



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
juni 2020

Huisarts Pieter Barnhoorn:

“Laat acceptatie
het nieuwe
woord in de
geneeskunde
zijn”

Invloed covid-19 op
werk Zorginstituut

Data en technologie
voor goede zorg

Inhoud

6 Zorginstituut en covid-19
Nu de rust in de ziekenhuizen is weer-gekeerd, groeit de aandacht voor de (middel)langetermijnevolgen van de corona-uitbraak. Hoe spelen we daar in de zorg op in? En wat kan het Zorginstituut, vanuit zijn diverse taken, daarin betekenen?

12 Inzet data en technologie
Data en informatietechnologie kunnen belangrijke bijdragen leveren aan het verbeteren en innoveren van zorg. Om nog beter in te spelen op nieuwe ontwikkelingen, stelde het Zorginstituut hiervoor onlangs een strategisch plan vast.

14 Nieuwe Zorgstandaard Dementie
In de nieuwe Zorgstandaard Dementie staan persoonsgerichte en integrale zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers centraal. De zorgstandaard is ondertekend door 22 organisaties die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met dementie.

24 Klimaatzorg
Klimaatverandering en vervuiling waren nog nooit zó aanwezig in het collectief bewustzijn als in het afgelopen jaar. Welke plek neemt de gezondheidszorg binnen dit klimaat- en duurzaamheidsdenken in? En hoe ver zijn we hierin?

28 Online consulten
Door de coronacrisis zijn de online consulten bij huisartsen toegenomen. Volle wachtkamers waren ongewenst. Tegelijk kan zorg op afstand verlichting brengen in het toenemende tekort aan huisartsen.



Rubrieken

- 9 Column Martin van der Graaff**
- 10 Tien vragen aan: Gerard Molleman**
- 16 Feiten & Cijfers**
- 18 De andere blik**
Huisarts Pieter Barnhoorn.
- 22 Zinnige Zorg**
Osteoporose.
- 26 Aan het bureau / aan het bed**
Kwaliteitsstandaarden ggz.
- 31 Elevator Pitch**
Het werk van Zorginstituut-medewerker Janneke Witteveen in 200 woorden gevat.
- 32 Over zorg gesproken**

Zorg(en) na covid-19

Voorwoord

Begin dit jaar – dus voordat covid-19 ons land bereikte - kopten de kranten dat in 2020 de zorguitgaven “de magische grens van 100 miljard euro” zouden passeren. De oplopende kosten nopen ons om keuzes te maken over welke zorg vergoed moet worden. Het Zorginstituut speelt hierin een belangrijke rol. Via onze pakketadviezen en door het doorlichten van het pakket op zorg die bewezen werkzaam, doeltreffend en doelmatig is. Zinnige zorg dus.

Ons expliciet beheer beperkt zich echter tot de extramurale en de dure intramurale geneesmiddelen. De overige 92 procent stroomt ‘open’ in onder het beheer van verzekeraars, op voordracht van patiënten en zorgaanbieders; het impliciet pakketbeheer. De vraag is of dit proces van zelfordening in het veld toekomstbestendig is. Een vraag die door de covid-19-crisis alleen maar urgenter geworden, want bij elke nieuwe ‘coronapie’ komt niet alleen de betaalbaarheid, maar ook de capaciteit - ofwel de toegankelijkheid - van de zorg verder onder druk te staan. Het bieden van uitsluitend zinnige zorg zou dat capaciteitsprobleem deels kunnen oplossen. Maar dat kan weer tenietgedaan worden door de ‘ruimhartige’ instroom in het verzekerde pakket, die per definitie leidt tot verdringing van andere zorg. Ik vind dat een onwenselijke situatie. Bovendien duwt de overheid daarmee moreel ethische beslissingen terug naar het veld en neemt zo niet zelf verantwoordelijkheid tegenover haar burgers.

Omwille van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg moet de overheid - zeker nu - haar rol pakken. De samenhang tussen die drie publieke waarden is namelijk onder spanning komen te staan: de betaalbaarheid en toegankelijkheid zijn door de extra covid-zorg zodanig onder druk komen te staan dat er vragen zullen worden gesteld over de noodzakelijke kwaliteit van zorg: hoe zwaar wegen kwaliteitseisen in tijden van financiële crisis en beperkte zorgcapaciteit? Kunnen we wel vasthouden aan die eisen? Deze toenemende spanning tussen de drie publieke waarden vereist een zorgvuldige afweging.

Laat dat nu bij uitstek de taak van het Zorginstituut zijn: wij hebben de unieke verantwoordelijkheid die weging tussen de waarden kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te maken. Waar veel partijen het belang van deze waarden als individuele opgaven ervaren, wegen wij ze in samenhang. Door nog sterker in te zetten op de doorlichting van het pakket, bijvoorbeeld met ons programma ‘Zinnige Zorg’, dragen wij ertoe bij dat de 17 miljoen burgers in dit land – ook bij nieuwe covid-19-uitbraken - kunnen rekenen op zorg van goede kwaliteit, toegankelijk en tegen een redelijke prijs.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland



Korte berichten

Eerste parallelle procedure CBG en Zorginstituut



De overheid, patiëntenorganisaties, handelaren en de farmaceutische industrie hebben de ambitie om innovatieve geneesmiddelen sneller beschikbaar te krijgen voor patiënten. Daarom zijn het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en het Zorginstituut de pilot 'Parallele Procedures CBG-ZIN' gestart. In deze pilot start het Zorginstituut al met het vergoedings-traject (voor toelating tot het basispakket) terwijl het registratietraject door het CBG (voor toelating op de Nederlandse markt) nog niet is afgerond. Hierdoor wordt de tijd vanaf registratie tot en met vergoeding van een geneesmiddel sterk verkort. Rybelsus® is het eerste geneesmiddel dat

deze pilot volledig heeft doorlopen. Het middel wordt gebruikt bij de behandeling van een afgebakende groep patiënten met diabetes mellitus type 2. Het Zorginstituut adviseerde de minister om Rybelsus® voor deze subgroep uit het basispakket te vergoeden. Met een parallel registratie- en vergoedingstraject zou Nederland vooroplopen binnen Europa. Het CBG en het Zorginstituut zijn enthousiast over de samenwerking en werkwijze. Ook de farmaceutische industrie is enthousiast over de pilot. Komende zomer wordt gestart met een tweede parallelle registratie- en vergoedingsprocedure.

Vergoeding hersteloperaties bij vrouwenbesnijdenis

Een vrouw die een besnijdenis heeft ondergaan, kan daardoor lichamelijke klachten krijgen. Deze klachten zijn te behandelen met onder meer drie hersteloperaties. Het Zorginstituut heeft deze drie behandelingen beoordeeld en geconcludeerd dat zij uit de basisverzekering vergoed kunnen worden. Dat staat in het standpunt dat het Zorginstituut uitbracht.

Op 1 november 2019 is de 'Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV)' ingevoerd. In deze leidraad staan drie mogelijke hersteloperaties (reconstructieve behandelingen) om lichamelijke klachten te verhelpen die het gevolg zijn van vrouwenbesnijdenis (vrouwelijke genitale verminking (VGV)). Deze operaties zijn de-infibulatie, chirurgische ingrepen vanwege pijn en bepaalde afwijkingen en clitorisreconstructie. Het Zorginstituut heeft deze operaties op verzoek van de minister beoordeeld en is tot de conclusie gekomen dat zij voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking komen. Het zijn wetenschappelijk onderbouwde, effectieve ingrepen voor de behandeling van lichamelijke klachten die het gevolg zijn van een uitgevoerde besnijdenis.

De leidraad is opgesteld op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG).

Verruiming voorschotten zorgaanbieders langdurige zorg



Om te voorkomen dat verpleeghuizen en andere instellingen voor langdurige zorg met liquiditeitsproblemen te maken krijgen als gevolg van de coronauitbraak, is afgelopen voorjaar

de bevoorschottingssystematiek van de Wet langdurige zorg (Wlz) tijdelijk gewijzigd en verruimd. Het Zorginstituut beheert het Fonds langdurige zorg waaruit de Wlz wordt betaald. In goed

overleg met het ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de zorgverzekeraars heeft het Zorginstituut tijdelijk de bevoorschottingssystematiek via het fonds verruimd, zodat zorgkantoren en het CAK waar nodig extra voorschotten kunnen geven.

De verruiming van de bevoorschotting loopt vooruit op een nieuwe regeling voor de vergoeding van extra (zorg)kosten als gevolg van de covid-19-crisis. De NZa werkt deze nieuwe regeling momenteel uit. Het is nog niet duidelijk wanneer die in werking treedt. Zorgaanbieders moeten de extra kosten als gevolg van de coronacrisis apart registreren.

Advies Zorginstituut: combinatie van geneesmiddelen bij melanoom in basispakket - na prijsonderhandeling

Een combinatie van de geneesmiddelen dabrafenib en trametinib bij de behandeling van melanoom moet snel beschikbaar komen. Het gaat namelijk om een effectieve therapie voor een deel van de melanoompatiënten. Bij een melanoom van de huid is een plaatselijke opeenhoping van pigmentcellen in de huid veranderd in kankercellen. De minister voor Medische Zorg en Sport moet wel onderhandelen over de prijs van de geneesmiddelen. Dit adviseert Zorginstituut Nederland in het 'Pakketadvies dabrafenib/trametinib'.

Horizonscan Geneesmiddelen biedt nu ook overzicht van nieuwe covid-19-geneesmiddelen

Er zijn honderden medicijnen en vaccins in ontwikkeling voor het behandelen en voorkomen van covid-19. De coronapandemie heeft door de snelle wereldwijde verspreiding ingrijpende gevolgen voor de samenleving. Dit brengt een grote urgentie met zich mee voor de ontwikkeling van geneesmiddelen en vaccins. Het Zorginstituut brengt daarom voortaan op de Horizonscan Geneesmiddelen in een exclusief overzicht ook vroegtijdig in beeld welke geneesmiddelen mogelijk voor covid-19 op de markt komen en wat de effecten hiervan zijn. Vanwege het grote aantal producten en de snel opvolgende ontwikkelingen wordt het overzicht maandelijks door het Zorginstituut geactualiseerd op horizonscangeneesmiddelen.nl.

Meer informatie?

Meer informatie over deze nieuwsberichten kunt u vinden op www.zorginstituut-nederland.nl/actueel/nieuws



Gevolgen covid-19: Wat doet het Zorginstituut?

Toen afgelopen maart covid-19 ons land overspoelde, kreeg de medische beroepsgroep het zwaar voor de kiezen. Terecht ging alle aandacht – en alle lof – uit naar al die artsen en verpleegkundigen die zich 24/7 inzetten voor de zorg van een recordaantal patiënten. Nu de rust in de ziekenhuizen is weergekeerd, groeit de aandacht voor de (middel-) langetermijnevolgen van de corona-uitbraak en hoe we daar in de zorg op moeten inspelen. Het Zorginstituut is hier op verschillende manieren, vanuit zijn diverse taken, bij betrokken.

Tekst Edith Bijl

Beeld Mauritius Images GmbH

Het takenpakket dat het Zorginstituut bij zijn oprichting kreeg toegewezen is heel divers. Zo adviseren we de VWS-minister over de inhoud van het verzekerde pakket, dragen we bij aan de bevordering van de kwaliteit van de zorg, bevorderen we de digitale informatie-uitwisseling in de zorg, verdelen we de inkomensafhankelijke bijdragen over de zorgverzekeraars op basis van het risicovereveningsmodel, voeren we het beheer uit van de fondsen voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) en verstrekken we informatie over de kosten in de zorg. Vanuit dat brede takenpakket dragen we bij aan de drie publieke waarden in de zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Door het zorgaanbod aan die waarden te toetsen en deze waarden onderling te wegen, bewaken wij de kaders voor betaalbare, kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke zorg.

Versneld advies

Tot zover niets nieuws; de corona-uitbraak heeft geen wijziging in ons takenpakket gebracht. Wel zijn wij de afgelopen maanden, in het kader van onze taken, meermaals gevraagd in te spelen op een aantal directe en indirecte gevolgen van de covid-19-crisis. Zo brengen we vanuit onze taak als pakketbeheerder versneld advies uit over de mogelijke vergoeding van twee behandelingen aan patiënten die covid-19 hebben of hebben gehad. Eén advies gaat over de mogelijke vergoeding van een pneumokokkenvaccinatie voor genezen covid-19-patiënten die tot een risicogroep behoren. Het andere advies betreft paramedische zorg aan patiënten die nazorg en ondersteuning bij hun revalidatie nodig hebben. VWS heeft het Zorginstituut gevraagd om versneld te beoordelen of deze zorg al dan niet tijdelijk uit het basispakket vergoed kan



worden. Omdat covid-19 een nieuwe ziekte is, bestaan er nog geen geregistreerde medicijnen tegen en ontbreken ook wetenschappelijke studies over de klinische effectiviteit van een geneesmiddel of behandeling. Normaal gesproken zijn dat belangrijke voorwaarden om zorg in het basispakket te kunnen opnemen, maar daarvoor wordt nu dus een uitzondering gemaakt.

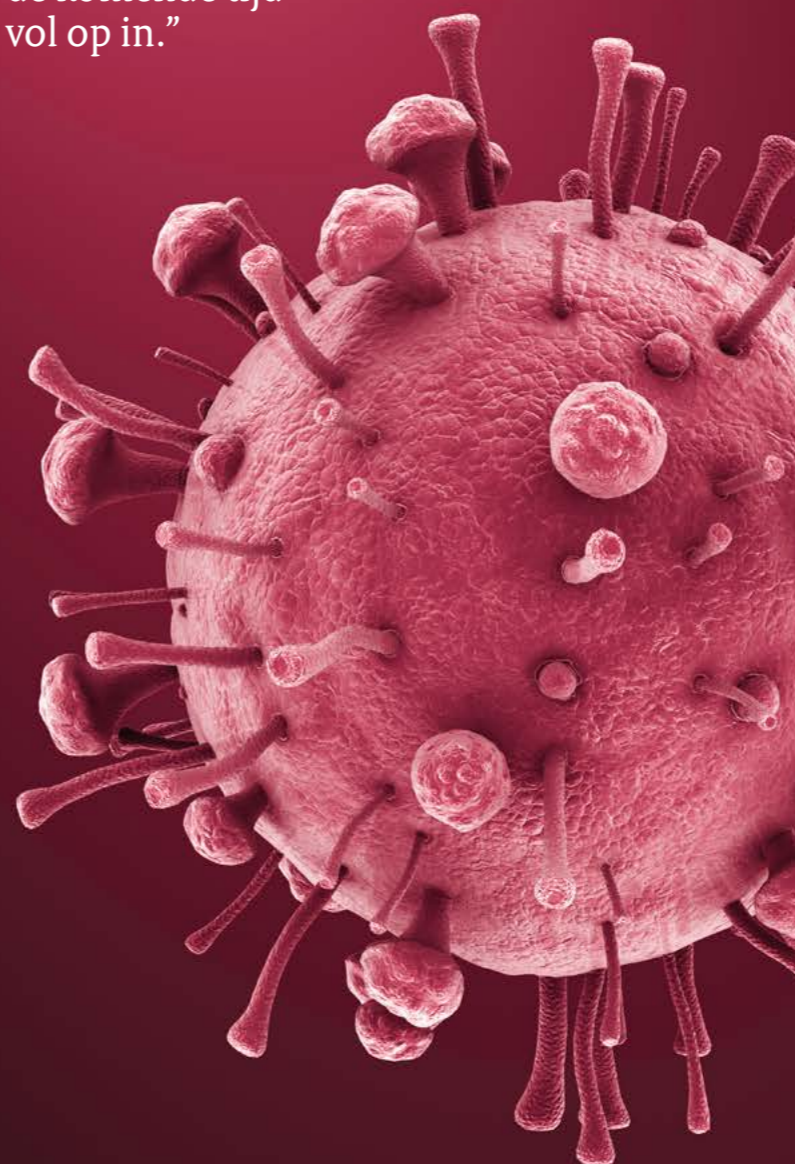
Catastroferegeling

Vanuit een heel andere taak – het beheer van het Zorgverzekeringsfonds – heeft het Zorginstituut na de corona-uitbraak de ‘catastroferegeling’ in werking gesteld. Deze regeling biedt zorgverzekeraars die buitensporige kosten maken door rampen (zoals de coronapandemie) de mogelijkheid een beroep te doen op de catastroferegeling van het Zorgverzekeringsfonds van het Zorginstituut. Of zorgverzekeraars ook een bijdrage ontvangen, hangt af van de hoogte van de meerkosten die zij door covid-19 hebben gemaakt. Als die meerkosten hoger zijn dan 4 procent van de bijdrage die de zorgverzekeraars al ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds (de risicovereveningsbijdrage), kan de zorgverzekeraar een beroep doen op de catastroferegeling. Pas over een paar maanden, als de meerkosten bekend zijn, zal duidelijk worden of zorgverzekeraars in aanmerking komen voor een bijdrage uit deze ‘stropenpot’ van het Zorginstituut.

Zorg na covid-19

Afgezien van deze concrete, aan covid-19 gerelateerde werkzaamheden, doen we als Zorginstituut momenteel ook onderzoek hoe we onze taken en verantwoordelijkheden kunnen inzetten om de langeretermijnevolgen van de corona-uitbraak het hoofd te bieden. Zo hebben we al in een vroeg

“De tekorten in capaciteit en middelen kunnen zich bij toekomstige pieken weer voordoen. Daarom zullen we de capaciteit die we hebben, zo goed mogelijk moeten invullen met zinnige zorg. Daar zet het Zorginstituut de komende tijd vol op in.”



stadium meegedacht over de opstart van de uitgestelde, reguliere zorg. Samen met de NZa en zorgaanbieders hebben wij het voortouw genomen om inzichtelijk te krijgen welke zorg meer en minder urgent is. Hier is een lijst uit voortgekomen met enkele duizenden gevalideerde zorgbehandelingen, bedoeld als houvast voor zorgprofessionals bij het opstarten van de reguliere zorg. Daarnaast hebben we een ‘back-upplan’ gemaakt om te prioriteren welke zorg voorrang moet krijgen, mocht de herstart van reguliere behandelingen tot problemen leiden door schaarste aan mensen en middelen. Mede vanwege die mogelijke schaarste hebben het Zorginstituut, de NZa en de IGJ afgelopen maanden achter de schermen actief het vraagstuk van de verdringing van zorg door corona op de maatschappelijke en politieke agenda gezet.

Zeker is dat de corona-uitbraak de eerder genoemde kaders voor betaalbare, kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke zorg flink heeft opgeschud. Waar betaalbaarheid van de zorg al jaren door ondermeer de vergrijzing en de toename van dure geneesmiddelen onder druk stond, komt nu ook de toegankelijkheid van de zorg door covid-19 meer en meer in het gedrang. De tekorten in capaciteit en middelen kunnen zich bij toekomstige pieken weer voordoen. Daarom zullen we de capaciteit die we hebben, zo goed mogelijk moeten invullen met gepaste en dus zinnige zorg. Als Zorginstituut zetten we daar de komende tijd vol op in. Dat zijn wij op grond van onze taken – pakketbeheer, bevordering van kwaliteit van zorg, uitvoerder van het programma ‘Zinnige Zorg’ – aan onze stand verplicht. En natuurlijk ook aan alle zorgverleners, zorgverzekeraars, patiënten en andere burgers in onze samenleving. ●

“Zinnige Zorg en ZE&GG versterken elkaar”

Hoewel ‘Zorgevaluatie & Gepast Gebruik’ (ZE&GG) vanuit het kantoorpand van het Zorginstituut in Diemen wordt uitgevoerd, is het géén programma van ons; wij ondersteunen ZE&GG, maar gaan niet over de inhoud. En hoewel ZE&GG raakvlakken heeft met ons programma ‘Zinnige Zorg’, zijn er ook duidelijke verschillen. Bestuursvoorzitter Sjaak Wijma licht beide programma’s toe.

Tekst Edith Bijl

Wat is het doel van ZE&GG?

Wijma: “In 2018 zagen partijen bij de onderhandelingen over het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg (HLA-MSZ) een toename van zorg dat voor hetzelfde geld moest worden geleverd. Tegelijkertijd lagen er zo’n 150 onderzoeksrapporten van verschillende organisaties met aanbevelingen voor gepast gebruik, waarmee weinig gebeurde. De HLA-partijen legden in het akkoord vast dat ze die rapporten wilden implementeren en hebben ZE&GG opgezet om hiervoor afspraken te maken en randvoorwaarden te scheppen.”

Waarom zit ZE&GG in het pand van het Zorginstituut?

“Het Zorginstituut kreeg in 2018 de opdracht voor ZE&GG een plan van aanpak te ontwikkelen, waarna we met steun van de partijen Sjoerd Repping als kwartiermaker hebben benoemd. Omdat wij het programma procesmatig ondersteunen is ZE&GG in ons pand gehuisvest. Maar wij gaan niet over de inhoud; die is van de HLA-partijen. Vertegenwoordigers van die partijen zitten onder meer in de project- en werkorganisatie en in een stuurgroep. Vanuit het programma Zinnige Zorg zijn hierbij ook enkele medewerkers van ons betrokken. Onze Zinnige

Zorg-rapporten vallen immers ook onder de scope van ZE&GG; het programma helpt ons bij de implementatie van de verbeter-signalelementen die wij binnen Zinnige Zorg opstellen.”

“ZE&GG heeft de mensen, middelen en beloftes om de implementatie los te krijgen”

Wat zijn de verschillen tussen Zinnige Zorg en ZE&GG?

“ZE&GG wordt uitgevoerd in opdracht van de partners in het HLA-MSZ. Het Zorginstituut voert Zinnige Zorg namens de overheid uit, in de rol van pakketbeheerder. Een tweede verschil is dat wij op basis van wetenschappelijk onderzoek vaststellen wat gepaste zorg is en dus in het verzekerde pakket thuishoort. ZE&GG zorgt ervoor dat deze gepaste zorg geïmplementeerd wordt. Ofwel: het Zorginstituut gaat over het *wat* en ZE&GG over het *hoe* van de implementatie. Daarin hebben we elkaar nodig en versterken we elkaar. Een derde verschil is dat ZE&GG zich - alleen voor de medisch-specialistische zorg - richt op evaluatieonderzoek. Het vergelijkt twee behandelingen die al zijn aangemerkt als

gepaste zorg en kijkt welke de beste is: kan je bijvoorbeeld beter opereren of gipsen, kijkend naar de kosten en opbrengsten? ZE&GG kijkt dus welke pakketwaardige zorg het beste is, terwijl wij bij Zinnige Zorg kijken of zorg wel in het pakket hoort.”

Hoe groot is de slagkracht van ZE&GG bij de implementatie?

“ZE&GG voert de implementatie uit in opdracht van de HLA-partijen. Die kunnen elkaar onderling aanspreken op wat ze samen hebben vastgelegd in het akkoord. Daarnaast kan het Zorginstituut als pakketbeheerder en overheidspartij deze partijen hierop aanspreken. Zo heeft ZE&GG de mensen, middelen en beloftes om de implementatie los te krijgen. Het programma is nog maar amper een jaar bezig, maar procesmatig worden er grote slagen gemaakt. Vanuit het Zorginstituut volgen we dit met veel betrokkenheid. Binnenkort wordt de samenwerking tussen Zinnige Zorg en ZE&GG concreet als we starten met drie gezamenlijke pilots rondom baarmoederhalsafwijkingen, pijn op de borst en knie- en heupartrose. Dan kunnen we zien of ZE&GG de afspraken die wij hebben gemaakt over gepast gebruik daadwerkelijk in de praktijk tot uitvoering kan brengen.” ●

“Als iemand mij toen het begrip ‘essentieel beroep’ had uitgelegd, had ik zonder twijfel met mijn vijfjarig wijsvingertje naar juffrouw Van Beelen geweest. Mijn bewondering had overigens nul gevolgen voor haar salarisniveau”



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

Essentiële beroepen

column

Ten gevolge van de coronacrisis heeft een zorgzame overheid noodpakketten ter waarde van tientallen miljarden euro’s over ons uitgestort als strooigoed bij een ouderwets Sinterklaasfeest. Opeens lijkt zelfs het tamelijk recente verleden eindeloos ver weg. Twee jaar terug leidde een evaluatie van het Zorginstituut tot een potentiële extra uitgavenpost in de verpleeghuiszorg van een miljard of twee, en iedereen hing in de gordijnen. Zou het vandaag gebeuren; geen mens zou zelfs maar met zijn ogen knippen.

Nu hebben we een ander gesprek van de dag: de bijna onwaarschijnlijke prestaties van de verpleeghuiszorg en de IC-afdelingen onder hoge coronadruk. Het gaf een nieuwe dimensie aan het begrip ‘essentieel beroep’ en leidde de afgelopen maanden tot veel verbale waardering, bloemetjes en applaus. En dat misgun ik ze absoluut niet. De fundering voor mijn persoonlijke waardering voor de zorgberoepen werd namelijk al gelegd toen ik vijf jaar was. Toen werd ons gezin verblijd met de komst van een zusje. En met dat zusje verscheen ook de kraamverpleegster in ons huis, in dit geval juffrouw (zo heette vroeger een ongetrouwde vrouw) Van Beelen. Ze was vrolijk, efficiënt en kwiek en verpakt in een kraakhelderwit uniform. Ik mag wel zeggen dat zij, direct achter mijn kleuterschooljuf, in één klap met stip binnen daverde op plaats twee van mijn affectieve top-40. Ik volgde haar door het huis als *Mary’s little lamb* en keek met open mond toe bij alles wat ze deed. Het gezin functioneerde door haar charmante toedoen vrijwel wrijvingsloos. Als iemand mij toen het begrip ‘essentieel beroep’ in éénlettergrepige woordjes had uitgelegd, had ik zonder twijfel met mijn vijfjarig wijsvingertje naar juffrouw Van Beelen geweest. Mijn bewondering had overigens nul gevolgen voor haar salarisniveau. Juffrouw Van Beelen bleek uiteindelijk een stuk beter af toen ze de zorg verliet en verder ging als mevrouw Van der Plas. En het is zeer de vraag of de huidige generatie zorgheldinnen en -helden er salaristechnisch op vooruit gaat als de herinnering aan hun *finest hour* begint te vervagen (en dat gaat snel, een maatschappelijk geheugen is meestal binnen een halfjaar gewist). Tegen de tijd dat het gesprek over het salarisniveau start, zouden politici zomaar kunnen vertellen dat het geld er eigenlijk wel was, maar helaas al is opgegaan aan de steunpakketten.

Zelf kan ik niet zoveel doen om mijn waardering voor de coronazorghelden vorm te geven. Het valt echter te verwachten dat mijn pensioenfonds mij op enig moment gaat uitleggen dat het onvermijdelijk wordt om mij te korten op mijn pensioen. Dan zal ik niet mopperen, maar wel de hoop uitspreken dat een deel van die centen ten goede zal komen aan al die mensen die de afgelopen maanden het onmogelijke hebben verricht onder onmogelijke omstandigheden.

10

vragen aan Gerard Molleman

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Marcel Krijgsman

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Als kind had ik astmatische bronchitis. Mijn oom was onze huisarts en die vertelde mij dat ik vooral veel moest sporten. Dat heb ik braaf gedaan en daar heb ik tot op heden veel profijt van. Toen ik tien jaar was had ik mijn eerste – en tot een halfjaar geleden mijn enige – ziekenhuiservaring. Nadat ik een schommel tegen mijn hoofd had gekregen lag ik twee weken met een hersenschudding in het ziekenhuis. Ik herinner me dat als een heel prettige tijd.”

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

“Ik wilde geneeskunde studeren, maar werd uitgeloot. Toen ben ik psychologie gaan doen. Als ik tóch geneeskunde had kunnen doen, was ik waarschijnlijk huisarts geworden. Voor chirurgie ben ik niet precies genoeg. Bovendien heb ik altijd vooral interesse gehad in de mens en zijn omgeving. Sociale geneeskunde past mij denk ik veel beter.”

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

“Niet heel verrassend in mijn geval, maar ik zou veel meer aandacht geven aan preventie. Niet alleen in woorden, maar ook in daden. Het zorgstelsel is nu te veel

PERSONALIA

Gerard Molleman studeerde psychologie en is gepromoveerd binnen de gezondheidswetenschappen. Hij was tot 2019 als manager van de afdeling Gezond Leven van GGD Gelderland-Zuid verantwoordelijk voor het epidemiologisch onderzoek en de collectieve preventie van de GGD. Molleman is sinds 2018 bijzonder hoogleraar preventie, waarbij de nadruk ligt op de verbinding tussen zorg en publieke gezondheid. De leerstoel is gevestigd bij de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc en wordt gefinancierd door GGD Gelderland-Zuid. Met de leerstoel willen beide organisaties de verbinding stimuleren tussen huisarts, ziekenhuis, GGD en wijkzorg in de wijk of gemeente. Gerard Molleman woont in Nijmegen.



“Hier in de regio hebben we een netwerk van ‘gezondheidsmakelaars’ opgebouwd. Omdat we kunnen voortbouwen op dit soort bestaande lokale netwerken kunnen we als GGD met gemeenten snel nieuwe initiatieven oppakken. De coronacrisis laat zien hoe belangrijk een degelijke infrastructuur is”

geïndividualiseerd en te gefragmenteerd. Er is veel overgeheveld van de overheid naar de gemeenten, maar die hebben minder geld. Voor preventie heb je een structurele financieringsbron nodig en dat kan lang niet elke gemeente waarmaken. Vanuit de GGD hebben we het afgelopen jaar nieuwe effectieve preventieprogramma's voorgesteld. Gemeenten zijn positief, maar hebben het geld er gewoon niet voor. Ik vrees dat dat er vanwege de corona-uitbraak niet beter op zal worden.”

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

“Dat vind ik lastig, want ik weet niet precies wat er in dat pakket zit. Ik vind wel dat er veel perverse prikkels in het systeem zitten. Zo worden allerlei behandelingen vergoed, maar is er geen geld voor een uitgebreid gesprek met een patiënt. Terwijl een goed gesprek een preventieve werking kan hebben en dus kostenbesparend kan zijn. Daarnaast krijg ik telkens weer een ongemakkelijk gevoel als ik hoor dat een heel duur medicijn vergoed wordt, terwijl er geen geld is voor bijvoorbeeld een antirookcampagne. Dat leidt tot scheefgroei en dat vind ik wrang.”

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

“Gecombineerde leefstijlinterventies mogen veel breder worden opgenomen. Niet roken, minder alcohol, gezond eten en meer bewegen; de dagelijkse praktijk wijst uit dat daar ontzettend veel winst is te behalen.”

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

“Ik ben nogal optimistisch van aard en denk altijd dat het wel zal meevallen. Ik ben dus van het ‘doormodderen’. Ik heb zelden pijntjes, maar als ik die heb zal ik eerst op thuisarts.nl kijken voordat ik naar de huisarts stap.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Dat zijn er drie: ‘organiseren van preventie’. Vaak wordt gedacht dat je preventie er wel even naast kunt doen. Maar zo werkt dat niet; je moet dit echt organiseren en je hebt een preventieve infrastructuur nodig. Hier in de regio hebben we een netwerk van ‘gezondheidsmakelaars’ opgebouwd.

Omdat we kunnen voortbouwen op dit soort bestaande lokale netwerken kunnen we als GGD met gemeenten snel nieuwe initiatieven oppakken, zoals het Actieprogramma ‘Kansrijke Start’ en het thema ‘laaggeletterdheid en gezondheidsvaardigheden’. Ook deze coronacrisis laat zien - maar dan op het terrein van infectieziektebestrijding - hoe belangrijk een degelijke infrastructuur is.”

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

“Niet een specifiek iemand. Toen ik een halfjaar geleden voor een nieuwe heup in het ziekenhuis lag, deelde ik de kamer met drie andere mensen, onder wie een heftruckchauffeur. Ik vond het buitengewoon aangenaam en heel interessant om wat over hun levens te horen. Laat mij dus maar naast iemand liggen die juist niet in mijn bubbel zit.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Zorg moet degelijk zijn, moet deugen. Het is belangrijk dat je als patiënt betrokken bent bij de zorg. Maar ook dat je als zorgverlener oog hebt voor wat er buiten het ziekenhuis, na het ontslag van de patiënt, aan zorg geregeld is. Er moet, met andere woorden, meer interactie komen tussen de collectieve en individuele zorg.”

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

“Ik hoop en verwacht dat er dan veel meer aandacht is voor preventie en dat hier meer inhoud aan wordt gegeven. Een vereiste is dat er dan betere afspraken komen tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Ik vind dat we verzekeraars moeten dwingen om preventie op gemeentelijk niveau beter financieel te ondersteunen. Pas dan kunnen we preventie structureel en breed gaan inzetten.

Wat ik ook zeker hoop is dat de inzet van preventieve maatregelen door de coronacrisis niet al te veel van de agenda verdwijnt. En dat we de opgaande lijn naar meer preventie toch kunnen blijven vasthouden.” ●

Zorginstituut formuleert strategische aanpak voor inzet data en technologie

Data en technologie voor goede zorg

Data en informatietechnologie kunnen belangrijke bijdragen leveren aan het verbeteren en innoveren van zorg. Het Zorginstituut onderzoekt al jaren wat die meerwaarde kan zijn. Om nog beter in te spelen op nieuwe ontwikkelingen, stelde het Zorginstituut hiervoor onlangs een strategisch plan vast.

Tekst Marieke Vos

Beeld Bert Beelen (HH)

“Data en technologie zitten in de kern van ons werk. Praktisch alle afdelingen, teams en programma’s van het Zorginstituut zijn aan de slag met data en nieuwe technologie voor betere zorg”, vertelt Teresa Cardoso Ribeiro, expert digitale overheidstransformatie bij het Zorginstituut. Ze noemt programma’s als ‘KIK-V’, dat werkt aan het verbeteren van de kwaliteit van verpleeghuiszorg door efficiënte inzet van data. En het gezamenlijk programma ‘Zorgevaluatie en Gepast Gebruik’, waarin wordt onderzocht welke zorg de meeste toegevoegde waarde biedt voor de patiënt. Deze programma’s bouwen met de (innovatieve) inzet van data aan informatie die dwars door alle zorgsectoren heen inzicht geeft in wat nodig is voor goede zorg op de juiste plaats. “Data en technologie zijn een structureel onderdeel geworden van goede zorg en de rol die wij daar als Zorginstituut bij hebben. In het strategische plan *Datalogica 2020 – 2022* hebben we organisatiebreed vastgesteld hoe we willen omgaan met de kansen en uitdagingen die zich daarbij voordoen.”

Goede zorg: integraal en verantwoord digitaal

Cardoso Ribeiro coördineerde het ‘verkenningproces’ dat leidde tot het strategische plan. Met dit plan geeft het Zorginstituut vanuit data- en technologisch perspectief aan hoe het zich in de komende twee jaar samen met andere partijen gaat inzetten voor goede zorg. ‘Goed’ ook in de zin van zorg die burgers regie geeft op de eigen gegevens en gezondheid, die gepersonaliseerd is op basis van goed en verantwoord gebruik van

beproeefde en nieuwe data en technologie. Het plan onderscheidt een tweesporenaanpak: spoor 1 gaat over hoe het Zorginstituut zelf omgaat met het verbinden van zorg en technologie, bijvoorbeeld met de doorontwikkeling van het eigen datamanagement en verdere professionalisering van de eigen datacapaciteit. Spoor 2 is gericht op het volgen van ontwikkelingen, het aansluiten bij relevante publieke en private (kennis)netwerken en samen met publieke partners in de zorg bouwen aan de integrale

“Data en technologie zijn een structureel onderdeel geworden van goede zorg en de rol die wij daar als Zorginstituut bij hebben”

benadering van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

Burgers

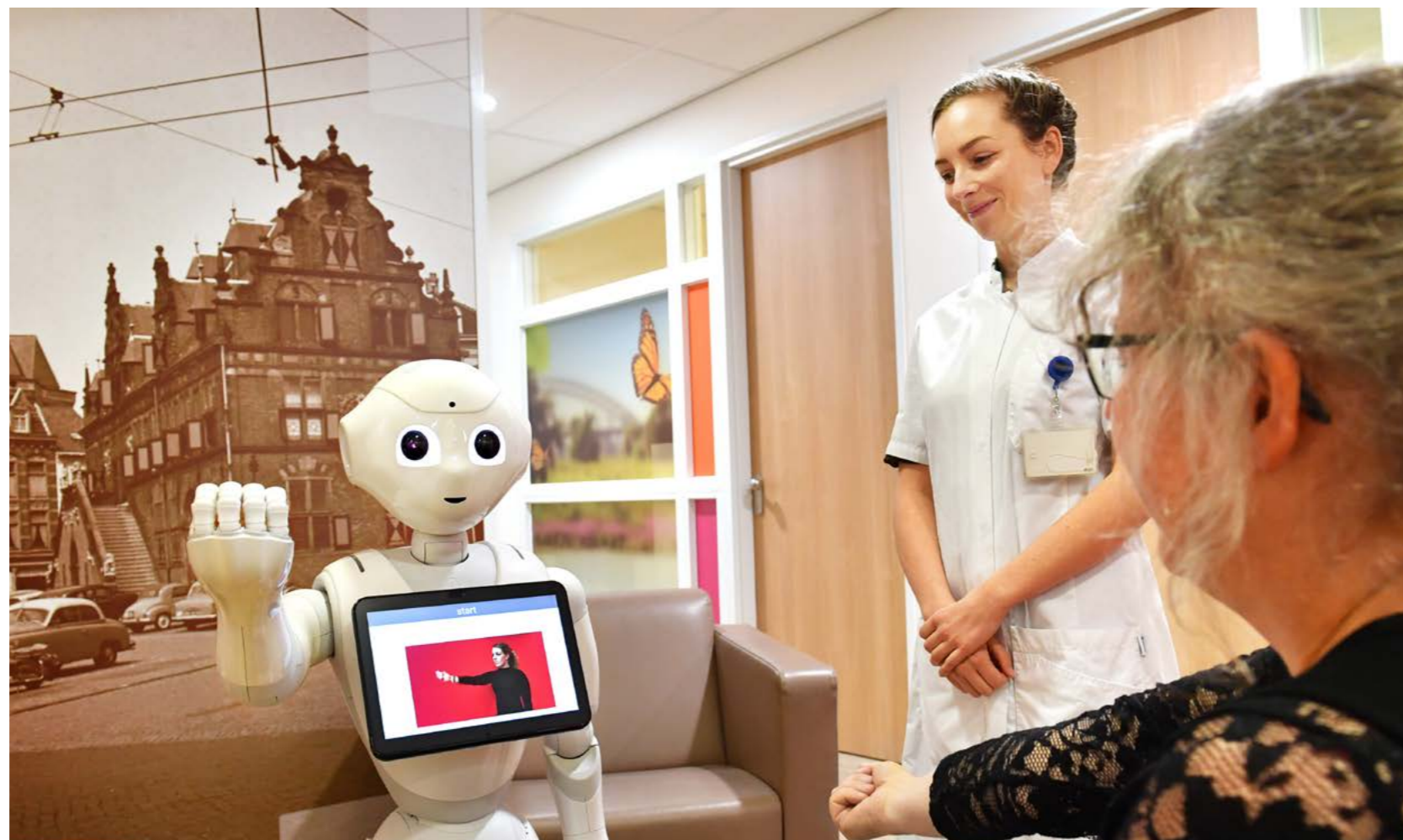
Innovatie in de zorg vindt al lang niet meer alleen plaats door zorgaanbieders en de wetenschap. Er zijn talloze initiatieven, ook in de markt en door burgers. “Omdat het Zorginstituut daar beter op wil inspelen is in het strategische plan het tweede spoor beschreven”, zegt Cardoso Ribeiro. Het Zorginstituut volgt uiteraard de ontwikkelingen in data en informatietechnologie, maar niet op een structurele en integrale manier, vertelt ze. “We willen het bovendien veel pro-actiever gaan doen. Dat betekent onder meer dat we actiever deelnemen aan netwerken voor zorginnovatie. Want als we goed weten wat er speelt en weten waar wij voor

staan, kunnen we nu meebouwen aan wat in de toekomst nodig is om goede zorg te kunnen blijven leveren. Dit kan betekenen dat wij expertise leveren, als partner aansluiten bij lopende initiatieven en zo nodig zelf het initiatief nemen. Bijvoorbeeld op het gebied van digitale zorg en verantwoorde inzet van e-healthtoepassingen.”

Academische werkplaatsen

Het is duidelijk dat data en informatietechnologie steeds belangrijker worden in de zorg. Maar welke ontwikkelingen echt voor een doorbraak gaan zorgen en hoe ze de zorg precies gaan veranderen, is lastig te voorspellen. In het plan zijn vier scenario’s voor ontwikkelingen in de zorg gedefinieerd, met elk een verschillende rol voor de overheid (zie kadertekst). Cardoso Ribeiro: “Van het

Zorginstituut worden meerdere rollen gevraagd. Soms regie, soms juist ruimte maken en op afstand blijven. Steeds vaker komen vraagstukken bij ons, bijvoorbeeld vanuit het veld of VWS, waarvan niet direct duidelijk is wat het probleem en de mogelijke oplossing is. Daarvoor is meer onderzoek nodig. Dat pakken we op in de academische werkplaatsen.” Er zijn drie werkplaatsen, met elk hun eigen thema en verschillende deelnemende partijen. Zo is er een werkplaats rondom het gebruik van routinematig vastgelegde data (zoals declaraties en gegevens in patiëntendossiers) voor het vaststellen van passende zorg. Het Zorginstituut neemt hieraan deel samen met Nivel. “Op basis van het strategische plan verkennen we de komende jaren welke mogelijkheden data en informatietechnologie bieden voor het realiseren van onze ambities, zoals zinnige, gepaste en betaalbare zorg en een goed geïnformeerde burger”, besluit Cardoso Ribeiro. ●



VIER SCENARIO'S

Het Zorginstituut heeft in gesprekken en werksessies met eigen datadeskundigen en die van partners vier denkbare scenario's voor ontwikkelingen in de zorg vastgesteld, waar het gaat om de inzet van data en technologie. Elk scenario vraagt om een andere houding en rol van de overheid en het Zorginstituut. Cardoso Ribeiro: “Het zijn extreme contexten waarin we ons werk moeten doen. Maar juist nu blijkt dat het meest extreme soms plotsklaps de alledaagse werkelijkheid kan worden. Daar wil je, voor zover het kan, zo goed mogelijk op voorbereid zijn.”

1: De disruptieve burger stelt zichzelf centraal

Burgers zorgen er zelf voor dat zij data maken of toegang krijgen tot informatie die nodig is om keuzes te kunnen maken die effect hebben op hun eigen gezondheid. Ze handelen daarbij ook buiten het bestaande stelsel. Hierbij past een overheid die responsief en open optreedt.

2: De overheid voert regie

De overheid neemt in dit scenario de regie, bijvoorbeeld in het maken

en afdwingen van standaarden voor informatie-uitwisseling. In het kader van de open overheid ligt de nadruk op open verantwoording. De overheid heeft baat bij open data.

3: Innovatieverbond tussen maatschappij, markt en overheid

De overheid is in dit scenario een verbinder, die in een complexe omgeving met partners werkt aan een verbetering en/of vernieuwing van de kwaliteit van zorg. In het kader van de open overheid ligt de nadruk op open verantwoording afleggen aan partijen die niet rechtstreeks bij het proces betrokken zijn, zoals het parlement.

4: De overheid is 'in the lead' bij het centraal stellen van de burger

In dit scenario vervult de overheid een zeer actieve rol in het beschikbaar stellen van dataproducten, het bouwen aan landelijke programma's en andere initiatieven voor uitkomstgerichte zorg waarin de burger centraal staat. Hiervoor werkt ze nauw samen met talloze partners. Dit past bij een netwerkende overheid.

Zorgstandaard Dementie 2020

Een hernieuwde trouwbelofte

Persoonsgerichte en integrale zorg voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Dat staat centraal in de nieuwe Zorgstandaard Dementie, die op 14 april 2020 is opgenomen in het Register van het Zorginstituut. Onder de zorgstandaard staan de handtekeningen van 22 organisaties die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met dementie. “Het is een hernieuwde trouwbelofte waar we erg blij mee zijn”, zegt Julie Meerveld van Alzheimer Nederland.

Tekst Jos Leijen

Beeld De Beeldredactie | Ed van Rijswijk

De zorgstandaard beschrijft wat goede zorg is voor mensen met dementie. Het is een leidraad voor partijen die die zorg leveren en schetst wat patiënten mogen verwachten. “De zorgstandaard beschrijft het wat en waarom”, vertelt Rinske Boomstra, namens Vilans projectleider bij de totstandkoming van de zorgstandaard. “We hebben een duidelijke scheiding aangebracht met het wie en hoe.” De zorgstandaard, legt ze uit, geeft aan hoe het zou moeten. Hoe dat in de praktijk vorm krijgt, moet worden uitgewerkt in richtlijnen van de beroepsgroepen en in regionale zorgprogramma's. Met de cliënt en zijn mantelzorgers in het middelpunt benoemt de zorgstandaard in 25 aanbevelingen wat er moet gebeuren vanaf het eerste 'niet-pluisgevoel' tot de stervensfase en de nazorg. Ook schetst ze de randvoorwaarden, zoals casemanagement en een integraal zorgleefplan. Daarnaast omvat de standaard twaalf kwaliteits-indicatoren om te leren en te verbeteren.

Totale reis

“De zorgstandaard beschrijft de totale reis van de patiënt en hoe die zo goed mogelijk de regie kan houden”, zegt specialist ouderengeneeskunde Amnon Weinberg. Hij was betrokken bij het traject namens Verenso, de vereniging van specialisten ouder-

geneeskunde. In de nieuwe standaard is een grote rol toebedeeld aan de casemanager, die als spin in het web de zorg- en dienstverlening coördineert voor mensen met dementie die zelfstandig wonen. De nieuwe standaard heeft ook meer aandacht voor het afstemmen van de zorg op de wensen van de patiënt en diens naasten. Rond de persoon met dementie moet een netwerk ontstaan waarin diverse partijen op elkaar afgestemde zorg en diensten leveren.



Julie Meerveld

“Goede samenwerking is essentieel”, zegt Weinberg, die veel ervaring heeft als consultant in de huisartsenpraktijk. “Daarbij is het mooi als de zorg dicht bij huis geleverd kan worden. De huisarts en eventueel een praktijkondersteuner dementie kunnen hierbij een rol spelen, net als de gemeente en het sociaal team. Want het gaat niet alleen over gezondheid, maar ook om welzijn en deelnemen aan de samenleving. Met een multidisciplinair team kun je zorg op maat bieden.”

Doorpraten

De zorgstandaard is het resultaat van overleg tussen 22 partijen. Zorgverzekeraars, patiëntvertegenwoordigers en zorgaanbieders praatten mee over hoe optimale zorg voor mensen met dementie eruit zou moeten zien. Ze kwamen twaalf keer bij elkaar om ideeën en standpunten uit te wisselen en steeds nader tot elkaar te komen. “We begonnen elke bijeenkomst met een ‘check-in’ om te horen hoe partijen tegenover de

standaard stonden”, kijkt Boomstra terug. “In groepjes schreven we de concepten. Als twee of meer partijen bezwaar hadden tegen de tekst, praatten we verder tot er overeenstemming was.”

Een van de gevolgen van het doorpraten is dat de term ‘casemanager’ niet gebruikt wordt in het document, maar wel ‘casemanagementprofessional’. Geen mooi woord, erkent projectleider Boomstra. “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. Dat lag voor sommige partijen gevoelig, en dat hebben we zo opgelost. Uiteindelijk ging het erom dat iedereen zich kon vinden in de definitieve tekst.” Om dezelfde reden werd op pagina 2 van de zorgstandaard een disclaimer opgenomen die meldt dat opname van de kwaliteitsstandaard in het Register niet automatisch betekent dat de beschreven zorg ook verzekerde zorg is. Dit was een wens van de zorgverzekeraars.

Groot draagvlak

Het langdurig zoeken naar overeenstemming kostte tijd, maar leverde ook een groot draagvlak op. “Het is een grote winst dat alle

partijen die deelnamen aan het overleg, de zorgstandaard ook hebben geautoriseerd”, vindt Julie Meerveld, manager Belangenbehartiging en Regionale Hulp bij Alzheimer Nederland. “Het is een hernieuwde trouwbelofte.” Zij bewaakte bij de gesprekken vooral het perspectief van de mensen om wie het gaat. “Wij peilen regelmatig de voorkeuren van mensen met dementie en mantelzorgers. Hun wensen zijn goed terug te vinden in deze zorgstandaard.”

Niet als Weinberg is Meerveld blij met de aandacht voor thuiswonende dementiepatiënten. “Een aantal aanbevelingen gaat specifiek over hoe zij en hun mantelzorgers thuis ondersteund kunnen worden, zodat ze langer kunnen meedoen.” Ze vindt het “heel jammer” dat de VNG namens de gemeenten niet heeft meegetekend. “Gemeenten spelen een sleutelrol als verbinder, financier en coördinator. De VNG vindt dat ze niet voor gemeenten kan beslissen omdat die autonoom zijn. Maar er zou wel een krachtig signaal van zijn uitgegaan.”

Proefimplementaties

De zorgstandaard beschrijft hoe de zorg voor mensen met dementie er idealiter uitziet. Het wat en waarom. Het wie en hoe moet in

de praktijk vormkrijgen. In vijf regio's werken partijen samen aan 'proefimplementaties'. De regio's begonnen met een zelfscan om prioriteiten te bepalen. “Het beeld per regio verschilt, afhankelijk van de beginsituatie”, zegt Boomstra. “Sommige regio's hebben al beleidsstructuren waarin partijen samenwerken. Die kunnen eenvoudiger aanhaken. In andere regio's moeten ze elkaar eerst vinden. Veel gemeenten doen trouwens goed mee; er zitten hier en daar wethouders aan tafel.”

Een mogelijke hobbel bij de toepassing van de Zorgstandaard Dementie zijn de schotten in de financiering. Specialist ouderengeneeskunde Weinberg ervaart bijvoorbeeld dat de inzet van zijn discipline in de eerste lijn soms ingewikkeld is. Integrale zorg vraagt volgens hem integrale financiering. “Er zou een integrale bekostiging moeten komen voor dementie, zodat je een budget krijgt dat je vrij kunt besteden, ongeacht welke partij de zorg verleent. Dat zou het een stuk gemakkelijker maken. Dat is een uitdaging voor de zorgverzekeraars.” ●



Rinske Boomstra.



Amnon Weinberg

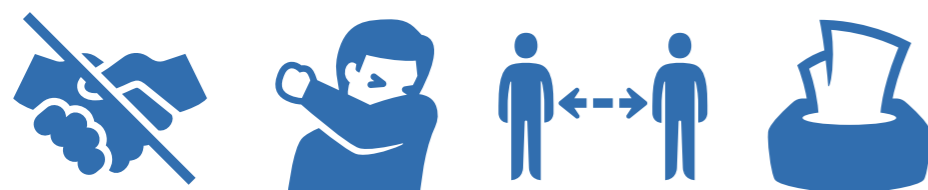
Feiten & Cijfers



€ 106.200.000.000

bedroegen de Nederlandse zorgkosten in 2019. Dat is een stijging van 5%, de grootste stijging in ruim tien jaar.

BRON: CBS (VOORLOPIGE CIJFERS)



Coronamaatregelen zorgden afgelopen maanden voor **flinke dalingen in infectiezieken:**

Buikgriep algemeen: daling van 50%
 Buikgriep 0 tot 4 jarigen daling van 70 tot 80%
 Oorontsteking bij peuters: daling van 80%
 Longontsteking bij peuters: daling van ca. 66%
 Longontsteking 65-plussers: daling van ca. 66%

BRON: NIVEL



Verouderde en ondoelmatige behandelingen kosten jaarlijks **3 miljard euro en 5.500 gewonnen levensjaren.**

BRON: ZONMW



Circa **250.000 vrouwen** zijn dit voorjaar niet gecontroleerd op borstkanker, omdat het bevolkingsonderzoek vanwege corona stillag. Hierdoor zijn naar schatting 5.575 vrouwen niet doorverwezen naar het ziekenhuis.

BRON: ALEXANDER MONRO ZIEKENHUIS

Twee derde van de oudere jongeren heeft liever geen seks met iemand die rookt. Zo'n 85% van de 12- tot 15-jarigen heeft de voorkeur voor een verkering die niet rookt.

BRON: I&O RESEARCH

38%

van de Verpleegkundige adviesraden (VAR) vindt dat ziekenhuisbesturen verpleegkundigen onvoldoende betrekken bij het crisismanagement in de coronacrisis.

BRON: HOGESCHOOL UTRECHT, AMC, TERGOOI, RADBOUDUMC, V&VN

Ongezond gedrag was in 2015 verantwoordelijk voor **35.700 doden per jaar** en **8,6 miljard euro** aan zorguitgaven.



BRON: RIVM



Openbare apotheken verstrekten in 2019 voor **€ 181 miljoen** aan geneesmiddelen buiten het basispakket. **3,6 miljoen mensen** gebruikten een niet-vergoed geneesmiddel.

BRON: SFK

'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: **'Verkeerdebedproblematiek'**.

De term 'verkeerdebedproblematiek' lijkt bij uitstek gemaakt voor deze rubriek. Afgezien van het feit dat het woord zich prachtig leent voor Galgje, is het ook voor velerlei uitleg vatbaar. Dat 'in het verkeerde bed stappen' of 'in het verkeerde bed wakker worden' tot problemen kan leiden, is goed voorstelbaar. Maar hoe leidt een verkeerd bed tot problemen in de zorg?

Een verkeerd bed in de zorg is een ziekenhuisbed dat bezet wordt gehouden door een patiënt die geen ziekenhuiszorg meer nodig heeft, maar ligt te wachten op een plek in bijvoorbeeld een verpleeghuis, revalidatie- of ggz-instelling of een woning met wijkverpleging. Uitgaande van de cijfers kan je stellen dat er inderdaad sprake is van een groot 'verkeerdebedprobleem': onze eigen *ZorgCijfers Monitor* toonde een zorgwekkend beeld: het aantal verkeerde bedden steeg in 2019 met 69,9 procent ten opzichte van het jaar daarvoor. Het aantal gedeclareerde verkeerdebeddagen steeg in die periode van 29.711 naar 47.488 (60 procent).

Oorzaken voor de stijging zijn personeelstekorten in de zorg, bezuinigingen en wachtlijsten. De mogelijke gevolgen laten zich raden: stagnerende zorg, (gedeeltelijke) sluiting van spoedeisende hulpdiensten en uitstel van operaties. Een heus probleem dus, vertelt een ziekenhuisbestuurder aan RTL Nieuws, dat hier begin februari over berichtte: "In de zomer waren het bij ons gemiddeld vijftien patiënten per dag. Dat zijn er nu al 28, nog voor de griepgolf." En toen moest covid-19 nog komen...

De andere blik

“Laat acceptatie het nieuwe woord zijn in de geneeskunde”

Aan leefstijl wordt onredelijk veel waarde gehecht, vindt huisarts Pieter Barnhoorn. Het idee is ontstaan dat leefstijl altijd een keuze is. Maar zo eenvoudig is dat niet. Het voortdurend hameren op een gezond en gebalanceerd leven zou te veel druk leggen op mensen die bij dat ideaalbeeld niet kunnen aanhaken. “Het leven is maar zeer ten dele maakbaar en vooral heel kwetsbaar. Het woord acceptatie zou een centralere plek in de geneeskunde mogen krijgen.”

Tekst Robert van der Broek Beeld Rogier Chang

“Leefstijl vind ik een dubieus woord. Het is een *God term*, om met de Amerikaanse filosoof Richard Weaver te spreken. Leefstijl wordt te pas en te onpas gebruikt. Je kunt er niet tegen zijn. Je móet het wel omarmen omdat het wordt geassocieerd met iets goeds. *God terms* zijn termen die steeds terugkomen in de retoriek van een bepaalde cultuur of subcultuur in een bepaald tijdsgewricht, als dé kernwaarden van die plaats en tijd, verwoord op een krachtige, positieve maar uiterst vage manier. Het lukraak gebruik van ‘leefstijl’ of ‘preventie’ – ook zo’n *God term* – geeft een gemakzuchtige voorstelling van de werkelijkheid. Sterker nog, met dit soort termen maken we bestaande gezondheidsverschillen alleen maar groter. Er zijn systematische verschillen in gezondheid tussen mensen met een hoge en mensen met een lage maatschappelijke positie. Die positie heeft weer alles te maken met opleiding, inkomen en migratieachtergrond. Leefstijl voelt vertrouwd voor iemand die een goede baan heeft, een fijn huis en een stabiel gezinsleven. Zo iemand gaat tamelijk zorgeloos door het leven. Beweegt voldoende, eet gezond, rookt en drinkt niet. Stel daar de sociaal minderbedeelden tegenover. Als je opgroeit in een ‘krachtwijk’ voelt leefstijl als een luxe. Het hangt er maar net van af waar je wieg staat. Neem Leiden, de stad waar ik woon. Je mag van geluk spreken als je wieg in de Professorenbuurt staat. Het verschil kan niet groter zijn

met De Kooi, slechts twee kilometer verderop. De mensen in De Kooi hebben vaker last van chronische stress: dicht op elkaar wonen, schulden, eenzaamheid, sociale uitsluiting. Van die stress word je ziek. Tegenslag gaat eerst tussen je oren zitten en vervolgens in je hele lijf. Een ongezonde leefstijl is vaak het deksel op de beerput: er is veel onderliggend lijden door onderliggende problemen. Onderzoek (Pharos, juli 2019) toont aan, dat de levensverwachting van lageropgeleiden in Nederland zes jaar korter is en dat ze ook nog eens vijftien jaar langer ziek zijn dan mensen die hoger zijn opgeleid.”

De nieuwe paria's

“Waarom ik zo’n moeite heb met het woord leefstijl? Omdat het tweedeling in de hand werkt. Je merkt het aan de polariserende geluiden in de samenleving. Waarom zou je solidair zijn met dikke mensen? Diabetes kun je toch voorkomen? Kanker? Dan had je maar niet moeten roken! De coronacrisis vergroot die tweedeling. Je hoort het steeds meer: waarom moeten wij ons zo veel onzeggend voor mensen die jaren lang niet goed voor zichzelf hebben gezorgd? Ik denk hetzelfde te zien als wat de Amerikaanse schrijfster Susan Sontag zag, toen ze *Illness as Metaphor* en *AIDS and its Metaphors* schreef. Elke samenleving heeft behoefte aan een ziekte die kan worden geïdentificeerd met het kwade. ▶

“Probeer je maar eens te ontworstelen aan ingesleten gewoonten. Ik houd erg van een glas wijn. Drinken is niet echt gezond. En toch is het een belangrijk ingrediënt van mijn leefstijl”





“Ik mis solidariteit met de mensen voor wie een gezonde leefstijl voelt als een luxe”

Dat was tot in de jaren zeventig kanker en in de jaren tachtig werd dat aids. Nu zijn dat de leefstijlziekten. In onze tijd word je geacht een gespierd lichaam te hebben en supergezond te zijn. Anders behoor je tot de ‘losers’. Ik mis inlevingsvermogen, solidariteit met elkaar. Het is erg gemakkelijk om een ongezonde leefwijze af te doen als een gebrek aan eigen verantwoordelijkheid. Weten is niet altijd kunnen. Probeer je maar eens te ontworstelen aan je omgeving en aan ingesleten gewoonten. Bij mij is weten ook niet altijd kunnen. Na een dag vol patiënten vind ik het heerlijk om uit te waaien op mijn motorfiets. Dat gaat soms harder dan op de bordjes staat. Je kunt je afvragen of dat verstandig is. Hetzelfde kan ik zeggen van een glas wijn, waar ik erg van houd. Drinken is niet echt gezond. En toch is het een belangrijk ingrediënt van mijn leefstijl.”

Niet te veel preken

“Voor mij is compassie een heel belangrijk woord in de geneeskunde. Ik vind huisarts het mooiste beroep van de wereld. Je kunt een helende rol vervullen, alleen al door een luisterend oor te bieden. Gezondheid is geen getal. Waarom zou ik iemand met overgewicht elk consult op de weegschaal zetten? Alsof die persoon niet zelf weet

dat hij te zwaar is! Natuurlijk, biomedische parameters zijn nuttig, maar ik ben veel meer geïnteresseerd in de gehele mens. Wanneer ik visites rijd en ik zie hoe de mensen wonen, maakt dat heel veel inzichtelijk. Of ik iemand echt kan helpen is afhankelijk van de relatie die ik met iemand heb kunnen opbouwen. Een relatie kost tijd. Tijd die ik er graag voor over heb. Ik zal nooit zeggen: dit moet je doen en dat moet je laten. Liever stel ik de vraag: hoe kan ik jou helpen in de buurt te komen van een gezondere leefstijl? Wat zou je anders willen doen en hoe kan ik je daarbij helpen? Ik denk dat je alleen zó gezonde keuzes aantrekkelijker maakt. Niet te veel preken, dan verdwijnt een hoop stress bij mensen die niet kunnen aanhaken bij het ideaalbeeld van een gezonde leefstijl. Je hoeft immers geen *killer body* te hebben om gezond door het leven te gaan. Ik zou het woord leefstijl minder vaak willen horen en een woord als acceptatie vaker. Acceptatie geeft berusting. Acceptatie verlost je van stress en een te hoog verwachtingspatroon. In dat gedicht van Gerard Reve, *Late devootsje*, komt het zo mooi samen:

*Nu ben ik zelf de vlezige man
Die ik, toen ranke jongeling
In zwembad en op stranden haatte
Wat rest mij nog, dan te knielen voor U?” ●*

Pieter Barnhoorn (43) is huisarts. Hij doceert huisartsen-geneeskunde aan het Leids Universitair Medisch Centrum en doet promotieonderzoek naar ‘professionele identiteitsvorming’: hoe ga je denken, doen en voelen als een huisarts.

Nieuw pakketadvies:

Meer oefentherapie vergoeden voor groep COPD-patiënten

Een groep COPD-patiënten met een hoge ziektelast én beperkte fysieke capaciteit moet meer behandelingen door de fysiotherapeut of oefentherapeut vergoed kunnen krijgen. Ook als zij een relatief stabiel ziektebeeld hebben met weinig tot geen longaanvallen. Dit staat in een pakketadvies dat het Zorginstituut dit voorjaar uitbracht. Recente wetenschappelijke inzichten gecombineerd met ervaringen in de praktijk lagen hieraan ten grondslag.

Tekst Noël Houben

Het nieuwe advies is een aanscherping van een pakketadvies van twee jaar geleden. In dit pakketadvies betoogde het Zorginstituut dat oefentherapie voor patiënten met matige tot ernstige COPD vanaf de eerste behandeling moet behoren tot het basispakket. De minister van Medische Zorg nam dit pakketadvies over. Het maakte de oefentherapie veel toegankelijker voor COPD-patiënten. Die moesten voorheen de eerste twintig behandelingen zelf betalen of bekostigen uit de aanvullende verzekering.

Zeker voor mensen met een smalle beurs betekende dit een flinke belemmering, weet fysiotherapeut Anne-Loes van der Valk. “En dat terwijl oefentherapie veel kan betekenen voor mensen met deze longaandoening. We werken aan hun spierkracht en conditie,

zodat ze beter in staat zijn tot de voor hen broodnodige beweging. Verder krijgen zij bijvoorbeeld ademhalingsoefeningen, coaching en helpen wij hen bij leefstijlverandering. Dit alles leidt onder meer tot een betere kwaliteit van leven, een minder progressief verloop van COPD, minder longaanvallen, minder ziekenhuisopnames en meer mogelijkheden tot zelfmanagement.”

Fijnmazigere indeling

Het Zorginstituut stelde in het pakketadvies van 2018 na overleg met beroepsbeoefenaars, patiënten en zorgverzekeraars een maximumaantal behandelsessies vast. De ernst van de klachten en beperkingen bepaalt sindsdien hoeveel behandelingen tot de verzekerde zorg behoren. Voor één groep pakte dit in de praktijk niet goed uit: patiënten met weinig tot geen longaanvallen, maar met een hoge ziektelast en beperkte fysieke capaciteit. “Zij hebben bijvoorbeeld veel last van benauwdheid en kortademigheid”, schetst Van der Valk. “De maximaal 27 oefensessies in het eerste jaar en drie in de volgende jaren – de zogenaamde onderhoudsfase – bleken lang niet voldoende voor hen. Patiënten zeiden soms zelfs: ‘Kreeg ik maar een longaanval, dan zou ik meer sessies vergoed krijgen.’”

“We zitten in de klankbordgroep voor de nieuwe COPD-richtlijn voor fysio- en oefentherapeuten”, vertelt teammanager

Lonneke Koenraadt van het Zorginstituut. “Hier brachten zowel patiënten als zorgverleners naar voren dat een groep patiënten in de knel kwam. Naast deze geluiden uit de praktijk gaven ook recente wetenschappelijke studies aanleiding om anders naar ziektelast te kijken en hier meer gewicht aan toe te kennen. Daar kwam bij dat er een ander en beter meetinstrument voor het vaststellen van ziektelast in beeld is gekomen: de Clinical COPD Questionnaire (CCQ). Huisartsen maakten al gebruik van dit instrument. Fysio- en oefentherapeuten stellen in hun richtlijn dat ook te gaan doen. Dit maakt een fijnmazigere indeling van patiëntengroepen mogelijk.”

Unaniem draagvlak

Het Zorginstituut organiseerde een overleg met zorgverleners, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS. Hier bleek unaniem draagvlak te bestaan voor het voorstel om bovengenoemde groep patiënten recht te geven op maximaal zeven- en vijf in de volgende jaren. Dit leidt tot maximaal 2,2 miljoen euro hogere zorgkosten per jaar. Koenraadt: “We verwachten uiteindelijk ook besparingen. Onder meer omdat op basis van de nieuwe richtlijn lang niet alle COPD-patiënten zullen gebruikmaken van het maximumaantal behandelingen.” Als de minister het advies overneemt, gaan de wijzigingen op 1 januari 2021 in. ●

Over COPD

COPD (*Chronic Obstructive Pulmonary Disease*) is een potentieel dodelijke longziekte die meestal ontstaat als gevolg van roken. De bijna 600.000 COPD-patiënten in Nederland hebben een chronische luchtwegvernauwing die voortdurend verslechtert. COPD staat op de zesde plaats van de ziektes die de hoogste sterfte veroorzaken in Nederland.

Zinnige Zorg bij osteoporose

Niet alleen repareren, maar ook voorkomen

Osteoporose of botontkalking wordt bij veel patiënten niet onderkend. Daardoor lopen zij een verhoogd risico om na een botbreuk opnieuw een arm, been of heup te breken. Het Zorginstituut legt samen met partijen uit het veld de laatste hand aan een verbeteringsplan. Dat moet er onder meer aan bijdragen dat meer vijftigplussers onderzocht worden op osteoporose. Daarmee kunnen toekomstige fracturen worden voorkomen.

Tekst Jos Leijen

Beeld Jean-Pierre Jans (HH)

Het verbeteringsplan is een belangrijke stap in het traject 'Zinnige Zorg bij endocriene ziekten, voedings- en stofwisselingsstoornissen'. In een eerder stadium is besloten om in te zoomen op het zorgtraject voor mensen met osteoporose, omdat er signalen waren dat hier kansen lagen om de zorg zinniger in te richten. De verdiepingfase heeft geleerd dat die signalen terecht waren: er is verbetering mogelijk bij de diagnostiek, bij de behandeling en bij de patiënteninformatie.

"Ondanks de richtlijnen gaan er dingen niet goed", constateert Joop van den Bergh, internist-endocrinoloog in het VieCuri Medisch Centrum Noord-Limburg en hoogleraar in het Maastricht UMC+. "We zouden graag zien dat zoveel mogelijk vijftigplussers die met een botbreuk op de spoedeisende eerste hulp komen, een DEXA-scan laten doen om de botdichtheid te meten. In de praktijk gebeurt dat slechts bij een op de vier patiënten."

Vijf disciplines

Er zijn verschillende oorzaken voor het lage aantal scans, aldus Van den Bergh. Bij botbreuken bij ouderen zijn vijf disciplines betrokken: de chirurg, de geriater, de internist, de reumatoloog en de orthopeed. "Dat is niet altijd gemakkelijk te organiseren." Traumachirurg Han Hegeman voegt daaraan toe dat niet alle specialisten geïnteresseerd zijn in osteoporose. Veel chirurgen zijn meer gericht op het 'repareren' van de breuk, dan op het voorkomen van een volgende breuk.

Hegeman stond in 2005 aan de wieg van de osteoporosepolikliniek bij Ziekenhuisgroep Twente. Wanneer bij het ziekenhuis een vijftigplusser met een fractuur binnenkomt, meldt het systeem dat de patiënt in aanmerking komt voor een DEXA-scan. Na de scan worden patiënten doorverwezen naar de osteoporosepoli, waar zij uitleg krijgen van

een gespecialiseerde verpleegkundige. Deze aanpak leidt ertoe dat 65 procent van de patiënten gezien wordt op de osteoporosepoli.

Bij VieCuri in Venlo ligt het aantal DEXA-scans ook fors boven het gemiddelde. "We hebben er een speerpunt van gemaakt", vertelt Van den Bergh. "Goede samenwerking tussen disciplines is essentieel. Daarnaast zijn de osteoporoseverpleegkundigen van grote waarde. Maar het gaat niet vanzelf. Het is mijn 'hobby', maar het blijft een uitdaging omdat er veel schijven bij betrokken zijn. Verder is het belangrijk dat we patiënten goed informeren, zodat meer mensen ingaan op een uitnodiging voor nader onderzoek."

Ook de huisarts en apotheker hebben een belangrijke rol in het zorgtraject, vertelt Iris Groeneveld, namens het Zorginstituut projectleider van Zinnige Zorg bij osteoporose. Voor een optimaal effect moeten osteoporosepatiënten medicijnen blijven gebruiken. Maar meer dan de helft stopt vroegtijdig met de medicatie.

Stroomschema

Om de diagnose en behandeling te verbeteren, hebben de partijen die deelnemen aan het Zinnige Zorg-traject een stroomschema gemaakt dat de patiëntreis schetst vanaf de binnenkomst op de spoedeisende eerste hulp tot en met de jaarlijkse controle bij de huisarts op therapietrouw en wervelinzakingen. Voor de spoedeisende hulp is de opdracht dat ze oudere patiënten meteen doorgeleiden naar de polikliniek voor een DEXA-scan en een behandeladvies.

"De uitdaging voor het ziekenhuis is om de disciplines bij elkaar te brengen", zegt Hegeman. "Het ideaal is een fractuurpreventieteam. Niet één specialist die verantwoordelijk is, maar samen." Van den Bergh: "De oplossing is multidisciplinair. Er zijn vaak



Han Hegeman: "Het ideaal is een fractuurpreventieteam. Niet één specialist die verantwoordelijk is, maar samen"

schotten tussen snijdende en niet-snijdende specialisten die nu nog in de weg zitten. Het zorgtraject moet niet afhankelijk zijn van het specialisme. Kijk naar oncologische zorg of COPD-zorg, daar kan het ook."

Er is een forse opbrengst te verwachten als de diagnostiek en de daarop volgende behandeling van botontkalking verbeteren, vertelt Groeneveld. "De zorgkosten in het jaar na een gebroken heup zijn gemiddeld 25.000 euro. Elke breuk die je kunt voorkomen, levert veel geld op. Het gaat om forse besparingen." De impactanalyse in het verbeteringsplan raamt de opbrengst op 13,5 miljoen euro per jaar.

Daar staat tegenover, erkent ze, dat de beoogde toename van de DEXA-scans extra geld kost. En de behandeling van patiënten bij wie vervolgens osteoporose wordt geconstateerd, ook. Het verbeteringsplan gaat uit van een stijging van de kosten in het

ziekenhuis van 10,4 miljoen euro per jaar. Het toegenomen gebruik van geneesmiddelen en controles bij de huisarts kost naar schatting nog eens 7,1 miljoen euro per jaar.

Per saldo gaan de zorgkosten dus in eerste instantie omhoog, maar uiteindelijk worden er ook kosten bespaard. Groeneveld: "Het levert zelfs geld op als je ook de maatschappelijke opbrengst meeneemt, zoals arbeidsproductiviteit, gezondheidswinst en kwaliteit van leven van patiënten." Van den Bergh vervolgt: "Het is een investering. Je krijgt de kosten direct, en de opbrengsten komen later, als een tweede breuk uitblijft."

Trekkers

Het verbeteringsplan ligt bij het ter perse gaan van dit magazine bij de wetenschappelijke verenigingen van de beroepsgroepen voor commentaar. Als hun commentaar is verwerkt en het rapport definitief is, moeten

de plannen worden uitgevoerd. "Dat wordt een flinke uitdaging", verwacht Van den Bergh. "Het is goed dat we in dit rapport bij de verbeterpunten hebben afgesproken welke partijen de trekkers zijn."

"Per afspraak maken we met de partijen een plan van aanpak", legt projectleider Groeneveld uit. "We hebben de doelen zoveel mogelijk 'smart' geformuleerd, specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden. Mede daardoor zijn het veel afspraken geworden. Dat maakt het wat complexer, maar als ze worden nagekomen, zijn er grote verbeteringen mogelijk. Dan wordt de zorg effectiever en kunnen we patiënten veel leed besparen."

Hegeman zal eraan trekken om de afspraken in de praktijk te realiseren. "Als traumachirurg zal ik dit via diverse netwerken onder de aandacht van mijn collega's brengen. Het is een belangrijk onderwerp. Wij kunnen goed gebroken botten repareren. Maar als we ook aandacht hebben voor het onderliggend lijden, de osteoporose, kunnen we daarnaast veel breuken voorkomen." ●

Klimaatzorg

Klimaatverandering en vervuiling waren nog nooit zó aanwezig in het collectief bewustzijn als afgelopen jaar. Nederland presenteerde in de zomer van 2019 het Klimaatakkoord, in Brussel verscheen de ‘European Green Deal’ en in Davos leek het World Economic Forum wel het World Ecological Forum. Er is dan ook sprake van een *emergency*. A fortiori vestigt covid-19 daar de aandacht op, en velen hopen dat klimaatadaptatie deel gaat uitmaken van ‘het nieuwe normaal’. Welke plek neemt de gezondheidszorg in? En hoe ver zijn we met duurzaamheid als antwoord?

Tekst Hans Ossebaard

Beeld Mrs. Peacock (illustratie), Ron Zwagemaker

Een bemondkapte Hollandse moeder met dito kleuter op het fietsstuur komt harder binnen dan een overstroming in Mozambique. Het past in de mediastrijd die klimaat-activisten voeren, maar het is wel een realistisch perspectief. Geen mening, maar een wetenschappelijke constatering. Onverdachte bronnen, zie het *Lancet Countdown initiative*, constateren dat er de afgelopen 25 jaar niets effectief bereikt is ten aanzien van milieubescherming en dat de gezondheidswinst van de laatste vijftig jaar verloren dreigt te gaan. Dat is nogal wat. ‘Klimaatverandering’ is een eufemisme geworden en wetenschappers spreken van een *health emergency*. De kwetsbaarste inwoners van de armste landen worden het eerst getroffen. Maar ook de ontwikkelde landen zien een toename van longziekten, cardiovasculaire aandoeningen, geestelijke ongezondheid en zoönosen, zoals ebola of covid-19. Watergebrek, voedselonzekerheid, klimaatmigratie en territoriaal conflict zijn dan nog bijkomende factoren in dit epidemiologische angstbeeld.

Klimaatakkoord

In de bloedhete zomer van 2019 werd het Klimaatakkoord gepresenteerd. Gefaciliteerd door de Sociaal-Economische Raad en EZK na onderhandelingen met honderden partijen. Doel: reductie van 49 procent CO₂-uitstoot in 2030, ten opzichte van 1990. Dat is verdeeld over vijf sectoren: Industrie, Landbouw, Elektriciteit, Gebouwde om-

geving en Mobiliteit. Aan elk van de sectorale ‘klimaattafels’ maken betrokken partijen afspraken over hun aandeel in de reductie en welke maatregelen, wetsvoorstellen en

“De ongemakkelijke waarheid is dat wij, de gezondheidszorg en alles wat daarbij hoort, flink bijdragen aan klimaatverandering”

Hans Ossebaard werkt bij het Zorginstituut aan digitale zorginnovatie, bijvoorbeeld via het project www.zorgvoorinnoveren.nl of als lid van de eHealth Stakeholdersgroup van de EU. Van juni 2019 tot april 2020 was hij gedetacheerd bij de Sociaal-Economische Raad vanwege een verkenning naar de betaalbaarheid van de zorg. Als gastdocent is hij verbonden aan de afdeling Klinische Informatiekunde van Amsterdam UMC. Nadat tot hem was doorgedrongen dat klimaatverandering het #1 *public health issue* is, werd duurzaamheid voor hem het belangrijkste thema in kwaliteitsverbetering.



kostenverdelingen er verder nodig zijn. Tot ver over de grens wordt deze polderoverlegstrategie gezien als misschien wel het enig mogelijke antwoord van democratieën op de formidabele uitdaging die klimaatverandering heet.

Waar is hier eigenlijk de Gezondheidszorg, de tweede economische sector van ons land? Die overlegde aan de tafel ‘Gebouwde omgeving’ met onder meer de uitvoerders van de verduurzaming zoals bouwbedrijven, woningcorporaties en gemeenten. Vanwege het Klimaatakkoord wordt geen extra appèl gedaan op de gezondheidszorg. Ziekenhuisbestuurders zijn momenteel bezig hun vastgoed te verduurzamen met een ambitieuze routekaart richting 2030 bij de hand, ontwikkeld door TNO in samenspraak



met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Dat is vast goed, maar er moet méér gebeuren. Want de ongemakkelijke waarheid is dat wij, de gezondheidszorg en alles wat daar bij hoort, flink bijdragen aan klimaatverandering. Vorig jaar becijferde consultancybureau Gupta dat de zorg zo'n 7 procent van de totale CO₂-uitstoot in Nederland veroorzaakt. Daarvan wordt 38 procent door het energiegebruik van het vastgoed veroorzaakt, 22 procent door de reizen van patiënten en zorgmedewerkers en 18 procent door geneesmiddelen. Dat ons zorgstelsel bijdraagt aan ziekte is niet te verdedigen nu we weten hoe het zit. Dus is de vraag wat we daaraan gaan doen, voorbij - maar inclusief - de gebouwde omgeving. Niet alleen vanuit de bijzondere morele verantwoordelijkheid voor een gezonde bevolking, maar ook omdat we anders straks in de uitvoering alsnog verrast worden en enkel nog reactief kunnen optreden om de klimaatdoelstellingen te halen. Duurzaamheid. Hoe kunnen we goede zorg toegankelijk en betaalbaar leveren zonder dat we dat voor toekomstige generaties onmogelijk maken? Weinig is onbeperkt beschikbaar. Slim omgaan met onze materiële en immateriële bronnen. De ecologische voetafdruk van de zorg verminderen.

Green Deal

Omgevingsgezondheid is het klassieke werkkterrein van de artsen Maatschappij & Gezondheid. Zij staan niet alleen. Als vaste waarde is er het Milieuplatform Zorgsector dat al 25 jaar duurzame bedrijfsvoering in de zorg bevordert. Er zijn meer groene initiatieven in de zorg. Verduurzaming valt samen

met maatschappelijk verantwoord ondernemen. Verduurzaming = positieve innovatie = business. In het platform Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen is de zorg goed vertegenwoordigd. Tijdens de covid-19-uitbraak kwamen talloze innovatieve oplossingen uit het bedrijfsleven. Er is landelijk beleid: VWS faciliteert de zorgsector via het programma ‘Duurzame Zorg’. Met interdepartementale programma's wordt bewustwording en handelingsperspectief gecreëerd. En er is de ‘Green Deal Duurzame zorg voor een gezonde toekomst’, bedoeld om verduurzaming te versnellen. Onderkend door ruim tweehonderd partijen, waaronder het Zorginstituut. De Green Deal richt zich op vier concrete doelen: 49 procent CO₂-reductie (2030), Circulaire bedrijfsvoering, Medicijnresten uit afvalwater, en Gezondmakende leefomgeving voor patiënten en professionals (zie ook bovenstaande illustratie).

Milieu-impact als dimensie van zorgkwaliteit

We hebben een Kennisagenda Klimaat & Gezondheid (ZonMw) waarin de kennishiaten rond klimaatmitigatie en -adaptatie worden aangegeven. Veel basale vragen. Veel basale urgentie. In onderzoek moeten we meer *green metrics* opnemen als uitkomstmaten. Uitkomsten laten indalen in richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten - het Zorginstituut heeft in zijn nieuw voorgestelde Toetsingskader de vraag opgenomen of er bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden rekening is gehouden met duurzaamheid. Dat mag pertinenter: milieu-impact kwalificeren als dimensie van zorgkwaliteit zou al een hele stap vooruit zijn, praktisch en

theoretisch. Daarbij moeten de curricula van zorgberoepen en -opleidingen vergroenen. Alleen al vanwege het draagvlak van de klimaatmaatregelen. De vele goede voorbeelden kunnen we in praktijk brengen: eConsult waar mogelijk scheelt reizenbewegingen; IT vergroenen want de *cloud* begint nog steeds met steenkool; intraveneuze narcosemiddelen gebruiken in plaats van uiterst giftige operatiegassen als desfluraan; poederinhalers in plaats van aerosole puffers in de longzorg; *reduce/re-use/recycle* in plaats van de wegwerpcultuur op de ok, enzovoorts. Ook preventie-inspanningen, zelfmanagement en Zinnige-Zorgprojecten kunnen duurzaam uitwerken wanneer ze de zorgconsumptie verantwoord verminderen. Er moet krachtiger ingezet worden op verduurzaming om de klimaatdoelstellingen te halen. Dat heeft zin. Klimaatverandering is het #1 *public health issue*. De beleidsrespons is zo groot dat in de zorg uitzonderlijke samenwerkingsvormen nodig zijn. In samenhang met andere maatschappelijke transities zoals veiligheid, voedsel of vergrijzing. ‘Transformatieve coalities’ noemt de Adviesraad voor Wetenschap, Technologie en Innovatie dat in een recent rapport.

Creatieve en intelligente oplossingen zijn binnen bereik. We hebben de middelen, de kennis en de politieke wil groeit. Kiezers vinden zorg en klimaat de belangrijkste politieke onderwerpen van nu. Er is veel te verliezen, dus veel te winnen. Voor de kinderen van de wereld. Een klimaatstaking is één ding, maar een geboortestaking, zoals bijvoorbeeld birthstrikeforfuture.com dat voorstaat? Jonge mensen die weigeren kinderen te krijgen - als dát niet spoedeisend is... ●



“Het is mooi om te zien hoe Akwa GGZ alle partijen wist te verbinden, en zo een impuls gaf aan de kwaliteitsverbetering in de ggz”

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 de **Kwaliteitsstandaarden ggz**.

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker, De Beeldredactie | Arno Masee

aan het **bureau**

Babette van den Berg is adviseur bij het Zorginstituut.

“Vanaf 2016 werken de veldpartijen in de ggz – zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars – aan de kwaliteitsstandaarden voor de ggz. In deze standaarden beschrijven de partijen gezamenlijk wat zij per specifiek zorgonderwerp verstaan onder goede zorg, vanuit het perspectief van de cliënt. Denk hierbij aan angststoornissen, autisme, depressie en eetstoornissen. Om het belang van deze standaarden te benadrukken hebben de partijen in 2016 maar liefst 45 kwaliteitsstandaarden voorgedragen voor de Meerjarenagenda van het Zorginstituut. Met dit instrument maken wij inzichtelijk welke kwaliteitsstandaarden met prioriteit worden ontwikkeld. Daarnaast ondersteunen wij waar nodig bij de totstandkoming. Als de partijen er niet uitkomen of de deadline niet halen, kan het Zorginstituut eventueel met zijn doorzettingsmacht het proces vlot trekken. Voor deze ggz-standaarden was dat niet nodig: de partijen zijn voortvarend aan de slag gegaan, met als resultaat dat zij in 2019 34 kwaliteitsstandaarden konden aanbieden aan het Register van het Zorginstituut. Na een toetsing aan de criteria van het Toetsingskader – waarbij wij onder meer kijken of de standaarden bijdragen aan de kwaliteitsbevordering van de zorg, vanuit het perspectief van de cliënt – hebben wij medio 2019 dertig standaarden in het Register opgenomen. Samen dekken zij minstens 80 procent van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen.

Dat de totstandkoming van deze standaarden zo soepel verliep, is te danken aan de begeleiding vanuit Akwa GGZ, een alliantie van de betrokken veldpartijen. Het is mooi om te zien hoe Akwa GGZ alle betrokken partijen wist te verbinden en te ondersteunen, en zo een impuls heeft gegeven aan de kwaliteitsverbetering in de ggz. Ik ben benieuwd hoe de standaarden hun uitwerking gaan krijgen op de werkvloer en hoe deze de cliënt gaan helpen. Want dat is het uiteindelijke doel.”



“Ik raadpleeg de standaarden regelmatig, bijvoorbeeld als ik twijfel over de juiste diagnostiek of de juiste behandeling.”

aan het **bed**

Eeke Harting is gz-psycholoog/neuro-psycholoog bij Poli+ in Leiden.

“Poli+ is een instelling voor basis- en specialistische ggz voor volwassenen met een IQ onder de 85. Voor ons is vooral de generieke module ‘Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB)’ van belang. Deze generieke module is een type kwaliteitsstandaard die vorig jaar is opgenomen in het Register. De module omschrijft wat goede zorg is voor (beginnende) psychische stoornissen bij onze cliëntengroep, dus zwakbegaafden en mensen met een lichte verstandelijke beperking.

Ik maakte pas kennis met de module toen ik bij Poli+ kwam te werken. De ggz-standaarden vormden helaas geen onderdeel van mijn gz-opleiding. Jammer, want juist voor beginnende gz-psychologen bieden de wetenschappelijk onderbouwde standaarden, richtlijnen en generieke modules veel houvast. Zeker in het begin, maar nu nog steeds raadpleeg ik ze regelmatig, bijvoorbeeld als ik na een intake twijfels heb over de juiste diagnostiek of me afvraag of ik nog steeds het juiste protocol volg of de juiste behandeling bied. De ggz-standaarden helpen dan om op basis van actuele wetenschappelijke inzichten de juiste zorg te bieden voor deze specifieke cliëntpopulatie. Protocollen zorgen er dus voor dat je als gz-psycholoog niet te veel gaat freewheelen, maar maatwerk blijft heel belangrijk; geen cliënt is immers hetzelfde. Je moet je dus steeds weer afvragen of een bepaalde behandeling wel bij de betreffende persoon past. Bij mij en mijn collega’s zit de kwaliteitsstandaard inmiddels in ons dna; we kennen ‘m uit ons hoofd. Maar ook voor mensen die in de reguliere ggz werken en die iemand met ZB of LVB in hun instelling krijgen, geeft de standaard veel houvast om een passende behandeling te kunnen bieden. Ook voor hen – voor zorgprofessional én cliënt in de reguliere ggz – is het superfijn dat de standaard er is.”

“Geen volle wachtkamers in de 1,5-meter-samenleving”

Door de coronacrisis zijn de online consulten bij huisartsen toegenomen. Volle wachtkamers waren ongewenst. De crisis zou zelfs kunnen zorgen voor de definitieve doorbraak van e-health. Tegelijk kan zorg op afstand verlichting brengen in het toenemende tekort aan huisartsen.

Tekst Loek Kusiak

Beeld De Beeldredactie | Marco Vellinga

Tijdens de corona-uitbraak bleven patiënten van huisarts Bart Timmers in 's-Heerenberg (gemeente Montferland), die anders op spreekuur waren gekomen, thuis. Om drukte te vermijden, of gedwongen door een quarantaine.

“Een rottijd”, zegt Timmers, “Omdat ik de fysieke contacten wel miste. Maar ook een tijd met twintig online consulten per dag, drie keer zoveel als normaal. Ik dacht: krijg ik nu toch de praktijk waar ik al tijden in geloof. Ik heb mensen serieus kunnen helpen, en hen ook doorgestuurd naar het regionale coronacentrum als ze meenden besmet te zijn.”

Timmers (60) vindt zichzelf “beslist geen technologiefreak”. Toch was hij rond 1995, de begintijd van het internet, een van de eerste huisartsen in Nederland die een website bouwde zodat patiënten hem konden mailen. “Ik had snel door dat e-health mensen in staat stelt de eigen gezondheid te sturen. Een deel van de bezoeken in mijn spreekkamer zijn prima te vervangen door e-consulten, beeldbellen en online herhaalrecepten. Ik kan meer mensen helpen. Digitale zorg maakt de huisarts beter bereikbaar, een uitkomst ook voor regio's met te weinig huisartsen.”

Saturatiemeters

Beeldbellen doet Timmers met ArtsOnline, een nieuw huisartsenzorg- en patiëntenplatform van regionale ICT-zorgleverancier Roset uit Twente. Timmers' huisartsenpraktijk deed mee in de pilot tijdens de ontwikkeling van dit platform. “Het plan was om ArtsOnline in april te starten, maar op mijn verzoek is dat vanwege de corona-uitbraak een maand vroeger. Ik kocht ook saturatiemeters waarmee patiënten thuis het zuurstofpercentage in hun bloed kunnen meten. Elke dag mailen ze me hun waarden. Zo kan ik op afstand een

oogje in het zeil houden om de klachten over benauwdheid eruit te vissen.”

In de anderhalvemetersamenleving zal online zorg in veel huisartsenpraktijken een beduidend deel van de factor arbeid vormen. Timmers: “Want hoe kan ik mijn 2.400 patiënten blijven zien als mijn wachtkamer maar voor een derde bezet is omdat mensen afstand moeten houden? Fysiek contact in de spreekkamer wordt een schaars product. Dus reserveer ik dagelijks enkele uren voor e-consults, zodat we elkaar ook op anderhalve kilometer kunnen blijven zien. Mooi toch? En als fysiek onderzoek nodig is, kan ik altijd een plekje tijdens het spreekuur aanbieden.”

Geen opvolgers

Oost-Gelderland, het werkgebied van Timmers, is een van de 24 arbeidsmarktregio's met de komende drie tot acht jaar een tekort aan huisartsen, aldus een rapport uit 2018 van Nivel, het ministerie van VWS en LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging). Ook Drenthe, Zeeland en de Veluwe krijgen te maken met tekorten. Veel artsen gaan met pensioen, maar er staan onvoldoende praktijkopvolgers klaar. “Ook om deze schaarste enigszins op te vangen is ArtsOnline in de wereld gezet”, zegt Timmers. “De huisarts in Twente, Groningen of elders, die voor een paar uur hulp nodig heeft, kan dankzij e-health ook met een waarnemer in de Randstad werken.”

Lange weken

Ook Cor Roubos (57), huisarts met 2.700 patiënten in Harderwijk en voorzitter van de co-operatie Medicamus, vindt dat e-health “een deel van de oplossing” is voor het groeiende huisartsentekort. “Soms heb je een ramp als de corona-epidemie nodig om de doorbraak van e-health te bewerkstelligen. Zowel artsen als patiënten moeten dan meebewegen



Bart Timmers

Timmers:
“Digitale zorg maakt de huisarts beter bereikbaar, een uitkomst ook voor regio's met te weinig huisartsen”

naar digitale zorg. Bovendien is een digitaal consult te declareren.” Tijdens de coronacrisis kreeg Roubos veel vragen van bezorgde patiënten over hoesten. “Die heb ik via ons e-portaal of telefonisch kunnen afhandelen. Leverde ook tijdswinst op. De combinatie met beeldbellen ga ik binnenkort starten.” Ook Harderwijk kan dringend nieuwe huisartsen gebruiken, meent Roubos: “Maar veel jonge artsen bedenken zich wel twee keer voordat ze jouw praktijk overnemen omdat jij met pensioen gaat. Ze willen niet 24/7 de verantwoordelijkheid voor de administratieve lastendruk en zien op tegen lange werkweken en onbalans in privéleven. Dan kun je beter waarnemer zijn, vrij om te gaan en te staan waar je wilt. Werk genoeg.” Roubos pleit voor nieuwe vormen van praktijkhouderschap. “Zoals coaching van jonge artsen, werken in duo's in een gezondheidscentrum, dat ook de ICT voor e-health faciliteert.”

Patiëntenstops

Ella Kalsbeek, voorzitter van de LHV: “Met e-health krijg je het artsentekort niet opgelost.

Er is altijd een dokter nodig om die e-zorg te leveren. De persoonsgerichte benadering is een kernwaarde in het vak. In de relatie arts-patiënt kan e-health wel handig zijn om contact te hebben. Dat zien we ook aan de enorme toename van consulten op afstand tijdens de corona-uitbraak.” Tegelijk moeten dokters grenzen stellen, stelt Kalsbeek. “Soms zit een praktijk gewoon vol. Er zijn nu al veel praktijken met een patiëntenstop. En gezien de prognoses over artsen-tekorten voor 2023 en 2028 komen er meer stops. Om het vak aantrekkelijk te houden, moeten we meer plekken in de huisartsenopleiding creëren en administratieve lasten en werkdruk verminderen. Ook zorgverzekeraars zijn verplicht tot aanbod van voldoende huisartsenzorg.”

Watertrappelen

Bart Timmers heeft sinds kort weer een collega-praktijkhouder aan zijn zijde. Een jaar lang draaide hij solo een dubbele praktijk voor een collega die door ziekte niet meer terugkeerde. Timmers: “Met werkdagen van meer dan twaalf uur is het hard watertrap-

pelen om te overleven. Digitaal zorg verlenen bracht dan enige verlichting. Dokters die hun praktijk zien groeien en geen opvolger hebben kunnen niet meer zonder e-health. Als ik deze collega's vertel dat daarmee ook hun werkdruk vermindert, schieten ze vaak in de ontkenning. Ze noemen e-health onpersoonlijk. Terwijl e-health juist, heeft de coronacrisis mij opnieuw geleerd, hartstikke persoonlijk is.”

Corona-app

De ontwikkeling van een corona-app is een nieuwe, welkome stap op weg naar brede acceptatie van zorg op afstand, vindt Timmers. “Als huisarts ben ik gebaat bij een app die ik aan mijn patiënten geef zodat ik met hun toestemming hun symptomen en risico's kan volgen. En patiënten die niet vaardig zijn met e-health, wil ik helpen door met de gemeente en het welzijnswerk een cursus te ontwikkelen. Senioren mogen geen tweedetrangsburgers worden.” ●

Digitalisering zorg is chefsache

Digitalisering in de zorg vormt in coronatijd de basis van zorgtoegang en -continuïteit. Ook is de anderhalvemetersamenleving zonder digitale zorg niet voorstelbaar. Maar wat gebeurt er als deze fase van digitale snelheid voorbij is? De afgelopen jaren en de laatste weken zijn mooie initiatieven ingezet, maar projecten op landelijk niveau blijven nog achter. Hoe kunnen we, misschien wel dankzij de huidige coronacrisis, naar een fase van zorgvuldigheid met goede afspraken over kwaliteit, efficiency in de zorg en de betrokkenheid van de patiënt? Wat is er nodig? Marjolein ten Kroode en Tiana van Grinsven schreven een opiniestuk* met daarin een aantal aanbevelingen.

Uniforme afspraken

Een nationale aanpak is alleen mogelijk door vanaf het begin van een project rekening te houden met interoperabiliteit van gegevens. Om tekortkomingen in eenheid van taal en eenheid van techniek tegen te gaan, wil VWSminister Bruins zorgverleners en zorginstellingen wettelijk verplichten digitale dossiervoering en interoperabiliteit volgens standaarden in te richten. In de complexe opdracht die we als sector hebben, kan een wet richting geven.

Eén verkeersstelsel

Er ontbreekt echter nog een samenhangende visie op de huidige digitale revolutie. Er moet samenhang ontstaan tussen de informatiestromen die nu op de planning staan. Er is een verkeersstelsel nodig. Het internationale interoperabiliteitsmodel (EIF) en de referentiearchitectuur EIRA lijken voor dit model een logisch kader.

Betrokken zorgbestuurders die de uitdaging overzien

De plannen van de minister bieden bestuurders en koepelorganisaties een handelingsperspectief voor aanpassingen aan het zorginformatiestelsel, maar er is meer

nodig. Om te kunnen handelen, moeten bestuurders en koepelorganisaties eerst begrijpen dat de uitvoering van de wet niet slechts een IT-aangelegenheid is die ze aan hun IT-afdeling kunnen overlaten. Voordat ze IT-dienstverleners opdracht geven 'iets' voor hen te bouwen, dienen zij eerst zelf de gevolgen van de digitale informatietransitie voor hun organisatie te overzien en randvoorwaarden te scheppen.

Visie op digitalisering

Digitalisering moet net zo'n vanzelfsprekend onderdeel worden voor de portefeuille en kennis van bestuurders als financiën, hygiëne, personeelszaken et cetera. Als bestuurders visie op digitalisering hebben, kunnen ze hun rol als opdrachtgever beter invullen. Bijvoorbeeld door samen met collegabestuurders naar leveranciers te stappen en daar een gezamenlijke vraag neer te leggen.

Brug tussen inhoudelijke en informatiekant

Bij zorginstellingen en gerelateerde organisaties zijn organisatie, proces en data enerzijds en ICT-techniek anderzijds vaak gescheiden. Pas als deze perspectieven meer samengetrokken worden, kan er wezenlijke vernieuwing ontstaan. Brugfuncties die de

inhoudelijke en de informatiekant met elkaar verbinden, zoals een Chief Medical Information Officer, helpen daar ook bij.

Andere kennis en expertise

Bestuurders hebben dus andere kennis en expertise nodig, én het besef dat zij experts moeten aanhaken bij hun digitale vraagstukken. Het Informatieberaad Zorg heeft dat bijvoorbeeld gedaan door een onafhankelijke Architectuurboard in te stellen, die bestaat uit experts. Het lijkt logisch dat deze board ook een rol krijgt bij de plannen van de minister. Het Zorginstituut voert het secretariaat van de Architectuurboard en werkt steeds meer samen met het veld om veranderingen en verbeteringen op dat vlak door te voeren.

Kennis tot in de haarvaten

Kennis over IT, data, management-architectuur en communicatie tussen systemen moeten in de haarvaten van een organisatie terechtkomen: op alle lagen, dus van de bestuurstafel tot en met de operatie. Onze oproep - aan zowel de stelselverantwoordelijke als bestuurders en koepelorganisaties - is om van alle enkelvoudige perspectieven een multidisciplinair perspectief te maken en zo te komen tot een nationale aanpak. Samen kunnen we ons optimaal voorbereiden op die nieuwe werkelijkheid. ●

* Dit artikel is een verkorte versie van een opiniestuk geschreven door Marjolein ten Kroode, allround bestuurder met informatiseringskennis, Procureur-Generaal bij het OM en onafhankelijk voorzitter Architectuurboard Zorg en Tiana van Grinsven, lid Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland met o.a. IT in haar portefeuille.



Elevator Pitch

In de Elevator Pitch legt een medewerker van het Zorginstituut in 200 woorden uit wat voor werk hij/zij doet. Deze keer een medewerker die zich in de eerste weken na de corona-uitbraak volledig wijdde aan de ondersteuning van haar collega's in de zorgpraktijk:

Janneke Witteveen

Medisch adviseur

"Sinds begin 2019 werk ik twee dagen per week bij het Zorginstituut als medisch adviseur voor de Zinnige Zorg-projecten osteoporose en veneuze trombo-embolie. Daarnaast werk ik twee dagen per week als internist in het CWZ in Nijmegen. Die combinatie vind ik fijn: in het CWZ doe ik het werk waarvoor ik ben opgeleid en geniet ik van de patiëntencontacten, terwijl ik bij het Zorginstituut een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de zorg voor een grotere groep patiënten. Dat is heel afwisselend.

Vlak na de covid-19-uitbraak gaf het Zorginstituut medewerkers alle vrijheid en steun om hun werk tijdelijk te onderbreken om in de zorg te kunnen bijspringen. Dat was heel welkom: ik wilde graag mijn collega's helpen die het op dat moment hartstikke druk hadden. Als internist sta je meestal niet aan het bed, maar heb je een superviserende functie: we begeleiden de arts-assistenten en nemen de beslissingen over de behandeling. Dat was best heftig, al ligt het echt emotioneel zware werk bij de verpleegkundigen. Na ruim zes weken, toen de ergste piek achter de rug was, ging ik terug naar mijn normale stramien. Dat bevalt goed: fijn om mijn eigen zaken weer op te pakken en mijn collega's bij het Zorginstituut terug te zien – ook al is dat op afstand!"

Over zorg gesproken...

“De kritiek over spullen en testen, ik hoor het allemaal aan, maar denk wel: jongens, er was een explosie van schaarste, overal. Vanaf dag één heb ik non-stop gewerkt om dat te verhelpen. Ik kan niet toveren, ik kan wel heel hard werken. En dat heb ik gedaan.”

*Minister Hugo de Jonge,
in het AD (13 juni 2020).*

“Er moet krachtiger ingezet worden op groene zorg om de klimaatdoelstellingen dichterbij te brengen. Klimaatverandering is het #1 public health issue.”

Hans Ossebaard, medewerker van het Zorginstituut, in dit magazine (pagina 24).

“Er zijn allerlei argumenten om geen e-consulten te doen. Op het gebied van veiligheid, de wens de patiënt altijd aan te kunnen raken. Maar nu blijken veel van die bezwaren drogredenen te zijn.”

Niels Chavannes van het National eHealth Living Lab (NeLL), op zorgvisie.nl (26 mei 2020).

“Onzinnige zorg aanpakken is meer dan even medisch anders handelen.”

Ab Klink, voorzitter VGZ, in Trouw (10 juni 2020).

“Vervuilde kampen, opeengepakt met verzwakte mensen - het is echt het allerbeste wat we voor virussen kunnen doen. Dat is nog een les die we, ondanks cholera, nooit geleerd hebben.”

Wetenschapsjournalist Sonia Shah schreef een boek over eerdere pandemieën, zoals cholera, op nrc.nl (9 juni 2020).

“De keten van levering van geneesmiddelen is erg kwetsbaar. Controle daarover hebben is noodzakelijk, dat zie je nu bij een pandemie. Het is eigenlijk een geopolitiek spel, net als bij olie.”

Gerard Schouw, directeur Vereniging van Innovatieve Geneesmiddelen, op zorgvisie.nl (12 mei 2020).

“We mogen ons (ik, de patiënt én de premiebetaler) niet laten chanteren.”

Minister Martin van Rijn over de prijsonderhandelingen, in de Volkskrant (23 april 2020).

“Als ziekenhuizen slecht beleid maken, fixen verpleegkundigen dat op de werkvloer. Veel werk dat zij doen, is niet zichtbaar. Ze zijn de haarlemmerolie van de ziekenhuizen.”

Pieterbas Lalleman, onderzoeker Hogeschool Utrecht, op zorgvisie.nl (11 mei 2020).