt het Zorginstituut de schijnwerper op psychosociale gevolgen bij ernstige lichamelijke ziekten, zoals angst, somberheid of spanning. Aan de campagne doet een groot aantal ziekenhuizen, patiëntverenigingen en onderzoeksinstituten mee. Centraal staan patiënten en hun naasten, artsen en verpleegkundigen. Zij delen hun persoonlijke verhalen over hoe zij geleerd hebben met elkaar het gesprek te voeren over psychosociale zorg bij ernstige lichamelijke ziekten.

Het tijdschrift is samengesteld met de resultaten van zeventien projecten van ziekenhuizen, zorginstellingen, patiëntenverenigingen en onderzoeksinstituten in de zorg. In 2017 kregen zij een meerjarige subsidie via de regeling 'Transparantie over de kwaliteit van zorg' van het Zorginstituut. Deze regeling, die wordt gefinancierd door het ministerie van VWS, is erop gericht zorgverleners, patiënten en hun naasten te stimuleren met en van elkaar te leren over samen



beslissen in de spreekkamer. Dit gebeurt door aandacht te geven aan veel meer (persoonsgerichte) aspecten dan alleen de aandoening die iemand heeft. **Abonnees van Zorginstituut Magazine hebben het tijdschrift bij dit nummer ontvangen. Heeft u het gemist? Het tijdschrift is ook online te lezen op <https://samenbeslissen.zorginstituutnederland.nl/ziek-zijn-doet-veel-met-je/welkom/>.**

Meer aandacht voor osteoporose bij 50-plussers

Bij een op de drie Nederlanders boven de vijftig jaar die met een eerste botbreuk op de spoedeisende hulp terechtkomen, is osteoporose de onderliggende oorzaak. Deze chronische aandoening kan iemands levenskwaliteit flink aantasten, maar wordt vaak niet tijdig gediagnosticeerd. Dit schrijft het Zorginstituut in het 'Verbetersignalement Osteoporose' dat in augustus verscheen. In het rapport staan verbeterafspraken om osteoporose eerder op te sporen en gepaste zorg te bieden, zodat de negatieve effecten van de ziekte zich minder snel en ernstig manifesteren.

Advies Zorginstituut: combinatietherapie bij taaislijmziekte alleen onder voorwaarden uitgebreid vergoed

De vergoeding van de in combinatie te gebruiken geneesmiddelen Symkevi® en Kalydeco® moet niet worden uitgebreid. De combinatietherapie wordt nu al voor een specifieke groep patiënten met cystische fibrose (taaislijmziekte) vergoed. Maar vanwege de grote onzekerheid over de effectiviteit op de lange termijn moet deze behandeling niet worden uitgebreid naar andere patiëntengroepen. Het Zorginstituut adviseert de minister voor Medische Zorg daarom om eerst afspraken te maken over gepast gebruik van deze geneesmiddelen, en om te onderhandelen over de prijs.

Rectificatie: In het artikel over de Zorgstandaard Dementie in de juni-editie van *Zorginstituut Magazine* legt projectleider Rinske Boomstra uit waarom gekozen is voor de term 'casemanagementprofessional' en niet voor 'casemanager'. Zij is als volgt geciteerd: "Het geeft aan dat casemanagement niet het exclusieve terrein is van iemand die tot casemanager is opgeleid, maar ook door een andere professional gedaan kan worden." Dit blijkt onjuist. Er had moeten staan: "Het geeft aan dat casemanagement door professionals met verschillende professionele achtergronden kan worden uitgevoerd (verpleegkunde, sociaal werk zorg)."



Zorginstituut is met Personal Health Train (PHT) genomineerd voor Computable Awards 2020

Het Zorginstituut behoort tot de laatste vijf kandidaten in de categorie Zorgproject. Samen met toonaangevende partners in de zorg bouwen we aan een privacyvriendelijk en duurzaam informatiestelsel voor het opslaan en uitwisselen van persoonlijke gezondheidsgegevens van alle zeventien miljoen Nederlanders. Door gebruik van het PHT-concept blijven medische gegevens veilig opgeslagen bij de oorspronkelijke bron. Als aanvragers medische informatie nodig hebben voor analyse, krijgen zij alleen de resultaten te zien. Er rijdt als het ware een trein langs verschillende datastations om ter plekke gegevens te analyseren en te koppelen.



De PHT is al met succes op kleine schaal en op verschillende plaatsen in de zorg toegepast. Dat willen we heel graag uitbreiden en daar kunt u ons mee helpen: door op ons te stemmen krijgt de PHT de gewenste aandacht om binnen het zorgveld te landen. U wilt toch ook dat medische data veilig zijn, nu en in de toekomst? Stem dan hier (zie QR-code) en help ons aan dé ICT-prijs van het jaar om door te groeien! De uitslag volgt op 24 november.

Eerste raming kosten basispakket na corona-uitbraak: uitval van reguliere zorg compenseert coronagerelateerde kosten

Voorlopig lijkt het erop dat de kosten die in verband met de corona-uitbraak zijn gemaakt, worden gecompenseerd door de in deze periode ontstane uitval van veel reguliere (niet spoedeisende), geplande zorg. Met name in de eerstelijnszorg leidde de vrees voor besmettingen in de eerste helft van dit jaar tot een daling van het aantal consulten en daarmee een daling van de kosten voor deze zorgvormen. Dat blijkt uit de *Zorgcijfers*

Monitor, een publicatie waarin het Zorginstituut elk kwartaal rapporteert over de verwachte kostenontwikkelingen van het basispakket (Zorgverzekeringswet) en de langdurige zorg (Wet langdurige zorg). In de recent verschenen *ZorgCijfers Monitor* over het tweede kwartaal 2020 geven wij een eerste raming van de extra zorgkosten die zijn gemaakt na de uitbraak van het coronavirus. Uit deze cijfers kan de voorlopige conclusie worden getrokken dat

de coronagerelateerde kosten worden gecompenseerd door uitval of uitstel van andere, reguliere zorgvormen.



Meer informatie?

Meer informatie over deze nieuwsberichten kunt u vinden op www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws

Nieuwe positionering Zorginstituut:

“Wij stellen het pakket van goede verzekerde zorg vast”

De coronacrisis, de digitalisering van de zorg en de komst van steeds meer dure geneesmiddelen en gentherapieën; al deze ontwikkelingen zetten de zorg en ons zorgstelsel onder druk. Zij vormden voor het Zorginstituut mede de aanleiding voor een kritische analyse van de eigen positionering en taken; voldoen die nog aan de eisen van deze tijd? Voorzitter Sjaak Wijma vertelt hoe het Zorginstituut zich klaarstoomt voor de toekomst.

Tekst Edith Bijl

Beeld Bettina Traas, Zorginstituut Nederland

Wat was de oorspronkelijke reden voor de nieuwe positionering?

Wijma: “Twee jaar geleden hebben we in ons Meerjarenbeleidsplan de doelen voor de komende jaren geformuleerd. Een mooi document, dat richting geeft voor de toekomst. Maar het leidde ook tot nieuwe vragen, zoals ‘hoe willen we die doelen bereiken?’ en ‘waar staat het Zorginstituut eigenlijk voor?’. Dat klinkt misschien raar, maar zolang wij – mijzelf inclusief – op een feestje niet in een paar zinnen duidelijk kunnen maken wat het Zorginstituut is, is die vraag blijkbaar actueel. Ook voor de buitenwereld is onze positie en rol binnen ons stelsel vaak niet duidelijk, iets wat versterkt wordt door de veelheid van onze taken. Willen we als Zorginstituut ons doel bereiken, dan is het essentieel dat onze taken, rollen en verantwoordelijkheden duidelijk zijn. Om deze vervolgens ook eenduidig naar buiten toe te kunnen uitdragen.”

Wat was de uitkomst? Hoe positioneert het Zorginstituut nu?

“Wij zijn de partij van de vaststelling van het pakket van goede, verzekerde zorg. En daarmee bedoelen we zorg die betaalbaar, kwalitatief hoogwaardig en toegankelijk is. Bij ons ligt de opdracht te bepalen welke zorg aan die drie waarden voldoet. Waarom is die wegging noodzakelijk? Omdat deze drie waarden een natuurlijke spanning in zich hebben, kunnen zij niet geborgd worden door individuele zorgaanbieders of veldpartijen. Een voorbeeld: als patiënten veel baat hebben bij een nieuwe, effectieve, maar extreem dure behandeling, zullen zij samen met hun zorg-

“Willen we ons doel bereiken, dan is het essentieel dat onze taken, rollen en verantwoordelijkheden duidelijk zijn”



verleners al snel pleiten voor opname van de behandeling in het verzekerde pakket. Maar het geld dat hieraan wordt besteed, kan niet meer ingezet worden voor de vergoeding van andere behandelingen. En daarmee komt de derde waarde, toegankelijkheid, onder druk te staan. Het is dan aan ons als onafhanke-

lijke partij om die waarden in hun samenhang te wegen. We gaan eerst de dialoog aan met de diverse partijen, op basis waarvan we een uitspraak doen over wat verzekerde zorg is. Zó moet de buitenwereld ons zien: als de partij die binnen die driehoek van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid bepaalt welke zorg verzekerd is. Vanuit die heldere positie van ‘beheerder van het pakket’ brengen we de inhoudelijke kennis van partijen bij elkaar, resulterend in standpunten en adviezen aan de minister.”

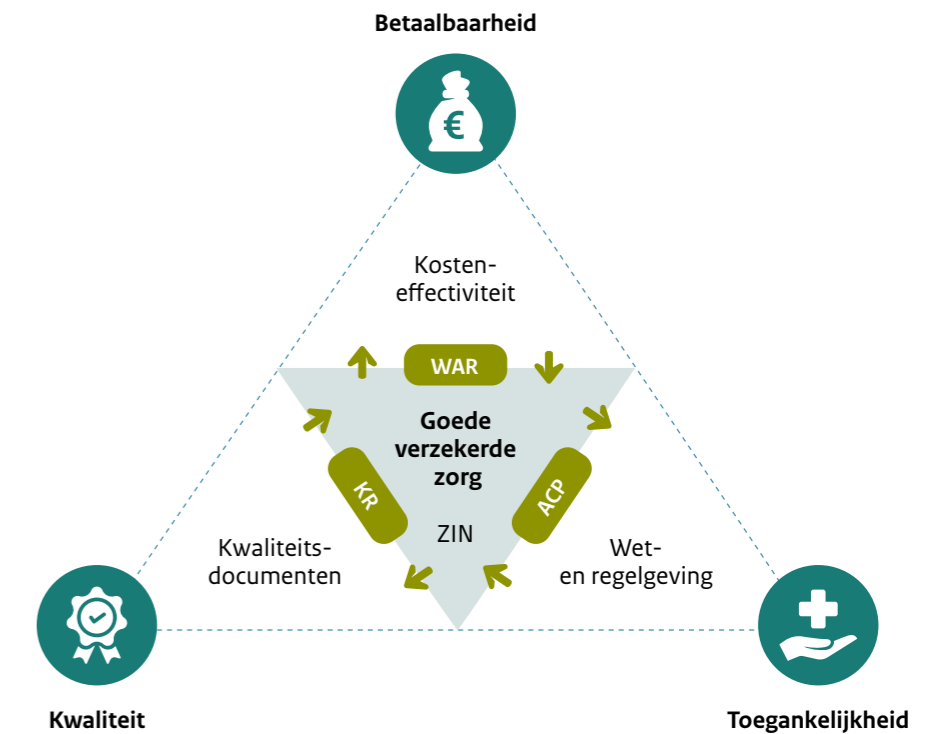
In 2014 kreeg het Zorginstituut – naast zijn taak als pakketbeheerder – de wettelijke taak om de kwaliteit van zorg te bevorderen. Wordt dat nu minder belangrijk?

“Nee, zeker niet. Kwaliteit is een belangrijk kenmerk van verzekerde zorg; het is immers ook een onderdeel van de driehoek. En pakketbeheer betreft nadrukkelijk die hele driehoek.

Maar ons beeld over kwaliteit is wel veranderd. Zagen we in 2014 kwaliteit als iets meetbaars, anno 2020 zien we kwaliteit als iets dat tussen arts en patiënt ontstaat. Waar we zes jaar terug vooral waarde hechtten aan kwaliteitsindicatoren (als wachtlijsten, sterftcijfers, het aantal behandelingen in een ziekenhuis), blijkt nu dat mensen daarnaast informatie zoeken over de ervaren kwaliteit van zorg in een bepaalde zorginstelling. Ze hechten belang aan verhalen van anderen. Die narratieve informatie wordt dus ook steeds belangrijker. Verzekerde zorg gaat uit van de kwaliteit van zorg zoals door partijen overeengekomen. Zo zijn pakkettaken niet los te zien van onze taken op het gebied van kwaliteit.”

Wat betekent de koerswijziging voor het programma 'Zinnige Zorg'?

“Zinnige Zorg is een belangrijk programma dat veel goeds heeft gebracht. Samen met partijen hebben we bepaald wat zinnige zorg is en wat niet. Dat is pure winst. Helaas is de implementatie van die conclusies een stuk lastiger gebleken. Daarbij komt dat de ‘afspraken’ als vrijblijvend worden ervaren. Vanuit onze nieuwe positionering willen we dit nu anders aanvliegen. We vertellen niet wat zinnige zorg is, maar stellen de vraag die past bij onze rol: (waarom) is deze zorg verzekerd, en wat zijn dan de randvoorwaarden? Zinnige Zorg-projecten gaan dus over de vraag of zorg voldoet aan de pakketcriteria ‘stand van de wetenschap en praktijk’



Sjaak Wijma: “Onze werkwijze is interactief, we voeren de dialoog met partijen op de drie hoeken; van binnen naar buiten, en van buiten naar binnen. Daarbij worden we bijgestaan door onze adviescommissies, de Kwaliteitsraad (KR), de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) en de Adviescommissie Pakket (ACP). We integreren de informatie die we op de drie hoeken verzamelen, zodat we tot een goede afweging van de dimensies kunnen komen. Onze positie als overheidspartij is daarbij onafhankelijk, onze besluitvorming vindt plaats boven de partijen. Zo neemt het Zorginstituut beslissingen over goede (verzekerde) zorg.”

en ‘plegen te bieden’. Soms zal dat op grond van voldoende *evidence* leiden tot een duiding (rol Zorginstituut), een andere keer tot het vaststellen van de noodzaak voor aanvullende *evidence* in de specifieke context: zorgevaluatie (rol voor de veldpartijen). De duiding leidt tot een pakketuitspraak. Zorgevaluatie levert *evidence* waarna alsnog een pakketuitspraak kan worden gedaan. Met het bijgestelde programma zetten we dus in op het vaststellen van het pakket van goede verzekerde zorg, terwijl we eerder afspraken maakten over de levering. Met deze nieuwe insteek blijven we handelen binnen onze taak en kunnen we ons instrumentarium inzetten om Nederlanders te verzekeren van goede zorg.”

In de nieuwe positionering ligt dus de nadruk op de taak van pakketbeheerder. Verandert daarmee het hele takenpakket?

“Vanuit de nieuwe positionering houden we ons takenpakket tegen het licht: in hoeverre draagt de uitvoering van deze taak bij aan onze ambitie? Kunnen wij met de uitvoering van onze taken adequaat inspelen op de nieuwe ontwikkelingen en innovaties die

momenteel in de zorg gaande zijn? Neem bijvoorbeeld het feit dat er steeds meer data beschikbaar zijn. In hoeverre kunnen data verder bijdragen aan de ontwikkeling van de kwaliteit van zorg? Wat betekent dat voor onze kwaliteitstaak? Is ons instrumentarium passend? Wat hebben veldpartijen nodig? En hoe gaan we om met de registratielast die hieruit voortkomt? Een ander voorbeeld is de komst van dure gentherapieën. Dit is een geheel nieuw soort interventie waar ons beoordelingskader nu niet op is ingericht. Daarvoor zullen we nieuwe technieken en expertise moeten aanwenden om deze zorg adequaat te kunnen beoordelen. Een derde voorbeeld is de digitalisering van de zorg. Zorg via beeldbellen, apps, monitoring, en ook ontwikkelingen met sensoren en robotisering, het komt allemaal op ons af. Het is een kwestie van tijd dat wij de vraag krijgen of dit verzekerde zorg is. Uitdaging is om ons pakketbeheer daar op in te richten. We zijn met deze zaken aan de slag gegaan, zodat we beter kunnen inspelen op ontwikkelingen die nu – en in de nabije toekomst – op ons afkomen.” ●

Subsidierегeling veelbelovende zorg vergoedt onderzoeks- én zorgkosten

Subsidie voor kansrijke zorg



Kansrijke zorg eerder bij de patiënt brengen: dat is het doel van de Subsidierегeling veelbelovende zorg. Het Zorginstituut voert deze regeling in samenwerking met onderzoeksfinancier ZonMw uit. In juni kregen de eerste projecten subsidie uit deze regeling.

Tekst Noël Houben

Beeld Zorginstituut Nederland

De Subsidierегeling veelbelovende zorg ontstond in 2019 als eenvoudiger en toegankelijke opvolger van de regeling 'Voorwaardelijke toelating tot het basispakket'. "Nieuwe zorg komt in het basispakket van de zorgverzekering als ze voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk", vertelt projectleider Veelbelovende zorg Yuri Souwer van het Zorginstituut. "Dat betekent dat ze minstens even (kosten)effectief moet zijn als de gebruikelijke zorg voor een specifieke aandoening en dat de beroepsgroep haar wil toepassen. In veel gevallen wil een marktpartij onderzoek financieren om de effectiviteit aan te tonen. Maar dit is meestal bij bijvoorbeeld heel goedkope zorg of zorg voor een beperkte groep patiënten commercieel minder aantrekkelijk. Een marktpartij zal vaak ook niet genegen zijn om onderzoek te financieren naar een goed-

koper alternatief voor een geneesmiddel of hulpmiddel dat ze al verkoopt. Met deze subsidierегeling kan dergelijke kansrijke zorg toch worden onderzocht. Jaarlijks stelt het ministerie van VWS hiervoor maximaal 69 miljoen euro beschikbaar."

Witte rook

Veelbelovende zorg is niet de enige subsidierегeling waarmee vernieuwende zorg kan worden onderzocht. Wat deze regeling uniek maakt, is dat zij niet alleen de onderzoekskosten, maar ook de zorgkosten financiert. "Dat is belangrijk, want de zorgkosten voor patiënten tijdens onderzoeken zijn vaak hoog en lastig te financieren", aldus Souwer. Binnen een subsidieperiode van maximaal zes jaar moeten initiatiefnemers van een onderzoek gegevens verzamelen over de (kosten-)effectiviteit van een nieuw(e) behandeling, genees- of hulpmiddel. Het Zorginstituut beoordeelt hierna binnen een halfjaar of de zorg voortaan behoort tot het basispakket.

"Deze subsidierегeling helpt om veelbelovende zorg bij de patiënt te brengen"

Initiatiefnemers kunnen jaarlijks tijdens twee rondes een projectidee indienen. De Adviescommissie veelbelovende zorg (Advezo) toetst de projectideeën. Deze commissie bestaat uit experts op het gebied van zorg, pakketbeheer en wetenschappelijk onderzoek. Ook zijn er leden die vanuit het perspectief van patiënten en zorgverzekeraars hun bijdrage leveren. De Advezo geeft een advies over het al dan niet uitwerken van het projectidee tot een subsidieaanvraag. Deze subsidieaanvraag gaat dieper in op de relevantie en aanpak van het project. Op basis van de subsidieaanvraag, het commentaar van (internationale) referenten en de reactie van de aanvrager hierop, geeft de Advezo een definitief advies. De Raad van Bestuur van het Zorginstituut besluit uiteindelijk over de toekenning van de subsidie. Bij vier veelbelovende onderzoeken heeft dit afgelopen zomer tot witte rook geleid (zie de kaderteksten rechts op deze pagina en op pagina 10).

Andere financiering

Radioloog Ricardo Budde van Erasmus Medisch Centrum is onderzoeksleider van een van deze onderzoeken: een praktijkstudie naar vernieuwende zorg bij pijn op de borst. Het sterkste punt van de Subsidierегeling veelbelovende zorg is volgens hem dat uit deze subsidie ook de zorgkosten kunnen worden betaald. "Als je nieuwe technologie wilt onderzoeken, zoals wij gaan doen, moet je deze technologie ook financieren. Normaal gesproken moet je de middelen hiervoor uit meerdere potjes bij elkaar schrapen. Een lastige en tijdrovende exercitie. Heel prettig dat dit bij deze subsidierегeling niet nodig is." Wel zou Budde graag zien dat de beperking verdwijnt dat slechts 20 procent van de subsidie mag worden gebruikt voor onderzoekskosten. "Dat is erg krap. Je bouwt zo ook een verkeerde prikkel in. Om een hoog onderzoeksbudget te krijgen, kun je hierdoor namelijk het beste dure zorg onderzoeken." ►

PATIËNTVRIENDELIJKERE ZORG BIJ PIJN OP DE BORST

Jaarlijks komen 180.000 nieuwe patiënten met pijn op de borst bij de cardioloog. Na een CT-scan volgt bij een vijfde van de patiënten een hartkatheterisatie-onderzoek. Dit moet aantonen of een vernauwing van de kransslagader de pijn op de borst veroorzaakt. Er wordt met voerdrad een katheter door de slagader naar het hart geleid. Vervolgens meten de artsen de doorstroming van het bloed in de kransslagader met behulp van de Fractional Flow Reverse-techniek (FFR-techniek). Bij ongeveer een derde van de patiënten blijkt deze hartkatheterisatie achteraf onnodig te zijn. Bij hen heeft de kransslagadervernauwing die op de CT-scan was te zien geen negatief effect op de bloeddorstroming.

Mogelijk biedt de nieuwe FFRct-techniek uitkomst voor deze patiënten. Deze in de Verenigde Staten ontwikkelde innovatie berekent de bloeddruk in de kransslagader door een analyse van de CT-scan. Dit maakt aan het begin van het zorgtraject al duidelijk welke patiënten wel en welke patiënten niet een adervernauwing hebben die aanvullend onderzoek nodig maakt. Inzet van FFRct zou kosten kunnen besparen, ongemak van patiënten kunnen verminderen en complicaties kunnen voorkomen. Zes ziekenhuizen onder leiding van het Erasmus MC onderzoeken in samenwerking met patiëntenvereniging Harteraad de (kosten)effectiviteit van de nieuwe techniek. Bedoeling is dat 528 patiënten gaan meedoen aan dit onderzoek.

Subsidiebedrag: 650 duizend euro

Souwer geeft aan dat de beperking te maken heeft met Europese regelgeving. “Een oplossing kan bijvoorbeeld zijn dat andere financiers bijdragen aan de onderzoekskosten.”

Meer vragen

In de afgelopen anderhalf jaar zijn 62 project-ideeën ingediend. Die leidden tot nu toe

tot elf uitgewerkte subsidieaanvragen. Hiervan zijn er dus inmiddels vier toegekend. “We zouden graag meer en nog beter op de regeling toegesneden projectideeën ontvangen”, zegt Souwer. “Mijn oproep om dit te bereiken: stel meer vragen en overleg met ons. Dat kan tijdens speciale informatiebijeenkomsten, maar ook op elk

moment via veelbelovendezorg@zinl.nl. Wij helpen graag om veelbelovende zorg bij de patiënt te brengen!” ●

Meer informatie? Kijk op www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/veelbelovende-zorg

ALTERNATIEF VOOR ELEKTROSHOCKS

Voor een klein deel van de patiënten met depressie (ongeveer 110 per jaar) is elektroconvulsieve therapie (ect) een laatste redmiddel. Zij reageren niet of onvoldoende op psychotherapie en antidepressiva. Patiënten moeten voor de ect lang in het ziekenhuis blijven. De behandeling kan daarnaast ernstige en soms blijvende bijwerkingen veroorzaken. Bijvoorbeeld aantasting van het autobiografische geheugen, dus iemands herinneringen aan zijn eigen leven. De terugval na de behandeling is bovendien groot: rond de 60 procent.

Uit eerder onderzoek blijkt dat het medicijn esketamine, in de vorm van een drank, stemmingsklachten bij deze patiënten kan verminderen. Maar wat zijn de effecten van dit narcosemiddel op de lange termijn? Zijn er bijwerkingen? Hoe is de (kosten-) effectiviteit vergeleken met ect? En lukt het mensen die met behulp van esketamine uit hun depressie komen om deze verbetering vast te houden?

Deze en andere vragen willen vijf Nederlandse ziekenhuizen en ggz-instellingen onder leiding van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) samen met twee patiëntenorganisaties beantwoorden. Bedoeling is dat 146 patiënten gaan meedoen aan dit onderzoek.

Subsidiebedrag: 3,2 miljoen euro

VERMINDEREN BEROERTES BIJ HARTRITMESTOORNIS

Veel oudere Nederlanders hebben last van de hartritmestoornis boezemfibrilleren. Bij hen neemt de pompfunctie van het hart af. Daardoor vertraagt de bloedstroom en kunnen er stolsels ontstaan in het bloed, wat leidt tot een grotere kans op een beroerte. Bloedverdunners kunnen dit risico verminderen. Maar zo'n 5 procent van de mensen die met boezemfibrilleren in het ziekenhuis terechtkomen, kan geen bloedverdunners gebruiken. Vanwege een andere (soms aangeboren) aandoening lopen zij bij het gebruik van antistollingsmiddelen een te groot risico op bloedingen. Gevolg is dat zij een grotere kans op een beroerte houden.

Sluiting van het linker hartoor, een uitstulping van de linkerboezem, kan dit risico mogelijk verminderen. Naast een betere kwaliteit van leven zou dit ook tot kostenbesparing kunnen leiden. De verpleeg- en revalidatiekosten na een beroerte zijn immers hoog. Internationale studies laten zien dat sluiting van het linker hartoor een veelbelovende ingreep is. Veertien Nederlandse ziekenhuizen, onder leiding van het St. Antonius Ziekenhuis, starten een zes jaar durend onderzoek naar de effectiviteit van deze behandeling. Hieraan doen 600 patiënten mee.

Subsidiebedrag: 7,7 miljoen euro

VEELBELOVENDE INGREEP BIJ ZIEKTE VAN MÉNIÈRE

Naar schatting 17.000 mensen in Nederland hebben de ziekte van Ménière. Hun evenwichtsorgaan is verstoord door een teveel aan vloeistof in het binnenoor. Ongeveer een op de vijf patiënten houdt meer dan tien jaar last van ernstige ziekteverschijnselen. Denk aan aanvallen van draaiduizeligheid, misselijkheid, oorsuizen en slecht horen. Bij hen is de ziekte niet onder controle te krijgen met de reguliere behandeling. Die kan onder meer bestaan uit het vermijden van spanningen, een hoortoestel en de toediening van medicijnen.

Door de ductus (een kanaaltje tussen binnenoor en hersenvliezen, waar het vocht doorheen komt) te blokkeren met een titanium clipje, kunnen de klachten mogelijk verdwijnen. Deze operatie vindt al onder meer in Canada plaats. De resultaten zijn veelbelovend bij patiënten bij wie de ziekte niet met de reguliere behandeling onder controle te krijgen is. De wetenschappelijke bewijslast is echter nog niet sluitend. Onder leiding van het HagaZiekenhuis gaan twaalf Nederlandse ziekenhuizen de effectiviteit van deze behandeling daarom onderzoeken. Bedoeling is dat 84 patiënten deelnemen aan het onderzoek.

Subsidiebedrag: 1,4 miljoen euro



“Terwijl Nederland maandenlang niet naar de kapper mocht, bleven Hugo’s haren strak in het gelid. Zijn lubberiaanse volzinnen, die de luisteraar omstengelen als de slangen van Laocoon, maken het detecteren van een onjuistheidje vrijwel onmogelijk”



Martin van der Graaff werkte jarenlang bij het Zorginstituut en werpt nu als gepensioneerde zijn licht op de wereld van de zorg

Evaluatie

column

Officieel is het nog steeds te vroeg voor een evaluatie van de coronacrisis, maar ik doe het toch.

Het is trouwens al lang gaande. Opiniëpeiler Maurice de Hond stortte zich op het RIVM, dat hij collectief wegzette als een clubje treurige prutsers, omdat ze de ramen niet willen openzetten, of zoiets. Ik ontferm me over de politici en geef meteen mijn belangrijkste conclusie: een losse omgang met de feiten is noodzakelijk tijdens een crisis. Crisisfeiten hebben een houdbaarheid van minder dan een dag. Dossievreter Bruno Bruins wekte daardoor de indruk achter die feiten aan te lopen. Hugo de Jonge doet dat anders. Terwijl Martin van Rijn zorgde dat het ministerie bleef functioneren, kon Hugo zich concentreren op Hugo de Jonge zijn. Zijn uiterlijke verschijning is een feest voor cartoonisten: uitbundige puntschoenen en vorstelijk geboetseerd haar. Terwijl Nederland maandenlang niet naar de kapper mocht, bleven die haren strak in het gelid. Crisisfeiten zijn hem op het lijf geschreven. Zijn meanderende lubberiaanse volzinnen, die de luisteraar omstengelen als de slangen van Laocoon, maken het detecteren van een onjuistheidje vrijwel onmogelijk. Maar ik zal u een publiek geheim verklappen: als Hugo een beetje jukt, worden de neuzen van die puntschoenen iets langer. *A case in point* is de corona-app: “Natúúrlijk garanderen wij de privacy van de gebruikers!” Sinds het fraudebestendige paspoort hebben we niet meer zo genoten van een poging om de techniek dienstbaar te maken aan een politiek doel. Wij hebben een scheef beeld van privacy en denken nog te kunnen roepen: *my home is my castle*. We vergeten dan graag dat we de sleutel van dat kasteel al lang hebben ingeleverd bij Google, Bol.com etcetera. Maar Hugo komt er niet in. De noodwet is afgezwakt en we mogen thuis nog een beetje doen waar we zin in hebben.

Intussen bleef de medische wereld trouw aan *evidence based medicine*. Hydroxychloroquine-liefhebbers riepen honend dat de *Lancet* toch maar mooi een negatief artikel over hun gekoesterde wondermiddel had moeten intrekken. Maar dat was niet omdat het middel werkte, maar omdat het onderzoek niet deugde. Ja, het is waar dat we voor de zekerheid toch veel tabletjes hebben laten aanmaken. Maar we hebben ze niet ingenomen.

En de medici hebben laten zien dat ze qua gedrag bijna net zo goed kunnen muteren als het coronavirus zelf. Vooral door de slimme inzet van technieken die er al lang waren, maar die nu versneld worden ingevoerd, beginnen ze de achterstanden in de reguliere zorg stap voor stap in te lopen. Ik weet dat het in onbruik is geraakt, maar kan er misschien een klein applausje af?

10

vragen aan
Ole Heil

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Marco Okhuizen

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Dat was bij dokter Bekkering, de huisarts in ons dorp Rheden. Ik heb daar heel levendige herinneringen aan. Ik weet nog precies waar zijn huis stond, hoe de wachtkamer er uitzag en ik kan bijna elk kwaaltje dat ik had zo opnoemen. Blijkbaar maakte dat enorme indruk op mij. Maar zeker niet onprettig; meer zo van: je hebt een pijntje, gaat naar de huisarts en dan komt het goed.”

2 Als u geneeskunde had gestudeerd, wat voor dokter was u dan geworden?

“Huisarts, zonder twijfel. Ik ging rechten studeren omdat ik daarmee later nog vele kanten op kon. Ik ben een echte generalist, ook in mijn huidige werk. In die zin had het beroep van huisarts goed bij mij gepast; ook een huisarts is een generalist, een centraal figuur. En dat je als huisarts een band opbouwt met je patiënten spreekt mij ook aan.”

3 Als u het in de zorg voor het zeggen had, wat zou u dan als eerste doen?

“Dan zou ik eerst de data-uitwisseling veel makkelijker maken. Daar is een wereld te winnen. Het is een enorme puzzel, maar als ik die kan oplossen zou ik dat meteen doen. Nu met corona zie je hoe belangrijk het is om over deze onbekende ziekte wereldwijd

PERSONALIA

Ole Heil studeerde rechten en parlementaire geschiedenis in Nijmegen en was zeven jaar woordvoerder op het ministerie van VWS, eerst van minister Edith Schippers en daarna van minister Bruno Bruins. Sinds anderhalf jaar is hij Director Communications & Government Affairs bij Bedrocan, het enige bedrijf in Nederland dat – in opdracht van het ministerie van VWS – legaal cannabis van farmaceutische kwaliteit kweekt. Daarnaast is Ole Heil gemeenteraadslid voor de VVD in zijn woonplaats Voorburg. Hij woont daar samen met zijn vriendin en twee zontjes van drie maanden en vier jaar oud.



“Medicinale cannabis moet vergoed worden voor individuele gevallen, zoals bepaalde kinderen met epilepsie en mensen met neuropathische pijnen. Ik vind het zorgelijk dat veel patiënten nu naar een coffeeshop of, erger nog, naar een illegale handelaar gaan. Vergoeding zou de drempel om veilig naar de apotheek te gaan, enorm verlagen”

zo veel mogelijk data te verzamelen. Dat zou altijd moeten gebeuren.”

4 Welke zorg hoort volgens u niet in het basispakket thuis?

“Niet-effectieve zorg. Specifieker: ongecontracteerde zorg. Je ziet nu dat sommige dubieuze behandelingen, waarvan duidelijk is dat ze niet effectief zijn, toch vergoed worden omdat ze volgens de letter van de wet in het basispakket horen. Dat mag strakker. Verzekeraars kunnen dat zo uit hun enorme berg aan data halen.”

5 En welke zorg zou volgens u onmiddellijk in het basispakket opgenomen moeten worden?

“Medicinale cannabis. Niet *carte blanche* voor iedereen, maar goed afgebakend moet dat vergoed worden voor individuele gevallen, zoals bepaalde kinderen met epilepsie en mensen met neuropathische pijnen. Ik vind het zorgelijk dat veel patiënten nu naar een coffeeshop of, erger nog, naar een illegale handelaar gaan. Vergoeding zou de drempel om veilig naar de apotheek te gaan, enorm verlagen. Bovendien vind ik het raar dat de cannabis die in opdracht van ons ministerie van VWS wordt geteeld hier niet wordt vergoed, maar wel in bijvoorbeeld Duitsland en Italië.”

6 Wat doet u bij een zeurend pijntje: even aankijken en doormodderen of meteen naar de huisarts?

“Ik ben een doormodderaar, soms te lang. Zo bleek een pijnlijke knie uiteindelijk een ontstoken pees te zijn, waarvan het nog maar de vraag is of dat ooit weer 100 procent goed komt. Dat is niet goed; een huisarts is ervoor om snel naartoe te gaan. Maar zelf doe ik dat dus niet.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Innovatie! In de zeven jaar dat ik bij VWS werkte heb ik tijdens werkbezoeken de mooiste dingen gezien. Apparaten, werken met data, hoe je processen slimmer inricht – het hoeft niet hoogtechnologisch te zijn, als het maar beter, slimmer en mooier kan. De zorg in Nederland

is heel innovatief, daar mogen we trots op zijn. Al is de implementatie van die innovatie een tweede...”

8 Stel, u ligt met een gebroken been op een tweepersoonskamer in het ziekenhuis. Naast wie wilt u dan liggen?

“Maarten van Rossem. Ik denk dat ik veel van hem kan leren, over geschiedenis en over Amerika. En het lijkt me fantastisch om telkens als er iemand de kamer in komt of als er iets op tv gebeurt zo’n droge, relativerende en brommende opmerking uit dat bed te horen komen.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Maatwerk. Oog hebben voor de individuele behoeften en wensen van de patiënt. En vooral ook veel aandacht voor hem of haar hebben. Met twee jonge kinderen merk ik hoe belangrijk het is dat je goede uitleg krijgt. Dat is misschien nog belangrijker dan de behandeling zelf.”

10 Hoe ziet de zorg en/of ons zorgstelsel er volgens u over vijf jaar uit?

“Zeven maanden geleden had ik daar een redelijk beeld van, maar nu heb ik eigenlijk geen idee... Ik ben ontzettend benieuwd naar het onderzoek van het RIVM naar de secundaire effecten van corona op de zorg. En wat zijn de effecten van vier maanden uitstel van zorg op de gezondheid van de samenleving? Ik verwacht dat er door de crisis versneld meer zorg op afstand gaat komen, dat we meer datagedreven gaan werken en dat er meer regionale en landelijke coördinatie komt. Dát er wat verandert is zeker, maar welke kant het precies op gaat, is in deze rare tijd de grote vraag.” ●

RvB-lid Zorginstituut Tiana van Grinsven:

“KIK-V levert alle partijen in de verpleeghuiszorg een win-winsituatie op”

De kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen staat al jaren in de publieke belangstelling. Onder meer het manifest van Hugo Borst en Carin Gaemers uit 2016 wakkerde dat nog verder aan. Begin 2017 werd het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vastgesteld. Hierin staat beschreven wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg, en hoe die zorg verbeterd kan worden. Een van de voorwaarden voor betere zorg is een meer gestroomlijnde uitwisseling van kwaliteitsinformatie over deze zorg. In het programma ‘Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg’ (KIK-V) werkt het Zorginstituut met andere partijen samen om deze informatie-uitwisseling te verbeteren.

Tekst Edith Bijl

Beeld Michel Henry | Lost Lemon

Het doel van programma KIK-V (zie ook www.kik-v.nl) is het stroomlijnen van de uitwisseling van gegevens rond de kwaliteit van de verpleeghuiszorg en de bedrijfsvoering. Zorgaanbieders rapporteren over de kwaliteit* van zorg op verschillende momenten en manieren aan verschillende partijen, zoals de NZa, IGJ, zorgkantoren en het Zorginstituut. Daarvoor leveren de zorgaanbieders onder meer gegevens aan op basis van indicatoren die de partijen samen in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg hebben vastgelegd. Dat kost hun veel tijd en energie. Het programma KIK-V leidt tot efficiënter gebruik van gegevens die al door zorgaanbieders geregistreerd worden en daarmee tot minder administratieve lasten.

Samenwerking en vertrouwen

Aan het programma KIK-V nemen alle partijen** deel die verantwoordelijk zijn voor goede verpleeghuiszorg. De rol van het Zorginstituut in dit programma is vooral

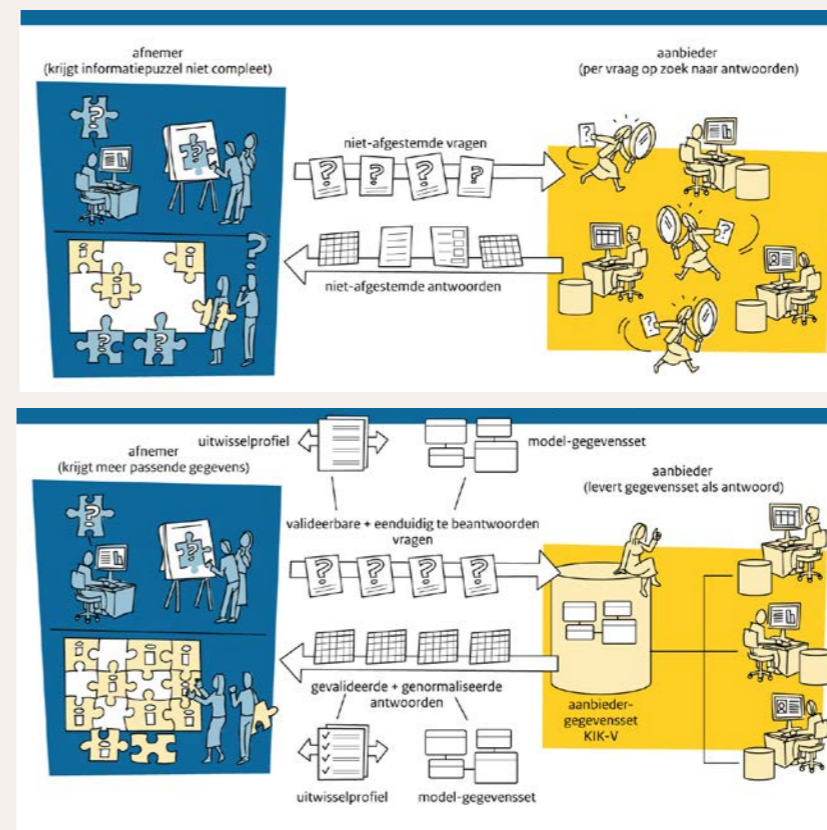
faciliterend, vertelt Tiana van Grinsven.

Als RvB-lid van het Zorginstituut is zij nauw betrokken bij KIK-V: “Wij leveren de voorzitter van de ketenraad (waarin alle deelnemende partijen zitting hebben) en de programmaleider. Vanuit onze faciliterende rol benadrukken we dat KIK-V echt van de ketenpartijen zelf is; dit programma slaagt alleen als alle partijen nauw samenwerken, in onderling vertrouwen. Daar hebben we in de ketenraad vanaf de start van KIK-V hard aan gewerkt, en met succes. We zien het vertrouwen en enthousiasme bij de partijen groeien om er voor te gaan. Want zij zien in dat KIK-V uiteindelijk voor alle betrokkenen een win-winsituatie oplevert.”

Dat enthousiasme wordt zeker gedeeld door Tamara Pieterse, bestuurslid van ActiZ: “Ik krijg wel eens als reactie op KIK-V: ‘Het is toch jaren terug ook al geprobeerd om die data eenduidig verzameld te krijgen’. Maar bij KIK-V is het anders, want er zit een andere methodiek achter. Bij KIK-V stel je gezamenlijk vast welke informatie je met elkaar wilt delen en maak je afspraken over hoe je die informatie goed kunt uitwisselen. Met dezelfde peildata en dezelfde definities, dat is heel belangrijk. In die nieuwe methodiek zet je als zorgaanbieder straks je gegevens in een postbus aan de voordeur, waarna andere partijen, op basis van afspraken, de benodigde informatie daaruit halen. Dat is een proces dat we gezamenlijk moeten doorlopen.”

Verbeterpunten

Om de gegevensuitwisseling te kunnen verbeteren is kennis van de huidige werkwijze van verpleeghuizen belangrijk. Hiervoor heeft KIK-V in 2019 gesprekken gevoerd met 24 zorgaanbieders. Daarin kwamen enkele aandachtspunten naar voren die ook bij veel andere verpleeghuizen leven. Zo moeten opgevraagde gegevens vaak eerst een arbeidsintensieve bewerking ondergaan voordat ze opgeleverd kunnen worden. Ook opperde iemand: “De uitvraag verandert nu jaarlijks. Als die een tijd hetzelfde blijft, kan het systeem



daarop ingericht worden en zijn we klaar.” Op basis van deze en andere bevindingen hebben de deelnemende partijen afspraken en oplossingen ontworpen, die vorm krijgen in een ‘afsprakenet KIK-V’. Dit zijn afspraken over bijvoorbeeld de definities van de gegevens die zorgaanbieders aanleveren, op welk moment in het jaar uitvragende partijen de gegevens kunnen opvragen en wanneer zorgaanbieders deze kunnen opleveren. Als alle deelnemende partijen volgens deze afspraken gaan werken, wordt het aanleverproces geautomatiseerd en daarmee slimmer, efficiënter en effectiever. Zorgaanbieders ervaren daardoor minder administratieve lasten en uitvragende partijen ontvangen beter op hun vraag afgestemde informatie. En *last but not least* zal dit de kwaliteit van de verpleeghuiszorg ten goede komen.

Informatie ontsluiten aan de bron

Zo’n verandering gaat niet van de een op de andere dag, stelt Van Grinsven: “KIK-V vergt van alle deelnemers een nieuwe manier van werken, voor sommige zelfs een cultuuromslag. We willen toe naar ontsluiting van informatie aan de bron. Dat betekent onder meer dat uitvragende partijen hun uitvragen moeten laten aansluiten bij de gegevens die zorgaanbieders vastleggen in

het operationele proces. Daarmee doelen we op dat wat zorgprofessionals (de bron) dagelijks al registreren in verband met de zorglevering aan hun cliënten. Voor cliënten gaat het uiteindelijk om een prettig leven; dat moet de start zijn voor de opvraag van data. Zo begrijpen cliënten en andere partijen ook beter nut en noodzaak van de registratie.”

Jan Megens is manager Wlz bij Menzis en is namens ZN en de zorgkantoren op bestuurlijk niveau betrokken bij KIK-V. Net als Van Grinsven is hij overtuigd van het belang van het programma: “KIK-V vraagt veel energie van de deelnemende partijen, maar het biedt ze ook een enorme kans om zaken in één keer duidelijk en goed vast te leggen, te ontsluiten aan de bron en meervoudig te gebruiken. KIK-V is dé manier waarop we met zorginfrastructuur om moeten gaan. Het is een toekomstbestendige wijze van informatie-uitwisseling waar alle partijen aan mee kunnen doen.”

Waar staan we nu?

De eerste versie van de afsprakenet is gericht op twee thema’s uit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg die voor de ketenpartijen prioriteit hebben: ‘personeelssamenstelling’ en ‘veiligheid’. De set wordt eind 2020

De bovenste situatieschets toont de situatie rond de informatie-uitwisseling op dit moment, zonder afsprakenet KIK-V. Als de partijen afspraken maken over bijvoorbeeld definities van de aan te leveren gegevens en het moment van uitvragen en aanleveren, ervaren zorgaanbieders minder administratieve lasten en ontvangen uitvragende partijen beter op hun vraag afgestemde informatie (zie onderste situatieschets).

opgeleverd en is dan al in de praktijk getoetst. Vanaf januari 2021 kunnen de ketenpartijen de afspraken in hun werkprocessen invoeren. “Dat wordt spannend”, voorziet Van Grinsven. “Zorgaanbieders gaan de data uit hun registratiesystemen dan daadwerkelijk beschikbaar stellen. Zij, maar ook de uitvragende partijen, moeten hun organisaties daarop inrichten. Daarbij hebben we ook de ondersteuning van softwareleveranciers nodig. Het is spannend hoe we al die partijen gaan bereiken en meekrijgen.”

Verder kijken dan de verpleeghuiszorg

KIK-V is gericht op de verpleeghuiszorg, maar het streven is dat de KIK-V-methodiek ook haar weg vindt in andere zorgdomeinen. Van Grinsven: “Zorgaanbieders willen dat KIK-V straks wordt gekoppeld aan het VWS-programma ‘InZicht – Elektronische gegevensuitwisseling in de langdurige zorg’, dat gericht is op het versnellen van veilige en eenduidige elektronische gegevensuitwisseling. Dat gaat dus verder dan alleen het uitwisselen van gegevens rond de kwaliteit van verpleeghuiszorg én overstijgt de verpleeghuissector.” Ook hierin vindt Van Grinsven een enthousiaste medestander in Megens: “We doen dit niet alleen maar voor de verpleeghuiszorg. Natuurlijk springt die in het oog, door allerlei kwaliteitsissues uit het verleden en de noodzaak er meer informatie over te krijgen. Maar dit geldt ook voor de gehandicaptenzorg. Sterker nog, dit geldt ook voor de cure-sector. Ook die zou zich bewuster moeten zijn van het delen van informatie, het eenduidig en eenmalig vastleggen aan de bron en van daaruit informatie delen en ophalen. Dit is een bakermattraject. Dit gaat de positie van de gezondheidszorg enorm verbeteren in de toekomst.” ●

* | Enkele voorbeelden van kwaliteitsinformatie van zorgaanbieders: aantal fte, diversiteit in kwalificatieniveau, loonkosten, ziekteverzuim, omgang met medicatiefouten, medicatiereview en *advanced care planning*. Maar ook gegevens over het welbevinden van de cliënt.

** | Partijen die samen met het Zorginstituut het programma vormgeven en uitvoeren zijn: ActiZ, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, het ministerie van VWS (tevens opdrachtgever van KIK-V), Zorgverzekeraars Nederland, zorgaanbieders en zorgkantoren. Ook andere partijen zijn betrokken bij KIK-V, zoals BVKZ, Zorgthuis.nl, SPOT, PerSaldo, Raad voor de Ouderen, de netwerkgorganisatie van zorgfinanciers FIZI, Verenso en V&VN.

Feiten & Cijfers

Inenten tegen corona?

65% van de mannen zegt ja.
53% van de vrouwen zegt ja.
59% is bereid zich direct te laten inenten.

BRON: ENQUÊTE EENVANDAAG ONDER 35.000 RESPONDENTEN



Huisarts: man of vrouw?

In 2018 was **58,1 procent** van de huisartsen vrouw (in 2013 was dat nog precies 50 procent).

In 2018 was **42,7 procent** van de mannelijke huisartsen en **75 procent** van de vrouwelijke huisartsen jonger dan 50 jaar.

BRON: CBS

De helft van de jonge artsen overweegt weleens te stoppen als arts vanwege de werktijden en hoge werkdruk.

BRON: ONDERZOEKS- EN ADVIESBUREAU SARDES I.O.V. DE JONGE DOKTER



Door de coronacrisis is het aantal investeringen in zorgvastgoed met **33 procent** gedaald.

BRON: CBRE

5.000

minder kankerdiagnoses zijn er van begin maart tot eind mei gesteld. Het ging voornamelijk om borstkanker (-1.900) en darmkanker (-1.300).

BRON: IKNL

28%

van de Nederlanders waant zich immuun voor het coronavirus. In de leeftijdsgroep 35 tot 54 jaar ligt dat percentage op 34 procent. Mannen wanen zich vaker immuun dan vrouwen.

BRON: ONDERZOEKSBUROU MARKEFFECT (D.D. MEDIO AUGUSTUS)



1,5 miljoen tekenbeten

Het aantal geregistreerde tekenbeten is in tien jaar tijd met ongeveer 30 procent gestegen naar 1,5 miljoen.

BRON: RIVM



De kosten voor de Zorgverzekeringswet stegen in het eerste half jaar van 2020 met **3,6 procent**. De verwachte kostenstijging voor heel 2020 is 4,1 procent.

BRON: ZORGINSTITUUT

'Zorgjargon' nader verklaard

Soms zijn er van die termen of begrippen die je hoort van collega's, leest in rapporten of tegenkomt in diverse media. Woorden die al langer rondzingen in de organisatie en de zorg, en die we van elkaar overnemen, zonder exact te weten waar ze vandaan komen of wat ze precies betekenen. *Zorginstituut Magazine* gaat op zoek naar de achtergrond van zo'n woord en geeft nadere toelichting. Deze keer: 'Herbesmetting'.

'Herbesmetting' is op het eerste gezicht geen spannend, mooi of ingewikkeld woord, maar omdat we het rond het ter perse gaan van deze editie zo vaak in de media tegenkwamen, vonden wij dat het een plek in deze rubriek waard. Nadat eind augustus niet alleen iemand in het verre Hong Kong, maar ook mensen hier in Nederland voor de tweede keer besmet waren geraakt met het coronavirus, werd de term 'herbesmetting' volop gebezigd door politici en wetenschappers – en net zo goed door iedereen die buiten deze categorieën valt. Logisch, want deze ontdekking boorde de hoop de grond in dat we uiteindelijk groepsimmunititeit zouden bereiken en dus alle corona-ellende achter ons konden laten. De overheidsstrategie om geleidelijk zo'n groepsimmunititeit te creëren, kon direct bij het oud vuil. En ook de wetenschap moest haar verwachtingen over herbesmetting bijstellen: bij gebrek aan bewijs achtte het RIVM in maart de kans nog klein dat iemand twee keer ziek kon worden. Maar nu is het bewijs daar, en daar moeten we ons opnieuw toe verhouden. Dat de herbesmettingen zoveel ophef veroorzaakten heeft zeker te maken met de maatschappelijke onrust die ze teweegbrachten. Maar waar kwam überhaupt de verwachting vandaan dat mensen niet twee keer met het coronavirus besmet konden worden? Het is bekend dat dit soort luchtweginfecties meerdere keren kunnen toeslaan en mensen slechts bepaalde tijd immuun zijn. Waarom zou dat anders liggen bij het coronavirus? Was hier de wens toch een beetje de vader van de gedachte..?

De andere blik

“Eigen regie begint met het begrijpen van de taal van zorg”

Om de burger eigen regie op gezondheid te geven, moet deze de taal van ziekte en zorg kennen. Maar medisch jargon wordt vaak niet begrepen, weet Frans Meijman, tot voor kort hoofddocent huisartsengeneeskunde aan het Amsterdam UMC. De toenemende digitalisering van gezondheidsinformatie en -communicatie vergroot de behoefte aan duiding. “De overheid gaat er veel te makkelijk van uit dat iedereen de taal van gezondheid spreekt. Maar niemand heeft geleerd hoe je je uitdrukt als het gaat over wat je voelt.”

Tekst Robert van der Broek Beeld Rogier Chang

“Komt een Amsterdammer bij de dokter. Hij weet niet wat hem scheelt, maar hij voelt zich niet best. ‘Ik hep ut an me maag, m’neer’, zegt hij. Heeft hij werkelijk maagklachten? Bedoelt hij zijn hele buik? De goede verstaander weet dat dit een uitdrukking is voor ‘je niet lekker voelen’ of ‘iets in je buik’. Het is aan de dokter om het werkelijke euvel te achterhalen. Taal is makkelijk als het over concrete zaken gaat: hoe het op ons werk gaat, wat we vanavond eten, welk boek we lezen. Maar probeer maar eens onder woorden te brengen wat je voelt in je lichaam. Dat is toch even wat anders dan praten over je hobby of over het recept van appeltaart. Gezondheid is weinig tastbaar, kent evenzoveel vage vermoedens als gegronde klachten. Dat ongrijpbare maakt het onder woorden brengen van wat je voelt tot een pittige uitdaging. Toch gaat de overheid ervan uit dat de doorsnee burger de taalvaardigheid beheerst om daadwerkelijk zijn gezondheidssituatie te verwoorden. Maar hoe vaak komt het niet voor dat een patiënt zich niet begrepen voelt? Of na het spreekuur thuiskomt en niet meer weet wat er gezegd is? Op school leren we de verkeersregels, maar we leren niet hoe je in woorden, formuleringen en beelden tot uitdrukking brengt wat je ervaart in je lichaam en wat je eigenlijk zou willen dat ze voor je doen. Taal over gezondheid, ziekte en zorg verdient veel meer aandacht. Eigenlijk zou dit een vak moeten zijn in het basisonderwijs, zodat burgers én zorgverleners leren hoe ze medische taal moeten gebruiken en leren begrijpen.”

Het stiefkind van communicatie

“Taal begrijpen en kunnen verwoorden vereist zorgvuldigheid maar ook handigheid. Niet iedereen beheerst dat. Toch is het belangrijk. Juist in deze tijd, waarin mensen als ze googelen op moedervlek, met één klik bij huidkanker terecht komen. En dus al meteen het ergste denken. Dan moet de zorgverlener de juiste woorden paraat hebben om te kunnen geruststellen, informeren en verklaren. Dat is leuk, want dat geeft je functie meer waarde. Of je nu huisarts bent of specialist, fysiotherapeut, verpleegkundige of apothekersassistente. Natuurlijk, in communicatie wordt iedere student geneeskunde uitvoerig getraind. Denk maar aan het brengen van slecht nieuws. Maar dan draait het vooral om gesprekstechnieken, zoals dat je met slecht nieuws niet te lang moet wachten. Maar hoe je dat vervolgens onder woorden brengt? Taal is nog een braakliggend terrein, het stiefkindje van communicatie. Want het maakt nogal een verschil of je zegt ‘U hebt kanker, bereid u maar voor’, of dat je zegt ‘We hebben kwaadaardige cellen aangetroffen’. In het eerste geval overrompelt je de patiënt, in het tweede geval geef je hem de tijd om het nieuws te laten bezinken. En kun je bij het doorvragen alsnog zeggen dat die cellen duiden op kanker. Je kunt ook té direct zijn. Er komt een hoop creativiteit bij kijken om aan te voelen wanneer en hoe je iets zegt.” ▶

“Taal over gezondheid, ziekte en zorg verdient veel meer aandacht. Het zou een vak moeten zijn in het basisonderwijs, zodat burgers én zorgverleners leren hoe ze medische taal moeten gebruiken en leren begrijpen”



Woorden zonder samenhang

"In de jaren 90 kwam de term 'jip-en-janneketaal' in zwang. We moesten klip-en-klaar gaan communiceren. Die vereenvoudiging juich ik toe, al hoef je niet te doen alsof je tegen een kind praat. Los van de vraag of je 'moeilijke' medische termen altijd moet weghouden bij de patiënt – je kunt beter de Latijnse term artrose laten vallen in plaats van slijtage van het kraakbeen, omdat de patiënt de term artrose later vast tegenkomt en slijtage nogal fatalistisch klinkt - ben ik bang dat de zeggingskracht van taal met het badwater verdwijnt. Dat gebeurt namelijk als de digitalisering van de zorg ons dwingt om alleen nog maar in sleuteltermen te communiceren. Dat kennen we al van whatsapp en sms, maar ook het EPD, waar patiënten nu in mogen kijken en meeschrijven, bevat van die afkortingen en staccato opsommingen. Zakelijke notities zonder enige empathie waarvan de ontvanger nou niet bepaald een goed gevoel krijgt. Een voorbeeld van zo'n verslag: 'Nog niet heel erg nierfalen. Geen dialyse. Nieuwe pil'. Tak. Tak. Tak. Een levensveranderende aandoening gevat in mitrailleurvuur, zonder duiding en samenhang. In het genoemde voorbeeld had er 'dus' moeten staan voor 'geen dialyse' en 'wel' voor 'nieuwe pil.' Als we dan toch de taal van de spreekkamer gaan opofferen voor digitale encrypties, laten we er dan op z'n minst voor zorgen dat de gebruikte woorden geen vragen oproepen."

Het keurslijf van standaardisatie

"Waar ik bang voor ben, is dat de protocollen van de ICT sturend worden, waar die eigenlijk dienstbaar moeten zijn aan de gezondheidszorg. We moeten dan in staat zijn om de taal tussen patiënt en zorgverlener, met al zijn verfijning en details, te vertalen naar een medium dat dat raffinement niet toestaat. Als het aan het RIVM en NICTIZ ligt, komt er één medisch woordenboek met gezondheidstermen die via informatiesystemen in de zorginstellingen uitgewisseld kunnen worden. Daarmee wordt taal gestandaardiseerd tot een set uniforme termen zonder de nuance, pluriformiteit en dubbelzinnigheid die kenmerkend is voor taal. Digitalisering en zorg op afstand worden bejubeld en deels is dat terecht. Het is laagdrempelig, efficiënt en een goed middel in de strijd tegen capaciteitstekorten. Je accepteert echter wel dat je afstand neemt van de diepgang en breedte van het persoonlijke gesprek. Omgekeerd wordt van de zorgverlener verwacht dat hij via dezelfde afstandelijke digitale middelen een begrijpelijk consult voert dat ook nog vertrouwen inboezemt. De verschillen tussen patiënten en de varianten van aandoeningen zijn simpelweg te groot om in codes te vangen."

Ja zeggen, nee doen

"Vertrouwen is de smeerolie van de hulpverlening. Dat geldt voor het contact tussen dokter en patiënt, maar ook voor het contact tussen de zorgverzekeraar en zijn verzekerde of het contact tussen de beleidsmaker en zijn



"De verschillen tussen patiënten en aandoeningen zijn te groot om in codes te vangen"

achterban. Communicatie verloopt altijd beter als in de gekozen woorden betrokkenheid doorklinkt. Dan voelt de ontvanger zich op waarde geschat en zal hij eerder op iemands advies vertrouwen. Vroeger leek het alsof mensen ja en amen zeiden tegen de dokter. In de spreekkamer was dat misschien ook zo. Maar wat ze thuis deden met dat advies is een ander verhaal. Al zo lang we de therapietrouw meten is die 40 tot 60 procent, zelfs voor medicijnen en levensreddende adviezen. Het advies wordt dus lang niet altijd opgevolgd. Daar zijn ontzettend veel sociaal-maatschappelijke verklaringen voor te bedenken, maar vaak komt de boodschap gewoon niet aan. De patiënt denkt dan dat het niet over hem gaat. Het beeld dat de patiënt van zichzelf en zijn toestand heeft, stemt blijkbaar niet overeen met het beeld dat de zorgverlener van hem heeft. Taal is essentieel om die twee gezichtspunten bij elkaar te brengen. Een goede dokter kan nog tijdens het consult boven water halen of zijn woorden zijn begrepen. Door het gesprek nog eens samen te vatten. Of door vragen te stellen, zonder ja- of nee-antwoorden op te roepen. Dus niet: 'Kunt u met dit advies uit de voeten?' Maar wel: 'Hoe denkt u met dit advies om te gaan?' Die subtiliteit ontbreekt in digitale communicatie. Kort en beknopt mag dan efficiënt zijn, maar informatie kan ook té beperkt zijn. Gezondheid gaat uiteindelijk om mensen, niet om systemen." ●

Frans Meijman (1950) was huisarts, hoofdredacteur van Huisarts & Wetenschap, hoogleraar medische publiekscommunicatie en hoofddocent bij de afdeling huisartsgeneeskunde van Amsterdam UMC locatie VUmc. Hij is (mede)auteur van 'Medische mensentaal' en 'De mondige patiënt – Historische kijk op een mythe'.

Versnelde adviezen voor covid-19-patiënten

Covid-19 is een nieuwe ziekte, waar we nog heel weinig over weten en waarover nog minder wetenschappelijke kennis is opgebouwd. Het pakketcriterium 'stand van wetenschap en praktijk', dat de basis vormt voor de adviezen van het Zorginstituut, is eenvoudigweg nog niet toepasbaar. Maar uitzonderlijke tijden vragen om uitzonderlijke procedures. En die leidden deze zomer ertoe dat we twee adviezen voor covid-19-patiënten versneld konden uitbrengen.

Tekst Edith Bijl

Beeld Bert Beelen/HH

Paramedische herstellzorg

De eerste van de twee adviezen betreft de inzet van paramedische zorg in de eerste lijn. Het Zorginstituut adviseert deze zorg tijdelijk en onder voorwaarden te verruimen en via de basisverzekering te vergoeden voor covid-19-patiënten met ernstige klachten en beperkingen die het gevolg zijn van de ziekte. Dit zijn mensen die op de intensive care, op corona-afdelingen in het ziekenhuis of thuis ernstig ziek zijn geweest. Een aantal van hen houdt langdurig last van ernstige lichamelijke en cognitieve klachten, zoals kortademigheid, conditieverlies, verzwakte spieren en geheugenproblemen. Vaak hebben deze patiënten 'herstellzorg' nodig. Paramedische zorg kan hierin een belangrijke rol spelen en bestaat meestal uit monodisciplinaire of gecombineerde inzet van een fysio- of oefentherapeut, diëtist, ergotherapeut of logopedist. Op dit moment is de vergoeding voor de paramedische herstellzorg door een fysio- of oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut

beperkt. Ondanks gering wetenschappelijk bewijs adviseerde het Zorginstituut de vergoeding van paramedische herstellzorg na ernstige covid-19-infectie tijdelijk en onder voorwaarden uit te breiden. De vergoeding geldt voor maximaal zes maanden vanaf de indicatiestelling en verwijzing door een medisch specialist of huisarts. Na zes maanden kan bij uitzondering en op indicatie van een medisch specialist een tweede behandelperiode van maximaal zes maanden ingaan. Gebruik van e-healthapplicaties en video-instructies wordt aanbevolen. Medio juli heeft minister voor Medische Zorg Van Ark het advies van het Zorginstituut overgenomen en de eerstelijns paramedische herstellzorg voorwaardelijk tot het basispakket toegelaten.

Vergoeding pneumokokkenvaccin

Het tweede advies dat het Zorginstituut afgelopen zomer versneld uitbracht betreft de vergoeding vanuit het basispakket van het pneumokokkenvaccin Pneumovax 23®. Het Zorginstituut adviseert dit vaccin te vergoeden voor de groep ex-covid-19-patiënten bij wie de longfunctie is verstoord. Om dit te regelen moet een aanvullende voorwaarde in de Regeling zorgverzekering

(Rzv) worden opgenomen. Dit advies is de uitwerking van een eerder advies van de Gezondheidsraad om covid-19-patiënten met longschade voorlopig toe te voegen aan de groepen waarvoor de vaccinatie op medische indicatie wordt vergoed. In wetenschappelijke literatuur is nog geen eenduidige definitie te vinden van ernstige covid-19 en in hoeverre er door deze ziekte longschade ontstaat. Daarom heeft het Zorginstituut gebruikgemaakt van de kennis en expertise van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) om te omschrijven welke covid-19-patiëntgroep in aanmerking komt voor vergoeding van de pneumokokkenvaccinatie.

Het Zorginstituut stelt voor het advies over de pneumokokkenvaccinatie na één jaar opnieuw te bekijken. Als in het komende jaar al eerder bewijs beschikbaar is over welke covid-19-patiënten blijvende longschade hebben opgelopen, kan de herbeoordeling ook eerder worden gedaan. De minister van VWS streeft ernaar de pneumokokkenvaccinatie nog dit jaar vergoed te krijgen voor ex-covid-19-patiënten die aan de nadere voorwaarde voldoen. ●



Internationale samenwerking voor betere zorg in eigen land

Onlangs publiceerde het Zorginstituut de eerste editie van de Internationale Strategische Agenda. Deze uitgave beschrijft de internationale activiteiten van het Zorginstituut en de doelen die met deze inspanningen gediend zijn. Gezondheidszorg is in het Europa van vandaag nog steeds vooral een nationale aangelegenheid. Internationale samenwerking draagt echter bij aan het realiseren van de binnenlandse ambities van het Zorginstituut, vertelt adviseur Internationale Zaken Timon Sibma.

Tekst Jos Leijen

Beeld Mrs. Peacock

“Het Zorginstituut neemt deel aan veel internationale projecten”, begint Sibma. “Ik ben in 2019 bij het Zorginstituut gestart met het coördineren van die activiteiten. De projecten op zich hebben allemaal hun eigen nut en noodzaak, maar het overzicht ontbrak soms een beetje. Ook was niet altijd duidelijk hoe projecten met elkaar samenhangen. Wat doen we precies? Welke standpunten dragen we uit in internationale verbanden? Wat willen we bereiken?”

Met de Internationale Strategische Agenda wil het Zorginstituut intern goede keuzes kunnen maken en extern verantwoording afleggen naar het ministerie van VWS en het publiek. Per slot van rekening is het Zorginstituut een Nederlands instituut dat zich bezig houdt met de Nederlandse gezondheidszorg. Uitstapjes over de grens moeten bijdragen aan betere zorg in eigen land. “We zijn de hele week druk, maar we moeten goed naar de meerwaarde kijken”, vat Sibma samen.

Betaalbare zorg

De internationale activiteiten zijn gekoppeld aan de drie ambities van het Meerjarenbeleidsplan: behoud van een betaalbaar zorgstelsel, betere zorg sneller bij de patiënt en samen betere beslissingen op maat nemen op basis van data. “Ongeveer driekwart van de buitenlandse contacten heeft te maken met de eerste ambitie: het betaalbaar houden van de zorg. Daarbinnen krijgen geneesmiddelen veel aandacht, omdat de kosten daarvan sterk blijven stijgen.” Een voorbeeld van deze samenwerking is

EUnetHTA. Het Zorginstituut zoekt hierbij samen met zusterorganisaties uit alle EU-landen naar wegen om beter samen te werken bij het beoordelen van nieuwe therapieën (*health technology assessment* of HTA). Het doel is om tot Europese richtlijnen te komen. Het project zou aanvankelijk dit jaar afgerond moeten worden, maar de looptijd is met een jaar verlengd. Het blijkt ingewikkeld om alle landen op één lijn te krijgen.

Nederland en vier andere landen (België, Luxemburg, Ierland en Oostenrijk) werken op het gebied van beoordeling en prijs-onderhandelingen al samen in Beneluxa. “In een kleiner verband kunnen we sneller stappen zetten dan in de EU als geheel”, aldus Sibma. “Met zijn vijven staan we sterker in de gesprekken met de farmaceutische industrie. Daarnaast wisselen we informatie uit over de beoordeling van geneesmiddelen, zodat we niet allemaal dubbel werk hoeven te doen.”

Naast betaalbare zorg is een ambitie van het Zorginstituut om goede zorg sneller bij de patiënt te krijgen. Hierbij is het delen van kennis essentieel. Het Zorginstituut wisselt bijvoorbeeld informatie uit over patiëntervaringen met behandelingen, zogeheten PREM's (*patient reported experience measures*). Dit is een belangrijk hulpmiddel bij het realiseren van waardegedreven gezondheidszorg.

Real world data

Een uitdaging voor het Zorginstituut en zusterorganisaties is hoe je op een



"Op het gebied van e-health en een landelijk patiëntendossier kan Nederland nog wel een slag maken. Het is goed om dan te leren van ervaringen in andere landen"

betrouwbare manier informatie meer gepersonaliseerd verzamelt en gebruikt. Hierbij speelt vooral de vraag hoe je gegevens uit de praktijk (*real world data*) kunt gebruiken bij de beoordeling voor het vergoede pakket. Rond deze vraag is het HTx-project gestart, met de ondertitel *Next generation Health Technology Assessment*. Hierin werken vijftien organisaties uit elf landen samen: elf universiteiten en onderzoeksinstellingen, een patiëntenorganisatie en drie HTA-organisaties, waaronder het Zorginstituut.

Ayla Lokhorst is projectmanager van werkpakket 4 van het HTx-project bij het Zorginstituut. Werkpakket 4 houdt zich bezig met

de implementatie van nieuw te ontwikkelen methoden. “Voor geneesmiddelen worden vaak gerandomiseerde klinische studies gebruikt om de effectiviteit van een behandeling te bepalen”, legt zij uit. “De uitkomsten hiervan zijn echter gemiddelden bij een geselecteerde onderzoeksgroep. Wat een geneesmiddel in de praktijk doet bij patiënten die afwijken van de onderzoeksgroep, kan daarvan verschillen. Om daarover iets te kunnen zeggen, hebben we *real world data* nodig.”

Het fundament van het HTx-project zijn vier casestudies naar de behandeling van vier aandoeningen: hoofd- en halskanker,

diabetes mellitus, multiple sclerose (MS) en myelodysplastisch syndroom (MDS). Analyse van data over deze behandelingen moet methoden opleveren om beter vast te stellen wat de beste behandeling is voor bepaalde groepen binnen de patiëntenpopulatie. Het project is in 2019 gestart en loopt tot 2023.

Verbinden

De casestudies worden uitgevoerd door onderzoeksteams van de deelnemende universiteiten. Het Zorginstituut werkt onder meer aan het bij elkaar brengen van de HTA-instituten en de universiteiten. Lokhorst: “Voor ons is het belangrijk dat de resultaten straks toepasbaar zijn bij de beoordeling en het pakketbeheer. De onderzoekers hebben soms andere vragen dan HTA-beoordelaars. Wij proberen de twee werelden te verbinden.”

Als voorbeeld noemt ze de casestudie naar MDS, een groep van beenmergstoomnissen waarbij de aanmaak van bloedcellen is verstoord. Onderzoekers van de Universiteit van York analyseren data van zestien Europese landen en Israël om conclusies te trekken over de (kosten)effectiviteit van behandelingen bij verschillende patiëntengroepen. “De onderzoekers kijken vooralsnog alleen naar laag-risicopatiënten, terwijl wij als Zorginstituut juist een beoordeling hebben gedaan voor behandelingen voor hoog-risicopatiënten. Wij organiseren gesprekken tussen de onderzoeker en de HTA-organisaties om tot resultaten te komen die relevant zijn voor toekomstige pakketbeoordelingen. Bijvoorbeeld hoe je rekening kunt houden met het verschil tussen patiëntenpopulaties die meedoen aan RCT's (*randomised controlled trials*) en patiënten in de ‘echte’ wereld.”

Leren van andere landen

De Internationale Strategische Agenda zal voortaan elk jaar verschijnen als onderdeel van de jaarcyclus van het Zorginstituut. Van Timon Sibma mag er meer aandacht komen voor de derde ambitie: beter samen kunnen beslissen op basis van relevante data: “Samen beslissen veronderstelt dat je beschikt over goede data en gegevensuitwisseling. Op dat gebied lopen we in Nederland achter. Zo kunnen we op het gebied van e-health en een landelijk patiëntendossier nog wel een slag maken. Het is goed om dan te leren van ervaringen in andere landen.” ●

Beter inzicht in wachtlijsten Wlz

De wachtlijsten voor verpleeghuizen verhitten regelmatig de gemoederen in de Tweede Kamer en in de samenleving. Bijvoorbeeld eind 2019, toen het aantal wachtenden in korte tijd opliep van achttien- naar twintigduizend. Maar niet alle wachtenden zijn even dringend toe aan verhuizing naar een verpleeghuis. Velen stellen dat nog even uit of wachten op een plek in het huis van hun eerste keuze. Om een duidelijker beeld te krijgen wordt de registratie aangepast.

Tekst Jos Leijen

Beeld De Beeldredactie | Marco Bakker

In januari moest minister De Jonge zich verantwoorden in de Tweede Kamer voor de wachtlijsten voor verpleeghuiszorg. Sinds de start van het kabinet waren die opgelopen van tien- naar meer dan achttienduizend. De minister verontschuldigde zich en zei dat het aantal wachtenden sneller steeg dan verwacht. Het ministerie voerde ook aan dat niet alle mensen op de wachtlijst acuut een plek nodig hebben. Niet iedereen is 'actief wachtend'.

"Actief wachtend wil zeggen dat iemand direct zorg nodig heeft in een verpleeghuis", legt Barry Holwerda uit. Hij is bij het Zorginstituut verantwoordelijk voor de maandelijkse overzichten van de wachtlijsten voor langdurige zorg (zie kader). "In beginsel krijgt iedere cliënt met een indicatie voor de Wet langdurige zorg de status 'actief wachtend'. Als je een indicatie hebt, kun je bij het zorgkantoor aangeven dat je alleen wilt verhuizen naar het verpleeghuis van je eerste keuze. Dan verandert je status in 'niet-actief wachtend'. Het kan ook nog zijn dat je met thuiszorg en mantelzorg het zo lang mogelijk thuis wilt volhouden, ook al heb je een Wlz-indicatie. Dan gaat je status naar 'niet wachtend'."

Nieuwe status

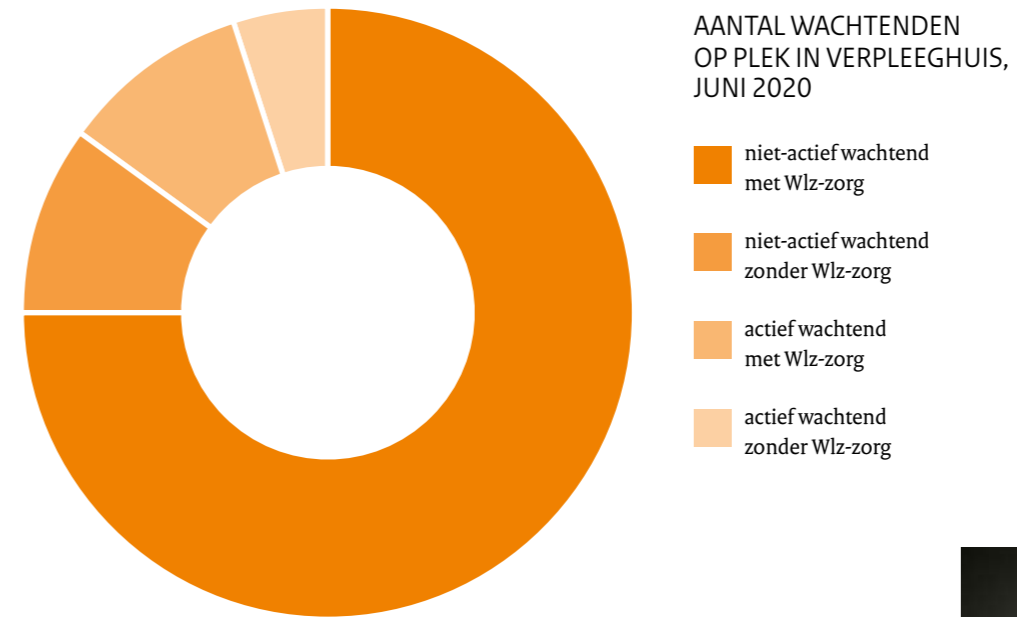
Sommige Kamerleden willen af van het onderscheid tussen 'actief wachtend' en 'niet-actief wachtend'. Als je een Wlz-indicatie krijgt, betogen zij, dan ben je er al zo slecht aan toe dat je zorg nodig hebt. Het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland - als vertegenwoordiger van de zorgkantoren - hebben de afgelopen maanden gebroed op een nieuwe definitie van de wachtstatus, die per 1 januari 2021 in moet gaan. Daarmee moet er een beter beeld ontstaan van de werkelijke nood, zodat het zorgkantoor beter en sneller kan bemiddelen naar passende zorg.

"Er komt een nieuwe status en de andere statussen worden hernoemd", zegt Holwerda. "De nieuwe status is 'urgent plaatsen'. Dit betekent dat een cliënt direct bemiddeld moet worden naar een passende aanbieder, bijvoorbeeld omdat er een crisis is of omdat iemand een bed in het ziekenhuis bezet houdt en niet meer terug naar huis kan."

De andere statussen zijn 'actief plaatsen' (voorheen actief wachten), 'wacht op voorkeur' (voorheen niet-actief wachtend) en 'wacht uit voorzorg' (voorheen niet wachtend). Binnen deze statussen wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende

INFO VOOR ALLE KETENPARTIJEN

Het Zorginstituut beheert sinds 2002 een standaard waarmee cliëntgegevens elektronisch, gestandaardiseerd, kwalitatief en veilig kunnen worden uitgewisseld tussen alle ketenpartijen in de langdurige zorg. Destijds ging het om registratie voor alle zorg die onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) viel, de AWBZ-brede Zorg Registratie (AZR). Het oorspronkelijke doel van de AZR was het ondersteunen van wachtlijstregistratie en zorgtoewijzing. Sinds 2013 verschijnen de overzichten van wachtlijsten in de langdurige zorg elke maand. Na de transitie van de AWBZ naar de Wet langdurige zorg, Wmo en Jeugdwet in januari 2015, werden de rapportages opgesteld op basis van de opvolger van de AZR, de iWlz. Sindsdien beperken de overzichten zich tot de wachtlijsten voor verpleeghuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg.



omstandigheden. Bij 'wacht op voorkeur' wordt bijvoorbeeld gekeken of de persoon op de wachtlijst nog thuis woont of vanuit een verpleeghuis naar een verpleeghuis van voorkeur wil verhuizen. Mensen met de status 'wacht uit voorzorg' hebben wel een Wlz-indicatie, maar verhuizen naar een verpleeghuis is nog niet noodzakelijk. Zij kunnen zelf aangeven wanneer bemiddeling nodig is. Deze mensen worden niet meegeteld op de wachtlijst.

Opvallende stijging

De afgelopen maanden zijn veel verpleeghuizen getroffen door het coronavirus. De

gevolgen daarvan zijn deels terug te zien in de wachtlijsten, al is het lastig om precies te duiden hoe de vork in de steel zit. Van februari tot juni groeide het aantal niet-actief wachtenden met Wlz-zorg aanzienlijk. Tegelijk steeg de uitstroom in de verpleeghuizen en nam de instroom af. Met andere woorden: er overleden meer bewoners en de lege plekken werden niet allemaal opgevuld. Volgens het CBS stierven er tussen 9 maart en 14 juni ruim 5.500 meer mensen met een Wlz-indicatie dan op grond van voorgaande jaren verwacht mocht worden. Het is onduidelijk hoeveel van deze sterfgevallen te wijten zijn aan het coronavirus.

Het Zorginstituut presenteert de cijfers, maar is terughoudend met de interpretatie ervan. Holwerda: "We zien trends, maar voor een duiding is vaak aanvullend onderzoek nodig." Toch durft hij wel enkele vermoedens aan over de stijging van het aantal niet-actief wachtenden: "Het is mogelijk dat de berichten over coronaslachtoffers in verpleeghuizen ouderen en hun naasten angst hebben aangejaagd. Waarschijnlijker is dat de bezoeksregeling mensen kopschuw heeft gemaakt: 'Als ik geen bezoek mag ontvangen, dan blijf ik thuis nog wel even volhouden met de zorg die ik op dit moment al krijg'."

De nieuwe definities van de wachtstatus moeten een beter beeld geven van de werkelijke nood, zodat het zorgkantoor beter en sneller kan bemiddelen naar passende zorg.



Verder kan het zijn dat verpleeghuizen even pas op de plaats hebben gemaakt met het binnenhalen van nieuwe bewoners. Dat werd ze gemakkelijker gemaakt doordat de zorgkantoren hen tegemoet kwamen. Ze kregen de normale vergoeding uitgekeerd, ook al waren er meer lege bedden dan normaal. De theorie dat de bezoeksregeling een rol heeft gespeeld bij de stijging van de wachtlijsten, wordt bevestigd door een daling in juni het van aantal niet-actief wachtenden. Op 15 juni werd de bezoeksregeling versoepeld; op 1 juni stonden er nog 19.162 niet-actief wachtenden geregistreerd bij de zorgkantoren en op 1 juli 18.237. ●



Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, handreikingen of standpunten van het Zorginstituut in de praktijk uit? In hoeverre sluit dat wat ‘aan het bureau’ is bedacht aan op de dagelijkse praktijk ‘aan het bed’? Deze keer het **Kwaliteitskader Wijkverpleging**.

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker, De Beeldredactie | Arie Kievit

aan het *bureau*

Aster de Lange is verpleegkundig adviseur bij het Zorginstituut.

“In 2015 werd de wijkverpleging overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Een van de kenmerken van de Zvw is dat de beroepsgroep zelf bepaalt wat goede zorg is. Voor de wijkverpleging was dit nieuw; er stond tot dan toe nog nergens beschreven wat goede verpleging en verzorging thuis inhoudt. Met vijf partijen (V&VN, ZN, ActiZ, Zorgthuisnl en de Patiëntenfederatie) zijn we aan de slag gegaan. Het Zorginstituut had in dit traject vooral een aanjagende en begeleidende rol. Voor ons is van belang dat er meetinstrumenten zijn om de kwaliteit van zorg te meten, maar daarvoor moest eerst overeenstemming zijn over wat kwalitatieve thuiszorg is. Dat was geen eenvoudige opdracht voor de betrokken partijen, maar ze zijn er uiteindelijk toch zelf goed uitgekomen. Met de ontwikkelingen rond het Kwaliteitskader Verpleeghuishuiszorg nog vers in het geheugen - wat ook dit traject een gevoelige dynamiek gaf - hebben zij een mooie prestatie geleverd. In juni 2018 is het Kwaliteitskader Wijkverpleging opgenomen in het register van het Zorginstituut. Er staat nu een duidelijke visie op papier over wat goede verpleging en verzorging in de eigen omgeving inhoudt. Die visie gaat verder dan alleen de standaardtaken voor verzorgen en verplegen, zoals adl-zorg (algemene dagelijkse levensverrichtingen) en wondverzorging; ook preventie en maatregelen om te zorgen dat iemand zo lang mogelijk in de eigen omgeving kan blijven vallen onder het kader. Dat die bredere intentie nu zwart op wit staat én door alle partijen erkend wordt, vind ik heel waardevol. Wat ik ook positief vind, is dat in het kwaliteitskader staat vermeld dat wijkverpleging geen solistisch beroep is. Het kader geeft het belang aan van intervisie en intercollegiaal overleg. Ook dat is een waardevolle toevoeging.”

“Met dit kwaliteitskader staat een duidelijke visie op papier over wat goede verpleging en verzorging in de eigen omgeving inhoudt”



aan het *bed*

Sanne van Etten is wijkverpleegkundige bij Careyn.

“Ik ben sinds 2012 wijkverpleegkundige en werk nu anderhalf jaar bij thuiszorgorganisatie Careyn in Mijnsheerenland in de Hoeksche Waard. Toen ik daar kwam, was Careyn bezig met de implementatie van het kwaliteitskader. Het kader biedt heldere handvatten om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Volgens mij is de belangrijkste verbetering dat er nu op resultaten wordt gestuurd. Het kwaliteitskader stimuleert wijkverpleegkundigen om meer methodisch cyclisch te werken. Daardoor wordt dat wat we doen beter meetbaar en kunnen we dus ook beter sturen op resultaten. Dat helpt ons om mensen veel directer in hun kracht te zetten. Omdat cliënten en mantelzorgers nu in hun dossier kunnen meelezen en meeschrijven, zijn zij daar zelf ook actiever bij betrokken.

Een andere uitkomst van het kwaliteitskader is dat we veel meer samenwerken met andere (zorg)professionals binnen het sociale en medische domein. Dat is een groot verschil met vroeger, toen we nog voornamelijk op onze eigen eilandjes opereerden. Dankzij die samenwerking kun je de cliënt nu in de volle breedte zien en helpen. En dat komt de kwaliteit natuurlijk ten goede.

De grootste winst van het kwaliteitskader is dat we ons nu veel meer richten op wat de client nodig heeft. Vroeger werd ‘kwaliteit van zorg’ gemeten in minuten: voor elk type verzorging (douchen, aankleden, wondverzorging et cetera) stond een vast aantal minuten. Die methodiek is gelukkig geheel verdwenen. Het gaat er immers niet om of iemand een halfuurtje gedoucht heeft, maar hoe iemand zo lang mogelijk veilig thuis kan blijven wonen, waarbij zelfredzaamheid en eigen regie van de cliënt voorop staat. Dát is waar het bij goede zorg om draait!”

“Bij goede zorg gaat het er niet om of iemand een halfuurtje gedoucht heeft, maar hoe iemand zo lang mogelijk veilig thuis kan blijven wonen”

Zinnige Zorg bekkenbodemplachten

Tegen urineverlies is vaak iets te doen

Begin juli verscheen het *Verbetersignalement Zinnige Zorg bij bekkenbodemplachten*. Betrokken partijen hebben onder begeleiding van het Zorginstituut gekeken waar de zorg verbeterd kan worden. Er is vooral aandacht voor urineverlies en verzakking van de baarmoeder (prolaps). Belangrijk is dat behandelaren de richtlijnen beter volgen. En vrouwen moeten weten dat er vaak iets te doen is tegen urineverlies.

Tekst Jos Leijen

Beeld Robin Utrecht (ANP)

“Oeps-momentjes kennen we allemaal”, aldus een reclamefilmpje voor inlegkruisjes bij urineverlies. Het doet vermoeden dat urineverlies normaal is en erbij hoort als je als vrouw de veertig gepasseerd bent. Veel vrouwen accepteren dat en gaan niet met hun klachten naar de huisarts. Een van de doelen van Zinnige Zorg bij bekkenbodemplachten is om onderdiagnose en onderbehandeling tegen te gaan. Bekkenbodemplachten komen veel voor: 30 tot 55 procent van de vrouwen van veertig jaar en ouder heeft last van urineverlies, meer dan 40 procent heeft een prolaps. “Van die vrouwen gaan er maar heel weinig naar de huisarts”, vertelt adviseur Hedy Maagdenberg van het Zorginstituut. “Terwijl incontinentie en prolaps tot veel ellende kunnen leiden, zoals angsten, hinder bij lopen en fietsen en problemen bij de seks.”

Voldoende data

In de screeningfase van dit Zinnige Zorg-project werd al duidelijk dat de meeste kansen voor verbetering van de zorg bij verzakking en urineverlies lagen. Op de shortlist voor nader onderzoek stonden aanvankelijk ook bekkenbodemplachten kort na de bevalling. Maar “in overleg met de veldpartijen hebben we ons hier niet specifiek op gericht”, legt Maagdenberg uit. Het verbetersignalement stelt vier verbeteringen van het zorgtraject voor:

- Volg de richtlijnen bij diagnostiek van urine-incontinentie (UI) beter en vul ze aan.
- Bevorder het gepast gebruik van zorg.
- Controleer en evalueer de UI-behandeling vaker.
- Maak vrouwen meer bewust van behandel-mogelijkheden van bekkenbodemplachten.

Enorme verbetering

Nicole van Bergen is bekkenfysiotherapeut in Bennekom en voorzitter van NVFB, de Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie. Als alle maatregelen in het rapport worden uitgevoerd, betekent dat een enorme verbetering voor vrouwen met bekkenbodemplachten, aldus Van Bergen. De bekkenfysiotherapeut kan een cruciale rol spelen bij behandeling van bekkenbodemplachten, maar krijgt die rol nu nog niet altijd, stelt Van Bergen. De NHG-richtlijn legt nu nog delen van de behandeling bij de huisarts die volgens de NVFB beter door de bekkenfysiotherapeut uitgevoerd kunnen worden. “Wij zijn de hele dag bezig met plassen en poepen en problemen met de seks”, zegt Van Bergen. Van Bergen is blij met de aandacht in het verbetersignalement voor *stepped care*, een stapsgewijze benadering van de zorg. Pas als stap a is gezet, volgt stap b, en daarna pas stap c. “Vrouwen krijgen dan de juiste zorg op de juiste plek. Nu gebeurt het bijvoorbeeld nog regelmatig dat de huisarts een vrouw verwijst naar de gynaecoloog en dat die dan weer terugverwijst naar de bekkenfysiotherapeut.”



“Incontinentie en prolaps kunnen tot veel ellende leiden, zoals angsten, hinder bij lopen en fietsen en problemen bij de seks”

Onvolledige diagnose

“Onderzoek van dossiers leert ons dat huisartsen bij de diagnose niet altijd volgens de richtlijnen te werk gaan”, zegt Maagdenberg. “Die schrijven voor dat de huisarts vraagt naar de geschiedenis van de klachten en lichamelijk onderzoek doet, eventueel aangevuld met urineonderzoek. Zo kan de huisarts nagaan welke vorm van incontinentie de patiënt heeft: stressincontinentie, drangincontinentie, of een combinatie. Dat heeft gevolgen voor de behandeling. In veel dossiers vinden we daar niets over terug. Hier is het onduidelijk of de aanbevelingen uit de richtlijn zijn gevolgd en diagnostiek op de juiste wijze is uitgevoerd. Het kan zijn dat artsen niet goed registreren, maar het kan ook zijn dat de diagnose op basis van de expertise van de arts erg voor de hand liggend is.” Een tweede punt bij de diagnose is dat een onderactieve blaas vaak niet als zodanig

wordt herkend. De symptomen lijken deels op die bij een overactieve blaas, maar de behandeling is heel anders. “Als je een onderactieve blaas behandelt als een overactieve blaas, wordt het alleen maar erger.” Dit valt de huisarts overigens niet aan te rekenen. Dat de blaas ook onderactief kan zijn, is nog niet zo lang bekend en het verschijnsel is nog niet opgenomen in de NHG-richtlijnen. Die moeten hierop worden aangepast.

Stap voor stap

Gepast gebruik van zorg kan bevorderd worden door *stepped care* toe te passen. De richtlijnen voorzien in verschillende stappen bij bekkenbodemplachten. De bedoeling is dat deze stappen in de juiste volgorde worden doorlopen, zonder stappen over te slaan. Zo moeten vrouwen eigenlijk eerst blaasstrainingen of bekkenbodemplachterspijstrainingen krijgen via de huisarts of de bekkenfysiotherapeut, voordat ze ►

Goede informatievoorziening moet eraan bijdragen dat vrouwen bewust kunnen kiezen voor een behandeling. Of niet.

naar de gynaecoloog worden verwezen. “Nu komt het nog geregeld voor dat de specialist de vrouwen terugstuurt naar de bekkenfysiotherapeut”, zegt Maagdenberg. Huisartsen verwijzen ook naar de tweede lijn als vrouwen een steunpessarium nodig hebben bij een verzakking. Dat is begrijpelijk, vindt Maagdenberg, maar de huisarts zou deze handeling ook zelf kunnen doen. “Vroeger was daar ook een tarief voor. Een knelpunt is dat de huisarts een pas-set moet hebben voor het aanmeten van het pessarium. Zo’n pas-set is kostbaar, zeker als de huisarts hem relatief weinig gebruikt.” Mogelijk zou het pessarium ook door de bekkenfysiotherapeut geplaatst kunnen worden. “Daar moeten partijen dan samen afspraken over maken.”

Plasdagboek

Uit het verdiepingsonderzoek kwam naar voren dat er bij de behandeling van urine-incontinentie weinig gecontroleerd wordt of de therapie ook succes heeft. Partijen gaan afspreken hoe ze patiënten die langdurig incontinentiemateriaal of medicijnen gebruiken, beter kunnen volgen. Daarnaast stellen de partijen onder regie van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) een plan op

om het plasdagboek nadrukkelijk een plek te geven in de behandeling en de evaluatie. De nadruk in het verbeter-signalelement ligt op verbeteringen bij de huisarts. “Dat komt ook doordat het ingewikkeld bleek om goede data uit de ziekenhuizen los te krijgen”, legt Maagdenberg uit. “Daar zijn vast ook verbeteringen mogelijk, maar we hebben weinig informatie. We willen specialisten oproepen om hun administratie beter leesbaar en analyseerbaar in te richten, zodat we in een later stadium ook daar suggesties kunnen doen om de zorg beter in te richten.”

Bewustwording

De vierde verbetering valt formeel buiten het zorgtraject, maar is toch opgenomen in het verbeter-signalelement: bewustwording bij vrouwen. Veel vrouwen weten niet dat er behandelingen zijn voor urine-incontinentie. Daarnaast is er gêne. Dan is het kennelijk gemakkelijker om anoniem een pak inlegkruisjes te kopen dan om naar de huisarts te gaan. Goede informatievoorziening moet eraan bijdragen dat vrouwen bewust kunnen kiezen voor een behandeling. Of niet. Nu het verbeter-signalelement met verbeterafspraken er ligt, gaan partijen het uitvoeren. Bij de verschillende onderdelen zijn ‘regiehouders’ benoemd die het voortouw nemen. Dit najaar is er een bijeenkomst van betrokken partijen om te bezien hoe de implementatie kan starten en welke overlegstructuur daarbij past. Het Zorginstituut zal contact onderhouden met de veldpartijen en de ontwikkelingen monitoren. Eens per jaar rapporteert het Zorginstituut aan de minister van VWS en de zorgpartijen. “De uitdaging is nu om het belang van de patiënt boven de eigen belangen te plaatsen”, zegt Maagdenberg. “Dan kunnen we de zorg echt verbeteren.” ●

KLACHTEN BESPREEKBAAR MAKEN

Marlies Bosch is medewerker PR en belangenbehartiging bij Bekkenbodem4All. De organisatie vertegenwoordigt meer dan één miljoen vrouwen met bekkenbodem- en andere gynaecologische klachten. “Veel vrouwen generen zich voor urine-incontinentie en verzakking en zoeken daarom geen hulp. Ze denken dat het ‘erbij hoort’. Een van onze kerntaken is bekkenbodemklachten onder de aandacht brengen en bespreekbaar maken. Het is goed dat alle betrokken partijen in dit traject bij elkaar aan tafel zitten om de zorg voor vrouwen met bekkenbodemklachten te verbeteren. Eerste lijn, tweede lijn, zorgverzekeraars én patiënten. Onze rol is om het geluid van de vrouwen om wie het gaat te laten horen.”

Een belangrijk aandachtspunt van het verbeter-signalelement is bewustwording bij vrouwen, vindt Bosch: “Wij werken er hard aan om vrouwen te stimuleren eerder naar de huisarts te gaan om te horen wat de behandelingsmogelijkheden zijn. We hebben onze website aangepast, zodat vrouwen sneller op maat gemaakte informatie vinden. Door slim samen te werken met andere partijen en via artikelen in de media verwachten we meer vrouwen te bereiken.”

Genuanceerd beeld

De huisartsen krijgen veel te doen bij de implementatie van het verbeter-signalelement. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is ‘regiehouder’ bij diverse verbeterafspraken. Tjerk Wiersma, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker bij het NHG, nuanceert het beeld dat huisartsen onzorgvuldig zijn bij de diagnostiek. “Dat iets niet in het dossier staat, betekent niet dat de huisarts het niet heeft gedaan. Ze schrijven niet alles in detail op. Het is goed dat er onderzoek komt naar wat er feitelijk gebeurt.” Wiersma zet kanttekeningen bij bekkenbodempieroefeningen en blaastraining. Die zouden minder effectief zijn dan aanvankelijk werd aangenomen. “Bij ernstige klachten van stressincontinentie kan de huisarts in overleg met de patiënt volgens de NHG-Standaard meteen verwijzen naar de specialist voor een operatie. Ook kan het zijn dat vrouwen de oefeningen niet willen doen of een verwijzing vragen naar de specialist.”



Beeld Ron Zwagemaker

Elevator Pitch

In de Elevator Pitch legt een medewerker van het Zorginstituut in 200 woorden uit wat voor werk hij/zij doet. Deze keer:

Petra Beusmans

Strategisch adviseur burgerperspectief

“Mijn interesse ligt altijd al bij de positie van de consument, de patiënt, de burger. Eerst bij de ACM, en nu al acht jaar bij het Zorginstituut, aanvankelijk als manager van verschillende teams en sinds begin dit jaar als strategisch adviseur burgerperspectieven. Een relevant thema, want we zeggen wel: ‘de burger staat centraal’, maar hoe doen we dat? Hoe definiëren we dat, wat vinden we daarbij belangrijk?”

Ik gebruik dit jaar om daarover binnen het Zorginstituut een gezamenlijke visie en bewustzijn te creëren, en om onze organisatie meer te verbinden met de wereld om ons heen. Bijvoorbeeld door gesprekken te voeren met individuele zorgverleners en patiënten en hun perspectief en verhalen onze organisatie binnen te brengen. Ik vind het ontzettend leerzaam om te horen wat mensen bezighoudt. Zij hebben vaak geen idee wie wij zijn en waarom en hoe wij beslissingen nemen. Wij staan voor het belang van de samenleving als geheel, maar we kunnen alleen het collectief dienen als we weten welke mensen en perspectieven daarin zitten. Het is belangrijk dat wij binnen het Zorginstituut die geluiden meekrijgen én de dialoog aangaan. Ik vind het verrijkend en het helpt mij verder in mijn werk. En dat gun ik iedereen bij het Zorginstituut!”

Over zorg gesproken...

“Als je kijkt hoe medisch-specialistische bedrijven georganiseerd zijn, dan zijn ze sterk gericht op productie. Daar moeten we vanaf.”

Marian Kaljouw, bestuursvoorzitter NZa, in Zorgvisie (september 2020).

“Leidt patiënt (geweest) zijn tot beter dokterschap? Ja. Levenservaring, wijsheid en je best doen helpen natuurlijk een beetje, maar halen het toch niet bij een tijdje grondig lijden.”

Yvo Smulders, adjunct-hoofdredacteur nTVg, op ntv.g.nl (9 juli 2020).

“Van applaus alleen kan niemand brood kopen.”

Tuur Elzinga, vicevoorzitter van de FNV, over het weglopen van Kamerleden bij de hoofdelijke stemming over meer salaris voor zorgpersoneel, in Nederlands Dagblad (14 augustus 2020).

“Slaap is de grote genezer voor zowat elke fysieke en mentale aandoening. Het is een natuurlijk middel - gratis zelfs - dat jammer genoeg onderbenut blijft.”

Slaapprofessor aan het UZ Antwerpen en longarts Johan Verbraecken, in HNL (21 augustus 2020).

“Niemand draagt verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid. De Tweede Kamer heeft de minister nog nooit ter verantwoording geroepen omdat in Nederland te veel mensen obesitas hebben.”

Jochen Mierau, hoogleraar economie van de volksgezondheid aan de RUG, op zorgvisie.nl (25 augustus 2020).

“Er is helemaal niet bezuinigd op de zorg. De zorg is nog altijd het koekoeksjong van iedere begroting: het wipt alle andere begrotingsposten uit het nest.”

Econoom en journalist Mathijs Bouwman, in het FD (27 juni 2020).

“Er is nooit serieus naar de adviezen van verpleegkundigen en verzorgenden geluisterd. Discussies over arbeidsomstandigheden en -voorwaarden, zoals de recente salarisdiscussie, versterken het gevoel van niet gezien en gehoord worden.”

Chief Nursing Officer Bianca Buurman in haar advies aan minister Van Ark (3 september 2020).