



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
september 2021



Kina Koster,
bestuursvoorzitter Cicero Zorggroep:

“Vroegtijdige interventie
bij dementie kan een
hoop ellende voorkomen”

Passende zorg voor
mensen met kanker

Vaccinatiezorg voor
risicogroepen te
versnipperd

Inhoud

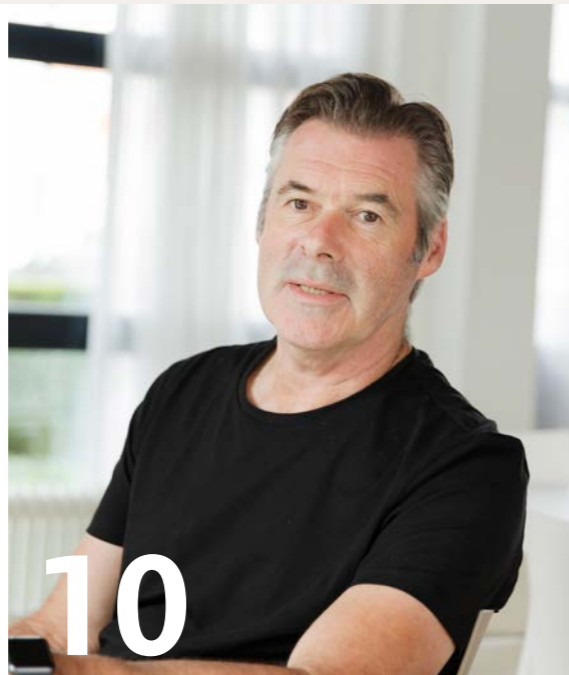
6 Passende zorg kankerpatiënten
Steeds meer mensen krijgen kanker, de kosten blijven stijgen en er is een tekort aan personeel: het is tijd voor een deltaplan voor de zorg. Het project 'Passende zorg voor mensen met kanker' is hier een eerste aanzet toe.

8 Minder 'puffers' in COPD-zorg
Drentse huisartsen onderzoeken in het kader van het DECIDE-programma of zij COPD-patiënten ertoe kunnen bewegen minder ontstekingsremmers te gebruiken. Ook wil het onderzoek gepast gebruik bevorderen.

12 Naar CO₂-neutrale zorg
De zorgsector is verantwoordelijk voor 8 procent van de Nederlandse CO₂-uitstoot. Een van de initiatieven die zich inzetten voor duurzaamheid in de zorg is het Landelijk Netwerk de Groene OK.

22 Advies nieuwe migrainemiddelen
Een deel van de mensen met chronische migraine is gebaat bij behandeling met CGRP-remmers. Om hun passende zorg te bieden, adviseerde het Zorginstituut deze middelen te vergoeden - maar wel onder strikte voorwaarden.

28 Vaccinatiezorg risicogroepen
Met het rapport *Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen: wie neemt de regie?* geeft het Zorginstituut een aanzet om de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen eenduidig te regelen.



Rubrieken

10 Tien vragen aan: Jos de Blok

16 Feiten & Cijfers

18 De andere blik
Bestuursvoorzitter Kina Koster.

21 Column Martin van der Graaff

24 Zinnige Zorg
Verbetersignalement Zinnige Zorg bij veneuze trombose en longembolie.

26 Aan het bureau / aan het bed
Advies 'Eerstelijns paramedische herstellzorg na covid'.

30 Literair recept van de Culturele Apothekers

31 Elevator Pitch
Het werk van Zorginstituut-medewerker Kathelijne Hartkamp in 200 woorden gevat.

32 Over zorg gesproken



Een betrokken samenleving?!

Voorwoord

Sinds we ons in Nederland bezighouden met de vraag wat kwalitatief goede zorg is, ging dat in eerste instantie vooral over de *professionele* kwaliteit, dus vanuit medisch professioneel perspectief. Later kwam daar het patiëntenperspectief bij: vanuit de gedachte 'de klant centraal' werd het oordeel van de patiënt over de kwaliteit van zorg steeds belangrijker. Zo voorzag het stelsel in een strenge verdeling van taken: de overheid gaat over het pakket en bepaalt daarmee wat verzekerde zorg is. Het veld gaat over de kwaliteit van zorg en stelt de kwaliteitsvoorwaarden vast.

Naar mijn mening is die laatste stelling – 'kwaliteit is van het veld' – inmiddels achterhaald. We zien immers, zeker in het afgelopen jaar, dat er vanuit de samenleving steeds meer betrokkenheid is bij de waarden die meetellen bij de kwaliteit van zorg. Deels is dat een reactie op de uitdijende zorgkostenpost die wij als samenleving moeten opbrengen. Begrijpelijk rijst daardoor de vraag waarom de zorgsector zélf zijn kwaliteitseisen mag bepalen, terwijl andere maatschappelijke sectoren waar ook tekorten zijn (zoals onderwijs), daar niet zelf over kunnen beslissen. De 100 miljard euro die naar de zorg gaat is te rechtvaardigen vanuit het streven naar goede gezondheid. Maar hoe behaal je als samenleving de meeste gezondheidswinst? Kan je die gezondheidswinst niet voor hetzelfde geld bereiken door meer te investeren in een betere woon- en werkomgeving, schonere lucht, een gezonder klimaat en beter onderwijs?

Deze dilemma's vereisen een breed maatschappelijk debat, dat vanuit veel meer perspectieven moet worden gevoerd dan het medisch perspectief. De verdeling van mensen en middelen is iets waar de samenleving een stem in moet hebben. Precies daarom is kwaliteit van zorg niet alléén van het veld, maar van de samenleving als geheel, inclusief de zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten. Die dialoog moet gevoerd worden. Een dialoog waarin de overheid, als vertegenwoordiger van de samenleving, een initiërende en regisserende rol speelt.

Wat betekent dit concreet voor de overheid, en specifiek voor het Zorginstituut? Dat de ministeries leiderschap gaan tonen en gaan sturen op de uitvoering door alle betrokken partijen. De NZa en het Zorginstituut hebben met het advies 'Passende Zorg' een vertaling gemaakt van de publieke kernwaarden anno 2021: zorg moet waardegedreven zijn, samen met en dicht bij de patiënt georganiseerd. Ook moet zorg bijdragen aan maatschappelijk functioneren. Wij zijn de dialoog gestart die moet gaan leiden tot verdere inrichting van de kernwaarden. En we gaan door het uitbrengen van signalen de kwaliteit van zorg spiegelen aan die kernwaarden. Zo komt passende zorg dichterbij.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland

Korte berichten



Zorginstituut deelt verhalen over inzet van uitkomstinformatie voor 'samen beslissen'

'Samen beslissen' levert een belangrijke bijdrage om de zorg passender en betaalbaarder te maken. In dat kader subsidieert het Zorginstituut sinds 2016 projecten van zorgverleners en patiënten, die gericht zijn op het leren gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen beslissen. Zo ontwikkelden zij instrumenten en methoden om het proces van Samen beslissen op gang te brengen. Vanaf begin oktober gaat het Zorginstituut de resultaten van zestien projecten (de voorlopers) delen op het kennisplatform Uitkomstgerichte Zorg. Op dit kennisplatform laten de voorlopers aan de hand van verhalen van patiënten, hun naasten, artsen en verpleegkundigen zien hoe je Samen beslissen aanpakt. Zij

vertellen hoe zij met behulp van instrumenten - zoals keuzehulpen, vragenlijsten en voorspelmodellen - het gesprek over een behandeling beter konden voeren. De ontwikkelde methoden en instrumenten helpen bij de afweging van de voors en tegens van een ingreep. En zij geven inzicht in de gevolgen voor de kwaliteit van leven en het aanvaarden van risico's. Met het delen van de resultaten geeft het Zorginstituut zorgvragers en -aanbieders de kans om met Samen beslissen aan de slag te gaan. Wij sluiten hiermee ook aan op de 'Samen beslissen'-campagne *Hallo dokter* die 6 september van start ging. Zie ook: <https://platformuitkomstgerichte-zorg.nl/stimuleringsprogramma>.

Herziene versie Toetsingskader

Het Zorginstituut heeft het 'Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten' per 1 juli 2021 herzien. De belangrijkste wijzigingen zijn:

1. Toevoeging van een toets op mogelijke substantiële financiële gevolgen van de implementatie van een kwaliteitsstandaard.
2. Aandacht voor:
 - afspraken over gegevensvastlegging en -uitwisseling;
 - doelmatige zorg en mogelijk gebruik hierbij van digitale zorgoplossingen;
 - 'samen leren en verbeteren';
 - uitkomstinformatie;
 - kwaliteitsverslagen als instrument ter verbetering van de kwaliteit van zorg.
3. Implementatieplan als verplicht onderdeel voor kwaliteitsstandaarden.
4. Alleen meetinstrumenten met een indicatorset die bestemd zijn voor transparantie worden nog getoetst.

Het nieuwe Toetsingskader staat op onze website Zorginzicht.nl. Daar staat onder meer ook informatie over de wijze van aanbieden van kwaliteitsinstrumenten aan het Register met de herziene aanbiedingsformulieren en een aantal herziene en nieuwe tools. Eén daarvan is de *Handreiking doelmatigheid en duurzaamheid in kwaliteitsstandaarden* (zie ook de kadertekst op pagina 12).

Advies dure gentherapie Zynteglo

Gentherapie Zynteglo heeft effect bij de behandeling van ernstige bèta-thalassemie, een vorm van erfelijke bloedarmoede. Het medicijn pakt de oorzaak van de ziekte aan, waardoor veel behandelde patiënten mogelijk geen bloedtransfusies meer nodig hebben om te overleven. Maar de onzekerheid over het (langetermijn)effect staat niet in verhouding tot zijn hoge prijs: Zynteglo kost bijna 1,6 miljoen euro per patiënt per jaar. Daarom adviseerde het Zorginstituut afgelopen zomer om het middel pas uit het

basispakket te vergoeden als aan twee voorwaarden is voldaan. Ten eerste moet de prijs met ongeveer 35 procent omlaag. Daarmee wordt een deel van het risico dat er te veel voor het middel wordt betaald bij de fabrikant gelegd. Ten tweede moet er een *pay for performance*-afspraken met de fabrikant komen. Hierbij hangt de betaling aan de fabrikant af van hoe goed het medicijn in de praktijk echt werkt (prestatiebeloning).

Maagzuurremmer bij maagklachten vaak onnodige zorg

In 2018 slikten zo'n 2,8 miljoen Nederlanders met maagklachten sterke maagzuurremmers op recept. Volgens het Zorginstituut worden deze zogeheten protonpompremmers (PPI's) vaak onterecht voorgeschreven. Bij veel patiënten is sprake van chronisch gebruik. Dat leidt tot gezondheidsrisico's, zoals een hogere kans op botbreuken, chronische nierschade en vitaminedekortingen. Ook is er sprake van overdiagnostiek: een aan-

zienlijk deel van de mensen met maagklachten krijgt onnodig een kijkonderzoek van de maag (gastroscopie).

Om passende zorg bij maagklachten te kunnen bieden, zijn een herziening en betere navolging van behandelrichtlijnen en goede patiënteninformatie noodzakelijk. Dat stelt het Zorginstituut in het *Verbetersignalement Zinnige Zorg bij Maagklachten*, dat eind augustus

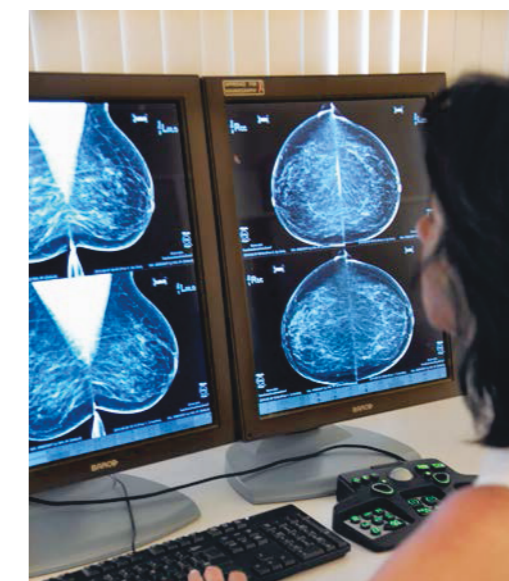
werd gepubliceerd. In samenwerking met alle betrokken partijen zijn verbeterafspraken gemaakt. Het Zorginstituut gaat de voortgang van de verbeterafspraken monitoren.

Het terugdringen van overdiagnostiek en overbehandeling bij maagklachten kan volgens het Zorginstituut een besparing van 19 miljoen euro per jaar opleveren.

Standpunt Zorginstituut: gentest bij borstkanker in basispakket

Het Zorginstituut heeft bepaald dat de genexpressietest Oncotype deel uitmaakt van het basispakket. De test, bedoeld voor vrouwen met borstkanker in een vroeg stadium, bepaalt of behandeling met chemotherapie zinvol is. Vaak wordt na een borstoperatie ook chemotherapie gegeven, om uitgroei van nog niet aantoonbaar aanwezige tumoren te voorkomen. Bij twijfel of deze aanvullende chemotherapie zinvol is, kan een genexpressietest uitkomst bieden. De test voorspelt op basis van een genenprofiel wat het risico is dat een patiënt uitzaaiingen ontwikkelt. Bij een groot risico op uitzaaiingen zal de arts aanvullende chemotherapie adviseren. Als het risico op uitzaaiingen klein is, kunnen de arts en patiënt samen beslissen geen chemotherapie te doen. Daarmee worden de bekende en ingrijpende bijwerkingen voorkomen.

In dit standpunt concludeert het Zorginstituut dat Oncotype meerwaarde heeft voor vrouwen boven de 50 met een vroeg stadium van borstkanker, die ER-positief of HER2-negatief zijn, geen uitzaaiingen hebben in de okselklier én volgens de richtlijn



op basis van de tumorkenmerken in aanmerking komen voor een genexpressietest. Voor deze groep wordt de gentest daarom opgenomen in het basispakket.

Meer informatie?

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

Inventarisatie huidige stand van zaken kankerzorg

Passende zorg voor mensen met kanker

Het Nederlandse zorgstelsel behoort tot de beste van de wereld. Maar er liggen bedreigingen op de loer. Steeds meer mensen krijgen kanker, de kosten blijven stijgen en er is een tekort aan personeel. Het is tijd voor een deltaplan voor de zorg. Om te beginnen de zorg voor mensen met kanker. Een eerste aanzet hiertoe werd gegeven op 24 juni, tijdens een startbijeenkomst van het project 'Passende zorg voor mensen met kanker'.

Tekst Jos Leijen

Beeld iStock

Rashmi Jadoenandansing is namens het Zorginstituut projectleider van 'Passende zorg voor mensen met kanker'. Tijdens de startbijeenkomst lichtte zij de beoogde werkwijze van 'Passende zorg' toe (zie ook het kader rechts). "Passende zorg moet een gezamenlijke beweging worden waarin we met elkaar in gesprek gaan over kansen en bedreigingen voor passende zorg voor mensen met kanker. We beginnen Passende zorg met deze aanpak, omdat het om veel patiënten gaat en omdat de kosten snel stijgen", zegt ze. "We kijken heel breed naar wat er nodig is. Niet alleen naar de effectiviteit van de zorg, maar bijvoorbeeld ook naar knelpunten in de organisatie van de zorg en in de bekostiging."

Het traject begint met een nulmeting om de huidige stand van zaken rond de zorg voor mensen met kanker te inventariseren. "Wat zijn belangrijke thema's en vraagstukken? Welke oplossingsrichtingen zijn er? Welke programma's en projecten lopen er al? Hoe kunnen we die verbinden en samenhang aanbrengen? Na het blootleggen van knelpunten willen we tot heldere afspraken komen. We voeren gesprekken met betrokken partijen en doen onderzoek. Dat moet eind september resulteren in vijf thema's die we vervolgens met de veldpartijen gaan uitdiepen."

Kankerzorg concentreren

Diverse sprekers belichtten bij de startbijeenkomst verschillende aspecten van de zorg. Jeroen Kloovers van het Elizabeth Tweesteden Ziekenhuis ging in op 'samen beslissen bij longkanker'. Longarts Wanda de Kanter vertelde over preventie, met name de behandeling van rookverslaving. Irene Dingemans van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) hield een presentatie over expertzorg in relatie tot passende zorg voor mensen met kanker. "De NFK denkt dat patiënten met kanker het meest gebaat zijn bij gespecialiseerde 'expertzorg'", zegt Dingemans een paar weken na de startbijeenkomst. "Dat staat wat op gespannen voet met het uitgangspunt van zorg dicht bij de patiënt. Een arts die veel patiënten ziet, heeft meer expertise op het gebied van behandeling, doses en volgorde. Samen met de patiënt kan hij beter tot passende zorg komen. Dit vraagt concentratie van kankerzorg in een beperkt aantal expertziekenhuizen."

Irene Dingemans is samen met Pauline Evers namens NFK betrokken bij Passende zorg. Dingemans vanuit haar focus op kwaliteit en expertzorg, Evers vanwege haar aandachtsgebied 'dure geneesmiddelen'. "We zien dat expertzorg ook bijdraagt aan het tijdig stoppen met therapie in de laatste levensfase", zegt Evers. "Artsen zien blijkbaar sneller wanneer een tumorgerichte behandeling

Dingemans: "In ons polderlandschap hebben veel partijen hindermacht, maar wie heeft doorzettingsmacht? Misschien moeten we het daar ook over hebben als het gaat over passende zorg"



geen zin meer heeft en ze kunnen dat ook goed uitleggen aan patiënten." Expertzorg vraagt een andere organisatie van de zorg voor mensen met kanker en botst met bestaande belangen. Dat maakt de door NFK gewenste verandering ingewikkeld en maakt het voeren van het brede gesprek hierover van belang. "Het is belangrijk dat er leiderschap komt", vindt Dingemans. "In ons polderlandschap hebben heel veel partijen hindermacht, maar wie heeft doorzettingsmacht? Misschien moeten we het daar ook over hebben als het gaat over passende zorg."

Trajecten verbinden

Dingemans en Evers pleiten voor een goede verbinding met andere trajecten en initiatieven. "Er lopen heel veel projecten", zegt Evers. "Regie op Registers voor dure geneesmiddelen, Zinnige Zorg-trajecten, Gepast Gebruik en Zorgevaluatie, een programma rond diagnostiek. Er moet geen dubbel werk worden gedaan en de projecten mogen elkaar niet in de weg gaan zitten." Jadoenandansing benadrukt dat dubbel werk niet de bedoeling is. "We willen dat alle acties die we samen nodig achten, op een maatschappelijke agenda landen. Dat kunnen acties zijn die al lopen, maar ook nieuwe acties. In het streven naar gelijkgerichtheid en samenwerking is het verbinden van lopende trajecten heel belangrijk. We zijn in gesprek of we gaan in gesprek met

bestaande initiatieven zoals de Nationale Kankeragenda. Op het thema preventie weten we elkaar goed te vinden."

Evers: "Er moet iets gebeuren, want kankerpatiënten krijgen niet altijd passende zorg"

"Voor het NFK zijn de belangrijkste thema's de organisatie van de zorg en preventie", neemt Evers een voorschot op de uitkomsten van de gesprekken met 'het veld'. "En als derde misschien personeel. Want dat probleem komt ook keihard op ons af. De vraag is of er nog meer thema's nodig zijn. Elke extra werkgroep betekent een extra belasting voor de deelnemende partijen." Ondanks de bedenkingen zijn Evers en Dingemans positief over Passende zorg. "Er moet iets gebeuren, want kankerpatiënten krijgen niet altijd passende zorg. De organisatie van de kankerzorg moet voorbereid worden op uitdagingen van de toekomst: meer patiënten, persoonsgerichte diagnostiek en behandeling, stijgende kosten en minder personeel. Er is concrete actie nodig. Als er straks een mooi rapport ligt dat in een la verdwijnt, is alle moeite voor niets. Daar is het probleem te urgent voor. We moeten handelen, niet schrijven." ●

PASSENDE ZORG

Eind 2020 verscheen het advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú', dat het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit schreven voor toenmalig minister voor Medische Zorg Van Ark. Passende zorg moet eraan bijdragen dat het Nederlandse zorgstelsel ook in de toekomst houdbaar is. Het advies schetst de basisprincipes voor passende zorg:

- Passende zorg is waardegedreven. Dat wil zeggen dat zorg effectief is en relevante winst in gezondheid en functioneren oplevert voor de patiënt tegen een aanvaardbare prijs.
- Passende zorg komt tot stand in dialoog tussen arts en patiënt, die samen beslissen. En ook in goede samenwerking tussen zorgprofessionals.
- Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek, dicht bij de patiënt.
- Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van ziekte; er moet meer aandacht komen voor preventie.

De zorg voor mensen met kanker wordt nu als eerste zorggebied onder de loep gelegd.

DECIDE doorbreekt vicieuze cirkel in COPD-zorg

Huisartsenpraktijken in Drenthe zijn op verzoek van het Zorginstituut gestart met het DECIDE-programma, een afkorting voor 'deïmplementatie COPD-inhalatie-cortico-steroïdengebruik in de Drentse eerstelijns'. Het onderzoek moet uitwijzen of COPD-patiënten ertoe bewogen kunnen worden om minder ontstekingsremmers, 'puffers', te gebruiken. Ook wil het onderzoek gepast gebruik bevorderen. Puffers blijken bij een flink deel van de COPD-patiënten weinig effect te hebben en zelfs tot ernstige bijwerkingen te kunnen leiden.

Tekst Robert van der Broek

Beeld De Beeldredactie | Jasper Overbeek

Puffers worden meestal in combinatietherapie voorgeschreven: luchtwegverwijders en ontstekingsremmers. De eerste zet de luchtweg wijd open, zodat zuurstof de longen kan bereiken. De ander bestrijdt de ontsteking en vermindert de reactie op prikkels. Voor mensen met astma of chronische bronchitis is het gelijktijdig gebruik van beide medicijnen waardevol; de ontstekingsremmer is zelfs de hoeksteen van de behandeling. Dat blijkt niet het geval voor mensen met milde COPD zonder astma. Onderzoek heeft aangetoond dat deze inhalatie-corticosteroiden (ICS) nauwelijks tot geen effect hebben voor

deze groep patiënten. Zij kunnen zelfs tot nare bijwerkingen leiden, zoals longontsteking, schimmel in de mond, blauwe plekken, een dunnere huid, kwetsbare bloedvaten en botontkalking. Hoewel dit bij zorgverleners en patiënten meestal wel bekend is, worden ICS nog steeds voorgeschreven aan deze groep patiënten en is er zelfs sprake van overbehandeling. Ontstekingsremmers worden landelijk voorgeschreven aan 60 procent van de COPD-patiënten, terwijl hooguit 25 procent deze echt nodig heeft. De extra kosten worden geraamd op 82 miljoen euro; terugdringing van de overbehandeling levert dus potentieel een forse maatschappelijke besparing op.

Lastig om te stoppen

Voor de overbehandeling van ICS zijn verschillende verklaringen. Patiënten zijn gewend aan het gebruik van twee puffers en geloven dat ze alleen met beide medicijnen normaal kunnen ademen. Huisartsen vinden het moeilijk om deze veronderstelling te weerleggen. Er zijn ook huisartsen die niet weten wat het juiste moment is om de behandeling te staken – en of dat veilig is. Daarnaast kunnen gewenning of een gebrek aan tijd redenen zijn om ICS te blijven verstrekken. "In de praktijk blijkt het lastig om mensen met ontstekingsremmers te laten ophouden", beaamt Bert van Bremen, huisarts in het Drentse dorp De Wijk. "In onze provincie gebruikt bijna 50 procent van de COPD-patiënten nog inhalators met twee verstuivers. Wij huisartsen willen wel helpen, maar weten vaak niet hoe." Van Bremen is woordvoerder van het Drentse deïmplementatieproject (DECIDE), dat op verzoek van het Zorginstituut door het Radboudumc wordt uitgevoerd. DECIDE komt rechtstreeks voort uit een van de afspraken uit het Verbetersignalement COPD.

MEER MEDICATIE DAN NOODZAKELIJK

Patiënten die ontstekingsremmers (ICS) gebruiken hebben een 50 procent hogere kans op longontsteking, waarvan naar schatting 20 procent leidt tot ziekenhuisopname. Dit komt waarschijnlijk door de immunosuppressieve effecten van ICS die de normale afweer tegen bacteriële infecties verzwakken. ICS zijn van belang bij het behandelen van COPD waarbij ook sprake is van astma en bij matig tot ernstige COPD waarbij er klinisch relevante longaanvallen zijn opgetreden. Maar een groot deel van de COPD-patiënten heeft slechts een milde vorm van COPD zonder astma. In de praktijk blijkt dat 60 procent van de COPD-patiënten in Nederland ICS gebruikt terwijl er bij slechts 25 procent van deze populatie daadwerkelijk een indicatie voor lijkt te zijn.



Huisarts Bert van Bremen: "In de praktijk blijkt het lastig om COPD-patiënten met ontstekingsremmers te laten ophouden. Wij huisartsen willen wel helpen, maar weten vaak niet hoe"

Verwachtingen managen

Belangrijk onderdeel van DECIDE is een toolkit, die er met instrumenten voor gedragstherapie voor moet zorgen dat patiënten passende zorg krijgen. De toolkit is een digitaal hulpmiddel bij het maken van de juiste keuzes. Er staan praktische instructies in, zoals een overzicht van de indicaties van ICS, voorlichtingsmateriaal, gesprekstechnieken, diagnostiek en registratie, instructies over hoe je je processen inricht, selectie-

criteria bij niet-gepast medicijngebruik, verwijzingscriteria en een stop-plan. Welk 'gereedschap' uit de toolkit wordt gebruikt mag de huisarts zelf bepalen; hij pakt eruit wat voor zijn situatie opportuun is. "De toolkit maakt inzichtelijk waar de knelpunten zitten en hoe je die kunt omzeilen", zegt Van Bremen. "De toolkit is gebaseerd op drie hoofdpunten. In de eerste plaats: weet waar je aan begint. Twee: stop met onjuist gebruik van ICS. En drie: zorg dat het beëindigen van

ICS definitief is en ga niet opnieuw beginnen. Als je het ze vraagt, blijken de meeste patiënten heus bereid om te stoppen met ontstekingsremmers. Ze worden daar alleen niet goed in begeleid. Daar ligt een kans voor de zorgverlener. De toolkit geeft hem de technieken om verwachtingen te managen. Hij kan op de aanwijzingen uit de toolkit terugvallen als hij twijfelt over hoe hij het gesprek moet aangaan."

Vicieuze cirkel

Bij reeds 113 praktijken van de 135 huisartsen in Drenthe vindt de proefimplementatie van DECIDE plaats. Bert van Bremen houdt hierover ruggenspraak met Ron van Asselt, ook huisarts, en medisch adviseur van het Zorginstituut. Van Asselt is benieuwd naar de interventies, waarvan de resultaten ultimo april 2022 worden verzameld en geëvalueerd. "De ervaringen in Drenthe zijn belangrijk voor een landelijke opschaling", zegt Van Asselt. "We zijn benieuwd naar wat werkt en wat niet. Huisartsen zeggen zelf ook dat de COPD-zorg beter moet. Conform de verbeterafspraken uit het Verbetersignalement COPD gingen ze voortvarend aan de slag, maar de praktijk bleek weerbarstig. Daardoor kwam het terugdringen van niet-gepast ICS-gebruik niet goed van de grond. Terugvallen op de gebruikelijke manier van werken ligt dan op de loer. Met het DECIDE-programma hopen we hun een concreet deïmplementatieprogramma met diverse praktische 'tools' te bieden, om zo deze vicieuze cirkel te kunnen doorbreken." Ron van Asselt vindt het tekenend dat veel COPD-patiënten ICS krijgen voorgeschreven, nog vóórdat de diagnose adequaat is gesteld met behulp van longfunctieonderzoek. En als patiënten een longontsteking krijgen had dat vaak voorkomen kunnen worden. Zijn collega Bert van Bremen ziet het DECIDE-programma als een sterk voorbeeld van zinnige zorg. "Maar dit is ook passende zorg, want de zorgverlener kan instrumenten uit de toolkit personaliseren. Een patiënt met een gewichtsprobleem kun je voedingsadvies geven, terwijl een verstokte roker weer een andere gedragstherapie nodig heeft. Dit programma maakt je werk als huisarts leuker. Je leert de taal van je patiënt te spreken." ●

10

vragen aan
Jos de Blok

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Rick Nederstigt

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“De eerste bewuste ervaring met de zorg was op de basisschool, tijdens een bezoek aan de schoolarts. Stond je daar in je onderbroekje voor de arts. Dat vond ik wel spannend, weet ik nog. Het ging ook gepaard met een hoop gegiechel.”

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

“Ik heb hbo verpleegkunde gedaan en ben wijkverpleegkundige geworden, maar toen ik nog op het gym zat wilde ik arts worden, óf priester. Huisarts in de tropen leek mij ook wel wat. Als verpleegkundige heb ik daar later ook nog wel aan gedacht. Vooral omdat je dan een bijdrage kan leveren aan de opbouw van de gezondheidszorg in een land. In zekere zin doe ik dat nu ook: Buurtzorg heeft projecten lopen in dertig landen, zoals Malawi, Kenia en Zuid-Afrika. Ik reis daar zelf ook naartoe om projecten op te zetten, dus uiteindelijk is het er toch nog van gekomen om in de tropen te werken.”

PERSONALIA

Jos de Blok maakt zich als ondernemende wijkverpleegkundige sterk voor minder regels en meer patiënt in de zorgsector. Hij werkte als wijkverpleegkundige en manager bij thuiszorgorganisaties Sensire en Carint. In 2006 richtte hij Buurtzorg op. Buurtzorg biedt met ruim tienduizend medewerkers gemeenschapsgerichte (thuis)zorg aan meer dan zeventigduizend patiënten per jaar. Met Buurtzorg transformeerde De Blok de organisatie van de thuiszorg en introduceerde hij een innovatieve methode voor verpleging aan huis.

Jos de Blok woont in Lage Vuursche met zijn twee poezen.



“In de wijkverpleging is 40 procent van de zorg die we leveren niet nodig. Dat komt door de financiële prikkels. We zijn daardoor urenfabrieken geworden, die producten en dbc’s leveren, terwijl we ons hadden moeten richten op het zelfredzaam maken, het reactiveren van mensen”

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

“Dan zou ik het zorgsysteem vereenvoudigen en ombouwen naar een preventiegericht systeem. En alle overbodige zorg en zorgstructuren ter discussie stellen. Ik zou een bekostigingssysteem opzetten dat is gebaseerd op uitkomsten, en waarbij niet vanuit ziekte wordt gedacht, maar veel meer vanuit gezondheid. Ook ligt er nu veel te veel nadruk op de financiële en juridische aspecten. Die hebben het systeem nodeloos ingewikkeld gemaakt. Door minder nadruk op die aspecten te leggen wordt het systeem eenvoudiger en de zorg toegankelijker. En dat maakt de werkomgeving ook aantrekkelijker.”

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

“Zorg die niet nodig is. En die leveren we nu te veel. Een voorbeeld: in de wijkverpleging is 40 procent van de zorg die we leveren niet nodig. Dat komt door de financiële prikkels die sinds de jaren negentig in het systeem zijn ingevoerd. We verzorgen mensen, maar we hadden eigenlijk moeten kijken hoe we ervoor kunnen zorgen dat ze zo lang mogelijk zelfredzaam zijn. We zijn daardoor urenfabrieken geworden, die producten en dbc’s leveren, terwijl we ons hadden moeten richten op de ‘reactivering’ of ‘reablement’ van mensen.”

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

“Al die interventies die voorkómen dat zorg geleverd wordt. Met zulke preventiegerichte interventies – mits die voldoen aan een duidelijke standaard en goed worden gemonitord – kan je enorm op zorgkosten besparen. Daarnaast vind ik dat wij in het Westen wel heel beperkt kijken naar wat zorg is. Zo wordt alternatieve zorg al snel weggezet als kwakzalverij. We zijn erg gericht op *evidence based*, maar beleving van gezondheid heeft ook te maken met de intuïtie van de arts of verpleegkundige. Daar zou best meer aandacht voor mogen zijn.”

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

“Ik ga niet snel naar de huisarts, en dat ligt niet aan mijn huisarts. Pijntjes horen erbij, gewoon even rustig aan doen, denk ik dan.

Maar toen enkele jaren geleden bij mij huidkanker werd geconstateerd, heb ik helaas aan den lijve ondervonden dat het soms echt wel verstandiger is om eerder naar de dokter te gaan.”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Dat heb ik niet echt, maar een woord dat ik vaak gebruik is ‘zelfredzaamheid’. Hoe kan je iets slims bedenken waardoor mensen zich langer zelf kunnen redden. Dat is iets wat ik iedereen, en zeker ook mezelf, toewens.”

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

“Dan kies ik ervoor om naast Hugo de Jonge te liggen. Ik zou hem graag willen uitleggen hoe je naar de gezondheidszorg kan kijken. En dat je, als je er niet zoveel verstand van hebt, voorzichtig moet zijn met het maken en uitvoeren van rigoureuze plannen.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Ik ben een groot voorstander van een holistische benadering van zorgverlening. Dat een vakman/-vrouw eerst interesse heeft in wie jij bent en pas daarna wat je hebt. Je bent geen diagnose, je hebt iets. Hoe je bent, bepaalt hoe je iets beleeft. Ik geloof heel sterk in de expertise en intuïtie van de vakman of vakvrouw. Volgens mij hebben we de zorg veel te veel gemedicaliseerd, waardoor we de mens zelf zijn vergeten.”

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

“Eerlijk gezegd verwacht ik binnen vijf jaar geen grote veranderingen. Op dit moment zitten er weinig visionairs aan het roer. Daardoor neemt de bureaucratie in de zorg eerder toe dan af, verwacht ik. Daarvoor zijn de huidige systemen nog te sterk. Er kan wel een crisis komen waardoor er wat zal veranderen, maar dat zal niet snel gaan. De plannen die er nu liggen wijzen ook niet op snelle veranderingen.” ●

Groene OK streeft naar CO₂-neutrale zorg

“Zorgprofessionals willen zorg duurzamer maken”

Wie denkt aan milieuvervuiling, denkt niet meteen aan de zorg. Toch is de sector onder meer door het hoge energiegebruik verantwoordelijk voor 8 procent van de Nederlandse CO₂-uitstoot. Ook op andere gebieden kan de zorg veel duurzaamheidswinst boeken. Het Landelijk Netwerk de Groene OK is een van de initiatieven die zich hiervoor inzet.

Tekst Noël Houben

Beeld Things to Make and Do

De Groene OK startte in september 2020 en is een samenwerkingsverband van vijftien wetenschappelijke en beroepsverenigingen. Samen willen ze de zorg op en rond de operatiekamer (OK) duurzamer maken. Een CO₂-neutrale zorg is het uiteindelijke doel. Een sector die mensen beter wil maken zou immers niet moeten bijdragen aan een ongezonde leefomgeving.

Binnen de Groene OK hebben uiteenlopende ‘snijdende’ specialismen de handen ineengeslagen: van orthopeden tot gynaecologen en van plastisch chirurgen tot urologen. Maar ook vertegenwoordigers van andere specialismen die actief zijn in de operatiekamers doen mee. Bijvoorbeeld anesthesiologen, operatieassistenten en recovery verpleegkundigen. Meteen bij de oprichting sloot de Groene OK zich aan bij de Green Deal Duurzame Zorg. Binnen de Green Deal

hebben tweehonderd zorgpartijen zich geïnteresseerd in het halveren van de CO₂-uitstoot in 2030, circulair en maatschappelijk verantwoord inkopen, minder medicijnresten in het water en een gezondere omgeving voor zorgpersoneel en patiënten.

Ook financiële voordelen

De betrokkenen bij de Groene OK werken binnen werkgroepen aan vijf thema's: anesthesiedampen en medicijnresten, circulair gebruik van het instrumentarium,

plastic afval, energie en een Landelijke richtlijn duurzaamheid. Door het delen van goede voorbeelden wil de Groene OK chirurgische teams laten zien dat milieuvriendelijker opereren mogelijk is, zonder concessies te doen aan de patiëntveiligheid. De eerste resultaten zijn er al, vertelt Frank Willem Jansen. De gynaecoloog en hoogleraar aan het Leidse LUMC en de TU Delft is een van de initiatiefnemers van de Groene OK. “Onderzoek heeft bijvoorbeeld laten zien dat anesthesiologen in plaats van

Goede zorg is duurzame zorg

Ook het Zorginstituut zet zich in voor vergroening van de zorg. “In 2018 ondertekenden we de Green Deal Duurzame Zorg”, vertelt adviseur Pauline de Heer. “We beloofden toen onder meer om de duurzaamheid van de zorg als geheel te bevorderen. We leveren zelf natuurlijk geen zorg. Maar we kunnen de makers van richtlijnen en standaarden bijvoorbeeld wel helpen om hierin duurzaamheidsaspecten te verwerken; goede zorg is immers ook duurzame zorg.”

Een belangrijke stap was de publicatie van het nieuwe Toetsingskader op 1 juli 2021 (zie ook het bericht op pagina 4). Dit document beschrijft de eisen waaraan standaarden, richtlijnen en meetinstrumenten moeten voldoen voor opname in het Register van het Zorginstituut. “Daarbij vragen we voor het eerst ook aandacht voor de impact op het milieu. Het is trouwens niet de insteek om een kwaliteitsstandaard af te keuren

omdat deze niet duurzaam genoeg is”, benadrukt De Heer. “Stimuleren om na te denken hoe het duurzamer kan, is het doel.”

Tegelijk met het Toetsingskader bracht het Zorginstituut de *Handreiking doelmatigheid en duurzaamheid in kwaliteitsstandaarden* uit. Deze bevat tips en inspirerende voorbeelden hoe de zorg duurzamer kan. Maar bijvoorbeeld ook zuiniger en minder ingrijpend op het dagelijks leven van cliënten, mantelzorgers en zorgverleners.

Een ander initiatief van het Zorginstituut en enkele experts is een data-analyse over de milieu-impact van verschillende soorten longmedicijnen. In de langdurige zorg financierde het Zorginstituut een onderzoek naar de invoering van duurzaam voedselbeleid. “De milieu-impact van de zorg is groot”, geeft De Heer de urgentie aan. “Initiatieven als de Groene OK laten gelukkig zien dat betrokkenen dit inzien én dat er veel kan worden bereikt.”



“De Groene OK is een inspirerend voorbeeld voor duurzaamheidsinitiatieven elders in de zorg. Zodat niet iedereen zelf het wiel hoeft uit te vinden”

narcosegas vaak beter een verdovingsmiddel via een infuus kunnen toedienen. Voor de patiënt maakt dit niet uit. Maar voor het milieu des te meer. Eén flesje van 240 ml van narcosegas Sevofluraan is namelijk net zo vervuilend als 350 kilometer rijden met een benzineauto. De werkgroep Circulair gebruik instrumentarium heeft twaalf praktische tips opgesteld om hergebruik te bevorderen en verspilling tegen te gaan. Dat levert niet alleen milieuwinst op, maar heeft ook financiële voordelen. Het Radboudumc verwacht bijvoorbeeld een jaarlijkse kostenbesparing van 200.000 euro door de inzet van herbruikbare bloeddrukbanden in plaats van wegwerpbanden. Die financiële voordelen van duurzamer werken zijn er wel vaker. Onder meer ook bij onze inspanningen om het hoge energiegebruik op de OK's terug te dringen.”

Vanuit het perspectief van het Zorginstituut is de Landelijke richtlijn duurzaamheid inte-

ressant. Dit is een praktische leidraad die de bij de Groene OK aangesloten specialismen vanaf 2022 moet helpen om een duurzaamheidsparagraaf toe te voegen aan hun richtlijnen. “Zodat er straks in een richtlijn van snijdende specialisten staat dat bij een bepaalde ingreep een herbruikbare tang moet worden ingezet in plaats van een wegwerpbare”, geeft Jansen als voorbeeld.

Metten is weten

Vanuit de Groene OK is verder een Groene Barometer in de maak. Hiermee kunnen ziekenhuizen elkaar straks onderling vergelijken op duurzaamheidsgebied. Scoort een ziekenhuis met een vergelijkbare omvang en karakter beter in deze benchmark dan het jouwe? Dan kun je wellicht iets leren van dit ziekenhuis, is het idee. ‘Meten is weten’ is sowieso een belangrijk principe binnen het landelijke netwerk. Daarvoor put het samenwerkingsverband niet alleen uit het

wetenschappelijke potentieel van de academische ziekenhuizen. Ook de TU Delft en het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten zijn betrokken bij de Groene OK.

Duurzaamheid leeft in de ziekenhuizen, merkt Jansen. “Veel zorgprofessionals willen ermee aan de slag. Ze weten vaak alleen niet waar ze moeten beginnen. En als er ergens een veelbelovend initiatief ontstaat, is het de vraag hoe dit verder te brengen. Om deze redenen is de Groene OK opgezet. Wij kunnen initiatieven met elkaar verbinden en samen een vuist maken richting de industrie en de raden van bestuur van ziekenhuizen. Tegelijkertijd wil de Groene OK als inspirerend voorbeeld dienen voor initiatieven elders in de zorg. Zodat niet iedereen zelf het wiel hoeft uit te vinden. Met resultaat. Er is nu bijvoorbeeld ook het initiatief voor een Groene Intensive Care.” Doorpakken is het devies bij de Groene OK, stelt Jansen. “Binnen vijf jaar willen we onszelf overbodig hebben gemaakt.” ●

Meer over de Groene OK staat op www.degroeneok.nl.

Langdurige zorg:

Naar een optimale kennisinfrastructuur

In de langdurige zorg is veel behoefte aan kennis. Welke zorg is effectief? Wat draagt het meeste bij aan de kwaliteit van leven van cliënten? Soms ontbreekt die kennis volledig. Soms is die kennis er wel, maar bereiken wetenschappelijke inzichten de werkvloer niet en horen wetenschappers de ervaringen van zorgmedewerkers niet. Het ministerie van VWS heeft het Zorginstituut gevraagd de kennisinfrastructuur te evalueren.

Tekst Jos Leijen

Beeld Tom van Limpt (ANP)

De motivatie voor het verzoek van VWS is een rapport uit 2016, legt Angelie van der Aalst van het Zorginstituut uit. Daarin werd geconcludeerd dat in de langdurige zorg weinig onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit van de geleverde zorg. Als pakketbeheerder voor de Wet langdurige zorg gaat het Zorginstituut nu verkennen of er criteria moeten komen voor langdurige zorg en welke dat dan zouden moeten zijn. Voor zover er al kennis is over het effect van een bepaalde aanpak, blijft die vaak hangen bij de organisatie waar die kennis ontwikkeld is. “Veel zorgorganisaties hebben ‘leren en verbeteren’ hoog op hun lijstje staan. Maar soms lukt het al niet om binnen de eigen organisatie de kennis te verspreiden en toe te passen, laat staan met andere organisaties. Aan de andere kant bereikt academische kennis vaak niet de medewerkers die er in de praktijk mee aan de slag zouden kunnen.”

Het is niet alleen maar kommer en kwel, meent Van der Aalst. Er zijn veel initiatieven om kennis te vergaren, toegankelijk te maken en te delen. Zoals de academische werkplaatsen voor ouderenzorg en gehandicaptenzorg, waarin wetenschap, onderwijs, zorgaanbieders en andere organisaties samenwerken. En kennisorganisatie Vilans heeft tijdens de coronapandemie haar waarde bewezen door actuele kennis snel beschikbaar te maken voor bestuurders en medewerkers in de langdurige zorg.

Academische werkplaatsen

Prof.dr. Jan Hamers was in 1998 betrokken bij de oprichting van de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (AWO-L), de eerste in zijn soort. Dat voorbeeld is gevolgd: inmiddels zijn er zes academische werkplaat-

sen voor ouderenzorg en zes voor gehandicaptenzorg. Het doel is om, in een samenwerkingsverband van universiteit, hbo, mbo en zorginstellingen, de kwaliteit van leven, zorg en werk via wetenschappelijk onderzoek te verbeteren. Hamers: “De kracht van de samenwerking is dat we interdisciplinair zijn. Verplegingswetenschap en geneeskunde, maar ook bijvoorbeeld psychologie, *service-science* en *datascience*. Daarnaast werken we met ‘linking pins’: binnen de zorginstelling is iemand vrijgesteld voor kennisontwikkeling en innovatie. Vanuit de universiteit werkt een gepromoveerde medewerker één à twee dagen in de zorginstelling. Die koppeling werkt heel goed; net als de nauwe betrokkenheid van ouderen en hun naasten bij de werkplaats. Al bij het ontwikkelen van de vraagstelling denken we ook na over de implementatie.”

Het onderzoek van AWO-L richt zich op drie thema’s: zorg en ondersteuning; personeel en innovatiemanagement; en inrichting en financiering van het zorgstelsel. De academische werkplaats haalt fondsen binnen via ZonMw en het Europese Horizon 2020-programma. Soms financieren de deelnemende instellingen zelf onderzoek, bijvoorbeeld naar een nieuwe methode om kwaliteit te meten vanuit het cliëntenperspectief. Hamers waarschuwt dat een evaluatie van de kennisinfrastructuur niet direct zal leiden tot verbeteringen. “De kennisinfrastructuur is in opbouw. Kennis verspreiden kan misschien wel sneller. Maar implementatie van kennis heeft tijd nodig. “De langdurige zorg heeft lang achteraan gelopen bij wetenschappelijk onderzoek. Dat is gelukkig aan het veranderen. Maar we hebben nog een lange weg te gaan om de opbrengst te verzilveren.”



Vragen en antwoorden

Vilans heeft er tijdens de coronaperiode (en daarvoor ook al) van alles aan gedaan om de opbrengst van nieuwe inzichten zo snel mogelijk te verzilveren, onder meer via de programma’s Waardigheid en trots op locatie en het coronaloket voor burgers met een verhoogde kwetsbaarheid. “Vilans haalt kennisvragen op, vindt antwoorden en maakt kennis toegankelijk zodat mensen er echt wat mee kunnen”, aldus Mirella Minkman, voorzitter van de raad van bestuur van Vilans. De opgedane kennis laten landen bij de zorgmedewerkers is nog wel een uitdaging, erkent Minkman. “Net als het beter benutten van hun ervaringskennis. Daar moeten we moderne technologie voor gebruiken. Zoals video’s en een recent ontwikkelde app waar je protocollen kunt vinden en vragen kunt stellen. En waar medewerkers ervaringen kunnen delen en feedback kunnen geven, net zoals bij bol.com.”

Het is belangrijk dat er een nog beter werkende kenniscyclus in de langdurige zorg komt, benadrukt Minkman. Vanuit een kennisvraag, een behoefte op de werkvloer of nieuwe wetenschappelijke kennis wordt een oplossing ontwikkeld die in de praktijk wordt getest, verspreid en geïmplementeerd. Ervaringen en behoeften vanuit de praktijk roepen vaak weer nieuwe vragen op, en dan begint de cyclus opnieuw. Met als resultaat steeds betere zorg en kennis die werkt.

Haarvaten

Marika Biacsics is directeur van het Netwerk Cliënt-en-Raad Zorg (NCZ). Met de extra bevoegdheden in de herziene Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) hebben cliëntenraden grote behoefte aan kennis. Biacsics: “Er is enorm veel informatie, maar het is versnipperd en het is niet altijd duidelijk wat relevant is voor cliëntenraden. NCZ helpt hen met onder meer workshops, intervisie en advies.”

Hamers:

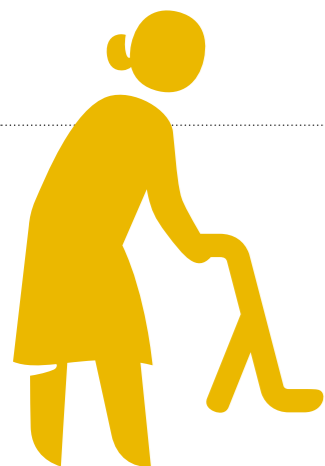
“De langdurige zorg heeft lang achteraan gelopen bij wetenschappelijk onderzoek. Dat is gelukkig aan het veranderen”

Biacsics onderschrijft dat Vilans heel veel kennis ontwikkelt. Tegelijk vraagt ze zich af of die kennis wel op de juiste plek terechtkomt. “Ik ben bang dat veel informatie de zorgmedewerkers niet bereikt. Het gaat eigenlijk al mis bij de opleiding. Daar wordt te weinig benadrukt dat werken in de zorg betekent dat je continu moet blijven leren.” Ze stelt dat kennis en vernieuwing vaak niet doordringt tot de werkvloer omdat niet de juiste partijen betrokken worden. “Om succesvol te implementeren, moet je tot de haarvaten van de organisatie doordringen, tot de medewerkers en de cliënten. Dat betekent dat je ondernemingsraden, verpleegkundige adviesraden en cliëntenraden moet betrekken. Dat gebeurt naar mijn idee te weinig. Ik kreeg een uitnodiging van het Zorgnetwerk Nederland voor het congres ‘Are you futureproof’. Bij de keynote sprekers zie ik alleen bestuurders en wetenschappers. Het perspectief van cliënten en medewerkers ontbreekt volledig. Als je die niet betreft bij het ‘futureproof’ worden, gaat het niet lukken.”

Het Zorginstituut zal bij de evaluatie van de kennisinfrastructuur cliënten wél betrekken, belooft Van der Aalst. “Centraal staat de vraag wat het oplevert voor cliënten en wat het bijdraagt aan de kwaliteit van leven.”

Onderzoeksbureaus Andersson Elffers en XpertiseZorg maken op verzoek van het Zorginstituut inzichtelijk hoe de kennisinfrastructuur binnen de langdurige zorg nu werkt en welke verbeteringen mogelijk zijn. De resultaten zijn de basis voor een advies aan de minister. Dat advies wordt verwacht in december 2021. ●

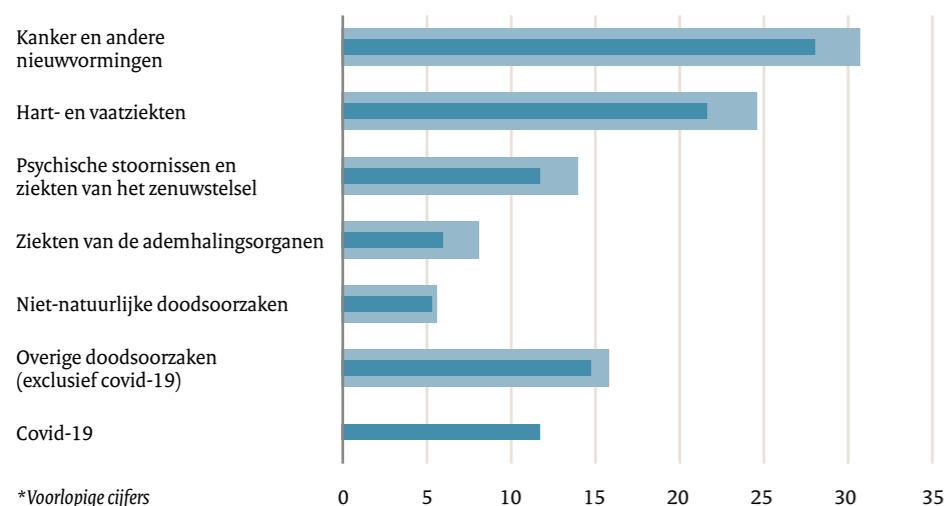
Feiten & Cijfers



17.000 mensen wachten op toegang tot een verpleeghuis of ggz-instelling. De wachttijd is opgelopen tot ruim tien weken.

BRON: VWS

1 op de 8 mensen overleed in 2020 aan covid-19. De meeste mensen overleden aan kanker*:



Overledenen naar doodsoorzaak als percentage van alle sterfgevallen, in 2020 en 2019

BRON: CBS

Ruim **54.000 kinderen** maakten in 2019 gebruik van diëtetiek vanuit de Zvw. Dit is 1,6 procent van alle kinderen. Gemiddeld kostte dat 116 euro per kind. De totale kosten ten laste van de Zvw bedroegen **6.269.657 euro**.

BRON: ZORGINSTITUUT



14 dagen was de gemiddelde ligduur van een covid-patiënt op de IC in 2020. Dat kostte gemiddeld **39.598 euro** per IC-opname. Op verpleegafdelingen was dat resp. 9,6 dagen en 6.612 euro per opname.

BRON: ZORGINSTITUUT



38.000.000 euro. Dat zijn de totale kosten vanuit de basisverzekering voor paramedische herstellzorg voor covid-patiënten tot nu toe. Daarvan werd 96% gedeclareerd onder fysiotherapie.

BRON: ZORGINSTITUUT



Sinds de coronapandemie zijn Nederlanders massaal minder gaan sporten (**32%**) en bewegen (**25%**).

BRON: DIABETESVERENIGING NEDERLAND

5 miljoen euro

kent het Zorginstituut aan subsidies toe om samen beslissen bij kwetsbare, oudere patiënten te stimuleren.

BRON: ZORGINSTITUUT

Onnodige zorg bij maagklachten door overdiagnostiek en overbehandeling kost **19 miljoen** euro per jaar.

BRON: ZORGINSTITUUT

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: **'Tweedekansmedicijnen'**.

Nu we omwille van het milieu steeds meer gaan recycleren, wordt 'tweede kans' als bijvoeglijk naamwoord steeds hipper. Grote online winkelketens staan erop voor dat zij door de klant geretourneerde producten niet zomaar weggooiden en vernietigen. Onder het label 'tweedekansproducten' en onder het mom van duurzaamheid lapten zij deze afdankertjes op en verkopen zij ze tegen een zacht prijsje aan een volgende klant. Een mooi initiatief natuurlijk, dat zeker navolging verdient.

Maar hoe zit dat met de tweede kans voor medicijnen? Hier blijkt, zoals je misschien in eerste instantie wel zou denken, geen sprake te zijn van recycling van afgedankte geneesmiddelen. Het gaat hier om ongebruikte medicijnen, die niet alleen werken bij de ziekte waarvoor ze oorspronkelijk zijn ontwikkeld, maar ook effectief blijken te zijn bij een andere aandoening. Zo wees een onderzoek vorig jaar uit dat een bestaand medicijn tegen jicht ook de kans op een hartinfarct bij risicogroepen flink kan reduceren. Dat is goed nieuws, zou je zeggen. Zeker ook omdat deze en veel andere bestaande medicijnen al van het patent af en dus relatief goedkoop zijn. Maar helaas zit er een adder onder het gras bij deze tweedekansmedicijnen. Juist omdat ze goedkoop zijn, kunnen farmaceuten hun investeringen in onderzoek naar dit soort bijeffecten van bestaande middelen niet terugverdienen. Daardoor weigeren zij aan het onderzoek bij te dragen en wijzen zij naar de overheid.

Inmiddels is VWS hierover in gesprek met artsen, wetenschappers, farmaceuten en het CBG. Hopelijk komen zij gezamenlijk tot een oplossing en wordt deze tweede kans geen gemiste kans.

De andere blik

“Wij maken het dagelijks leven voor cliënt en mantelzorgers een stuk eenvoudiger”

Hoe comfortabel het verblijf in een verzorgings- of verpleeghuis ook mag zijn, ouderen wonen het liefst zo lang mogelijk thuis. Maar door ziekte kan dat soms niet meer. Voor hen bedacht Cicero Zorggroep in Zuid-Limburg een alternatief: een korte opname met intensieve zorg voor de cliënt en een ‘opleiding’ met praktische adviezen voor de mantelzorgers. Kina Koster, bestuursvoorzitter van de Cicero Zorggroep, verwacht dat na deze interventie één op de drie cliënten weer naar huis kan.

Tekst Robert van der Broek

Beeld Rogier Chang

“Op vijftien locaties in Zuid-Limburg bieden wij huisvesting aan mensen die intensieve verpleegzorg nodig hebben. We bekommeren ons ook om mensen die om andere redenen niet meer thuis kunnen wonen. Dat doen we met ruim tweeduizend medewerkers en bijna achthonderd vrijwilligers. Bij de Cicero Zorggroep zijn we heel goed in staat ons lerend vermogen te versterken. Ik heb lang gedacht dat iedereen die bij ons woont, niet zonder onze zorg kan. Dat bleek een misvatting. Vorig jaar vroeg ik tijdens een personeelsbijeenkomst: hebben jullie cliënten die met een klein beetje hulp ook gewoon thuis zouden kunnen wonen? Tot mijn verbazing gingen bijna alle handen omhoog. De meeste van onze medewerkers hebben al vele jaren ervaring en toch waren ze zo eerlijk om toe te geven dat ze weliswaar nodig zijn, maar niet onmisbaar. Dat was een *eyeopener*. We hebben toen een plan ontwikkeld om zieke ouderen, dementerenden in het bijzonder, in staat te stellen om langer thuis te blijven wonen. Dat gaan we doen met *Ouderenzorg 8.0*, een strategie waarmee we ook in de toekomst goede en veilige persoonsvolgende zorg willen bieden.”

Onbegrepen gedrag

“Het idee achter *Ouderenzorg 8.0* is dat ouderen een paar weken of maanden worden opgenomen en dan een traject doorlopen. Ze krijgen gezonde voeding en vochtinname, de juiste medicatie, leuke uitjes, dagbesteding

en faciliteiten voor een rustige en veilige omgeving. Het is de bedoeling dat zij de aandacht krijgen die ze op dat moment nodig hebben om tot rust te komen. Tijdens de ‘opleiding’ krijgt de mantelzorgers uitleg over hoe dementie zich manifesteert en hoe hij daarmee kan omgaan, wat de behoeften zijn van zijn naaste, welke signalen hij zich moet aantrekken en welke hij moet negeren. Dementie gaat gepaard met onbegrepen gedrag. Ik geloof dat wij een hoop ellende kunnen voorkomen als we al vroegtijdig interventie aanbieden. Juist dan heeft de cliënt vaak nog lucide momenten waarop hij beseft dat hij zijn verstand kwijtraakt. Dat uit zich in boosheid, weglopen, dingen verstopten, wantrouwen. Iemand is gewoon niet meer zichzelf. Wij geven belangrijke tips om met dat onbegrepen gedrag om te gaan.”

Overprikkeling

“Onze strategie maakt het dagelijks leven voor de cliënt en zijn mantelzorgers een stuk eenvoudiger, of dat nu thuis is of in het verpleeghuis. Veilig en langdurig duurzaam thuis wonen kan alleen als er mantelzorg in de buurt is, dat de mantelzorgers op gezette tijden ontlast wordt én dat die weet hoe hij met zijn naaste moet omgaan. Sommige veranderingen zijn makkelijk door te voeren. Mensen met dementie zijn gevoelig voor overprikkeling. Wat kun je doen om dat te voorkomen? Zet bijvoorbeeld die tv eens uit. Al die talkshows zijn erg druk. En waarom moet de radio altijd aanstaan? Een neuroloog verzeleek die overprikkeling met wandelen aan zee. ▶

Kina Koster (Valkenburg, 1959) studeerde rechten. Zij was onder meer directeur van Phoenix-Zuid Nederland en van stichting Zorg aan Zet. Sinds 2006 is zij voorzitter van de Raad van Bestuur van de stichting Cicero Zorggroep.

“Dementie gaat gepaard met onbegrepen gedrag. Ik geloof dat wij een hoop ellende kunnen voorkomen als we al vroegtijdig interventie aanbieden”





“Ik weet dat onze medewerkers kwaliteit leveren, dat hoeft ik niet te controleren, ik ben daar elke dag getuige van”

Al die geluiden maken voortdurend voetstapjes in je hersenen. Die spoelen wel weer weg, zoals water over zand, maar nooit helemaal. We geven ook aanwijzingen voor de leefruimte. Staan er meubelen in de weg? Is de tafel vrij? Kunnen we een comfortabele stoel neerzetten met een looproute naar de keuken of het toilet? Dat geeft niet alleen rust, maar zorgt er ook voor dat cliënten niet hun tenen stoten. Dementie verstoort de pijnprikkels. Het komt voor dat mensen zich verwonden zonder dat ze dat doorhebben. Al dat soort details zijn belangrijk, maar je moet ze wel kennen en er iets mee doen.”

Risico nemen

“Een voorzichtige verwachting is dat wij één op de drie mensen weer thuis kunnen laten wonen. We zoeken nog een goede manier om de interventie te bekostigen. Dat is lastig, want thuiswonende ouderen vallen deels onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), deels onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en soms onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Toch vind ik dat wie wil innoveren, moet durven investeren. Dat risico nemen wij. Ik zie dit initiatief als een reis die we samen aangaan en waarvan we nog niet weten waar we uitkomen. Als de situatie erom vraagt, moet je kunnen afwijken van de norm. Wij hadden een thuiswonende dame die leed aan kanker. Zij ging twintig keer per nacht naar de wc om te plassen. Haar mantelzorger kon het niet meer opbrengen om voor haar te zorgen. Wij hebben toen gezegd: breng haar naar ons, dan doen wij de nachtzorg en kom je bij ons ontbijten. Overdag krijgt mevrouw thuiszorg en 's avonds breng je haar weer naar ons. Deze casus leverde een hoop gedoe op met de betaling. Immers, 'mevrouw zat voor bepaalde tijd intramuraal', terwijl ze in feite alleen bij ons sliep. Daardoor kreeg de thuiszorg niet meer betaald!”

Waardigheid en trots

“De Cicero Zorggroep heeft vanaf 2015 deelgenomen aan het programma 'Thuis in het Verpleeghuis: Waardigheid en Trots'. Dit programma werd ingevoerd om zorgcentra te helpen bij het verbeteren van de verpleeghuiszorg. Toenmalig staatssecretaris Van Rijn kwam ons bezoeken en draaide mee met de ochtenddienst van 7.00 uur. Dat vond ik sterk van hem. Eigenlijk zouden meer mensen die het beleid bepalen dat moeten doen, gewoon eens meedraaien. Kun je met eigen ogen zien hoe hard er in de ouderenzorg wordt gewerkt. Ik heb daar een heilig ontzag voor. Ik wéét dat onze medewerkers kwaliteit leveren. Dat hoeft ik niet te controleren, ik ben daar elke dag getuige van. Daarom heb ik een tweeledig gevoel bij het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Die standaard komt voort uit de wens om de verpleeghuiszorg te verbeteren. Dat juich ik toe. Maar in het Regeerakkoord van 2018 is 2,1 miljard euro beschikbaar gesteld om de verpleeghuiszorg te verbeteren. Voorwaarde is dat het geld besteed wordt zoals binnen het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is afgesproken, namelijk 80 procent handjes aan het bed. En juist bij die norm voor personeelsbezetting begint het te wringen. Want wij willen wel voldoen aan de vereisten, maar de mensen moeten er dan wel zijn. Zo worden we geacht in de ene zorgsituatie één medewerker op acht cliënten te werk te stellen en in een andere zorgsituatie vier op acht cliënten. Ik denk dan: overheid, laat los dat wantrouwen. Geef zorginstanties de ruimte om hun dienstverlening naar eigen inzicht te verbeteren. Wat mij plezier doet, is dat de doelstellingen van Waardigheid en Trots nagenoeg dezelfde zijn als die we met onze strategie nastreven. Die doelstellingen zijn: zorgen voor voldoende, gemotiveerde en deskundige zorgverleners en leren, verbeteren en innoveren. Precies wat wij doen: blijven ontwikkelen. Zo houden we de kwaliteit van de ouderenzorg hoog.” ●

“Of ik ervoor voelde om bij de huisarts mijn prik te krijgen? ‘Graag!’, riep ik. ‘Het is wel Astra Zeneca’, zei de assistente verontschuldigend, daarmee impliciet bevestigend dat het een vaccin is voor sneue losers”



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

Column

Nederland, oh Nederland

Ik hoor het Hugo nog zeggen: “Nee, we beginnen niet zo snel als de andere EU-landen met vaccineren. We willen eerst de organisatie op orde hebben.” Inlijsten zo’n spreuk, want wat blijkt? Het hele vaccinatietraject ligt bezaaid met het debris van onjuiste aannames, falende ICT en regelrechte miskleunen. Dat het elders niet eens zoveel beter gaat is een zeer, zeer schrale troost.

Ik stond toe te kijken hoe mijn vrouw haar eerste prik kreeg. Het was 29 maart, acht uur 's avonds, godzijdank een zeldzaam aangename avond. Want buiten op straat, voor de huisartsenpraktijk, stond een klein tafeltje en daarachter een lange rij wachtenden met mondkapjes. De bedoeling was dat iedereen eerst een lijvig formulier zou invullen, waarna ze één voor één naar binnen mochten. Men leende elkaars balpennen, het tafeltje bleek geschikt voor precies één invuller, de rest schreef liggend op de knieën, op elkaars rug, tegen de ondergrond van een bellenbord iets verderop. Drie weken later, kort na de AZ-bijwerkingenaflaai, werd ik zelf gebeld door de praktijk: eigenlijk moest ik via de GGD, maar voelde ik ervoor om nu al bij de huisarts mijn prik te krijgen? “Graag!”, riep ik. “Het is wel Astra Zeneca”, zei de assistente verontschuldigend, daarmee impliciet bevestigend dat het een vaccin is voor sneue losers.

Twee weken na die prik ontving ik mijn reguliere vaccinatie-uitnodiging van de GGD. *So much for communication*. Om over *administration* maar te zwijgen. Weten ze in dit land wie niet of wie wel en zo ja waarmee is ingeënt? Hoewel mijn vrouw een twintig jaar ongebruikt geel vaccinatieboekje feilloos uit een diepe la tevoorschijn toverde, werd het weggelachen als optie voor vaccinatieregistratie. Daarvoor is er een app, die werkt mits de GGD de benodigde gegevens doorgestuurd krijgt en deze ook verwerkt. Zo rommelen we aan naar een min of meer gevaccineerd land, dat af en toe open kiert. En soms te vroeg. Het concept ‘Dansen met Janssen’ komt in de oorspronkelijke (en bij herlezing zeer hilarische) vaccinatieroadmap niet voor. Dat maakte trouwens niet uit. Virologisch analfabetisme is onuitroeibaar. Alle eideloze talkshows met vaccinologen en influencers ten spijt, denken velen oprecht dat iemand ze heeft verzuimd te vertellen dat vaccins inwerktijd nodig hebben, voor je je in cafés, georganiseerde hospartijen of vliegvakanties kunt storten. Ander vergeetpunt: een paar uur vertraging tijdens je reis en de geldigheid van je covid-test is verlopen.

Wij bleven thuis. Met de ventilatieramen wijd open. Volgend jaar beter. Hoewel, het Griekse alfabet is nogal lang en na de deltavariant staat ons nog het een en ander te wachten. Toch wil iedereen weer ‘normaal’. Een beetje zoals ook Shell na zijn milieuveroordeling nog jarenlang op de automatische piloot olie zal blijven oppompen. Wat zullen de komende generaties van ons vinden? Ik houd mijn hart vast.

Advies bevordert passende zorg bij chronische migraine:

CGRP-remmers onder voorwaarden vergoed

In Nederland hebben ongeveer 2 miljoen mensen regelmatig last van migraine. De aandoening heeft een hoge ziektelast en heeft veel invloed op het dagelijks leven van een patiënt. Dat geldt zeker voor mensen met chronische migraine. Een deel van hen is gebaat bij behandeling met CGRP-remmers. Om deze mensen passende zorg te bieden, adviseerde het Zorginstituut afgelopen maand deze middelen te vergoeden - maar wel onder strikte voorwaarden.

Tekst Edith Bijl

Beeld Flip Franssen (ANP)

We spreken van *chronische* migraine als iemand minimaal vijftien dagen per maand hoofdpijn heeft, waarvan minstens acht dagen migraine, gemeten over een periode van drie maanden. Veel chronische patiënten hebben weinig tot geen baat bij bestaande migrainemiddelen. Omdat zogenaamde 'CGRP-remmers' wel effectief kunnen zijn, heeft het Zorginstituut in 2019 de CGRP-remmer erenumab beoordeeld. Dit middel bleek echter bij slechts enkele patiënten beter te werken en was bovendien veel duurder dan bestaande migrainemiddelen. Om die redenen is erenumab toen niet opgenomen in het basispakket.

Nieuw onderzoek

Vanwege de vergaande negatieve impact van migraine op patiënten heeft het Zorginstituut in 2020 het initiatief genomen om opnieuw te verkennen voor welke groep migraine-



patiënten de CGRP-remmers wél effectief konden zijn. Samen met behandelende artsen (neurologen) onderzochten we de drie CGRP-remmers die inmiddels beschikbaar zijn op de Nederlandse markt. Daaruit bleek dat de remmers effectief zijn voor patiënten met chronische migraine die niet (meer) reageren op de bestaande migrainemiddelen. Op basis van de verkenning hebben de drie fabrikanten van de remmers een vergoedingsaanvraag voor deze specifieke groep patiënten ingediend en heeft het Zorginstituut de CGRP-middelen opnieuw beoordeeld. De uitkomst hiervan was dat de remmers maar bij ongeveer 20 procent van de onderzochte patiënten aantoonbaar effectief zijn. Ook werd duidelijk dat de CGRP-remmers bijna zesduizend euro per patiënt per jaar kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

Om patiënten met chronische migraine passende zorg te bieden, adviseert het Zorginstituut om bij opname in het basispakket een aantal voorwaarden te stel-

len en afspraken over gepast gebruik van de CGRP-remmers te maken. Zo krijgen patiënten met chronische migraine pas een CGRP-remmer vergoed als is gebleken dat de twee andere migrainemiddelen - topiramaat of valproaat en botulinetoxine A (botox) - bij hen niet werken. Een andere voorwaarde is dat patiënten stoppen met de CGRP-remmer, als na drie maanden blijkt dat het middel niet werkt. De afspraken over gepast gebruik worden in nauw overleg met de hoofdpijnneurologen en zorgverzekeraars gemaakt.

Uitzondering

Ongeveer vijftienhonderd patiënten met chronische migraine krijgen nu al een CGRP-remmer gratis omdat zij deelnemen aan een 'Managed Access Program' (MAP) van een van de drie fabrikanten. Voor hen geldt niet dat zij eerst de twee andere migrainemiddelen gebruikt moeten hebben. Als de drie CGRP-remmers in het basispakket worden opgenomen, krijgen ook zij deze voortaan vergoed. ●

Tiana van Grinsven over voortgang programma KIK-V:

“We hebben grote stappen gezet”

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg markeerde de start van een meerjarig traject om de verpleeghuiszorg in Nederland te verbeteren. Een van de wegen naar betere verpleeghuiszorg is via een gestroomlijndere uitwisseling van kwaliteitsinformatie over deze zorg. Medio 2018 startten wij hiervoor het programma Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg (KIK-V). Afgelopen zomer is de eerste fase van het programma afgerond. Wat hebben we bereikt? En hoe gaan we verder?

Tekst Edith Bijl

Tiana van Grinsven is bestuurslid van het Zorginstituut. Als voorzitter van de Ketenraad van KIK-V was zij vanaf het begin nauw betrokken bij het programma. Nu de eerste fase is afgerond maakt zij de balans op en werpt haar blik vooruit op de vervolgfase.

Wat heeft KIK-V tot nu toe bereikt?

Van Grinsven: “Een belangrijke mijlpaal is dat de ketenpartijen begin dit jaar een convenant hebben gesloten. Daarmee hebben de partijen zich geëngaat aan het uitwisselen van data volgens de KIK-V-methode. Dat houdt in: eenmalig vastleggen en meerdere keren gebruiken. De afspraken die hierover zijn gemaakt, zijn nader uitgewerkt en vastgelegd in een 'Afsprakenpakket' voor de thema's Personeelssamenstelling en Basisveiligheid. Ook zijn wij zelf als Zorginstituut aan de slag gegaan. Wij hebben immers niet alleen een coördinerende rol in het programma, maar zijn ook een van de ketenpartijen. Wij hebben een uitwisselprofiel gemaakt voor de Openbare Database, waarin de kwaliteitsindicatoren worden verzameld. Het uitwisselprofiel beschrijft de afspraken over hoe en met welk doel zorgaanbieders deze indicatoren moeten aanleveren. Hiermee hebben we een grote stap gezet. Binnenkort kan iedere zorgaanbieder - als hij dat wil - zijn data via de KIK-V-methode aanleveren. Dat is winst.”

“Dit zijn enkele concrete resultaten. Wat ik heel belangrijk vind, is dat de samenwerking tussen de ketenpartijen heeft geleid tot een groeiend onderling begrip en vertrouwen. Dat is écht de basis voor dit programma. Dat fundament is ook nodig, want samen met deze partijen moeten we ervoor zorgen dat alle organisaties volgens de KIK-V-methode gaan werken, dus data (eenmalig) gaan opvragen dan wel aanleveren. We moeten daar samen in optrekken. Daarom is KIK-V ook een ketenprogramma.”

“Binnenkort kan iedere zorgaanbieder zijn data via de KIK-V-methode aanleveren. Dat is winst”

Waarom zouden zorgaanbieders aanhaken?

“Voor zorgaanbieders zit de winst in de eenmalige registratie en dat ze inzicht krijgen in de eigen processen. Wij werken goed samen met softwareleveranciers, die zorgaanbieders hierbij kunnen helpen. Ook daarin zit voor hen de winst. Inmiddels zijn ruim tweehonderd zorgaanbieders bekend met KIK-V. Sommige zijn afwachtend, maar als ze eenmaal de opbrengst van KIK-V bij de koplopers zien, hoop ik dat ze sneller geneigd zijn hiermee aan de slag te gaan.”

Wat gebeurt er in de tweede fase?

“In de vervolgfase gaan we de KIK-V-methode verder doorvoeren binnen de verpleeghuissector. Gebaseerd op het recent opgeleverde uitwisselprofiel voor de ODB, gaan we ons focussen op andere uitwisselprofielen. Veel data die wij namelijk opvragen voor de ODB en waar we afspraken over hebben gemaakt (zoals aantal fte), kunnen ook gebruikt worden voor uitwisselprofielen voor andere data, zoals 'toezichtsdata' voor de IGJ, of data voor de bedrijfsvoering voor de NZa, of de data die zorgkantoren uitvragen voor de zorginkoop. Het grote voordeel daarvan - en dat is de kern van de KIK-V-werkwijze - is dat de data dus maar één keer ingevoerd hoeven te worden, waarna meerdere ketenpartijen ze kunnen gebruiken. Zo breiden we in deze tweede fase de KIK-V-methode binnen de verpleeghuissector verder uit: we trekken door van de kwaliteitsprocessen naar andere bedrijfsprocessen binnen de eigen bedrijfsvoering, zoals financiën, organisatie en informatie. Zodat ook die bedrijfsonderdelen straks kunnen profiteren van de voordelen van de KIK-V-methode.” ●

Zinnige Zorg bij veneuze trombose en longembolie

Snellere diagnostiek en beter doorverwijzen

Het Zorginstituut en betrokken veldpartijen hebben afspraken gemaakt om de zorg voor mensen met diepe veneuze trombose en longembolie te verbeteren. De afspraken zijn vastgelegd in een verbeteringsplan. De veldpartijen gaan nu samen aan de slag om de afspraken te implementeren. Huisarts Geert-Jan Geersing en dermatoloog Bibi van Montfrans zijn blij met de verbeterplannen. Van Montfrans: “Als we de plannen uitvoeren kunnen we onnodig leed voorkomen.”

Tekst Jos Leijen

Beeld Hans van Rhoon (ANP)

Ingrid van Hoogstraten en Celine Leenen zijn namens het Zorginstituut betrokken bij het traject ‘Zinnige Zorg bij diepe veneuze trombose en longembolie’. De aandoening (zie ook de kadertekst rechts) is in 2019 geselecteerd uit een dozijn bloed- en immuunziekten waarvan vermoed werd dat er verbeteringen mogelijk zijn. “In de screeningfase kwam onder meer een grote praktijkvariatie naar voren in de diagnostiek”, vertelt Van Hoogstraten. “Dat werd bevestigd in de verdiepingsfase die tot het verbeteringsplan heeft geleid. Huisartsen sturen vaker dan nodig patiënten door naar het ziekenhuis. Daarnaast zijn er verschillen in de richtlijn voor huisartsen en die voor specialisten. Verder zijn de richtlijnen onduidelijk over de toepassing van zwachtels en steunkousen, bijvoorbeeld wanneer je begint en hoelang je ermee doorgaat.”

Veel kwaliteit te winnen

Gert-Jan Geersing is vanuit het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) afgevaardigd naar het Zinnige Zorg-traject. Hij is huisarts en onderzoeker bij het Julius Centrum in Utrecht en al sinds zijn promotie in 2011

bezig met longembolie en trombose. Het is goed dat Zinnige Zorg voor deze aandoening heeft gekozen, vindt hij. “Er gaat nog weinig aandacht naar veneuze trombose en longembolie, terwijl er veel kwaliteit te winnen is.”

Geersing onderschrijft dat de diagnostiek bij huisartsen beter kan. Tegelijk begrijpt hij ook waarom zijn collega's doen zoals ze doen. “De richtlijn zegt dat je bij verdenking een zogeheten D-dimeertest moet doen. Daarbij meet je of er in het bloed stoffen zitten die duiden op bloedstolsel. Maar daarvoor moet je je patiënt naar het lab sturen en het duurt vaak een dag voordat je dan de uitslag hebt.” Longembolie is in potentie levensbedreigend en huisartsen willen geen risico nemen, aldus Geersing. Daarom sturen ze patiënten vaak door naar de spoedeisende hulp, terwijl er geen sprake is van een longembolie. “Op de spoedeisende hulp wordt dan alsnog de diagnostiek ingezet. We moeten toe naar een situatie waarin er niet onnodig wordt doorverwezen, maar we ook geen gevallen missen. Want dat kan noodlottig zijn voor de patiënt.”

Om die situatie te bereiken moeten er D-dimeertesten komen die de huisarts zelf kan uitvoeren, betoogt Geersing. “Als je een

zogeheten ‘point-of-care-test’ hebt en je kunt met een eenvoudige vingerprik binnen tien minuten zien of een patiënt een verhoogd risico heeft, kunnen we de patiënt sneller en beter helpen en verspilling voorkomen.”

Posttrombotisch syndroom

Bibi van Montfrans is dermatoloog en hoofd opleiding dermatologie bij het Erasmus MC. Samen met Birgitte Visch van het Rijnstate Ziekenhuis is zij namens de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV) betrokken bij Zinnige Zorg. “Trombose leidt vaak tot huidklachten”, zegt zij. “Daarom spelen dermatologen een belangrijke rol in de behandeling van trombose, met name bij het posttrombotisch syndroom (PTS).” Trombose, legt Van Montfrans uit, leidt vaak tot littekens en beschadigde kleppen in de bloedvaten. Het bloed kan daarvoor niet goed terugstromen naar het hart en blijft hangen in het been. Met als gevolg een opgezwollen been, pijn, kramp en uiteindelijk mogelijk een wond die niet meer geneest, een ‘open been’. “Dat is een heel nare aandoening die veel leed veroorzaakt. Bij het risico op een PTS moet daarom zo snel mogelijk een dermatoloog worden ingeschakeld.” Het is essentieel dat huisartsen tijdig onder-



kennen wanneer een patiënt het gevaar loopt PTS te krijgen. Daar gaat het nu nog weleens mis. “Er moet aandacht voor komen in de huisartsenopleiding en bij nascholing van huisartsen”, vindt Van Montfrans. “Als je te laat bent krijgen patiënten ernstiger klachten, terwijl dat mogelijk voorkomen kan worden.”

Steunkousen

Dé manier om PTS te voorkomen is compressietherapie, ofwel het dragen van steunkousen. “Dat steunkousen werken, staat buiten kijf”, zegt de dermatoloog. “Er is echter een kennislacune over hoe je ze het beste kunt toepassen, wanneer je precies begint en hoelang je ermee doorgaat. Er zijn aanwijzingen dat zo snel mogelijk starten het beste effect heeft, maar er is geen hard bewijs. Het verbeteringsplan geeft aan dat onderzoek gewenst is.”

In het verbetertraject moeten ook afspraken gemaakt worden over de rolverdeling tussen huisarts, eerstehulparts, internist en dermatoloog. “De richtlijnen geven niet duidelijk aan wie wat doet en wanneer patiënten worden doorverwezen. Wij dermatologen hoeven niet iedere trombosepatiënt te zien – dat kunnen we ook niet aan – maar wel de

patiënten met een verhoogde kans op PTS. Ik heb er vertrouwen in dat we met de andere partijen goede afspraken kunnen maken.” Van Hoogstraten en Leenen van het Zorginstituut delen het vertrouwen van Van Montfrans. “In de verdiepingsfase hebben we ervaren dat er veel draagvlak is om de zorg bij veneuze trombose en longembolie te verbeteren”, zegt Leenen. “Het veld is nu aanzet met verbeteracties. Wij zullen het proces begeleiden en faciliteren. We houden contact met partijen, volgen de ontwikkelingen en houden regelmatig bijeenkomsten om de voortgang te bespreken en eventuele hobbels glad te strijken.”

“Het zou mooi zijn als er over twee of drie jaar snelsteden beschikbaar zijn bij huisartspraktijken en dat we patiënten goed en snel kunnen doorsturen naar de juiste behandelaar”, kijkt Geersing vooruit. “Als we dan ook nog goede afspraken hebben gemaakt over de rolverdeling en de behandeling, dan boeken we een grote winst.” ●

VENEUZE TROMBOSE EN LONGEMBOLIE

Veneuze trombose en longembolie zijn twee verschijningsvormen van een bloedstolsel in de aderen. Door het stolsel raakt de ader afgesloten en kan het bloed niet terug naar het hart. In 95 procent van de gevallen ontstaan de bloedproppen in het been. Soms komt een bloedprop in de longen terecht. Dan spreken we van ‘longembolie’. Naar schatting krijgen in Nederland jaarlijks ongeveer 25 duizend mensen een trombosebeen en 10 tot 12,5 duizend mensen een longembolie. 20 tot 50 procent van de patiënten houdt na een acute trombose blijvende klachten: het posttrombotisch syndroom (PTS). De kosten voor behandeling bedragen ongeveer 23 miljoen euro voor medisch-specialistische zorg en IC-opname en 38 miljoen euro voor bloedverdunders.



“Patiënten zijn blij dat we de eerstelijns herstelzorg snel voor hen toegankelijk konden maken. Daar doe je het uiteindelijk voor”

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

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker en

De Beeldredactie | Liesbeth Dingemans

aan het *bureau*

Harald Miedema is medisch adviseur bij het Zorginstituut.

“Vlak na de corona-uitbraak gingen we al nadenken over het herstel van patiënten thuis na een ernstige covid-infectie. We wisten natuurlijk weinig over deze ziekte, maar wel dat er bijvoorbeeld een post-IC-syndroom kan ontstaan, of dat patiënten na langdurige ziekenhuisopname spierklachten of psychische problemen kunnen krijgen. Later bleek ook dat patiënten die thuis covid hebben doorgemaakt langdurig problemen kunnen houden, die we nu ‘long-covid’ noemen. Omdat we vermoedden dat het om heel veel mensen zou gaan, moesten we snel anticiperen om de vergoeding van eerstelijns herstelzorg voor deze mensen te regelen. Toen VWS ons begin mei 2020 vroeg om hierover advies uit te brengen, zijn we snel aan de slag gegaan. Dat was lastig, want het was een nieuwe ziekte en een nieuwe situatie. Normaal gaan er vele maanden overheen tussen adviesaanvraag en de uiteindelijke opname in het basispakket; die tijd hadden we nu niet. Om de vergoeding voor deze patiënten wél direct georganiseerd te krijgen, hebben we – in overleg met VWS – gebruikgemaakt van een bijzondere, al bestaande wettelijke regeling voor tijdelijke opname van een nieuwe behandeling in het basispakket. Deze regeling houdt in dat je de patiënt een nieuwe behandeling kunt aanbieden in het kader van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van die zorg. Dat onderzoek naar de effectiviteit loopt nog; we verwachten de eerste resultaten dit najaar. Meer definitieve uitkomsten volgen vanaf het voorjaar van 2022. Die moeten we natuurlijk even afwachten, maar ik ben er trots op dat we in slechts twee maanden tijd de herstelzorg voor deze groep mensen toegankelijk konden maken. Vanuit de eerstelijnszorg is hiervoor veel waardering en ook de patiënten zijn er blij mee. En daar doe je het uiteindelijk voor.”



“Covid-patiënten krijgen bij ons na een intake bij de fysiotherapeut ook standaard een screening bij een ergotherapeut en diëtist”

aan het *bed*

Nicole Cremers is fysiotherapeut en directeur van FysioExpert in Haarlem

“Begin mei 2020 kregen wij de eerste post-covid-patiënten in onze praktijk. Omdat er voor de behandeling nog geen vergoeding bestond, hebben we in het begin ook mensen zonder vergoeding behandeld. Gelukkig kwam toen al snel het bericht dat het Zorginstituut aan een advies over herstelzorg werkte en dat er in juli 2020 een vergoeding zou komen.

Vanaf het begin was voor ons duidelijk dat we de herstelzorg multidisciplinair moesten aanpakken. Omdat álles onbekend was, moest je wel breed kijken welke zorg nodig was. Door veel te sparren met collega’s in de regio, hebben we snel kennis en ervaring kunnen opbouwen. Zo zagen we dat veel patiënten naast kortademigheid last hebben van long- en hartklachten, maar ook lijden aan gewichts- en spierverlies en extreme vermoeidheid. Daarom hebben we in ons protocol, waarmee onze praktijken sinds mei 2020 werken, afgesproken dat covid-patiënten na een intake bij de COPD- of hart-longfysiotherapeut, ook standaard een screening krijgen bij een ergotherapeut en diëtist. Die multidisciplinaire aanpak is enorm belangrijk: als je al in een vroeg stadium afstemt welke zorg de patiënt nodig heeft en in welke volgorde, wordt de zorg veel effectiever. Daarin is de coachende en verwijzende rol van de fysiotherapeut essentieel. Deze multidisciplinaire aanpak heeft door de covid-pandemie echt een vlucht genomen; steeds meer professionals zien de meerwaarde hiervan in. En natuurlijk is het ook voor de patiënten heel prettig, omdat ze – naast goede zorg – begrip en erkenning voor hun problemen krijgen.

Inmiddels hebben wij ongeveer 150 covid-patiënten behandeld. Vooral voor hen ben ik blij dat het Zorginstituut dit advies zo snel heeft opgeleverd. Hoe mooi is het dat we deze zorg kunnen bieden in Nederland. En dat we zo snel met elkaar een heel belangrijk product hebben neergezet!”



Vaccinatiezorg voor risicogroepen te versnipperd

Met het rapport *Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen: wie neemt de regie?* geeft het Zorginstituut een aanzet om de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen eenduidig te regelen.

Tekst Frank van Wijck

Beeld Things to Make and Do

Wie wegens kanker onder behandeling is en immuun- of stamceltherapie krijgt, heeft een minder goed werkend immuunsysteem. “Omdat zo iemand gevoelig is voor bijvoorbeeld een griepinfectie, is het zaak dat diens naasten een griepvaccinatie krijgen”, zegt Marianne van Maarschalkerweerd van de commissie belangenbehartiging van patiëntenorganisatie Hematon. “Is een naaste al ouder, dan wordt die gewoon jaarlijks opgeroepen voor de grieprik en is dit dus goed geregeld. Maar voor jongeren geldt dit niet en dan ontstaan problemen. De medisch specialist wijst hiervoor naar de huisarts. Maar niet iedere huisarts weet hoe het met de vergoeding voor die vaccinatie zit en heeft

ook niet altijd de tijd om daar achteraan te gaan. Hemato-oncologische aandoeningen zijn divers en soms ook zeldzaam. De huisarts weet dan niet of die vaccinatie relevant is. Om voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking te komen, moet de vaccinatie op voorschrift van de hematoloog worden aangevraagd, maar het vaccin moet via de huisarts worden geregeld. Dan wordt het een kastje-naar-de-muurverhaal.”

Veel onduidelijkheid

Het verhaal dat Van Maarschalkerweerd schetst is niet uniek, zegt projectleider Sierk Marbus van het Zorginstituut: “Hetzelfde probleem zien we bijvoorbeeld bij patiënten

Sierk Marbus: “Preventie is een belangrijk thema voor het Zorginstituut en een goede vaccinatiestrategie vormt daar een vanzelfsprekend onderdeel van”

bij wie de milt is verwijderd. Zij moeten worden ingeënt tegen pneumokokken, meningokokken en haemophilus influenzae type b. Maar de vaccinatiezorg voor deze en andere medische risicogroepen is niet goed geregeld in Nederland. Patiënten en ook behandelaars blijken niet altijd te weten welke vaccinaties vergoed worden via de basisverzekering. En het ontbreekt aan een nauwkeurig overzicht waarvoor en wanneer patiënten moeten worden ingeënt. Het gevolg is dat die vergoeding in de praktijk vaak niet tot stand komt.”

Het is geen nieuw probleem, stelt Marbus. Hij herkent het uit zijn eerdere werk als internist-infectioloog van al zeker tien jaar geleden. “Al die jaren is er niets veranderd”, zegt hij. “Behandelaars hebben wel aan de bel getrokken, maar dat gebeurde op individueel niveau en is daardoor onvoldoende opgepakt. Patiëntenverenigingen vroegen er ook wel aandacht voor, maar die kenden elkaar niet zo goed en trokken dus ook niet samen op. Met als gevolg dat veel patiënten zeiden: dan betaal ik het wel zelf of ik haal de vaccinatie niet. Pas nu er Kamervragen over zijn gesteld heeft het urgentie gekregen.”

Patiënt de dupe

Afhankelijk van de vraag om welk vaccin het gaat en hoe vaak een patiënt het nodig heeft, kan het uitblijven van vergoeding uit de basisverzekering de patiënt enkele tientallen tot 80 euro kosten, schat Marbus. “En als zo’n vaccin dan vaker – bijvoorbeeld om de vijf jaar – moet worden toegediend, is dat toch een kostenpost voor de individuele patiënt”, zegt hij. De betreffende patiëntengroep is heel divers. “Samenvattend gaat het vaak om personen met een verlaagde afweer door ziekte of door een behandeling, zoals chemotherapie bij patiënten met een maligniteit of immunosuppressieve therapie bij orgaan- en/of stamceltransplantatiepatiënten”, zegt Marbus. “Daarnaast ook patiënten met chronische inflammatoire darmziekten, zoals de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa, en patiënten met reumatische ziekten. Zwangere vrouwen zijn ook

een medische risicogroep, maar vallen vaak buiten de boot voor vergoeding van vaccinaties. Om hoeveel patiënten het in totaal precies gaat, bleek lastig te achterhalen. Er zijn wel cijfers van het RIVM, maar die geven geen volledig beeld. Dit is dus onderwerp voor vervolgonderzoek. Voor nu was ons belang aan te tonen dat de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen te versnipperd is en de minister te adviseren over hoe dit probleem kan worden opgelost. Preventie is een belangrijk thema voor het Zorginstituut en een goede vaccinatiestrategie vormt daar een vanzelfsprekend onderdeel van. Ons advies staat overigens niet op zichzelf. Er vond uitgebreide afstemming plaats met de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, die in maart 2021 het rapport *Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend* publiceerde.”

Regie nodig

In de titel van het advies van het Zorginstituut staat de vraag: wie neemt de regie? Marbus: “Gesprekken die we hierover in voorbereiding op ons advies hebben gevoerd met de GGD, huisartsen, medisch specialisten, farmaceutische industrie en verschillende zorgorganisaties leidden tot een heel gemêleerd beeld van antwoorden. De huisarts krijgt bijvoorbeeld van een medisch specialist een verwijzing voor een patiënt voor het zetten van een vaccinatie en het

regelen van de vergoeding. Maar soms blijkt er dan geen vergoeding voor de vaccinatie uit het basispakket te bestaan en moet de huisarts daar achteraan. Soms kan het worden opgelost doordat de zorgverzekeraar bereid is te vergoeden ‘uit coulance’, hoewel de indicatie voor de vaccinatie niet aansluit bij de voorwaarden van het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Maar die route biedt niet een structurele oplossing. Kortom, partijen wijzen nogal eens naar elkaar. In ons advies hebben we daarom bewust geen expliciet richtinggevend antwoord gegeven op die vraag uit de titel. Daarover moeten in het vervolgotraject gesprekken worden gevoerd met de betrokken partijen. Ons adviesrapport is een eerste aanzet om het probleem helder te maken. In dat vervolgotraject zouden wij als Zorginstituut wel een agenderende en begeleidende rol kunnen spelen.”

Wellicht creëert het advies ook bewustwording onder de betrokken partijen dat inderdaad actie nodig is om duidelijkheid te creëren in het vaccinatiebeleid voor risicogroepen en de vergoeding daarvoor, suggereert Marbus. “Het zou mooi zijn als nu één partij opstaat om daarin de regie te nemen, of als de partijen elkaar opzoeken om het samen te regelen. In elk geval moet er een vast zorgpad komen en moet een eenduidige route voor vergoeding worden geregeld.” Verdere stappen zullen pas worden gezet als het nieuwe kabinet geïnstalleerd is, verwacht Marbus. “Duidelijk is wel dat zowel ons advies als het rapport van de RVS een appèl doet op het structureel verbeteren van de vaccinatiezorg in Nederland.” ●



De Culturele Apothekers schrijven voor bij...

Overvoering

Ach, wat bood deze zomer een heerlijk vooruitzicht. Na vele maanden zoveel mogelijk leven op de eigen vierkante meter – 1,5 meter om precies te zijn – zouden we eindelijk weer wat mogen pierewaaien. Met mensen waarmee je géén huishouden voert op een terras afspreken! Naar een museum of bioscoop, zónder mondkapje! Met de juiste QR-code op zak de grens over! We mochten los! Dat het met festivals en het nachtleven prompt niet goed ging, was voor de liefhebbers natuurlijk een flinke domper. Maar op andere vlakken lachte een tijd vol zomerzaligheid ons toe.

Ziektebeeld

Maar dat gaat zomaar niet, van leven op de rem naar volle kracht vooruit. Ging het u ook niet in de koude kleren zitten, al die mensen en indrukken die weer tot u kwamen? Had u moeite echt aandachtig te genieten van die tentoonstelling waarvoor u een time-slot boekte, omdat uw ogen na een uur intensief turen wel genoeg moois hadden gezien? Vond u het maar een drukte van belang op die Franse/Italiaanse/Spaanse camping waar u normaal zo goed tot rust kon komen? En ziet u als een berg op tegen al die koffieautomaatpraatjes die er weer aan komen? Kortom, ervaart u alles wat weer kan en mag als te veel van het goede? Dan heeft u last van overvoering.

Literaire medicatie

Een troost: u bent niet de enige. Deskundigen voorspelden al dat mensen weer zouden moeten wennen aan de drukte en dynamiek van een vrijer leven. Uw reactie is dus heel normaal. Deels zal de tijd zijn werk moeten doen.

Wat ook kan helpen: *Wij zijn licht* van Gerda Blees. Deze roman laat zien hoe adem-benemend vreselijk een leven kan zijn dat van (zelfgekozen) beperkingen aan elkaar hangt. U maakt kennis met de vier bewoners van Woongroep Klank & Liefde. Zij proberen zich te voeden met licht en muziek in plaats van eten. Stapje voor stapje keren ze zich af van de maatschappij, van andere mensen, van basale behoeften. Totdat een van hen komt te overlijden en de overgebleven woongroepleden opeens verdachten zijn in een strafzaak.

Blees baseerde deze roman op een waar-gebeurd incident in een Utrechtse woongroep. Ze vond daarbij een buitengewoon originele vorm om het verhaal te vertellen. Zo komen naast burens en beambten bijvoorbeeld ook de geitenwollen sokken aan het woord waarmee de bewoners zich warmhouden, en een boterham met hagelslag.

Deze roman toont wat er kan gebeuren als mensen ervan overtuigd raken dat het beter is om *alle* prikkels en invloeden van buitenaf te vermijden. Om *niets* meer tot je te nemen. Wie last heeft van overvoering wordt door dit boek uiteindelijk met beide benen weer in het volle leven gezet – maar wel stap voor stap, door de omtrekkende beweging die Blees koos voor het verhaal. Wanneer u het uit hebt, wilt u gegarandeerd niets liever dan dat volle leven omarmen.

Wij zijn licht

DOSERING:
NEEM NIET MEER DAN EEN
HOOFDSTUK PER DAG IN – OVER-
VOERING MET HONGERVERHALEN
MOET VOORKOMEN WORDEN.

MOGELIJKE BIJWERKING:
OVERMATIGE ZIN IN
BOTERHAMMEN EN MEER
BOEKEN VAN BLEES.



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

Kathelijne Hartkamp

Coördinator Kwaliteitsgegevens

“Sinds begin 2019 werk ik bij het Zorginstituut. Ik houd mij bezig met de coördinatie van de uitdraag en met de verwerking en publicatie van kwaliteitsgegevens van zorgaanbieders. Partijen in de zorg (organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) bepalen wat goede zorg is en hoe je die meet. Op basis van de meetinstrumenten die in het Register van het Zorginstituut zijn opgenomen, leveren zorgaanbieders kwaliteitsgegevens aan. Deze gegevens publiceert het Zorginstituut onder de openbare data van zorginzicht.nl, waardoor zij publiekelijk beschikbaar zijn.

Samen met mijn collega's, die allen verantwoordelijk zijn voor een van de zorgsectoren, begeleiden wij partijen in het hele proces daarnaartoe. Zelf ga ik bijvoorbeeld over de verzameling van gegevens binnen de ggz. Ook wijzen we zorgaanbieders op hun aanleverplicht en op het belang om deze kwaliteitsgegevens publiekelijk toegankelijk te maken. Zij bieden namelijk een schat aan informatie aan alle partijen in de zorg. Patiënten kunnen de gegevens bijvoorbeeld gebruiken om een bewustere keuze te maken voor een zorgaanbieder. Zorgaanbieders kunnen ze gebruiken om te leren en te verbeteren. Ik vind het leuk dat ik door mijn functie steeds weer een inkijkje krijg in andere zorgsectoren en dat we van elkaar kunnen leren. Zo werk ik samen met mijn collega's aan het verbeteren van de inzichtelijkheid in de kwaliteit van de zorg.”

Beeld Ron Zwagemaker

Over zorg gesproken...

“Gevaccineerden zijn niet allemaal schapen die meelopen omdat de overheid of dokter dat zegt; ongevaccineerden zijn niet allemaal domme mensen die de wetenschap niet vertrouwen.”

Erwin Kompanje, klinisch ethicus, in de Volkskrant (27 augustus 2021).

“Eigenlijk zouden er meer beleidsmakers gewoon eens moeten meedraaien. Kun je met eigen ogen zien hoe hard er in de ouderenzorg wordt gewerkt.”

Kina Koster, voorzitter Raad van Bestuur van Cicero Zorggroep, in dit magazine (pagina 20).

“We hebben ons best gedaan zoveel mogelijk mensen te beschermen. Nu moeten we weer leren in een risicosamenleving te leven.”

Armand Girbes, hoofd IC-afdeling VUMC, in de Volkskrant (17 augustus 2021).

“Jongeren zijn van jongs af aan gewend pillen te nemen. Hoofdpijn? Pilletje. Druk? Pilletje. Slecht slapen? Pilletje.”

Filosoof en schrijver Stine Jensen over het groeiend aantal verslaafden en doden door gebruik van pijnstillers, in NRC (13 augustus 2021).

“Ze zijn hier komen wonen. Ze wisten toch dat er bij Tata geen vitamine C uit die pijpen komt?”

63-jarige bewoner van Wijk aan Zee over mensen van buiten het dorp die klagen over Tata Steel, in de Volkskrant (3 september 2021).

“Marktwerking in de zorg werkt allang niet meer. Covid en eerdere situaties bewijzen dat onderlinge concurrentie niet leidt tot de beste uitkomst van elke publieke euro.”

Ernst Kuipers, bestuursvoorzitter Erasmus MC, in Zorgvisie (1 september 2021).

“Dokters gaan dokteren en krijgen later een Nobelprijs voor het vaccin. Maar verpleegkundigen dringen zich niet op om de organisatie te overtuigen dat zij cruciaal zijn.”

Pieterbas Lalleman, o.m. verpleegkundige en organisatiesocioloog, pleit voor meer verpleegkundige zeggenschap, op zorgvisie.nl (26 juni 2021).

“Geen enkele hulpverlener kan de hele reis van de patiënt voor zijn rekening nemen.”

Henri Plagge, bestuurder van Adelante en bestuurslid van Revalidatie Nederland, pleit voor meer regionale samenwerking om zorg slimmer en beter vanuit de patiënt te organiseren, op zorgvisie.nl (12 augustus 2021).