



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
april 2021

Hoe houden we
ons pakketbeheer
toekomstbestendig?

ZorgZandbak
helpt digitale
zorginnovatie
verder

Tamar Sharon, universitair hoofddocent
Filosofie en Technologie:

“Door ‘googlisering’
verliezen we het zicht op
onze collectieve waarden”

Inhoud

6 Toekomstbestendig pakketbeheer

Het Zorginstituut stelt het pakket van goede, verzekerde zorg vast. In dit artikel over 'Toekomstbestendig pakketbeheer' schetsen we hoe we dit kunnen waarmaken gezien de huidige én verwachte ontwikkelingen in de zorg.

12 Digitale ZorgZandbak

Digitale innovaties kunnen de zorg verbeteren. Maar knellende of juist ontbrekende kaders maken het lastig om succesvolle innovaties voor iedereen toegankelijk te maken. De Digitale ZorgZandbak wil daar wat aan doen.

14 Zorginstituut: zin en onzin!

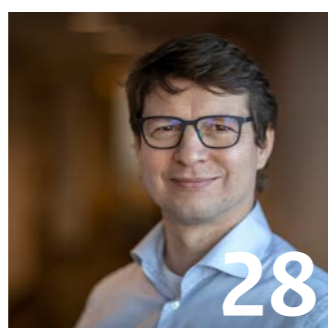
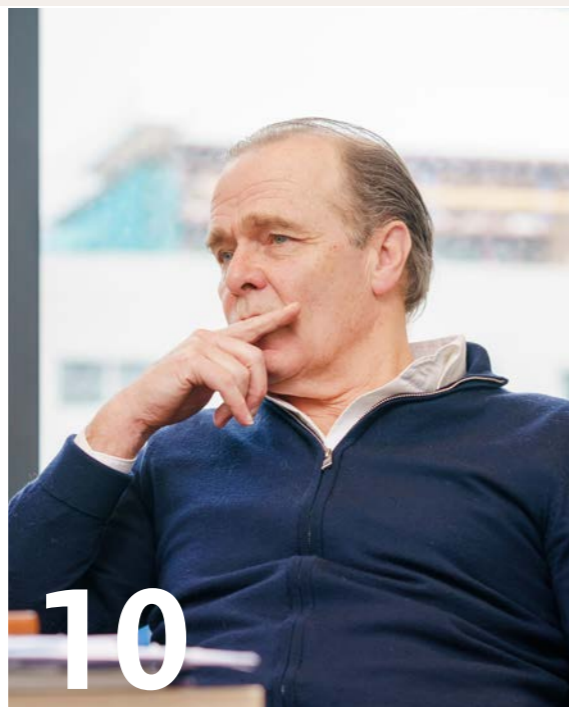
Er bestaan heel wat misverstanden en vooroordelen over hoe wij als Zorginstituut onze taken uitvoeren, over onze rol in het zorglandschap, onze intenties en doelstellingen. In dit artikel vertellen we per punt hoe het écht zit.

21 Herstelzorg na covid

Sommige mensen kunnen na covid-19 langdurig ernstige klachten houden. Zij kunnen baat hebben bij eerstelijns paramedische herstelzorg. Wat houdt deze zorg in en hoe ziet deze regeling er precies uit?

28 "Geen melkkoe van techreuzen"

Medisch specialist Bart-Jan Verhoeff ontwerpt AI-modellen waarmee dokters voorspellingen kunnen doen bij een behandeling. Hij omarmt de vele voordelen van AI, al waarschuwt hij ook voor de invloed van techgiganten.



Rubrieken

9 Column Martin van der Graaff

10 Tien vragen aan: Casper van Eijck

16 Feiten & Cijfers

18 De andere blik
Universitair hoofddocent Tamar Sharon.

22 Zinnige Zorg
Implementatie Zinnige Zorg bij COPD en bij PTSS en psychose.

26 Aan het bureau / aan het bed
Claudicatio intermittens.

31 Elevator Pitch
Het werk van Zorginstituut-medewerker Marcus Guardian in 200 woorden gevat.

32 Over zorg gesproken



Voorwoord

Normen (durven) stellen

Op het moment dat ik dit voorwoord schrijf moeten de Tweede Kamerverkiezingen nog plaatsvinden. De plannen die de partijen met de zorg hebben zijn niet echt spannend: ze willen bijna allemaal effectievere zorg en minder marktwerking. Spannender is wat het komende kabinet straks met die plannen gaat *doen*.

Wat mij betreft moet in het regeerakkoord over de zorg de toegankelijkheid van de zorg op nummer 1 staan. Want de betaalbaarheid en vooral de inzetbaarheid van mensen komen steeds meer onder druk te staan. Dat dwingt ons – de overheid – tot het maken van keuzes. In plaats van steeds maar weer draagvlakgesprekken voeren met partijen, moet de overheid zich op dit punt veel directer uitspreken, kaders stellen, zich normatief opstellen, eigen verantwoordelijkheid nemen.

In het afgelopen najaar hebben het Zorginstituut en de NZa hiervoor een voorzet gedaan met ons advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu'. Hierin stelden wij enkele normen voor passende zorg. De vraag is: wat doet de toekomstige minister hiermee? Neemt het komende kabinet hierin zijn verantwoordelijkheid? Of gaat het verder met praten, procesafspraken maken en aan de zijlijn afwachten? Ons advies wordt breed gedragen, al is een enkele partij bang dat deze normen ertoe leiden dat de overheid alles gaat bepalen. Dat is geenszins het geval: we maken een duidelijk onderscheid tussen 'expertvraagstukken' en 'normatieve vraagstukken'. De expertvraagstukken leggen we bij de experts in het veld. Zij gaan over de inhoud, de overheid voert slechts de regie over het proces. Gaat het om normatieve vraagstukken, dan voert de overheid juist wel de regie over de inhoud en neemt hierin haar verantwoordelijkheid. Zij stelt kaders en normen op, bijvoorbeeld over de kosten en organisatie van de zorg. Als Zorginstituut willen we onderzoeken of we ook de (kosten-) effectiviteit kunnen beoordelen van behandelingen die nu nog automatisch in het 'open pakket' instromen. En of we kwaliteit kunnen toevoegen als voorwaarde voor verzekerde zorg. We gaan hierbij uitdrukkelijk *niet* op de stoel van de zorgprofessional zitten: binnen de kaders voor verzekerde zorg is het aan de behandelrelatie om de beste keuzes te maken. Wel spreken we ons uit langs welke (passende zorg)principes de zorg georganiseerd moet worden.

Begrijp me goed: om deze ambities te kunnen realiseren hebben we de zorgverleners hard nodig! Er komen veel mooie, regionale initiatieven uit het veld die de principes juist promoten en onze aanmoediging verdienen. De overheid kan helpen om die initiatieven landelijk op te schalen. Dat doen we nu bijvoorbeeld al bij regionale experimenten met e-health (lees hiervoor het artikel over de Digitale ZorgZandbak op pagina 12). Een mooi voorbeeld van hoe de overheid en de veldpartijen samen kunnen werken om succesvolle initiatieven op te schalen tot de nieuwe norm van goede, toegankelijke en betaalbare zorg.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland

Korte berichten

Zorg voor mensen met slaapapneu kan beter



Begin maart publiceerde het Zorginstituut het 'Zinnige Zorg - Verbetersignalement Obstructieve slaapapneu', dat wij samen met zorgprofessionals, patiënten en zorgverzekeraars hebben opgesteld. Belangrijkste uitkomst is dat de zorg voor mensen met slaapapneu beter kan. Nu bestaat het risico dat patiënten onnodig bepaalde zorg krijgen, omdat goede wetenschappelijke onderbouwing over de effectiviteit ervan ontbreekt. Ook is het zorgtraject voor mensen met slaapapneu niet in alle Nederlandse ziekenhuizen hetzelfde, wat kan leiden tot kwaliteitsverschillen. Bij obstructieve slaapapneu (OSA) stoppen mensen tijdens de slaap regelmatig korte tijd met ademen. Ze zijn hierdoor overdag vaak overmatig slaperig en chronisch vermoeid, waardoor hun kwaliteit van leven vermindert. Jaarlijks worden ongeveer 50.000 mensen voor het eerst getest op

slaapapneu en wordt bij ongeveer 20.000 van hen een behandeling gestart. De totale behandelkosten bedroegen in 2017 176 miljoen euro. De bevindingen van het verbetersignalement zijn voor het Zorginstituut aanleiding dit jaar twee zogeheten standpunten in te nemen. Deze gaan over de vraag of de polysomnografie (een duurdere maar niet direct betrouwbaardere slaapregistratietest) en de OSA-zorg bij mensen zonder slaapapneuklachten (maar met hoge bloeddruk of een hartritmeestoornis), nog langer vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. Effectieve OSA-zorg die via de basisverzekering wordt vergoed staat in het verbetersignalement niet ter discussie.

Versneld advies vergoeding Arikayce® liposomaal door parallelle procedure CBG-Zorginstituut

Het geneesmiddel amikacine liposomale suspensie voor inhalatie (Arikayce® liposomaal) wordt gebruikt bij de behandeling van een groep patiënten met een specifieke longinfectie. Arikayce® liposomaal is het tweede geneesmiddel dat de pilot 'Parallele Procedures CBG-ZIN' volledig heeft doorlopen. Met deze pilot willen het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en het Zorginstituut de tijd vanaf registratie tot en met vergoeding van een geneesmiddel verkorten. In de pilot wordt een werkwijze ontwikkeld voor meer parallelle processen voor registratie en vergoeding. Dat houdt in dat het vergoedingstraject (voor toelating tot het basispakket) al wordt gestart terwijl het registratietraject (voor toelating op de Nederlandse markt) nog niet is afgerond. Het sneller beschikbaar krijgen van innovatieve geneesmiddelen voor patiënten is een ambitie van de overheid, patiëntenorganisaties, behandelaren en de farmaceutische industrie.

Het CBG en het Zorginstituut zijn enthousiast over hun samenwerking en de werkwijze. Uit de eerste ervaringen blijkt ook dat de farmaceutische industrie enthousiast is over de pilot. Dankzij deze werkwijze kan er circa drie maanden eerder duidelijkheid zijn over de vergoedingsstatus van een parallel beoordeeld geneesmiddel. In 2021 worden er in ieder geval nog drie geneesmiddelen beoordeeld in de parallelle procedure.

Subsidieregeling veelbelovende zorg: springplank naar het basispakket

De Subsidieregeling veelbelovende zorg geniet twee jaar na de lancering in 2019 toenemende bekendheid bij ziekenhuizen. Een online informatiebijeenkomst over de regeling van het Zorginstituut en ZonMw trok dinsdag 2 februari 2021 bijna driehonderd belangstellenden. Op dezelfde dag is de regeling opnieuw opengesteld voor een nieuwe indieningsronde van subsidieaanvragen. Jaarlijks is 69 miljoen euro aan subsidie beschikbaar. In 2020 ontvingen vijf onderzoeksprojecten voor veelbelovende zorg de eerste subsidies. Het hoogste toegekende bedrag was 30 miljoen euro, voor onderzoek naar het op locatie produceren van CAR-T-cellen, door een consortium van ziekenhuizen onder leiding van het UMCG.

Doel van de Subsidieregeling veelbelovende zorg is bevorderen dat veelbelovende zorg sneller via het basispakket beschikbaar komt voor patiënten. Dit gebeurt door het financieren van onderzoek dat de effectiviteit van een nieuwe zorgbehandeling aantoonst, in vergelijking met de standaardbehandeling. Op basis van het wetenschappelijke bewijs neemt het Zorginstituut aan het eind van het onderzoekstraject binnen zes maanden een standpunt in of de onderzochte zorg voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee verzekerde zorg is.



Convenant voor betere uitwisseling kwaliteitsinformatie verpleeghuizen

De ketenpartijen in de verpleeghuiszorg werken samen om de informatie-uitwisseling over de kwaliteit van zorg te stroomlijnen en administratieve lasten te verlagen. Met dat doel ondertekenden op 28 januari 2021 zeven ketenpartijen in de verpleeghuiszorg een convenant. Hiermee bezegelden de partijen afspraken die zij in het programma 'Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg' (KIK-V) hebben gemaakt. De afspraken zijn bedoeld om knelpunten in de gegevensuitwisseling op te lossen en de informatie-uitwisseling efficiënter en effectiever te laten verlopen.

Het programma KIK-V is een initiatief van de ketenpartijen en levert voor alle partijen een win-winsituatie op. Via KIK-V worden bestaande gegevens die zorgaanbieders registreren, bijvoorbeeld tijdens het verlenen van zorg, efficiënter gebruikt. Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande gegevens uit processen en systemen die zorgaanbieders gebruiken. Zij ervaren hierdoor minder administratieve lasten. De partijen die de gegevens verzamelen, zoals NZa, IGJ en zorgkantoren, ontvangen informatie die beter op hun vraag is afgestemd.

Meer informatie?

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

Toekomstbestendig pakketbeheer:

“We doen het voor iedereen in Nederland”

Wij stellen het pakket van goede, verzekerde zorg vast voor de burgers van Nederland: dat is de centrale doelstelling van het Zorginstituut. In dit artikel schetsen we hoe we dit kunnen waarmaken gezien de huidige én verwachte ontwikkelingen in de zorg.

Tekst Noël Houben

Beeld Mrs. Peacock

“De zorg is continu in ontwikkeling, net als de maatschappelijke context”, vertelt Lonke Timmers, secretaris van de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) van het Zorginstituut. “Dit brengt nieuwe vraagstukken voor de verzekerde zorg met zich mee. Om het pakketbeheer toekomstbestendig te houden, moeten we onze werkwijze doorontwikkelen. Hiervoor hebben we het project ‘Toekomstbestendig pakketbeheer’ gestart. We hebben in kaart gebracht hoe we nu het beheer van het verzekerde pakket uitvoeren en welke knelpunten we daarbij tegenkomen. Ook hebben we gekeken naar trends en ontwikkelingen die in de toekomst op ons afkomen. We hebben daarbij goed geluisterd naar experts binnen het Zorginstituut en de aan ons gelieerde commissies. Maar we hebben ook gesproken met externe betrokkenen. Denk aan patiëntenorganisaties, zorgverleners, zorgverzekeraars, het ministerie van VWS, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Nederlandse Zorgautoriteit en fabrikanten. Daarnaast hebben we burgers bevraagd (zie het kader hiernaast). Belangrijk, want we beheren het verzekerde pakket voor iedereen in Nederland.”

Beperkt onderzoek

Patrick Bossuyt is hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam. Daarnaast adviseert hij als voorzitter van de WAR over uiteenlopende onderzoeken van het Zorginstituut op het gebied van pakketbeheer en kwaliteit. Daardoor heeft hij knelpunten en

ontwikkelingen rondom het pakketbeheer goed in beeld. “Ik zie in de WAR steeds vaker geneesmiddelen en interventies voorbijkomen waarnaar beperkt wetenschappelijk onderzoek is gedaan. Bij een medicijn voor de longaandoening taaislijmziekte ging het bijvoorbeeld om één studie met honderd deelnemers. Dat is mager om een goede afweging te kunnen maken tussen de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg, zoals het Zorginstituut binnen het pakketbeheer doet. En met dit dilemma zullen we in de toekomst vaker te maken krijgen. Er komen steeds meer geneesmiddelen voor zeldzame aandoeningen, waarvoor uitgebreid onderzoek lastig is.

En dan is er nog *personalised medicine*. Hoe beoordeel je als pakketbeheerder behandelingen die zijn afgestemd op individuele patiënten?”

Meer greep

Als tweede knelpunt noemt Bossuyt de betaalbaarheid van de zorg. “Zorg is een omvangrijke post op de rijksbegroting. Tegelijkertijd blijft het aantal vergoede behandelingen en interventies groeien. Veel van deze zorg stroomt zonder duiding door het Zorginstituut in het verzekerde pakket. Daar zou je meer greep op willen krijgen. Vanwege de betaalbaarheid, maar ook om de kwaliteit van zorg te waarborgen.”

Burgerplatform: Zorgen over betaalbaarheid van de zorg

Wat zien burgers als de belangrijkste knelpunten rond het verzekerde pakket? In opdracht van het Zorginstituut legde onderzoeksinstituut Nivel deze vraag in oktober 2020 voor aan een online burgerplatform. Hoewel ze de kwaliteit van zorg het belangrijkste vonden, maakten de deelnemers zich ook zorgen over de betaalbaarheid van de basisverzekering. De overheid zou haar beleid daarom kunnen richten op preventie en minder op nieuwe behandelmogelijkheden. Burgers zouden zich volgens de deelnemers kritischer moeten afvragen of een behandeling echt nodig is. Daarbij is het wel een dilemma dat burgers vaak geen duidelijke informatie hebben over wat een behandeling kost.

De deelnemers lieten verder weten dat ze de zorg als geheel en de zorgpolis in het bijzonder erg complex vinden. Ze erkennen dat het moeilijk is om een afweging te maken tussen de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg: de essentie van het pakketbeheer. “Als je de kwaliteit naar het maximum duwt, wordt het onbetaalbaar. En als je de zorg een stuk betaalbaarder maakt, gaat dat ten koste van de kwaliteit.”



Patrick Bossuyt: “Veel zorg stroomt zonder duiding door het Zorginstituut in het verzekerde pakket. Daar wil je meer greep op krijgen. Vanwege de betaalbaarheid, maar ook om de kwaliteit van zorg te waarborgen”

Tot slot constateert Bossuyt dat er vooral nog minder aandacht is voor pakketbeheer binnen de Wet langdurige zorg (Wlz). “Terwijl hier op jaarbasis 20 miljard euro in omgaat en er grote maatschappelijke belangstelling is voor de kwaliteit van de langdurige zorg. Veel mensen hebben immers ooit in hun leven thuis- of verpleeghuiszorg nodig. Het is moeilijker om de kwaliteit en kosteneffectiviteit van langdurige zorg te meten dan die van geneeskundige zorg. Maar dat wil niet zeggen dat we het links moeten laten liggen.”

Lerend systeem

De Adviezen toekomstbestendig pakketbeheer bevatten handvatten hoe het Zorginstituut kan omgaan met deze en andere ontwikkelingen, zegt Timmers. “Een

belangrijk advies gaat over het omgaan met onzekerheid. We noemen dat het grijze gebied. We moeten een ja/nee-beslissing nemen over de vergoeding van zorg, maar regelmatig is er mager wetenschappelijk bewijs. We pleiten daarom voor een brede afweging en het mogelijk maken van beheerste instroom. Dan zouden we bijvoorbeeld kunnen adviseren om zorg tijdelijk te vergoeden. Voorwaarde is dat vervolgens aanvullend onderzoek plaatsvindt of data in de praktijk worden verzameld. En dat er afspraken gemaakt worden over de prijs, die rekening houden met de onzekerheid rondom deze zorg. Zo ontstaat een continue cyclus van monitoring, analyse, aanpassing en weer monitoring. Met zo’n lerend systeem kunnen we zorg meer gepast inzetten. Maar ook beslissen of ze definitief in aanmerking

komt voor vergoeding en zo ja, voor welke patiënten en welke prijs.”

Maatschappelijke agenda

Het Zorginstituut zet betaalbaarheid binnen het toekomstbestendig pakketbeheer nadrukkelijk op de agenda. “Betaal je te dure en mogelijk ineffectieve zorg uit de collectieve middelen? Dan gaat dit ten koste van andere publieke uitgaven. We willen in onze adviezen en standpunten daarom vaker voorwaarden stellen aan de kosten en gepaste inzet van zorg. Zodat alleen patiënten die hier echt baat bij hebben bepaalde zorg krijgen, tegen een acceptabele prijs. Wat betreft de zorg die automatisch instroomt in het pakket bepleiten we een actievere opstelling van het Zorginstituut. Natuurlijk kunnen we niet alle zorg beoordelen. Maar we willen ►

TE DUUR: NAMUSCLA® NIET IN BASISPAKKET

In januari adviseerde het Zorginstituut aan de minister voor Medische Zorg en Sport om Namuscla® (mexiletine) niet uit het basispakket te vergoeden. Het medicijn tegen de zeldzame spierziekte niet-dystrofische myotonie werkt goed, maar de prijs is veel hoger dan die van bestaande medicijnen met mexiletine. Het Zorginstituut adviseerde ook om de (veel goedkopere) apotheekbereidingen van mexiletine wel in de basisverzekering op te nemen. Die werken net zo goed als Namuscla®, zo toont wetenschappelijk onderzoek aan. Vergoeding van Namuscla® zou jaarlijks tussen de 6,1 en 7,6 miljoen euro extra kosten ten opzichte van het alternatief.

BEVORDEREN GEPAST GEBRUIK BIJ TAVI

Patiënten met een vernauwing van de hartklep en een hoog operatierisico komen in aanmerking voor vergoeding van transcatheter aortaklepiplantatie (TAVI) uit het basispakket. Dat concludeerde het Zorginstituut in een standpunt in september 2020. Bij TAVI implanteert een cardioloog of cardio-thoracaal chirurg via de lies een kunsthartklep. De beroepsgroepen en het Zorginstituut hebben een indicatiedocument opgesteld. Artsen kunnen hiermee nauwkeuriger vaststellen welke patiënten baat hebben bij deze dure behandeling. Ook zijn er afspraken gemaakt over inkoop en maximumvergoeding. Het Zorginstituut zal jaarlijks aan de hand van gegevens uit de Nederlandse Hartregistratie (NHR) evalueren of de afspraken over gepast gebruik en het gepaste tarief goed zijn uitgevoerd.

Lonneke Timmers: “Betaal je te dure en mogelijk ineffectieve zorg uit de collectieve middelen? Dan gaat dit ten koste van andere publieke uitgaven. We willen daarom vaker voorwaarden stellen aan de kosten en gepaste inzet van zorg”

risicogericht onderwerpen opsporen die nadere beoordeling verdienen. Dit moet leiden tot een maatschappelijke agenda met onderwerpen die relevant en herkenbaar zijn voor burgers.”

Ook moet de langdurige zorg een prominente plek krijgen in het pakketbeheer. “We willen meer inspelen op de vraagstukken die daar spelen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het beschikbaar krijgen van meer data en het inrichten van toegesneden tools en onderzoeksmethodes is hiervoor een belangrijke voorwaarde. Daar gaan we mee aan de slag.”

Het Zorginstituut gaat het bovenstaande nu nader uitwerken en vertalen in het dagelijkse werk. “We beginnen daarbij zeker niet vanaf nul”, vervolgt Timmers. “Zo laten we in het

recent verschenen advies over Namuscla® (zie kader linksboven) al zien dat we betaalbaarheid serieus meewegen. En in ons standpunt over TAVI (zie kader linksonder) hebben we voorwaarden op het gebied van gepast gebruik en betaalbaarheid al verbonden aan vergoeding van zorg.”

Randvoorwaarden

Voor de verankering van het toekomstbestendig pakketbeheer zijn enkele randvoorwaarden belangrijk, zegt Timmers. “Zo kunnen de verschillende afdelingen en taakgebieden van het Zorginstituut nog intensiever gaan samenwerken. Het bevorderen van kwaliteit, gepast gebruik en Zinnige Zorg zijn immers ook vereist voor een pakket van goede, verzekerde zorg. En we hebben onze experts op datagebied hard nodig om de vereiste informatie voor toekomstbestendig pakketbeheer beschikbaar te krijgen. Daarnaast zijn er externe randvoorwaarden. Willen we met het pakketbeheer flexibeler inspelen op maatschappelijk relevante vraagstukken? Dan moeten we ook ruimte hebben in ons werkpakket om de onderwerpen te agenderen die het meest relevant zijn. En willen we vaker voorwaarden stellen op het gebied van betaalbaarheid in het pakketbeheer? Dan hebben we extra (wettelijke) bevoegdheden nodig. Er valt dus nog veel te doen en te regelen. Maar de basis is gelegd.” ●



"De belofte van een verslagen virus begon verdacht veel op een fata morgana te lijken: telkens als je dichterbij komt, vervliegt het droombeeld, om ergens anders weer op te duiken"

Column

Samen corona verslaan

Tijdens de tweede lockdown liep ik over de uitgestorven Neude. In het plaveisel ontwaarde ik een half weggesleten felgele sticker met het randschrift: 'Houd voldoende afstand. Samen verslaan we corona'. Het geheel symboliseerde fraai doch navrant de Nederlandse aanpak van de pandemie. De belofte van een verslagen virus begon verdacht veel op een fata morgana te lijken: telkens als je dichterbij komt, vervliegt het droombeeld, om ergens anders weer op te duiken.

Eerst gingen we voor de groepsimmunitet. Dat werd al snel afstand houden en een kwistig gebruik van ontsmettingsmiddelen. Daarna een intelligente lockdown. Toen we de bevrijding in zicht dachten te hebben, schoot de besmettingsgraad weer omhoog. Op dat moment werden opeens de eerder gesmade mondkapjes verplicht. De horeca en de cultuur gingen opnieuw op slot. Ventilatie, nieuwe lockdown. Gevolgd door een avondklok. Hierbij werd ons een spoedige verlossing in de vorm van vaccinaties voorgespiegeld, maar die kwamen nauwelijks op gang. De Jonge legde zichzelf in Gordiaanse verbale knopen om het allemaal recht te praten. Het zou snel goed komen. En toen vielen die vaccins tegen qua productiesnelheid. Hadden we toch maar wel moeten bijkopen toen het werd aangeboden. Teleurstellingen vertaalden zich in puberale rellen en brandstichting. Klap op de vuurpijl: GGD-gegevens bleken nog sneller rond te gaan dan twitterberichten.

In hoeverre is dit alles onze minister van VWS aan te rekenen? De Jonge doet zijn best, de pandemische hectiek in aanmerking genomen. Maar hij gedraagt zich graag alsof corona een managementprobleem is en geen crisis. Hij blijft bij elke nieuwe tegenslag verbeter- en uitrolplannetjes beloven en stoere managementtaal uitslaan. Hij suggereert dat hij de hele zaak overziet, maar moet vrijwel dagelijks zijn koers bijstellen. En het negeren van de huisartsen in de vaccinatieprioritering was niet echt een vertrouwenwekkend hoogstandje. Dit was een vakminister niet overkomen.

Velen passen met graagte oorlogsretoriek toe op een mondiale crisis. Maar wie leiding geeft in tijden van onvoorspelbaarheid en tegenslag, doet er goed aan zijn klassieken te kennen. Winston Churchill begon op 13 mei 1940 niet met de belofte dat Engeland de Duitsers wel even zou verslaan. Integendeel: "We have before us many, many long months of struggle and of suffering." En niet lang daarna moest hij toegeven: "We are in the presence of a disaster of the first magnitude."

Vertel ons maar liever dat de boel niet onder controle is. En dat de regering zijn best doet om het leven voor iedereen een beetje draaglijk te houden. Als je burgers als volwassenen behandelt, krijg je volwassen gedrag terug. Doe maar gewoon een nieuwe sticker op de Neude. Het is even niet anders.



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

10

vragen aan Casper van Eijck

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Marco de Swart

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“Mijn vader speelde elk jaar voor Sinterklaas in het vroegere Sint Franciscus Gasthuis in Schiedam. Ik mocht dan altijd mee. Die ziekenhuiswereld maakte toen al veel indruk op mij. Mijn eerste werkervaring in de zorg deed ik op terwijl ik nog op de middelbare school zat. Ik had een bijbaantje als ‘secretaresse’ op de afdeling chirurgie in het oude Dijkzicht Ziekenhuis in Rotterdam.”

2 Als u iets anders dan geneeskunde had gestudeerd, wat was u dan geworden?

“Binnenvaartschipper! Dat lijkt me echt geweldig. De hele dag op het water, alle rust. En geen managers die me vertellen hoe ik moet varen. Het water heeft mij altijd erg aangetrokken. Ik probeer in mijn vrije tijd veel op het water te zijn, maar eigenlijk komt daar niet veel van.”

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

“Dan zou ik allereerst opkomen voor de verpleging. En ik zou de management-taken veel meer bij de werkvloer leggen.”

PERSONALIA

Casper van Eijck studeerde geneeskunde aan het Erasmus MC in Rotterdam. Hij promoveerde in de algemene heelkunde, met als specialiteit alveeskliekkanker. Inmiddels werkt hij al ruim dertig jaar als pancreato-biliair chirurg bij het Erasmus MC. In 2015 richtte een vriendengroep van een overleden patiënt voor Van Eijck en zijn team de Stichting Overleven met Alveeskliekkanker (OAK) op. Het doel van OAK is het vergroten van de bewustwording van alveeskliekkanker en het inzamelen van geld voor het innovatieve onderzoek naar nieuwe behandelmethoden van alveeskliekkanker. De stichting voert campagne onder de naam ‘Support Casper’. Naast zijn werk als arts is Van Eijck clubarts van Feyenoord. Casper Van Eijck woont in Rotterdam met zijn vrouw en twee dwergschnauzers.



“Als ik het in de zorg voor het zeggen had, dan zou ik allereerst opkomen voor de verpleging. Er zitten nu nog veel te veel schakels tussen de leiding en de werkvloer. Er zijn overall managers voor; er zijn zelfs managers om de managers te managen! Daar kan best in gesneden worden.”

Er zitten nu nog veel te veel schakels tussen de leiding en de werkvloer. Er zijn overall managers voor; er zijn zelfs managers om de managers te managen! Daar kan best in gesneden worden.”

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

“Dat zou ik niet kunnen zeggen. Omdat ik niet precies weet welke zorg in het basispakket zit, kan ik daar geen uitspraken over doen.”

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

“Dat kan ik wél meteen zeggen: prehabilitatie. Ofwel het fysiek voorbereiden van patiënten op een operatie. Prehabilitatie verkleint de kans op complicaties tijdens of na de operatie aanzienlijk. Dat is dus heel belangrijke zorg, die op dit moment niet wordt vergoed. Wij hebben hiervoor een heel team klaarstaan, maar patiënten moeten die zorg zelf betalen. Zeker in deze tijd is dat voor veel mensen financieel niet haalbaar en zien ze er dus van af.”

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

“Aankijken en doormodderen. En eventueel een pijnstillertje nemen. Als het na een paar weken nog niet over is ga ik naar de huisarts. Maar ik maak me niet zo snel zorgen. Alleen bij kiespijn ga ik direct naar de tandarts.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Begeleiding. Wij dokters zijn er om mensen te behandelen, maar in mijn tak van sport – de oncologische chirurgie – is begeleiding van patiënten heel belangrijk. En dan gaat het vooral om persoonlijke begeleiding in de laatste levensfase. Patiënten moeten er zeker van kunnen zijn dat ze dan op je kunnen terugvallen. Daar moet je hoe dan ook tijd voor maken. Maar ik krijg helaas regelmatig van patiënten terug dat die begeleiding toch vaak tekortschiet.”

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

“Als eerste denk ik aan mijn vrouw, al hoop ik natuurlijk niet dat zij ook in het ziekenhuis zou belanden. Verder heb ik geen uitgesproken voorkeur. Er zijn heel veel interessante mensen, maar ook hen zie ik liever niet in het ziekenhuis liggen. Als ik dan toch echt een naam moet noemen, dan schiet me John de Wolf te binnen. Hij maakt mooie reclames voor ons ziekenhuis (liggend in een ziekenhuisbed), heeft goede verhalen te vertellen en we hebben allebei een grote voorliefde voor Rotterdam.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Dat je de zorg zó inricht zoals de werkvloer dat zou willen. Dat dokters, samen met verpleegkundigen, zelf kunnen bepalen hoe het zorgpad eruitziet. Nu wordt vooral van bovenaf – door het management – opgelegd hoe wij zorg moeten verlenen. Zoals gezegd: er zijn te veel managers. Dat is zonde van het geld. De kosten in de zorg zijn vooral toegenomen omdat er te veel managers zijn. Ik loop al een tijdje mee in de ziekenhuiswereld en zie met eigen ogen hoe hun aantal alleen maar verder groeit.”

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

“Hetzelfde als nu. Nederland is geen land van rigoureuze veranderingen, dus die verwacht ik ook niet de komende vijf jaar in de zorg. Er komen steeds meer overlegorganen en er wordt eindeloos vergaderd, maar niet door de juiste mensen. Dat resulteert vooral in nog meer kwaliteitssystemen en dus nog meer administratieve lasten, terwijl wij natuurlijk vooral zorg willen leveren. Dat is echt verschrikkelijk. Ik verwacht ook niet dat de coronacrisis veranderingen in de zorg zal brengen. Sterker: verpleegkundigen hebben hun nek uitgestoken en wat krijgen ze ervoor terug...? Dat vind ik echt zorgwekkend.” ●

Zorginnovaties verder helpen

Digitale innovaties kunnen de zorg beter maken. Toch lukt het nog onvoldoende om succesvolle innovaties voor iedereen in Nederland toegankelijk te maken. Knellende of juist ontbrekende kaders zorgen ervoor dat ook ervaren innovators vastlopen in het huidige zorgsysteem. De Digitale ZorgZandbak wil daar wat aan doen.

Tekst Marieke Vos

Beeld De Beeldredactie | Eelkje Colmjon

Het is een bekend euvel bij zorginnovatie: het lukt niet om een digitale toepassing die succesvol werkt in een regio of bij een aantal zorgverleners, landelijk in de hele zorg in te voeren. De redenen daarvoor zijn divers. Een belangrijke belemmering is dat de innovatie tegen de grenzen van het huidige zorgsysteem aanloopt. De toepassing past dan niet goed in ons stelsel van wetgeving, toezicht of financiering. In de 'ZorgZandbak' willen het ministerie van VWS, het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd deze barrières samen gaan slechten. Het Zorginstituut faciliteert de ZorgZandbak, op verzoek van het ministerie van VWS.

Ervaren team van denkers en doeners

Naast het platform is de ZorgZandbak mensenwerk van een ervaren team van denkers en doeners op het gebied van onder meer verandkunde, toegang, kwaliteit, bekostiging, innovatie en rechtmatigheid in de zorg en andere sectoren. Zij werken bij het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, het ministerie van VWS, Hooghiemstra & Partners, BeBright, de Kafkabrigade, de Academie voor Brilljante Mislukkingen, het Kieskompas en de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland. Zij werken in de ZorgZandbak met de innovators samen om met de juiste partij(en) tot oplossingen te komen.

Het belang van zorginnovatie

Waarom vindt het Zorginstituut zorginnovatie zo belangrijk? "Wij staan voor goede verzekerde zorg. Als een innovatie in een ziekenhuis heel goed werkt, dan gunnen we dat niet alleen de mensen die in dat ziekenhuis komen, maar alle mensen in Nederland. Daarom zetten wij ons ervoor in om bewezen zorginnovaties verder te brengen en neer te zetten als een standaard voor Nederland", zegt Sjaak Wijma, voorzitter van de Raad van Bestuur van het Zorginstituut. Veel van de huidige innovaties in de zorg zijn digitaal. Die innovaties maken bijvoorbeeld informatie breed beschikbaar, zodat patiënten zelf betere beslissingen kunnen nemen over hun behandeling of zorgverlener. Andersom werkt het ook: dankzij digitalisering kunnen patiënten hun ervaringen breed delen, waardoor de zorg kan worden verbeterd. In die zin draagt digitalisering bij aan de democratisering van de zorg, zegt Teresa Cardoso Ribeiro, teamleider van de ZorgZandbak en werkzaam bij het Zorginstituut: "In de huidige zorg moet de patiënt zich voegen naar de wereld van de zorginstellingen. Digitalisering biedt kansen om de zorg voor onze gezondheid een onderdeel van ons leven te maken."

De ZorgZandbak

Voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg is het van belang dat bewezen innovaties voor iedereen beschikbaar komen. Maar soms komen innovaties niet verder doordat

Sjaak Wijma: "Wij zetten ons ervoor in om bewezen zorginnovaties verder te brengen en neer te zetten als een standaard voor Nederland"



Teresa Cardoso Ribeiro

ze tegen de grenzen van het huidige zorgsysteem aanlopen. "Alle spelers zien dat wel, maar kunnen het afzonderlijk niet oplossen omdat niemand over het geheel gaat. Dat frustrereert alle betrokkenen. We moeten de handen ineenslaan om dit wel voor elkaar te krijgen. Daarom zijn we gestart met de ZorgZandbak", zegt Wijma. Op 8 december was de officiële start van het initiatief. In eerste instantie doen het ministerie van VWS, het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd mee, maar als blijkt dat andere instanties nodig zijn om knelpunten weg te nemen, worden zij ook uitgenodigd, vertelt Cardoso Ribeiro: "We willen een lerende praktijkbeweging zijn, een samenwerking tussen de overheid, de samenleving, zorginnovators en deskundigen uit het veld." Het initiatief

dankt zijn naam aan de *Sandbox*-methode. Kort gezegd wordt met deze methode een omgeving gecreëerd waarin innovators in alle openheid hun knelpunten kunnen bespreken en samen oplossingen kunnen zoeken.

Er heeft zich inmiddels al een aantal zorginnovators gemeld, vertelt Cardoso Ribeiro. Het gaat veelal om consortia van verschillende partijen, zoals een samenwerking van een verzekeraar, een leverancier van een digitale zorgtoepassing en een zorgverlener. "Voor de goede orde: wij innoveren zelf niet en we nemen niets van de deelnemers over. We halen een innovatie in onze 'zandbak' binnen, onderzoeken waar het knelpunt zit en zorgen ervoor dat de innovator het met de verantwoordelijke partij kan oplossen. Als blijkt dat de innovator bij een andere partij moet zijn,

Teresa Cardoso Ribeiro: "We willen een lerende praktijkbeweging zijn, een samenwerking tussen de overheid, de samenleving, zorginnovators en deskundigen uit het veld"

zorgen we ervoor dat die daar terecht kan. We houden een vinger aan de pols totdat het knelpunt is opgelost."

Open samenwerking

De ZorgZandbak werkt deels geautomatiseerd. "We maken gebruik van een data-gedreven platform dat ons ondersteunt bij het inventariseren en clusteren van de hulpvragen uit de zorgpraktijk. We zijn op zoek naar knelpunten die exemplarisch zijn voor waarom zorginnovatie niet verder komt. Als we dat kunnen ontdekken en oplossen, dan maken we mogelijk niet alleen de weg vrij voor de innovator die zich aanmeldde, maar voor veel meer innovaties", zegt Cardoso Ribeiro. De werkwijze is open: alle informatie over gevonden knelpunten en de mogelijke oplossingen daarvoor worden gedeeld via de website. Ook als je niet zelf in de zandbak zit, kun je bij deze informatie. "Voor toetreders tot de zandbak zijn we van het begin af aan duidelijk: als je meedoet, dan deel je je probleem en de oplossing. We volgen daarbij de principes van een open overheid", vult Wijma aan.

De komende maanden gaan de partijen in de ZorgZandbak ontdekken of deze werkwijze helpt. Komend najaar beoordelen ze of het inderdaad van meerwaarde is voor de landelijke implementatie en integratie van innovaties voor goede zorg. ●

Meer informatie:

Zorginnovators die tegen grenzen van het zorgstelsel aanlopen kunnen mailen naar: digitalezorgzandbak@zinl.nl. Per 1 april aanstaande kan dit ook online via het platform www.digitalezorgzandbak.nl.

Zorginstituut: zin en onzin!

We komen ze regelmatig tegen, in de media of op verjaardagen en feestjes: misverstanden en vooroordelen over hoe wij als Zorginstituut onze taken uitvoeren, onze rol in het zorglandschap, onze intenties en doelstellingen. We hebben de hardnekkigste misverstanden verzameld en vertellen hier per punt hoe het écht zit.

Tekst Edith Bijl

Beeld Wanz

“Het Zorginstituut beoordeelt álle zorg voordat deze het basispakket in stroomt.”

In het Nederlandse zorgstelsel bestaat de zorg uit een gesloten en een open deel. Het Zorginstituut gaat voornamelijk over het gesloten pakket, dat bestaat uit geneesmiddelen die op de markt komen. Wij beoordelen bijna alle geneesmiddelen in het gesloten pakket. Maar van alle zorg die vanuit het basispakket vergoed wordt, behoort ruim 80 procent tot het open pakket. Dit open deel omvat onder meer alle ziekenhuiszorg. Als zorgverleners en verzekeraars van mening zijn dat de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk, stroomt deze zorg zonder onze tussenkomst in het pakket. Pas als de partijen het oneens zijn, kunnen zij het Zorginstituut verzoeken hierover een standpunt in te nemen. In dat geval is ons standpunt (wel of niet vergoeden) bindend.

Conclusie: het Zorginstituut beoordeelt vooral de zorg die in het gesloten pakket zit. Wij beoordelen zorg uit het open pakket alleen als er twijfel bestaat over de effectiviteit ervan.

“Het Zorginstituut beoordeelt alleen geneesmiddelen.”

Het Zorginstituut wordt heel sterk geassocieerd met geneesmiddelen.

Dat is niet zo gek: onze adviezen over dure geneesmiddelen krijgen vaak veel media-aandacht. Toch is dit slechts een deel van ons werk. We beoordelen ook veel medische behandelingen en andere zorgvormen. Recente voorbeelden daarvan zijn onze standpunten over de Flash Glucose Monitor, de hooggebergtebehandeling en de lagerugherniabeehandeling. Ook hebben we paramedische zorg beoordeeld, zoals fysiotherapie bij reuma en bij urine-incontinentie. En in de ggz hebben we ons regelmatig uitgesproken over welke zorg nu wel en niet tot het basispakket behoort. In de toekomst willen we onze aandacht wellicht ook uitstrekken naar het pakket van goede verzekerde zorg in de langdurige zorg.

Conclusie: het Zorginstituut gaat over veel meer zorg dan alleen geneesmiddelen.

“Het Zorginstituut kijkt te veel naar de kosten en te weinig naar de burger of patiënt.”

Wij beoordelen zorg altijd in samenhang. Daarbij kijken we primair naar de werkzaamheid en pas daarna naar de kosten. De kosten zijn wél een belangrijke factor: als we die negeren, komt alle zorg in het pakket en wordt de zorg onbetaalbaar. Dat is onhoudbaar, want we moeten wel met z'n allen de premie kunnen blijven opbrengen. Als we dus de belangen van de burger en patiënt

We gaan niet op de stoel van de individuele arts zitten. Wel stellen we de kaders van wat goede, effectieve zorg is, gebaseerd op breed onderzoek onder een grote patiëntengroep

willen behartigen, moeten we juist ook naar de kosten kijken.

Conclusie: kosten zijn alleen een belangrijke factor in relatie tot de effectiviteit van een behandeling, juist omdat we rekening houden met de belangen van burgers en patiënten.

“Het Zorginstituut gaat op de stoel van de dokter zitten.”

Dit veelgehoorde verwijt is gestoeld op twee veronderstellingen. De eerste is dat wij als Zorginstituut autonoom besluiten nemen over welke zorg wel of niet vergoed mag worden, zonder dat we ons iets zouden aantrekken van de mening en expertise van artsen. Het tegendeel is waar: we laten ons juist sterk in met dokters en zorgverleners. Allereerst is een groot deel van onze eigen medewerkers opgeleid tot medicus, gezondheids-wetenschapper of zorgverlener. Daarnaast betrekken we de beroepsgroepen bij al onze adviezen en baseren we ons op onderzoek dat juist vaak door artsen gedaan is. De tweede veronderstelling is gebaseerd op het idee dat we ons bemoeien met de zorg die de arts aan zijn patiënt geeft. Ook dit klopt niet: elke arts kan voorschrijven wat hij

wil en is verantwoordelijk voor de zorg aan zijn patiënt. We gaan dus niet op de stoel van de individuele arts zitten. Maar om de zorg betaalbaar te houden, stellen wij wel de kaders van wat goede, effectieve zorg is, gebaseerd op breed onderzoek onder een grote patiëntengroep.

Conclusie: het Zorginstituut neemt geen autonome beslissingen over de vergoeding van zorg en bemoeit zich niet met de zorgrelatie tussen de arts en zijn patiënt.

“Het Zorginstituut zegt vaker ‘nee, want te duur’ dan ‘ja’ tegen zorg.”

Tegen het overgrote deel van de zorg uit het gesloten deel zeggen wij ‘ja’: wij adviseren de minister dat de zorg uit het basispakket vergoed mag worden. Soms gebeurt dat onder voorwaarden; we stellen dan bijvoorbeeld dat er nog nader onderzoek gedaan moet worden, of dat er moet worden onderhandeld over de prijs. Een pertinent ‘nee’, dus een advies dat een bepaalde behandeling niet het basispakket in mag, komt heel weinig voor.

Conclusie: het Zorginstituut zegt veel vaker ‘ja’ tegen zorg.

“Het Zorginstituut kleedt het basispakket uit.”

Als het Zorginstituut adviseert om bepaalde zorg niet te vergoeden, levert dat vaak veel media-aandacht op. Spraakmakende voorbeelden uit het verleden zijn de rollator, paracetamol en de anticonceptiepil - de laatste haalde zelfs afgelopen maand nog het nieuws. Hierdoor ontstaat het beeld dat wij steeds meer zorg uit het basispakket schrappen. Toch wordt er in werkelijkheid vrijwel nooit iets uit het pakket gehaald. Sterker, er stroomt vooral veel nieuwe zorg in (zie de vorige alinea). En daar komt dan nog alle nieuwe zorg bij die dagelijks het open deel in stroomt.

Conclusie: het basispakket wordt niet uitgekleet: de instroom is groter dan de uitstroom. ●



Feiten & Cijfers

40.000 euro per cliënt

...kan worden bespaard door domeinoverstijgend samenwerken (Zvw, Wlz en Wmo).

BRON: ONDERZOEKSBUREAU SIGNIFICANT PUBLIC I.O.V. VWS (INDICATIEVE CIJFERS)



Eind 2020 voldeden **750.000 minder mensen** aan de beweegrichtlijn dan voor de coronauitbraak. Mede hierdoor zijn in 2020 **46.000** gezonde levensjaren verloren gegaan.

BRON: HOGESCHOOL ARNHEM-NIJMEGEN (HAN)

Top 10 favoriete supplementen:

1. Vitamine D
2. Kurkuma
3. Visolie (omega-3 verzuren)
4. Magnesium
5. Vitamine C
6. Multivitamine
7. Probiotica
8. Cranberry
9. Zink
10. Echinacea



23.360 patiënten hebben tot nu toe een vorm van covid-19-herstelzorg gekregen.

Van hen kregen:

- 20.855 fysiotherapie
- 528 oefentherapie
- 392 logopedie
- 544 ergotherapie

BRON: ZORGINSTITUUT



Coronacrisis leidt tot bijna 4 procent minder kankerdiagnoses in 2020; van 119.000 in 2019, naar 115.000 in 2020.

BRON: INTEGRAAL KANKERCENTRUM NEDERLAND (IKNL)



Eenzaamheid kost de samenleving circa **€ 2.000.000.000** aan extra zorg per jaar.

BRON: UNIVERSITEIT MAASTRICHT

€ 46.000.000.000 bedragen de totale rijksuitgaven vanwege de coronacrisis in 2020 en 2021 (tot nu toe). Daarvan komt 9,5 miljard euro voor rekening van VWS. De kosten voor de bestrijding van de economische gevolgen zijn dus een veelvoud van de directe medische coronakosten.

BRON: ALGEMENE REKENKAMER

15.164 doden

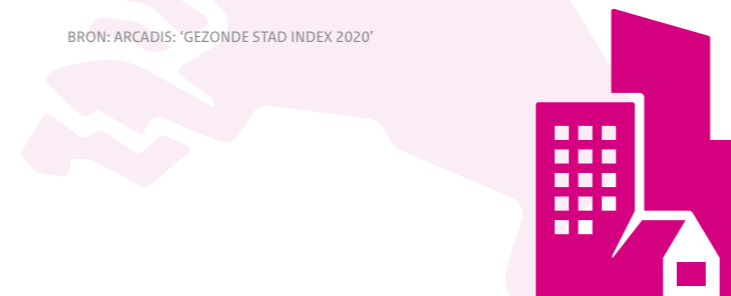
Zo hoog was de oversterfte in 2020. Er stierven 967 personen per 1.000.000 inwoners, veroorzaakt door corona. Ter vergelijking: in 2018 overleden er 890 mensen per 1.000.000 inwoners, als gevolg van een grote griepgolf.

BRON: CBS

De 20 gezondste steden in Nederland:

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. Groningen | 11. Leeuwarden |
| 2. Nijmegen | 12. Utrecht |
| 3. Maastricht | 13. Eindhoven |
| 4. Almere | 14. Arnhem |
| 5. Amersfoort | 15. Den Haag |
| 6. Apeldoorn | 16. Enschede |
| 7. Emmen | 17. Amsterdam |
| 8. Terneuzen | 18. Tilburg |
| 9. Breda | 19. Rotterdam |
| 10. Haarlem | 20. Zaanstad |

BRON: ARCADIS: 'GEZONDE STAD INDEX 2020'



Benieuwd naar meer cijfers over de zorg?
Kijk op zorgcijfersdatabank.nl.

'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: 'Gezondheidsplicht'.

De term 'gezondheidsplicht' lijkt – afgaande op de paar hits op internet – nog maar een halfjaar te bestaan. Het is een term die mensen makkelijk op het verkeerde been zet, misschien zelfs op de achterste poten: "Hoezo, gezondheidsplicht? Betekent dat dat ik geen biertje meer mag drinken, tabak en fastfood moet laten staan...?" Sowieso is dat natuurlijk een goed idee, maar dat wordt niet met 'gezondheidsplicht' bedoeld. Bij gezondheidsplicht ligt de plicht namelijk niet bij de burger, maar bij de partijen in de zorg: zij zouden de plicht moeten hebben om zich in te zetten voor een betere volksgezondheid. Een nieuwe taak voor zorgverleners dus, die naast de al bestaande zorgplicht komt. De urgentie van een wettelijk vastgelegde gezondheidsplicht is groot, zo stelt een van zijn eerste pleitbezorgers, Menzis-bestuurder Ruben Wenselaar, afgelopen september: "Als zorgverzekeraars, de landelijke overheid, gemeenten, zorginstellingen en andere veldpartijen zich enkel blijven richten op betaalbaarheid en beschikbaarheid van met name curatieve zorg – het genezen van lichaam of geest wanneer dat reeds beschadigd is – dan missen we de boot. Daarom moet er naast de zorgplicht ook een gezondheidsplicht in de wet komen, die partijen eraan houdt om de toename van overgewicht en leefstijl gerelateerde aandoeningen te beteugelen." De urgentie wordt zo groot geacht dat begin dit jaar drie grote verzekeraars een gezamenlijk pleidooi hielden voor deze plicht tot preventie, die volgens hen in alle vijf zorgwetten (Zvw, Wlz, Wmo, Jw en de Wet publieke gezondheid) moeten worden ingevoerd. Als het aan hen ligt, heeft het nieuwe kabinet hier straks zijn handen vol aan.

“Gezondheid is een soort superwaarde geworden. Een makkelijke rechtvaardiging voor het digitaliseren van gezondheidsinformatie. Maar we moeten ons niet in slaap laten sussen door symboolpolitiek waarin robots en vitale honderdjarigen voorkomen”

Dr. Tamar Sharon (New York, 1975) is universitair hoofddocent Filosofie en Technologie aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Ze is mede-oprichter van iHub, de Interdisciplinary Hub for Security, Privacy and Data Governance.

De andere blik

“Door ‘googlisering’ raken we het zicht kwijt op onze collectieve waarden”

De digitalisering van de gezondheidszorg is door de coronacrisis in een stroomversnelling gekomen. Digitale innovaties voorzien immers in de behoefte aan zinnige zorg en zorg op afstand. Maar zij maken ook de weg vrij voor wat dr. Tamar Sharon ‘de googlisering van gezondheid’ noemt: de groeiende invloed van Google en andere grote techbedrijven op de gezondheidszorg. Hun datagedreven economie zou ethische en maatschappelijke problemen veroorzaken, waaraan onze privacyregels onvoldoende tegenwicht kunnen bieden.

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“Je kunt je nu niet meer voorstellen dat je medische dossier ooit in een papieren mapje zat. Of dat afspraken op een typemachine werden gemaakt. De digitalisering van data, opslag en analyse is lichtjaren verwijderd van dat analoge tijdperk. Maar zij heeft ook de weg vrijgemaakt voor wat ik de googlisering van gezondheid noem. Hiermee bedoel ik de groeiende betrokkenheid van grote techbedrijven als Google, Apple, Amazon, Microsoft, Facebook en Palantir bij de gezondheidszorg. Iedereen kent de *wearables* zoals AppleWatch, stappentellers en fitnesstrackers. Maar ook op grotere schaal winnen deze techbedrijven aan invloed. Toen ik hun invloed een paar jaar geleden begon te bestuderen, ging het vooral nog om medisch onderzoek. Een voorbeeld is Apple’s ResearchKit-software, waarmee je klinische onderzoeken op een iPhone kunt uitvoeren. Of Verily’s ‘Parkinson op Maat’-studie. Hierbij worden parkinsonpatiënten twee jaar lang gevolgd via hun onderzoekshorloge. Inmiddels hebben techbedrijven ook hun intrede gedaan in andere domeinen, zoals de zorg voor werknemers, ziektekostenverzekeringen en zorgdiensten. Zo hielp Verily, een zusterbedrijf van Google, bij het opzetten van een kliniek voor opioïd-verslaafden in Ohio. En voor de CoronaMelder-app hebben Google en Apple

de infrastructuur gelegd. De samenwerking tussen data-experts en gezondheidsexperts heeft voordelen, maar roept ook vragen op. Ik zie een vermenging van twee werelden ontstaan, namelijk tussen datagedreven wetenschap en een datagedreven economie.”

Afhankelijkheid

“Wat we nodig hebben is een helicopterview op wat hier nu eigenlijk gebeurt. Want in hoeverre gaat deze ontwikkeling niet alleen de gezondheidszorg, maar ook de samenleving als geheel beïnvloeden? En komen daarvoor onze collectieve waarden niet in gevaar? In het licht hiervan zijn we onze privacy erg goed gaan beschermen, zoals met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de ontwikkeling van toestemmingsmodellen (*informed consent*), die patiënten meer controle geven over hun gegevens. Maar door al die aandacht voor privacy dreigen we te vergeten dat we ook nog *gemeenschappelijke waarden* delen die een veel groter bereik hebben dan onze individuele vrijheden. In de eerste plaats zouden we ons moeten afvragen hoeveel macht techbedrijven naar zich toe trekken. Gaan ze poortwachter spelen van de datasets die ze van ons hebben verzameld – datasets die erg waardevol zullen zijn voor toekomstig medisch onderzoek? Zal hun aanwezigheid de gezondheidssector hervormen? In hoeverre gaan hun waarden zoals efficiency, technische expertise, standaardisatie, snelheid en kostenreductie ►



"We verwachten dat Google de gezondheid beter en goedkoper maakt. Maar wat moeten we daarvoor opgeven?"

domineren ten opzichte van de traditionele waarden van de gezondheidszorg? Hoe afhankelijk worden we eigenlijk van die private bedrijven achter deze googlisering?"

Discriminerende algoritmen

"Als het goed gebeurt, kunnen techbedrijven onze overheid helpen in hun streven naar 'zinnige zorg', door niet-effectieve ingrediënten kwantificeerbaar te maken met data en parameters. Dat is een logisch en nuttig streven. Maar we moeten met een aantal dingen voorzichtig zijn; in de eerste plaats hoe we 'onnodige en ineffectieve medische interventies' definiëren. Van voorspellende algoritmen wordt bijvoorbeeld veel verwacht. Met die wiskundige formules kan worden voorspeld welke patiënten baat zullen hebben bij een interventie, of welke patiënten het eerst een behandeling nodig hebben. Dat gebeurt op basis van data die kunnen bestaan uit traditionele medische gegevens, maar ook uit levensstijl en omgeving. De laatste jaren begrijpen we steeds beter hoe bevooroordeeld algoritmen kunnen zijn. En dat het gebruik ervan discriminerende effecten kan hebben. Vinden we dat vrije toegang het onderliggende principe voor een eerlijk gezondheidszorgstelsel moet zijn? Dan moeten we

ervoor zorgen dat de technologieën die we ontwerpen en implementeren juist dit doel dienen!"

Mensen boven machines

"Voorstanders van kunstmatige intelligentie denken dat KI de gezondheidszorg efficiënter en nauwkeuriger kan maken. En misschien zelfs rechtvaardiger, omdat KI ook het tijdrovende, vuile werk van mensen kan overnemen. Dan zouden menselijke medische professionals de tijd krijgen om te doen waar ze goed in zijn: gegevens contextualiseren en begrijpen, empathisch zijn en zorg bieden. Maar deze droom is ongeveer zo oud als de technologie zelf. En deze zal nooit uitkomen als we daadwerkelijk verwachten dat technologieën mensen vervangen en ons geld besparen. We moeten erkennen dat mensen, niet machines, verantwoordelijk zijn voor de zorg voor patiënten. Een machine kun je immers niet aansprakelijk stellen. Hetzelfde geldt voor de verwachting dat we ons leven kunnen verlengen. Gezondheid is een soort superwaarde geworden die iedereen moet nastreven. Daardoor wordt 'betere gezondheid' gemakkelijk een rechtvaardiging voor het digitaliseren van gezondheidsinformatie. En verdringt zij andere belangrijke maatschappelijke waarden, zoals solidariteit. De obsessie met gezondheid als superwaarde kan ertoe leiden dat mensen elkaar de maat gaan nemen op gezondheids- en leefstijlprestaties en niet meer voor elkaar willen betalen. Dat zou een ondermijning zijn van ons zorgstelsel, waarin iedereen bijdraagt aan de zorgkosten van zichzelf en van anderen. Zolang we niet precies weten wat we daarvoor moeten opofferen, kunnen we ons niet in slaap laten sussen door symboolpolitiek waarin robots en vitale honderdjarigen voorkomen."

Twee keer betalen

"Een veelgehoorde angst is dat we de snelheid van al die technologische innovaties niet kunnen bijbenen. Ik geloof dat niet. Ik denk dat we er goed aan doen te begrijpen hoeveel macht we hebben. Overheden en burgers kunnen voorwaarden stellen aan de betrokkenheid van *big tech* in de publieke sector, door veel meer toezicht te houden. En door een eerlijk rendement op te eisen over de bedragen die zij investeren. Grote innovaties die de wereld veranderden waren er nooit gekomen zonder het geld van overheden en belastingbetalers. Denk aan het internet, de iPhone en zelfs de vaccins tegen het coronavirus. Wat is erop tegen om met z'n allen te zeggen: "Slow down, we hebben tijd nodig om na te denken over jouw innovatie. Wat levert het óns eigenlijk op?"

"Ik vind dat we te makkelijk meegaan in de mythe dat de private sector beter zou zijn in innovatie en in het verstrekken van publieke diensten dan de collectieve sector. Patiënten hebben het recht te weten hoe groot de belangen zijn van techbedrijven bij onderzoek dat hún gegevens gebruikt. Privacy is één ding, maar er zijn veel grotere machinaties die ons collectief belang ingrijpend veranderen. Er staat wat op het spel." ●

Herstelzorg voor covid-19-patiënten: 6 vragen

Tijdens de eerste coronagolf werd duidelijk dat sommige mensen na covid-19 langdurig ernstige klachten houden. Zij kunnen baat hebben bij eerstelijns paramedische herstelzorg. Het Zorginstituut heeft daarom afgelopen zomer in een versnelde procedure geadviseerd om deze zorg onder voorwaarden te vergoeden. Wat houdt deze zorg in en hoe ziet deze regeling er precies uit?

Tekst Edith Bijl

Welke zorg valt onder paramedische herstelzorg?

Het gaat hier om eerstelijns paramedische zorg in de vorm van fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie. Het verschilt per patiënt welke zorg nodig is. Een combinatie van zorgvormen is ook mogelijk.

Voor wie is deze zorg bedoeld?

Voor mensen met ernstige covid-19 die tijdens hun herstel ernstige klachten of beperkingen ervaren. Het is niet noodzakelijk dat iemand op covid-19 positief getest is of hiervoor in het ziekenhuis heeft gelegen.

Wat houdt de regeling in?

Het Zorginstituut heeft in juli 2020 een advies uitgebracht over de vergoeding van paramedische herstelzorg voor covid-19-patiënten. Op basis daarvan heeft de minister voor Medische Zorg deze zorg per 18 juli 2020 opgenomen in het basispakket. Het verschilt per patiënt hoeveel en welke zorg nodig is. Daarom is het van belang dat een huisarts of medisch specialist de benodigde zorg vaststelt en hiervoor een verwijzing geeft. De zorg wordt vergoed vanaf de eerste behandeling. Wel geldt het eigen risico. Ook is er een maximum gesteld

aan het aantal behandelingen die worden vergoed:

- Fysiotherapie of oefentherapie: maximaal 50 behandelingen.
- Ergotherapie: maximaal 10 uur.
- Diëtetiek: maximaal 7 uur.
- Logopedie: geen maximum.

In principe geldt voor de vergoeding een maximale behandeltermijn van zes maanden.

Welke voorwaarden gelden voor vergoeding?

Een voorwaarde om deze herstelzorg vergoed te krijgen is dat patiënten bereid moeten zijn mee te werken aan onderzoek. Zij moeten toestemming geven om anoniem gemaakte behandelgegevens uit hun dossier te delen met de onderzoekers. Ook krijgen zij enkele vragenlijsten en/of een test om bijvoorbeeld de conditie te bepalen. Met het onderzoek worden de effecten en kosten van paramedische herstelzorg voor covid-19 onderzocht.

Is vergoeding ook mogelijk na de maximale behandeltermijn?

Na afloop van de maximale behandeltermijn van zes maanden is voortzetting van paramedische herstelzorg alleen mogelijk in 'uitzonderlijke gevallen'. Een medisch specialist moet dan hebben vastgesteld dat er sprake is

van specifieke langetermijnschade in relatie tot covid-19. Denk hierbij aan een blijvende longafwijking, blijvende verkortingen van pezen of spieren (contracturen) of blijvende stoornissen aan zenuwen (neuropathieën). Als de medisch specialist verwacht dat de patiënt baat heeft bij verdere paramedische behandeling, kan hij of zij een verwijzing geven voor een tweede behandeltermijn. De mogelijkheid van voortzetting van de herstelzorg geldt niet bij algemene, niet-specifieke klachten zoals gebrek aan conditie, vermoeidheid of spierpijn. Deze klachten moeten in de eerste behandeltermijn van zes maanden aangepakt worden. Na die periode heeft doorbehandelen van dit soort klachten naar verwachting geen toegevoegde waarde. Die conclusie trokken wij ook in ons advies aan de minister voor Medische Zorg, dat aan deze regeling ten grondslag ligt.

Wat gebeurt er na 1 augustus 2021?

Deze vergoedingsregeling voor herstelzorg is van kracht tot 1 augustus 2021. In de afgelopen maanden voerde het Zorginstituut regelmatig overleg met beroepsgroepen en patiëntenorganisaties over de uitvoering en knelpunten van de regeling. Sinds de tweede coronagolf rijst de vraag of de regeling verlengd moet worden, nu er waarschijnlijk nog meer nieuwe patiënten zullen komen die paramedische herstelzorg nodig hebben. Uiteindelijk is het aan de minister voor Medische Zorg om te bepalen of de regeling verlengd moet worden. ●

Zinnige Zorg bij COPD

Voor een betekenisvol leven

Partijen in de zorg werken samen met het Zorginstituut aan betere zorg voor mensen met COPD. De belangrijkste aandachtspunten zijn afstemming van zorg in de keten, hulp bij bewegen en stoppen met roken, en zorgvuldig omgaan met inhalatiemedicatie. De vereniging van longartsen NVALT is een van de trekkers in dit Zinnige Zorg-traject. “Het is ons veel waard als we patiënten meer autonomie en een betekenisvoller leven kunnen geven”, zegt longarts Sami Simons.

Tekst Jos Leijen

Beeld Richard Brocken (ANP)

Uit de screeningfase en vervolgens de verdiepingfase van Zinnige Zorg kwamen diverse kansen naar voren om de zorg voor COPD-patiënten te verbeteren, vertelt Nicolette Huiskes, arts Maatschappij & Gezondheid bij het Zorginstituut. Deze kansen zijn in samenspraak met zorgaanbieders, verzekeraars en andere betrokken partijen uitgewerkt in een verbeteringsplan. Inmiddels werken de veldpartijen aan de implementatie.

Afstemming van de zorg

Een van de verbeterpunten is afstemming tussen de partijen. “Zorg bij COPD is complex”, legt Huiskes uit. “Er zijn veel disciplines bij betrokken: van de huisarts en fysiotherapeut tot palliatieve zorg. Zeven richtlijnen worden herzien en beter op elkaar afgestemd. Daar zijn de partijen al mee bezig. Dit jaar verwachten we aangepaste richtlijnen van onder andere huisartsen, fysiotherapeuten, tabaksverslaving en palliatieve zorg. Als Zorginstituut volgen en toetsen wij dit proces.”

Stoppen met roken is het beste wat COPD-patiënten kunnen doen. Maar dat blijkt juist

voor hen moeilijk. Vaak is langdurige begeleiding nodig. Belangrijk is dat die begeleiding goed, toegankelijk en betaalbaar is. In het Preventieakkoord van 2018 zijn onder meer afspraken gemaakt over stoppen met roken. Het streven is om voor met name COPD-patiënten standaarden te formuleren voor de kwaliteit van de ondersteuning. Bewegen is een ander hulpmiddel om de conditie van COPD-patiënten te verbeteren. Maar het aanbod van bewegingstherapie laat nog te wensen over. “Er moet een goed palet komen van de eerstelijns fysiotherapeut tot derdelijns longrevalidatie in het ziekenhuis”, zegt longarts Sami Simons. “Nu zijn er nog lacunes. We gaan beschrijven welke patiënt op welke plek therapie moet krijgen. Zodat artsen én patiënten weten welk type bewegingstherapie zinvol is. Dat is heel belangrijk.”

Minder puffjes

Een vierde aandachtspunt is het gebruik van inhalatiemedicatie (inhalatiecorticosteroiden of ICS). “De effectiviteit van de ‘puffjes’ is bij veel patiënten twijfelachtig”, zegt Huiskes. “Onderzoek laat zien dat het effect bij bepaalde patiënten nihil is. Terwijl deze middelen wel bijwerkingen hebben. Ze kunnen bijvoorbeeld de weg vrijmaken voor longontsteking. Het is dus vaak beter als

mensen met COPD zouden stoppen met ICS. Maar dat blijkt in de praktijk lastig.”

De ervaring leert dat veel patiënten toch weer naar de vertrouwde puffjes grijpen. Om erachter te komen hoe die patiënten beter begeleid kunnen worden om de medicijnen te laten staan, gaat RadboudUMC in opdracht van het Zorginstituut het DECIDE-programma uitvoeren in Drenthe. Alle partijen worden hierbij betrokken. Niet alleen patiënt en huisarts, maar ook longarts, apotheker en zorgverzekeraar. Het onderzoek moet een toolkit opleveren om landelijk overbehandeling met ICS terug te dringen. Simons is blij met het onderzoek. “Het is eenvoudig om op te schrijven: we moeten overbehandeling terugdringen. Maar hoe pak je dat aan? De praktijk is vaak weerbarstig. Welke mechanismen spelen er – gedrag, kennis, attitude – en hoe kun je die aanpakken? Het is mooi dat het Zorginstituut de ruimte biedt om antwoorden op die vragen te vinden. Zodat we die straks kunnen gebruiken voor een landelijke aanpak.”

Ook gaat er aandacht naar de palliatieve zorg, en dan met name het gebruik van opioïden in de laatste levensfase. Bij patiënten met ernstige kortademigheid die niet reageren op andere behandelingen, kan het lijden verlicht worden met opioïden of morfine. Patiënten hebben dan minder last van benauwdheid. De bedoeling is dat deze aanpak ook in de richtlijnen voor de huisarts en longarts komt. Tot slot gaan betrokken partijen onderzoeken hoe ze e-health beter kunnen inzetten bij de zorg voor COPD-patiënten.

Samen het project dragen

De vereniging van longartsen NVALT is de voornaamste trekker voor de implementatie van de verbeteringen in de zorg. “We nemen graag die verantwoordelijkheid”, zegt Simons. “Het raakt aan onze dagelijkse praktijk.” Het Zorginstituut en de NVALT vinden elkaar in de wil om het beste voor de patiënt te realiseren. “We dragen samen het project. Wij vanuit de inhoud, het Zorginstituut als spiegel en facilitator.” Covid-19 heeft het werken aan verbetering niet eenvoudiger gemaakt. “Het was



Sami Simons: "Het draagvlak onder longartsen om de COPD-zorg in Nederland te verbeteren is groot. We hebben afspraken gemaakt met het Zorginstituut om zaken op te leveren, en dat gaan we ook doen"

bijzonder dat we een nieuw netwerk hebben gebouwd via beeldbellen”, zegt Huiskes. “We hebben elkaar fysiek niet kunnen ontmoeten, en toch hebben we over en weer vertrouwen weten te creëren en de wil om ons achter het gezamenlijke doel te scharen. De grootste inspanning was om de verbeterplannen te agenderen. Nu dat gelukt is, denk ik dat het met de uitvoering ook wel goed komt.” Die uitvoering loopt wel wat vertraging op, laat Simons weten. “We doen dit Zinnige Zorg-traject naast ons gewone werk. En dat is door corona wel wat hectischer geworden. Maar het draagvlak onder longartsen om de COPD-zorg in Nederland te verbeteren is groot en we verdelen het werk onder de leden. We hebben afspraken gemaakt met het Zorginstituut om zaken op te leveren, en dat gaan we ook doen.”

Oog voor de patiënt

Simons voorziet een uitdaging bij de financiering van de verbeteringen. Het Zorginstituut heeft berekend dat er flinke budgettaire verschuivingen nodig zijn om alle plannen uit te voeren. Het totaal zal leiden tot extra

kosten van 5 miljoen euro. Ook al wordt verwacht dat Zinnige Zorg als programma kosten zal besparen, een toename van kosten op individuele projecten is geoorloofd als dat de kwaliteit van de zorg echt ten goede komt. Simons pleit ervoor om breder te kijken dan alleen wetenschappelijke effectiviteit. Hij verwijst naar de visie van hoogleraar Jan Kremer, voorzitter van de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut. “Volgens Kremer zijn alle patiënten anders en moeten we daar meer rekening mee houden. Goede zorg omvat veel meer dan wetenschappelijke effectiviteit. Juist bij COPD, dat op zo veel vlakken in het dagelijks leven ingrijpt. Fysiek, maar ook mentaal en sociaal.”

“Het is een ook een uitdaging om steeds het patiëntenperspectief tijdens dit Zinnige Zorg-traject goed in het oog te houden”, besluit Simons. “Mijn wens is dat we met elkaar een relevante bijdrage leveren aan autonomie en een betekenisvol leven van COPD-patiënten. Als dat lukt, dan is dit traject geslaagd.” ●

Zinnige Zorg ggz

Naar betere zorg bij PTSS en psychose

Partijen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) gaan de zorg bij psychose en post-traumatische stressstoornis (PTSS) op een aantal concrete punten verbeteren. Zo zullen mensen met psychose vaker cognitieve gedragstherapie krijgen en wordt bij PTSS eerder traumagerichte behandeling aanbevolen. De veldpartijen gaan deze en andere verbeterpunten de komende jaren in praktijk brengen.

Tekst Jos Leijen

Beeld David Rozing (ANP)

De plannen van aanpak zijn de eerste stap in de implementatiefase van het traject 'Zinnige Zorg Ggz'. Na een eerste inventarisatie in de screeningfase heeft het Zorginstituut in de verdiepingsfase samen met partijen in de ggz onderzocht waar en hoe de zorg voor mensen met psychose en PTSS kan verbeteren. De resultaten hiervan, vastgelegd in verbeterpunten, vormen de basis voor de plannen van aanpak.

Verbeterpunten

Bij psychose zijn er twee onderdelen geselecteerd voor verbetering, vertelt Lise Rijnierse, programmaleider Zinnige Zorg Ggz bij het Zorginstituut: cognitieve gedragstherapie en somatische screening. Bij PTSS gaat de aandacht naar vier aspecten van de zorg:

- herkenning van PTSS;
- traumagerichte psychologische behandeling;
- het gebruik van benzodiazepine;
- de informatie-uitwisseling tussen huisarts en ggz.

“Volgens ons onderzoek krijgt slechts 10 tot 25 procent van de mensen met psychose cognitieve gedragstherapie aangeboden”, zegt Rijnierse. “Terwijl de therapie de klachten vermindert en opname kan voorkomen. Dat zou dus veel vaker moeten worden toegepast. Verder krijgt minder dan een op de vijf patiënten jaarlijks een lichamelijk onderzoek. Terwijl dat kan helpen om gezondheidsklachten te voorkomen.”

Bij PTSS krijgt minder dan 40 procent van de cliënten de traumagerichte behandeling die in de richtlijnen wordt aanbevolen. PTSS wordt ook niet altijd herkend, omdat het vaak schuilt achter andere symptomen, zoals depressie en angststoornissen. Verder krijgen vier op de tien mensen met PTSS benzodiazepine voorgeschreven, ondanks

dat dit geneesmiddel niet wordt aanbevolen en zelfs ongewenste effecten kan hebben. Tot slot krijgen veel huisartsen geen terugkoppeling nadat ze een patiënt hebben doorverwezen naar de ggz.

Graag verbeteren

Brancheverenigingen P3NL en de Nederlandse ggz zijn vanaf het begin betrokken bij het Zinnige Zorg-traject. P3NL is een federatie van dertien beroeps- en wetenschappelijke organisaties in de ggz. “Toen het Zorginstituut met dit traject begon waren we meteen enthousiast”, zegt directeur Marnix de Romph. “Psychose en PTSS hebben een grote impact op patiënten en hun omgeving. Die patiënten krijgen niet altijd de voorkeursbehandeling zoals beschreven in de richtlijnen. Dat willen we graag verbeteren.”

Cognitieve gedragstherapie bij psychose

“Er zijn ongeveer 150.000 mensen met psychose in zorg”, vervolgt De Romph. “Daarvan krijgen er naar schatting slechts 30.000 cognitieve gedragstherapie. Dat betekent dat een groep patiënten ter grootte van de bevolking van een stad als Delft niet de beschreven behandeling krijgt. Terwijl ze daar wel baat bij hebben. Die kunnen we helpen, die moeten we helpen.”

Beleidsmedewerker Rianne Groen van P3NL schreef, in samenwerking met de Nederlandse ggz en met ondersteuning van het Zorginstituut, het plan van aanpak om meer patiënten met psychoses cognitieve gedragstherapie (CGT) aan te bieden. Dat moet gebeuren langs vier thema's, legt ze uit: “CGT vraagt specifieke deskundigheid. Het is belangrijk dat daar in de opleiding meer aandacht voor komt. Daarnaast moeten behandelaars die werken met psychose ervaringen kunnen uitwisselen en van elkaar kunnen leren, bijvoorbeeld door intervisie en consultatie. Het derde spoor is



Marnix de Romph: “Psychose en PTSS hebben een grote impact op patiënten en hun omgeving. Die patiënten krijgen niet altijd de voorkeursbehandeling zoals beschreven in de richtlijnen. Dat willen we graag verbeteren”

dat ggz-instellingen betere mogelijkheden scheppen voor passende behandeling, bijvoorbeeld door taakherschikking. Tot slot moet de financiering van de zorg meer ruimte bieden voor CGT.”

De betrokken organisaties en deskundigen reageren positief op het plan van aanpak, aldus Groen. “Sectorbreed onderschrijven partijen de doelen. Ze willen er graag mee aan de slag. Maar dat is niet eenvoudig. Er moet veel gebeuren en zorgaanbieders hebben al veel aan hun hoofd. En er zijn veel oorzaken die we willen aanpakken om tot verbetering te komen; in totaal hebben we elf acties benoemd.”

Het doel is dat over vijf jaar ten minste de helft van de mensen met psychose CGT krijgt aangeboden. “Als het eerder kan, graag”, zegt De Romph. “Maar instellingen hebben ook te maken met andere trajecten zoals Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en de invoering van een nieuwe bekostiging in de ggz. Daarnaast kost het tijd om CGT beter in te bedden in de opleiding.”

Traumagerichte therapie bij PTSS

Het plan van aanpak voor meer traumagerichte behandeling bij mensen met PTSS heeft ook een horizon van vijf jaar, vertelt beleidsmedewerker Monique Strijdonck van de Nederlandse ggz. Bij de branchevereniging

zijn ongeveer honderd ggz- en verslavingsinstellingen aangesloten. Het streven is dat over vijf jaar 70 procent van de cliënten met PTSS traumagerichte therapie krijgt aangeboden. Nu is dat minder dan 40 procent. “Er bestaan nog veel misvattingen over traumagerichte therapie. Mede daardoor wordt deze nog weinig toegepast”, zegt Strijdonck. “Zo zijn behandelaars bang dat de patiënt de confrontatie met het trauma niet aankan. Daardoor pakken ze wel de symptomen aan, maar niet de oorzaak. Ook zijn niet alle behandelaars bekend met de mogelijkheden, zoals de EMDR-therapie. De Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen is onlangs gepubliceerd, daar kunnen we bij aansluiten.”

Belangrijke punten in het plan van aanpak zijn het vergroten van kennis over de positieve effecten van traumagerichte therapie en het bevorderen van vaardigheden bij behandelaars. Het plan van aanpak pleit voor extra aandacht in de opleiding en intervisie en consultatie voor behandelaars. Strijdonck ziet in ‘het veld’ veel sympathie voor de plannen, maar ze ziet ook dat behandelaars en zorginstellingen hun aandacht moeten verdelen over veel andere zaken, zoals de nieuwe bekostiging en corona.

Als de plannen van aanpak definitief zijn, is het aan de veldpartijen om deze te implementeren en resultaten te boeken. De Romph, Groen en Strijdonck hopen hierbij op de inzet van ‘koplopers’ - zorgaanbieders die al verder zijn en kennis willen delen - en zorgaanbieders die met dit traject willen leren en verbeteren. Voor psychose hebben zich hiervoor al organisaties aangemeld en ook voor PTSS zijn de eerste aanmeldingen binnen.

Vinger aan de pols

De implementatie is aan de sector, maar het Zorginstituut blijft betrokken, vertelt Rijnierse. Het monitort de vooruitgang bij de zorgaanbieders en probeert met partijen ‘implementatiehulp’ te organiseren voor instellingen of behandelaars die ondersteuning nodig hebben. “We bedenken nu hoe we dat precies gaan doen. Maar partijen kunnen ervan op aan dat we de vinger aan de pols houden. We zien dat de wil om de zorg te verbeteren bij alle ggz-partijen groot is. Alle partijen willen bijdragen. En wij blijven dit proces begeleiden.” ●



“De implementatie van de Zinnige Zorg-verbeterpunten loopt zó goed dat het Zorginstituut een stapje terug kan doen”

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 **implementatie van verbeterpunten in de zorg voor patiënten met claudicatio intermittens** (‘etalagebenen’).

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Herbert Wiggerman en Jeroen Appels

aan het bureau

Lotte Hermsen is adviseur bij het Zorginstituut.

“In het kader van het Zinnige Zorg-programma onderzocht het Zorginstituut hoe de zorg aan patiënten met etalagebenen verbeterd kon worden. Het belangrijkste verbeterpunt was het stimuleren van *stepped care*. Dat betekent dat patiënten met verdenking op etalagebenen niet direct worden doorgestuurd naar de vaatchirurg, maar dat de zorg zo veel mogelijk in de eerste lijn gebeurt. Huisartsen zijn veel meer in de *lead*, zij doen zelf de diagnostiek of vragen deze aan via vaatlabs van ziekenhuizen. Huisartsen zetten eerst in op eerstelijnszorg, in de vorm van looptraining onder begeleiding van een gespecialiseerde fysiotherapeut. In principe krijgt de patiënt de vaatspecialist helemaal niet te zien. Pas als de looptraining niet helpt, wordt hij doorverwezen naar de specialist en volgt eventueel een dotterbehandeling of stentplaatsing.

De implementatie van deze verbeterpunten startte in 2016. Sindsdien brengt het Zorginstituut de betrokken partijen elk jaar bijeen. We bespreken de voortgang, inventariseren of partijen knelpunten ervaren en of wij hen daarin kunnen helpen. Daarnaast monitoren we de voortgang aan de hand van declaratiecijfers. De trends die we uit deze cijfers kunnen traceren zien er heel positief uit: we zien een concentratie van de zorg in de eerste lijn, we zien dat meer patiënten fysiotherapie krijgen en dat er minder operaties worden uitgevoerd. Natuurlijk delen we deze trends met de betrokken partijen. Een ander positief gevolg van dit project is het ontstaan van veel landelijke initiatieven om de rol van de huisartsen bij de zorg voor claudicatio intermittens te vergroten. Het traject loopt zó goed dat het Zorginstituut – als later dit voorjaar het evaluatierapport is gepubliceerd – een stapje terug kan doen. We hebben er het volste vertrouwen in dat de partijen het traject op eigen kracht zullen voortzetten.”



aan het bed

Max Rubens is kaderhuisarts hart- en vaatziekten en praktiserend huisarts in Schijndel.

“Ik ben als bestuurslid van HartVaathAG (Hart- en Vaatziekten Huisartsen Advies Groep) betrokken geraakt bij dit Zinnige Zorg-traject. Samen met het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) vertegenwoordigen wij in dit traject de huisartsen. Anders dan het wetenschappelijk ingestelde NHG staat de HartVaathAG meer met de ‘voeten in de klei’. Ik ben gewend om heel praktisch te werken. Daarom was het bureaucratische en langdurige proces van dit traject wel even wennen. Maar het heeft uiteindelijk wel zijn vruchten afgeworpen. De belangrijkste knelpunten die in dit traject zijn vastgesteld worden nu opgepakt. Eén daarvan was dat huisartsen maar heel beperkt gebruik konden maken van de vaatlabs in ziekenhuizen, waardoor zij niet zelf goed konden diagnosticeren. Inmiddels komen steeds meer vaatlabs voor huisartsen beschikbaar: in een paar jaar tijd is dit gestegen van nagenoeg geen naar bijna de helft van alle vaatlabs in Nederlandse ziekenhuizen. Huisartsen kunnen daardoor nu vaker de diagnostiek in eigen hand houden en de patiënt doorverwijzen naar een gespecialiseerde fysiotherapeut. Dat is winst.

Een ander belangrijk verbeterpunt was om huisartsen te stimuleren om patiënten met claudicatio intermittens bij voorkeur naar de fysiotherapeut door te verwijzen. ClaudicatioNet, een netwerk van gespecialiseerde fysiotherapeuten, heeft daarvoor een speciale training voor huisartsen en praktijkondersteuners ontwikkeld, gesubsidieerd door ZonMw. Sinds 2019 trekken wij als kaderhuisartsen met deze training door het hele land. Daarbij vertellen wij ook dat de patiënt met etalagebenen tijdens de looptraining van de gekwalificeerde fysiotherapeut vaak ook leefstijlcoaching krijgt. Dat maakt deze eerstelijns zorg extra effectief, zeker als je bedenkt dat de patiënt deze gecombineerde zorg voor 37 consulten per jaar krijgt vergoed. De patiënt vangt hiermee eigenlijk twee vliegen in één klap. Voor veel huisartsen en praktijkondersteuners was dit een echte eyeopener.”

“De patiënt met etalagebenen krijgt tijdens de looptraining ook leefstijlcoaching. Hij vangt hiermee twee vliegen in één klap”

Ziekenhuizen ontwikkelen artificial intelligence

“Je wilt geen melkkoe van techreuzen zijn”

De zorg wordt steeds meer gedreven door kunstmatige intelligentie (KI, of AI: *artificial intelligence*). Dat maakt de zorg ook sterk afhankelijk van techgiganten. Medisch specialist Bart-Jan Verhoeff ontwerpt zelf AI-modellen waarmee dokters voorspellingen kunnen doen bij een behandeling. De voordelen? Snellere diagnoses, betere inschatting van risico's, minder ongeplande opnames en lagere zorgkosten.

Tekst Loek Kusiak

Beeld De Beeldredactie | Ed van Rijswijk

Bart-Jan Verhoeff is internist in nierfalen (nefrologie). Daarnaast speurt hij onvermoeibaar naar slimmere zorgprocessen en visualisatie van patiëntgegevens met behulp van digitale technologie. Onvolledigheden in de software van ICT-leveranciers completeert hij met eigen apps en andere software die hij zelf maakt. “Ik maak in feite de cirkel rond tussen de productdata van techbedrijven en de data die ziekenhuizen gebruiken.”

Als Chief Medical Information Officer (CMIO) in het St Jansdal Ziekenhuis in Harderwijk vormt hij anderhalve dag per week de verbinding tussen de raad van bestuur, dokters en de ICT-afdeling, zowel op strategisch als operationeel vlak. Hij schrijft blogs over AI en stimuleert als bestuurslid van het landelijke netwerk van CMIO's collega's om met *machine learning* aan de slag te gaan, met eigen datamodellen voor betere medische prestaties.

Een oogwenk

Verhoeff: “Ik vind het gewoon leuk om met techniek te experimenteren en onder de motorkap te kijken. Daarnaast zie ik het als een uitdaging om collega's mee te nemen in de mogelijkheden van AI. Dokters neigen er nog steeds toe AI weg te zetten als iets complex of wiskundigs waarvoor je experts moet inhuren. Heel raar, want een academicus moet toch enige bereidheid opbrengen hiervoor open te staan. Als arts kun je ook niet eindeloos over alle patiënten blijven prakkiseren. Een AI-model levert in een oogwenk een prognose voor iemands ziekteverloop. Als arts kun je daardoor preventief en veiliger werken, maar moet je ook zelf blijven nadenken. Het algoritme moet ook een betrouwbaar hulpmiddel zijn. Anders klopt het ethisch niet.”

Nieuw concept

In 2017 hoorde Verhoeff op een bijeenkomst van gebruikers van het ziekenhuisinformatie-

stelsysteem Epic over computermodellen die voorspellingen doen, op basis waarvan artsen beslissingen kunnen nemen. Een nieuw concept, dat Verhoeff fascineerde. Hij volgde online cursussen over AI, startte op een gereviseerde computer van een collega met *machine learning* en putte informatie uit gratis open source software. Hij schreef zelf de software waarmee artsen in het St Jansdal eenvoudig brieven met labuitslagen en andere medische gegevens digitaal kunnen produceren en uitwisselen. Ook richtte Verhoeff in zijn ziekenhuis voor medisch specialisten de denktank 'Digitale dokters' op, tegenwoordig de 'Werkgroep Epic'.

“AI kan tot veel gemak, een betere organisatie en gezondheidswinst leiden. Ik popel om met AI het risico te voorspellen dat mijn patiënten lopen op acuut verlies van nierfunctie”

Verhoeff wist Epic Europe na tientallen mails over te halen om in hun software een zogeheten probleemlijst toe te voegen: een visualisatie van de medische voorgeschiedenis van de patiënt met klinische parameters zoals bloeddruk en zuurstofsaturatie. “Mijn visie is: geef dokters met een minimum aan klikken zoveel mogelijk informatie over iemands medische historie. Deze smartlink bespaart veel gezocht in het epd, het elektronisch patiëntendossier. De tijdswinst die je daarmee boekt op een poli met veertig patiënten per dag kun je besteden aan de anamnese.” De kosten voor deze smartlink-koppeling door Epic bedroegen aanvankelijk enkele tienduizenden euro's. “Maar omdat via het



CMIO-netwerk ook andere ziekenhuizen de probleemlijst overnamen, kostte het ons ziekenhuis uiteindelijk maar 2.000 euro. Ook met het epd van Chipsoft, een andere ICT-leverancier, is deze koppeling nu mogelijk.”

Expertgroep

Verhoeff startte een pilot met een AI-expertgroep, bestaande uit het topklinisch St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein en vier regionale ziekenhuizen van de koepel Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ). In deze pilot werden zes voorspellende AI-modellen onderzocht, die als hulpmiddel dienen voor het behandelteam. De pilot, die onlangs is afgerond, vond plaats in het St Jansdal en het BovenIJ ziekenhuis. Ver-

hoeff geeft als voorbeeld een model voor de spoedeisende hulp (SEH). “Daarmee kun je een kwartier nadat de patiënt is opgenomen voorspellen of deze opname langer dan 48 uur duurt. Een ander model dient om te voorspellen of iemand na ontslag na een operatie binnen 30 dagen toch weer wordt opgenomen. Deze patiënt verdient dus extra aandacht. Data van verschillende modellen zijn ook te combineren voor veel andere toepassingen, zoals een voorspelling over sterfte onder zeer kwetsbare patiënten. Stuk voor stuk AI-signalen die de arts wijzen op een naderende noodsituatie.”

De expertgroep wil de sterkste AI-voorspelers selecteren om tot een overkoepelend

model te komen, dat voor regionale ziekenhuizen geschikt is. Maar voordat het zover is, is CE-markering, ofwel Europese goedkeuring, nodig. “Onze algoritmen zijn een medisch instrument. Dat moet voldoen aan eisen van kwaliteits- en risicomanagement, validatie, opleiding van gebruikers. Als individueel regionaal ziekenhuis is een CE-markering niet haalbaar, maar wel als SAZ-ziekenhuizen samen optrekken.”

Geen melkkoe

Co-creatie van AI-modellen door samenwerkende ziekenhuizen is ook veel goedkoper dan wat techreuzen als Google, Microsoft, Apple of Philips in rekening brengen. Voor hun AI-technologie betaal je 50 tot 75.000 euro per jaar, plus eenmalig 80.000 euro installatiekosten. Ook al kun je niet helemaal om ze heen, je kunt wel onafhankelijker worden. We moeten uitkijken dat we geen nieuwe melkkoe van de ICT-giganten worden.”

Want hoe gaat het nu? Verhoeff legt uit: “Ziekenhuizen leveren hun data aan bij de ICT-leverancier, waarna je hun model of systeem drie jaar gratis mag gebruiken. Vervolgens moet je het kopen. Dat vind ik maf. Waarom de hoofdprijs betalen voor je eigen data, voor wat je zelf kunt genereren? Vandaar mijn gesprekken met de SAZ-ziekenhuizen, want het kost hun maar een fractie vergeleken bij wat techleveranciers vragen. Daarvoor maken wij toegankelijke modellen gebaseerd op data van patiënten in regionale ziekenhuizen, want die patiënten zijn vergelijkbaar. We zijn dus zeer concurrerend en ontwijken daarmee een externe tussenlaag van leveranciers die zorggelden afroemt. Alle data blijven ook ons eigendom, terwijl techreuzen zich deze data graag toe-eigenen voor nieuwe verdienmodellen.”

Hoe de AI-modellen in de patiëntenzorg gebruikt zullen worden, hangt volgens Bart-Jan Verhoeff af van de *couleur locale* van het ziekenhuis, van de werkcultuur en de visie van een bestuurder. “Je moet dokters hebben die een eerste stap zetten en een model kunnen interpreteren. Dan kan AI tot veel gemak, een betere organisatie en gezondheidswinst leiden. Natuurlijk popel ook ik om met AI te kunnen voorspellen welk risico mijn patiënten lopen op acuut verlies van nierfunctie.” ●

Beter begrip van zorgbegrippen

Een betere zorg in Nederland; daarvoor zetten overheid en partijen in de zorg zich samen in. Zo hebben het Zorginstituut, maar ook VWS, NZa, IGj, zorgverleners en verzekeraars diverse programma's opgetuigd, elk met zijn eigen concept, naam, begrip of motto. Termen die erg op elkaar lijken, maar nét iets anders betekenen. Om enige helderheid te brengen in dit woud van begrippen, zetten we ze hier op een rij.

Tekst Edith Bijl

Gepast gebruik

Bij 'gepast gebruik' gaat het om het leveren van zorg die aansluit bij de situatie en de wensen van de patiënt. Het programma 'Zorgevaluatie en Gepast Gebruik' (ZE&GG) is bedoeld om samen met partijen in de medisch-specialistische zorg gepast zorggebruik te realiseren.

Samen Beslissen

Met deze term doelen we op het proces waarin zorgprofessional en patiënt gezamenlijk bespreken welke zorg het beste bij de patiënt past. Uitgangspunt is dat de zorg zoveel mogelijk aansluit bij de situatie en behoeften van de patiënt.

Zinnige Zorg

Deze naam komt voor in meerdere programma's van zowel de overheid, het Zorginstituut als enkele zorgverzekeraars. Bij ons Zinnige Zorg-programma beoordelen we of de diagnostiek en de therapeutische interventies die deel uitmaken van de verzekerde zorg op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet.

Uitkomstgerichte zorg

Dit is een programma (2018-2022) van de partijen uit het hoofdlijnenakkoord (HLA) medisch-specialistische zorg. In dit programma werken de HLA-partijen samen om de zorg beter af te stemmen op de uitkomsten die de patiënt belangrijk vindt. Doel is ook hier de zorg verder te verbeteren. Het programma is gebaseerd op het concept van 'waardegedreven zorg'.

Waardegedreven zorg (value based healthcare)

Het doel van waardegedreven zorg is om gezondheidsuitkomsten tegen de laagst mogelijke kosten te realiseren. Daarnaast beoogt dit concept dat er een omslag komt

van betalen voor volume naar betalen voor waarde. Er is ook een programma 'Waardegedreven Zorg' van acht universitaire | medische centra.

De juiste zorg op de juiste plek (JZOJP)

Deze term geeft het streven aan om onnodig dure of overbodige zorg te voorkomen en de zorg te verplaatsen naar dichterbij de mensen thuis, in hun eigen vertrouwde leefomgeving. JZOJP omvat ook het vervangen van zorg door nieuwe en andere vormen van zorg, zoals e-health, domotica of sociaal en maatschappelijk werk. Er is ook een (VWS-) programma JZOJP, dat tot doel heeft partijen in het veld te stimuleren om dit gedachtegoed naar de praktijk te vertalen.

Passende zorg

Deze term staat voor zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs. Passende zorg omvat zowel gepast gebruik als een passende organisatie van zorg. Het Zorginstituut en de NZa hebben de term in december 2020 gebruikt in hun advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú'.

Veelbelovende zorg

Dit is een subsidieregeling van het Zorginstituut en ZonMw. De regeling maakt het mogelijk tijdelijke financiering te krijgen voor behandelingen die veelbelovend lijken maar nog niet uit het basispakket worden vergoed. Voorwaarde om voor subsidie in aanmerking te komen is dat binnen de subsidieperiode onderzoeksgegevens van voldoende kwaliteit worden verzameld over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de nieuwe zorg. ●



Elevator Pitch

Beeld De Beeldredactie | Sander de Wilde

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

Marcus Guardian

Projectleider EUnetHTA

“Voordat ik bij het Zorginstituut begon, deed ik veel lobbywerk voor bedrijven en ngo's, voornamelijk in Brussel. Vanwege mijn ervaring op Europees niveau vroeg het Zorginstituut mij om projectleider te worden voor het European network for Health Technology Assessments (EUnetHTA). Het Zorginstituut was daarvan in 2016 de algemeen coördinator geworden. EUnetHTA is een samenwerkingsverband van onze zusterorganisaties in de 27 EU-landen en wordt gefinancierd door de Europese Commissie. Samen met mijn internationale team coördineer ik alle activiteiten binnen dit netwerk, dat bestaat uit 87 nationale en regionale organisaties. Het is een flinke, maar zeer waardevolle uitdaging om al die organisaties tot consensus te brengen. Samen met de Raad van Bestuur hebben we met succes een duurzaam Europees netwerk opgezet dat effectief HTA-producten produceert, met een grotere impact voor meer mensen. Dankzij het EU-HTA-reglement worden onze diverse nationale benaderingen van HTA geharmoniseerd tot één enkele stroom die dubbel werk, en dus middelen en kosten, vermindert. Dit schept een robuust precedent voor toekomstig werk en daar ben ik erg trots op. Naast mijn werk voor EUnetHTA ben ik 'general manager' van het International Horizon Scanning Initiative (IHSI), het internationale equivalent van de Nederlandse Horizonscan. Het internationale karakter van beide functies past goed bij mij: ik ben zelf een mix van Europees ouderschap en geniet van de samenwerking met mijn toegewijde collega's, zowel bij het Zorginstituut als in heel Europa. Dat beide projecten bovendien bijdragen aan betere gezondheidszorgsystemen maakt het werk nog lonender!”

Over zorg gesproken...

“Ziekenhuizen moeten tijdens een crisis meer patiënten kunnen opnemen. Maar meer ic’s, structurele overcapaciteit organiseren? Nee. Vóór de pandemie was er 25 procent overcapaciteit op de ic’s. Dat is verspilling.”

Peter Bennemeer, oud- directeur Bernhoven Ziekenhuis en auteur van ‘De Ingreep’, op nrc.nl (11 maart 2021).

“Kiezen voor een baan als medisch specialist of verpleegkundige is als kiezen om politieagent of leraar te worden. Het is een vak voor het leven.”

Peter Paul van Benthem, voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten, op skipr.nl (23 februari 2021).

“Als arts ben je te gast in het leven van een patiënt. *What matters to you?*, zou elke arts moeten vragen.”

Jan Kremer, o.m. hoogleraar patiëntgerichte innovatie en voorzitter Kwaliteitsraad van het Zorginstituut, op zorgvisie.nl (9 februari 2021).

“Als we in deze coronacrisis ouderen niet met dor hout mogen vergelijken, moeten we stoppen met kinderen beschouwen als flexibel buigzame twijgjes. Er komt een moment dat een twijgje niet meer buigt, maar breekt.”

Huisarts Danka Stuijver in De Volkskrant (27 januari 2021).

“Tien jaar onderzoek leert ons dat uitgavenbeheersing in de zorg weerbarstig is. Het is moeilijk, maar niet onmogelijk.”

Ewout Irrgang, bestuurder van de Rekenkamer, in Zorgvisie (8 februari 2021).

“We leerden gedurende eeuwen hoe we onder de zeespiegel kunnen leven. Het leren leven onder de R-waarde moet veel sneller kunnen.”

Hans Boutellier, bijzonder hoogleraar polarisatie en veerkracht aan de VU, op nrc.nl/next (2 februari 2021).

“Geen enkele dokter gaat ’s morgens aan het werk met het idee: ik ga een fout maken. Een klacht voelt voor hen alsof ze geen goede dokter meer zijn.”

Advocaat gezondheidsrecht Oswald Nunes in De Volkskrant (15 januari 2021).

“We leven al maanden veel te serieus en we lachen veel te weinig. Een dagelijkse verbale humorvaccinatie verhoogt onze weerstand en onze levensvreugde.”

Psycholoog René Diekstra in het AD (19 januari 2021).