



# verslag

Vergadering Kwaliteitsraad

---

Omschrijving	KR-vergadering
Vergaderdatum	26 april 2022
Vergaderplaats	Online/Webex
Aanwezig	Niek Klazinga, Floortje Scheepers, Jan Smelik, Henk Nies, Joris van Eijck en Maria van den Muijsenbergh
Afwezig	Lisette Schoonhoven, Sophia de Rooij en Anne-Miek Vroom
Zorginstituut Nederland	<i>Secretariaat</i> Celeste van der Vliet, Kim Boerman en Jennifer Wolters
	<i>Overig</i> Sjaak Wijma, Mona Wets, Daniëlle Looije, Jill van den Nouwland, Gert-Jan Storre, Jacqueline Kalsbeek, Angelie van der Aalst, Astrid Vereijken, Lonneke Timmers, Roos Lizardo, Petra Beusmans, Angel Link, Nele Kootstra-Drewes, Pauline de Heer, Robert Verheij, Maaïke Vogels-Broeke, Juanita Heymans, Jan Kremer, Jolien van de Sande.
Externe bezoekers	Margaret Hof (VWS), Antoinette de Bont (Universiteit Tilburg), Bert de Graaff (Erasmus Universiteit Rotterdam)
Notulen	Catharina Mastenbroek (Notuleerservice Nederland)

---

## 1. Opening en mededelingen

De voorzitter heet de aanwezigen welkom. Drie leden van de Kwaliteitsraad (KR) zijn niet aanwezig. Zij vraagt allen de camera en de microfoon uit te zetten, tenzij men bij een agendapunt betrokken is (dan camera aan).

### - Belangenverstrengeling

Er zijn geen conflicterende belangen.

### - Update proces Meerjarenagenda 2023

Celeste van der Vliet vertelt dat het proces en tijdpad Meerjarenagenda (MJA) 2023 is aangepast. De MJA gaat in per 1 januari 2023 en gaat daarna pas richting VWS gecommuniceerd worden. Er wordt meer tijd genomen voor de analyse van de potentiële MJA-onderwerpen. Het kwaliteitskader Fysio- en oefentherapie wordt zo mogelijk wel eerder op de MJA geplaatst.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg II

**Onze referentie**  
2022031114

### **- Inventarisatieformulier en notulen KR-vergaderingen**

Celeste van der Vliet geeft aan dat ter voorbereiding van de KR-vergaderingen weer gewerkt gaat worden met het inventarisatieformulier voor de leden. De ervaring is dat de discussies tijdens de vergadering beter verdiept kunnen worden. Daarnaast wordt Notuleerservice ingehuurd voor de notulen.

### **2. Verslag vergadering 10 maart 2022**

Een KR-lid zag in het verslag dat hij zou gaan meedenken over het kader Passende zorg. Hij gaat met sabbatical en komt pas eind augustus 2022 terug. Hij kan het daarna wel weer oppakken.

Het verslag wordt vastgesteld met bovenstaande aanvulling.

### **3. Impact COVID op uitgestelde zorg**

Uit de heidag is naar voren gekomen om in een volgende vergadering vanuit een positief perspectief op COVID een rondje te doen om te bekijken welke mooie ervaringen ten aanzien van COVID zijn opgehaald. [2 juni in KR-vergadering geagendeerd]

De NZa heeft recent weer een nieuwe 'Monitor toegankelijkheid van zorg' uitgebracht. Deze is naar iedereen toegestuurd. Tevens heeft iedereen een rapport ontvangen van het Erasmus Centrum Zorgbestuur over goed bestuur in tijden van crisis en het conceptverslag van het overleg dat een KR-lid heeft gehad met het RiVM/Erasmus/ZIN. Het KR-lid geeft een toelichting.

Het conceptverslag geeft duidelijk weer waarover men het heeft gehad. Het is zinvol zicht te krijgen op de veelheid aan rapporten over de impact van COVID op uitgestelde zorg. Daar komen verschillende discussies uit voort die mooi aansluiten bij de discussie die in de KR is gevoerd over het faciliteren van samen leren en verbeteren.

Uit het rapport van de Erasmusuniversiteit komt naar voren hoe er in de verschillende fases van de pandemie door bestuurders is gereageerd: de bereidheid om onder druk en in crisistijd met partijen samen te werken, meer systeemperspectief te hebben en de flexibiliteit van het omgaan met zaken. Wel is er nog beperkte data beschikbaar.

Voor de volgende keer is de vraag of men in staat is de versterkte samenwerking tussen partijen en het aanzetten tot digitalisering en verbetering van de data-infrastructuur in het Nederlandse systeem te realiseren? Of is het zo dat iedereen weer bij zijn eigen stukje blijft en het tekort aan personeel het dominante thema wordt? Het rapport van de Erasmusuniversiteit kan een mooie aanzet zijn om de discussie te voeren.

Het rapport van de NZa geeft aan dat een aantal zaken wordt opgepakt maar dat men er nog lang niet is. Het thema ziekteverzuim en absentie is een substantieel probleem. Er is nog veel druk op het systeem. Er komen nieuwe

uitdagingen bij. In hoeverre vindt het inhalen van uitgestelde zorg op een eerlijke manier plaats? Dat gebeurt primair door de zorgverleners zelf. De NZa zal proberen om los van de grote verschuivingen in volume per specialisme te bekijken of de verbeteringen geleidelijk over de specialismen plaatsvinden, dus dat er niet specialismen eerder aan het inhalen slaan dan anderen.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg II

**Onze referentie**  
2022031114

Het RIVM heeft vorig jaar een studie uitgebracht over het aantal verloren levensjaren. Er is een nieuwe studie in voorbereiding die met name over klinische zorg gaat waar dat voor de hele pandemie wordt berekend. Het is interessant om te bekijken wat de balans is van de gezondheidsschade die tijdens COVID is voorkomen en de gezondheidsschade die is ontstaan door het uitstellen van zorg op grote schaal. Er komen interessante data uit die het mogelijk maken te reflecteren.

De voorzitter vindt de boodschap helder: hoe houdt men vast wat goed was? Hoe kunnen de inzichten uit COVID goed gebruikt worden voor de lange termijn en hoe kan in de volgende vergadering het positieve perspectief worden gebruikt om te bekijken wat er geleerd is? Behalve de genoemde sterfte-oorzaken is er nog een lange termijn sterfte door de maatregelen en de impact op levens zoals suïcidaliteit.

Een KR-lid valt op hoe groot het aantal uitgestelde behandelingen is dat niet hoeft te worden ingehaald. Het lijkt hem een interessant onderwerp om zich in te verdiepen. Blijkbaar is heel veel zorg minder nodig dan men denkt.

Een KR-lid geeft aan dat in huisartsenpraktijken de ervaring leeft dat een deel van de zorgvraag verdampt is. Dat is dus onnodige zorg gebleken ('self-limiting'). Zij heeft behoefte aan meer informatie/perspectieven. Ze wil graag weten of er differentiaties zijn in groepen als het gaat om uitgestelde zorg en de consequenties daarvan, met name differentiaties naar opleiding of achtergrond. Ze mist de perspectieven van hoe de patiënten het hebben ervaren en de perspectieven van de huisartsen. Het betrokken KR-lid zegt dat het Nivel ook bij het overleg aanwezig is. Dat wil bekijken welke patronen men hieruit kan halen. Het zijn onderzoeken die in de pijplijn zitten, maar wel puur gericht op uitgestelde zorg.

Een KR-lid ziet onderzoeken voorbij komen en geeft aan dat de KR er van alles van kan vinden. Wat betekent het voor haar opereren? Hij zoekt naar de vraagstelling vanuit de KR over wat ze met de analyses van rapporten kunnen doen. Hoe past het in hun opdracht?

De voorzitter zegt dat de vraag was hoe de stand van zaken voor COVID is en of we er als KR iets mee moeten/kunnen doen. Het is te weinig informatie om de vragen goed te kunnen beantwoorden. Het is goed het als thema steeds terug te laten komen zolang de nasleep van COVID nog loopt. Volgende vergadering kan bekeken worden hoe dit punt het beste kan worden gecontinueerd. We zijn zoekende om COVID wel in de gaten te houden maar zo dat we onze rol als KR erin kunnen houden.

#### **4. Stand van Wetenschap en Praktijk**

*Juanita Heymans is namens ZIN aanwezig*

Ter voorbereiding op de gezamenlijke heidag met de ACP en de WAR is het goed om kennis van elkaars werk te hebben. Juanita Heijmans (adviseur ZIN), onder andere secretaris van de Wetenschappelijke adviesraad-cure, zal een presentatie geven over *De stand van wetenschap en praktijk*. Dit wettelijke criterium vormt de basis voor het pakketbeheer van het Zorginstituut. Omdat kwaliteit en pakket steeds dichterbij elkaar komen, is het belangrijk dat de KR hier kennis van neemt en ook goed begrijpt wat de basis vormt voor het denken vanuit de WAR.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg II

**Onze referentie**  
2022031114

Presentatie: 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk in pakketbeheer'  
Spreekster stelt zich voor en geeft aan waarover zij het inhoudelijk zal hebben. De voorbeelden komen uit de medisch specialistische zorg omdat daar met name haar expertise ligt. Belangrijk te vermelden is dat er een update plaats vindt van het beoordelingskader binnen het project Toekomstbestendig pakketbeheer.

De overheid bepaalt wat er in het basispakket zit en heeft ervoor gekozen om de stand van de wetenschap en praktijk of te wel effectiviteit als begrenzing te laten gelden voor wat er in het basispakket zit. Alleen zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk met andere woorden effectief is, zit in het basispakket. Dat geldt voor alle zorg. Het Zorginstituut heeft daarbij een belangrijke kerntaak, namelijk om te beoordelen of zorg aan dit criterium voldoet. Er is een mooi systeem in Nederland omdat iedereen gelijke toegang heeft tot het basispakket ongeacht inkomen of leeftijd etc.. Er is een op onderlinge solidariteit berustende sociale verzekering. Om dat te behouden is het nodig dat de overheid zorgvuldig vaststelt en afweegt wat er in het basispakket zit.

Er ontstaat door de generieke omschrijving de stand van de wetenschap en praktijk een open systeem van te verzekeren prestaties. Er is dus automatische instroom van zorg als zorg voldoet aan dit criterium. Dat betekent ook dat als zorg niet meer effectief is het ook vanzelf uitstroomt.

Het Zorginstituut heeft als kerntaak de zorg te duiden. Het gesloten systeem houdt in dat de zorg specifiek is omschreven zoals bijv. bij extramurale geneesmiddelen en de chronische lijst fysiotherapie. Daarbij is precies vastgelegd wat in het verzekerde pakket zit. Belangrijk om op te merken is dat het open systeem inhoudt dat men ervan uitgaat dat zorgverleners alleen die zorg aanbieden die effectief is.

De verzoeken voor een duiding kunnen op verschillende manieren bij het Zorginstituut terecht komen: vanuit de stakeholders bijv. vanuit wetenschappelijke verenigingen, zorgaanbieders of patiënten, of uit agendering ZIN. Een duiding starten begint met het samenstellen van een team. Vervolgens worden de PICO's bepaald. Er wordt vastgesteld om welke patiënten het gaat, om welke interventie het gaat die op effectiviteit moet worden beoordeeld. Er wordt vervolgens een systematische literatuursearch gedaan en de literatuur wordt geselecteerd en beoordeeld. Vervolgens komt een conceptstandpunt. Dat wordt in de praktijk bij de desbetreffende patiëntenverenigingen en wetenschappelijk verenigingen geconsulteerd. Daarna wordt het naar de WAR gebracht om te toetsen. De volgorde van raadpleging van de gang naar de WAR of consultatie kan variëren. Soms wordt eerst de WAR geraadpleegd en daarna de wetenschappelijke verenigingen en patiënten geconsulteerd. Soms wordt de WAR twee keer geconsulteerd. Dan gaat men terug naar het veld en voor de tweede keer naar de WAR. Uiteindelijk zal de RvB het standpunt vaststellen.

Bij de stand van de wetenschap en praktijk wordt er gekeken of er een meerwaarde voor de patiënt is gelet op gunstige en ongunstige gevolgen, in vergelijking met de standaardbehandeling of de gebruikelijke behandeling. De principes van evidence based medicine worden gebruikt. Dat houdt in: systematisch zoeken en selecteren van beschikbare literatuur, gestructureerd beoordelen en wegen van de geselecteerde literatuur. Het uitgangspunt is dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit het zwaarst weegt. Er is een passend-onderzoeksprofielkader waarbij systematisch wordt afgewogen wat in deze casus precies passend onderzoek is. Een RCT is niet altijd geschikt of nodig. De PICO, eerder genoemd, wordt altijd geraadpleegd bij de wetenschappelijke verenigingen en de patiëntenverenigingen, dat is de scoping. Die hebben de kennis en expertise op het gebied. Verder stellen en scopen wij (ZIN) ook altijd het minimaal vereiste klinisch relevante verschil dat nodig is om de effectiviteit vast te stellen op. Uiteindelijk wordt de kwaliteit van het bewijs beoordeeld aan de hand van de GRADE-methode. Dat is een internationaal erkende methode om te kijken naar het vertrouwen dat er is in de evidence. Per cruciale uitkomstmaat kijken wij naar de 'body of evidence'. Dat kan variëren van hoge kwaliteit tot zeer laag met daarmee het vertrouwen. Ten slotte wordt er een conclusie vastgesteld: vindt men de 'netto toevoeging' in vergelijking met al bestaande zorg een gewenste relevante toevoeging, is die groot genoeg, heeft men er voldoende vertrouwen in dat de toevoeging daadwerkelijk optreedt? Daarna komt de fase van evidence to decision. Dan wordt naar alle en overige in de afweging betrokken argumenten gekeken: de balans tussen de voor- en nadelen, de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs, of er sprake is van 'passend onderzoek' en de overige argumenten zoals bijv. de technische variant. Op meerdere momenten in het beoordelingsproces worden partijen betrokken. Als er een evidence based medicine richtlijn is wordt daarbij aangesloten. Er kan ook op meerdere momenten overleg plaatsvinden naar gelang vragen die spelen of opkomen vanuit bijv. de betrokken beroepsgroep of vanuit ZIN. Het bewijs voor effectiviteit van lage/middelmatige kwaliteit kan leiden tot aanvullende waarborgen die nodig zijn vanuit de beroepsgroep en patiëntenorganisatie.

Spreekster geeft als voorbeeld de Flash glucose monitoring (FGM) voor het op meerdere momenten vaststellen/controleren van de glucosewaarden dat in de plaats komt van het vingerprikken. De claim hierbij was dat er een betere zelfcontrole zou zijn en dat de glucosewaarden en kwaliteit van leven zouden verbeteren in vergelijking met het vingerprikken. Er werden een aantal cruciale uitkomsten vastgesteld. Bij de beoordeling bleek dat er bij twee van de cruciale uitkomsten een vertrouwen van middelmatig niveau uitkwam. De WAR heeft aangegeven dat een aantal zaken toch niet geheel duidelijk was. De betekenis en samenhang van de uitkomsten waren nog niet voldoende helder. Er is als advies meegegeven dit scherper in kaart te brengen en de beroepsgroepen daarbij opnieuw te consulteren. Uiteindelijk is er een betere onderbouwing gekomen. En zijn ook overige argumenten in kaart gebracht en bekeken. Door de flashmonitoring verbeterde o.a. het zelfmanagement, het is geen momentopname zoals bij vingerprikken, er is meer inzicht in de dagelijkse fluctuaties. Ter waarborging van de effectiviteit heeft de beroepsgroep nog het een en ander aan nadere voorwaarden afgesproken en vastgesteld. Uiteindelijk is er een positief standpunt uitgekomen. De flashmonitoring is conform het wettelijk criterium van stand van de wetenschap en praktijk.

Spreekster gaat in op het Toekomstbestendig pakketbeheer. Internationale ontwikkelingen worden gevolgd. Het eigen beoordelingskader wordt hiermee

ge-updated. Er is een argumentenkader ontwikkeld. Bij de update van het beoordelingskader zal met modules gewerkt gaan worden om bij nieuwe ontwikkelingen sneller te kunnen schakelen. Bekeken wordt nu ook hoe afspraken met verschillende partijen (waarborgen/voorwaarden) beter verankerd kunnen worden.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg II

**Onze referentie**  
2022031114

Een KR-lid vond de presentatie heel interessant. Ze heeft twee vragen. Wordt er geïnventariseerd of er behoefte is aan iets nieuws op een bepaald terrein? Ze heeft de indruk dat er soms nieuwe zaken op de markt komen zonder dat is nagegaan of er behoefte aan is. Hoe sturen ze er op aan of de nieuwe techniek efficiënt is?

Spreekster zegt dat er gekeken wordt welke claim er bij de interventie wordt gedaan. Vervolgens wordt bij de beoordeling gekeken of de claim wordt waargemaakt. Bijv. bij de flashmonitoring was de claim dat er duidelijke verbeterde glucosewaarden kon worden verkregen dan met het vingerprikken. De behoefte aan iets nieuws komt vanuit het veld.

De voorzitter zegt dat er soms een behoefte wordt gecreëerd. Er lijkt geen rol te zijn bij het inventariseren van de behoefte voordat dingen ontwikkeld worden.

Spreekster zegt dat ZIN de beoordeling start in een fase dat de interventie of hulpmiddel al op de markt is.

Een KR-lid zegt dat veel zorg niet evidence based is. Dat geldt bijvoorbeeld voor de verpleegkundige zorg. Hoe kan hij dit rijmen met het criterium dat het aantoonbaar effectief moet zijn? Spelen kosten een rol?

Spreekster zegt dat de kosten uiteindelijk een rol spelen maar niet primair bij het beoordelen van de stand van de wetenschap en praktijk, dus de effectiviteit. Kosten worden wel in kaart gebracht in een BIA. De kosteneffectiviteit wordt risicogericht meegenomen in de beoordeling. De WAR beoordeelt dan of de methode klopt en vervolgens wordt het bij de ACP voorgelegd. Veel zorg is niet evidence based. Dat wil niet zeggen dat er niet een bepaalde vorm van bewijs is. Er is voor veel zorg geen RCT maar dan is er wel mogelijk een andere vorm van bewijs. Met een passend onderzoeksprofiel probeert men in kaart te brengen wat bij deze vorm van zorg past. Ze geeft het voorbeeld van reanimatie. Daar is geen bewijs voor maar niemand gaat het beoordelen omdat er geen twijfel is. Als er twijfel bestaat gaat men een beoordelingstraject starten. Bij bepaalde zorg zoals in de langdurige zorg daar waar het bijv. gaat over het voeden van mensen gaat men ook geen effectiviteitsonderzoek starten. Als er een dure robot op de markt komt die mensen eten gaat geven speelt er mogelijk wel een effectiviteit en kosten-effectiviteitsvraag.

Een KR-lid vraagt in welke mate in de huidige adviezen van de WAR de door de patiënt gerapporteerde uitgangsmaten worden meegenomen. En is het van belang of het bewijs uit Nederland komt? Spreekster zegt dat in een beoordelingsproces wordt gewerkt met patiëntrelevante uitkomsten die ook altijd eerst aan de patiëntenvereniging worden voorgelegd. Het gaat dus bijv. niet om labwaarden. ZIN neemt in haar beoordeling internationale studies mee. Als er specifiek Nederlandse literatuur of een richtlijn is worden die natuurlijk altijd meegenomen.

In hoeverre worden de adviezen gedekt door patiënten gerapporteerde uitkomsten? Spreekster zegt dat het geen doorslaggevende rol speelt maar als ze er zijn worden ze besproken en meegenomen.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg II

Een ander KR-lid geeft aan dat er zo'n acht organisaties zijn die specificaties maken voor erkende interventies in bepaalde sectoren. Is daar contact mee? Spreekster zegt dat er in het kader van de beoordeling van vaktherapie contacten zijn met de organisaties die meer in de sociale sector zitten. Dat gebeurt dan in die casus inderdaad op die manier.

**Onze referentie**  
2022031114

De voorzitter vindt dat keuzes veel meer op praktijkdata moeten worden gebaseerd. Hoe krijgt men het groepsdenken weer terug naar het individu? Het bewustzijn en het maken van de keuze voor wat het voor jou als individu kan betekenen zou onderdeel van bewijslast moeten zijn. Dan gaat het om dynamisch en niet om statisch bewijs. Spreekster zegt dat data die uit de praktijk wordt verkregen bijv. bij registraties wel worden gebruikt om te kijken of eerdere aannames waar men vanuit ging in het beoordelingsproces klopten.

Een KR-lid is benieuwd naar hoe men innovatie drijft? Men wil niet alle vernieuwing tegenhouden maar ook niet alle vernieuwing toepassen. Innovatie in de zorg gaat eigenlijk te langzaam. De voorzitter vindt het een goed punt voor de heidag.

## **5. Bespreking bevindingen promotieonderzoek MJA**

*Jolien van de Sande is namens ZIN aanwezig*

De voorzitter introduceert Jolien van de Sande (promovendus). Zij gaat graag met de KR in gesprek over haar nieuwste artikel. Het conceptartikel met voorlegger is ter voorbereiding toegestuurd. Ook heeft iedereen van te voren haar presentatie op film kunnen zien. De volgende vragen zullen worden besproken:

1. Hoe ervaart de Kwaliteitsraad de spanning tussen maatschappelijke relevantie en wettelijke grenzen in het Meerjarenagendaproces?
2. Hoe kan reflexiviteit effectief worden ingezet om hiermee om te gaan?

Jolien van de Sande dankt iedereen voor het bekijken van de videopresentatie. Ze gebruikte bij verantwoording een voorbeeld van een bezwaarschrift bij taalbarrières. Formeel wordt in het Meerjarenagendaproces geen besluit genomen waartegen partijen bezwaar kunnen maken. Het Zorginstituut heeft op eigen initiatief de brief van de Johannes Wier Stichting opgepakt en een hoorzitting georganiseerd maar was hiertoe niet wettelijk verplicht. Het andere punt ging over het belang van partijen bij de Meerjarenagenda (MJA). Het gaat over de financiering die beschikbaar komt maar dit gaat buiten de MJA om. Spreekster heeft deze casus gekozen omdat haar onderzoek gaat over de rol van verantwoording in het omgaan met conflicterende waarden bij inhoudelijke besluitvorming. Het is een instrument waarbij ze inzoomt op drie onderwerpen. Het gaat eigenlijk over veel meer. Het Zorginstituut en de KR kunnen veel van deze casus leren bij het omgaan met complexe problemen. Zij is benieuwd hoe de KR de spanning tussen wettelijke grenzen en maatschappelijke relevantie in dit proces ervaart en of ze denkt dat reflexiviteit een rol kan spelen en hoe: leren omgaan met feitelijke en normatieve onzekerheid en kritisch reflecteren op aannames van instrumenten op eigen identiteit en rol in het systeem en ook

de subjectiviteit erkennen in het toepassen van procedures.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg II

Een KR-lid zegt dat Jolien moeilijke woorden gebruikt. Het filmpje helpt een heleboel. In een MJA-traject zijn dingen soms vastgelopen. Hij vindt het belangrijk om reflexiviteit in te gaan zetten. Hij zoekt naar een concretiseringslag voor hoe dat zou moeten worden gedaan. Het is een ingewikkelde vraag. De dingen die zij in haar stuk schrijft zijn zaken die kunnen helpen om de spanning te verminderen. Veel concreter wordt hij nog niet.

**Onze referentie**  
2022031114

Een ander KR-lid kan zich niet aan de indruk onttrekken dat de beslissing om dingen op de MJA te zetten op politieke gronden wordt gedaan en dat argumenten er bij worden gezocht. In de afweging tussen maatschappelijke relevantie en wettelijke relevantie en reputatie is hij bang dat de maatschappelijke relevantie het onderspit delft. Die is minder belangrijk dan hij eigenlijk zou moeten zijn. Hij sluit zich bij bovenstaand KR-lid aan over reflexiviteit.

Een KR-lid zegt dat het feit dat gevraagd wordt iets op de MJA te zetten een indicator is van het moeten inzetten van reflexiviteit. Dat had methodisch veel explicieter gedaan kunnen worden ook met het oog op verantwoording naar de RvB en de samenleving. We moeten explicieter zijn in wat de stappen zijn en wat het wegingskader is. Hoe kan men daarmee beter omgaan? Het is fantastisch om een kader te hebben om naar een oplossing te zoeken. Daar moet wel legitimiteit voor zijn.

Een KR-lid vindt het een mooi filmpje. Om de reflexiviteit goed te kunnen toepassen moet er van te voren de benodigde informatie zijn. Het is belangrijk de verschillende perspectieven erbij te betrekken. De transparantie kan verbeterd worden door aan te gaan welke perspectieven ze meenemen.

Een KR-lid vindt dat dit soort onderwerpen niet in een tweedimensionale digitale vergadering moet worden besproken. Dat moet in een groepsproces van mensen die met elkaar interacteren. Het is een mooi verhaal. Hij miste de politieke context waarin het Zorginstituut opereert. Verder haalt Jolien minder de personen die in een Raad zitten om het proces vorm te geven naar voren. Hoe kan dat proces verbeterd worden? Dat kan aan de voorkant door aan te geven waarom men het ergens over moet hebben. Wiens belang is daarmee gediend? Welke feitelijke data zijn er? Men kan zijn eigen werkwijze proberen te kalibreren maar men moet uitkijken om dat versterkt te willen doen. Daar wordt al gauw een checklist van gemaakt. Hij ziet de noodzaak van het vormgeven van processen. Hij is angstig om dit in kaders proberen te vatten.

De voorzitter is het eens met de anderen. Ze voelt de spanning tussen maatschappelijke relevantie en wettelijke grenzen. Zou niet beter wettelijk moeten worden verankerd dat leren en verbeteren niet vrijblijvend zijn?

Jolien vindt het interessante reflecties. Het maken van een afwegingskader en hoe dat moet worden gedaan is ingewikkeld. De vier criteria die in het proces werden gebruikt bieden daarvoor al veel ruimte maar die zijn al ingegeven door bureaucratische horden van de instrumenten. Deels zijn ze ook inhoudelijk. De politieke context is een interessant punt waar ze minder aandacht aan heeft besteed. Transparantie is een belangrijk punt. Er is veel ruimte voor dialoog en



reflexiviteit. Het zorgde er ook voor dat het intern en extern bij partijen als onduidelijk werd ervaren wat het doel was van de MJA, waar de verantwoordelijkheden lagen, wie welke rol had en wanneer een besluit werd genomen en door wie. Partijen weten soms niet wat de MJA is en wat ze erop kunnen zetten. Dat is een nadeel van het minder dicht regelen.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg II

**Onze referentie**  
2022031114

Jolien heeft nog een vraag. Zij doet een studie. Die gaat breder over de positionering van het Zorginstituut. Zij interviewt graag een of twee mensen. Een KR-lid meldt zich aan.

## **6. Meerjarenagenda (MJA)**

De voorzitter vraagt of iemand nog een vraag heeft over het MJA-overzicht. *Gert Jan Storre en Daniëlle Looije vanuit ZIN zijn aanwezig om eventuele vragen te beantwoorden.*

Daniëlle Looije vertelt n.a.v. van een vraag van een KR-lid dat de planning voor de MJA 2023 is uitgesteld en dat de gesprekken met enkele KR-leden over ingebrachte onderwerpen voor de nieuwe agendering nog lopen. In augustus 2022 volgt ook nog een gesprek met de KR en in oktober 2022 wordt aan de KR definitief advies gevraagd. Het onderwerp overgangsklachten wordt meegenomen in de analyse.

## **7. Stavaza Passende zorg**

*Jan Kremer is aanwezig*

De voorzitter geeft aan dat Jan Kremer de KR gaat bijpraten over Passende zorg, zowel over het proces als ook de (globale) inhoud van het kader Passende zorg. Recent heeft zij onder leiding van Jan Kremer al een mooi gesprek gevoerd over Passende zorg samen met de voorzitters van de ACP en de WAR (11 april jl.). Juist op dit onderwerp kunnen de commissies elkaar goed aanvullen en moeten ze niet te ver van elkaar staan.

Jan Kremer heeft een meervoudige opdracht tussen praktijk en beleid in. Hij moet her en der adviseren, partijen met elkaar verbinden en het kader opstellen. De laatste maanden heeft hij gewerkt aan de transformatie van de samenleving. Het is nodig. Er is een aantal grote opgaven. Een goed narratief is belangrijk zodat men hetzelfde beeld heeft van wat er aan de hand is. Daar heeft hij veel gesprekken over gevoerd. Er worden behoorlijke stappen mee gemaakt. Het begint te landen als iets waar men de komende tien vijftien jaar de schouders onder moet zetten. Dat geldt ook voor bestuurders. Het kost veel tijd en energie. Het kan alleen een succes worden als mensen in de zorg er met hart en ziel aan gaan werken. Een kader is belangrijk maar ook maar een instrument dat daaraan bijdraagt. Het vertrouwen over en weer moet groeien. Mensen in de praktijk moeten zich naast professionele waarden open stellen voor maatschappelijke waarden. Het verlangen naar regie begrijpt hij maar dat moet gericht zijn op het gezamenlijk kompas van de richting die men uitgaat en wat minder op de oplossingen: strakke regie in de opgave en ruimte in de oplossingen.

Op 12 mei 2022 is er een bestuurdersbijeenkomst. Er zijn drie werkdiners geweest als voorbereiding. Er zijn veel gesprekken geweest met mensen die in de zorg een belangrijke rol spelen. Op 12 mei 2022 komen verschillende

bestuurders bij elkaar om de kick-off te geven voor de volgende stap. Het bouwt voort op het advies van het Zorginstituut, de KR en de vier principes. Er is een impliciet gevoel dat er een belangrijke opdracht ligt voor de zorg. Het gaat om mensgerichte zorg. Die moet bijdragen aan de levens van mensen. De personele, financiële en maatschappelijke houdbaarheid van de zorg staan op het spel. Ook duurzaamheidsvragen, klimaatuitstoot, grondstoffen en dergelijke spelen een belangrijke rol.

De voorzitter dankt Jan Kremer voor de toelichting. Het kader gaat van urgentie naar transitie, van duurzaamheid naar normen en naar impact, governance en verantwoordelijkheden.

Een KR-lid vraagt of er input van de patiënt, de burger en het sociaal domein is verzameld over hoe zij er tegenaan kijken.

Jan Kremer zegt dat dat een moeilijk punt is. Er is veel meer oog dan een tijd geleden voor de verbinding met het sociale domein. Dit gaat ook iets vragen van burgers, patiënten en de samenleving als geheel. Het is zoeken naar het aanspreken van de burger in de context van de samenleving.

Een KR-lid hoort de laatste weken dat iedereen zegt aan Passende zorg te doen. Hoe maakt men duidelijk wat het niet is? De meeste burgers weten niet wanneer het niet passend is. Burgers denken bijvoorbeeld dat het heel erg is dat het Slotervaartziekenhuis dicht ging.

Jan Kremer zegt dat draagvlak een politiek aspect is. De minister heeft de opdracht gegeven voor dit kader. Tijdens het proces wordt de burger meegenomen. Er zal ook een signaal van de zorg moeten zijn dat voldoende duidelijk is. Niet alles hoeft een zorgantwoord te hebben. De gesprekken komen op gang. Het kader Passende zorg is een begin. Passende ouderenzorg betekent misschien ook wel iets op het gebied van wonen.

De voorzitter vraagt of de kracht van Passende zorg niet meer in hoofdstuk 1 en 2 zit. Het is een vraagstuk dat allen aangaat. Ze is bang dat het leggen van de nadruk op hoofdstuk 4 leidt tot het idee dat iets wordt aangedaan. Zij vindt dat de nadruk op hoofdstuk 1 en 2 moet liggen.

Jan Kremer zegt dat dit in het kader niet wordt opgelost. De narratieven moeten voor ieder niveau goed gemaakt worden. Dit is maar een begin.

## **8. Rondvraag en sluiting**

De voorzitter constateert dat er geen vragen zijn. Zij bedankt iedereen voor zijn/haar aanwezigheid en inbreng en sluit de vergadering om 17.30 uur.