

Vergaderjaar 2021–2022

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 648

BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN VOOR MINISTER VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 juni 2022

Dagelijks werken verpleegkundigen, begeleiders, verzorgenden, artsen, onderzoekers en bestuurders met hart en ziel aan liefdevolle zorg. Met dank aan die inspanning is de zorg in Nederland in brede zin goed. Toch blijft de kwaliteit van zorg op onderdelen achter bij andere landen.¹ Bijvoorbeeld doordat de zorg te versnipperd is georganiseerd. Dat moet en kan beter. En dat is niet de enige uitdaging voor de zorg op dit moment. Verschillende maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de uitdagingen op de arbeidsmarkt, vergrijzing, toenemende medische mogelijkheden én toenemende gezondheidsverschillen, dagen de zorg uit.

Juist door te kiezen voor zorg die er écht toe doet, zorg die effectief is, die aansluit bij de werkelijke behoefte en die in goede samenwerking georganiseerd is, voorkomen we onnodig werk, benutten we de beschikbare capaciteit optimaal en dragen we het beste bij aan de kwaliteit van leven.

Kwaliteit staat centraal in de aanpak voor de noodzakelijke verbeteringen van ons zorgstelsel. Daarmee bieden we het hoofd aan de maatschappelijke opgaven en krijgt iedereen toegang tot zorg van hoge kwaliteit. We vinden het van belang expliciet te formuleren vanuit welke visie op kwaliteit we hieraan willen werken en hoe die visie bestaande trajecten verbindt. Daarvoor dient deze brief². Onze inspiratie vinden we in gesprekken met zorgverleners, cliënten en bestuurders. Daarin komt terug hoe belangrijk het is dat de samenleving en zorgsector een actievere dialoog voeren over wat we mogen verwachten van de zorg- en vice versa. Dat zorg wordt geboden in samenwerking met en rondom de

¹ OECD Statistics

² De brief gaat primair over de domeinen van de Zorgverzekeringswet (zvw) en de wet Langdurige zorg (wlz). In de uitwerking leggen we nadrukkelijk ook de link met, en leren we over en weer van andere domeinen zoals de jeugdzorg of maatschappelijke ondersteuning.

patiënt. Dat zorgverleners zich veilig voelen om te leren en te verbeteren en dit aantoonbaar leidt tot hogere kwaliteit. Dat mensen in positie worden gebracht voor een gezond leven en dat de overheid de handen uit de mouwen steekt en belemmeringen daadwerkelijk opruimt.

We beschrijven hieronder op hoofdlijnen hoe we dat gaan aanpakken en met wie we daarover in gesprek gaan. We agenderen hiermee wat volgens ons de belangrijkste onderwerpen zijn als het om kwaliteit gaat. Op onderdelen zijn al concrete stappen voorbereid en hebben we onze ideeën voorgelegd aan veldpartijen. Dit jaar ontvangt u daarover specifieke kamerbrieven, bijvoorbeeld over passende zorg in de langdurige zorg en over kwaliteit en samenwerking in de medisch specialistische zorg. Op andere punten beschrijven we onze inzet en ambitie. Daar gaan we mee aan de slag. Samen met de praktijk en met de vertegenwoordigers van veldorganisaties, bijvoorbeeld door waar mogelijk, afspraken te maken in het Integraal Zorgakkoord. En als het moet dan stellen we passende regels of creëren we juist extra ruimte. Omdat het nodig is voor toegang tot hoge kwaliteit van zorg voor iedereen.

Kwaliteit anno 2022

Kwaliteit gaat over het realiseren van waarden. De waarden die centraal staan en de wijze waarop daar invulling aan werd gegeven, hebben de afgelopen decennia in de zorg een flinke ontwikkeling doorgemaakt. Terwijl kwaliteit voorheen primair in professionele termen werd geduid, kwam daar later het perspectief vanuit de cliënt of patiënt bij; wat past in diens leven en levensfase, welke ondersteuning heeft iemand nodig in de eigen context? Inmiddels dagen ook verschillende maatschappelijke waarden de zorg uit om opnieuw te bezien hoe kwaliteit vorm krijgt. Bijvoorbeeld omdat de zorg een fors aandeel heeft in de CO₂-uitstoot en het gebruik van materialen en afvalproductie en het noodzakelijk is dat te verminderen. Of als het gaat om de beschikbaarheid van zorgverleners; die is beperkt en zal steeds meer krapte laten zien. Wederkerigheid tussen zorg en samenleving wordt daarom cruciaal. Ouderen helpen bijvoorbeeld elkaar, maar kunnen ook van grote meerwaarde zijn voor jongere generaties – en andersom. En ook andere ontwikkelingen vragen om een nieuwe benadering van kwaliteit, met meer aandacht voor publieke waarden. Dat werd ook aan de orde gesteld in het advies *Samenwerken aan passende zorg*³ – zie kader – van Zorginstituut Nederland (ZIN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Passende zorg accentueert dus nieuwe maatschappelijke waarden die op zichzelf van belang zijn (ook vanuit het perspectief van toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg), en die daarnaast mede invulling geven aan de maatschappelijke component als onderdeel van het begrip kwaliteit van zorg.

Wat bedoelen we met passende zorg?

Passende Zorg richt zich – mede vanwege grote maatschappelijke uitdagingen – op gepast gebruik van zorg én op noodzakelijke veranderingen in de organisatie van zorg. Het is een overkoepelende term voor de beweging naar zorg die waarde gedreven is, die samen met en rondom de patiënt tot stand komt, die de juiste zorg op de juiste plek is en die gaat om gezondheid in plaats van ziekte. Passende Zorg is daarmee geen nieuw programma, maar een katalysator voor bestaande programma's en trajecten, zoals uitkomstgerichte zorg, samen beslissen, juiste zorg op de juiste plek

³ Advies «Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú» | Rapport | Zorginstituut Nederland

en zorgevaluatie en gepast gebruik. Hierbij is de kern dat deze trajecten in samenwerking en vanuit wederzijds vertrouwen worden doorgevoerd, met meer urgentie en minder vrijblijvendheid. Ook werken we vanuit passende zorg aan het aanpassen van noodzakelijke randvoorwaarden in het stelsel.

We stippen hierna enkele thema's aan waar de zorg zich toe zal moeten verhouden.

We weten en kunnen steeds meer.....

De wetenschappelijke en medisch-technische ontwikkelingen gaan hard. Steeds vaker kunnen mensen verder leven met (chronische) aandoeningen die voorheen wellicht fataal waren geweest. We worden dan ook steeds ouder. Dat betekent ook dat het aantal mensen dat een langer deel van hun leven zorg en ondersteuning nodig heeft, toeneemt. Zorg thuis, of zorg in een zorginstelling. Inmiddels staat de technologie ook toe dat veel van die zorg buiten de muren van de instelling mogelijk is, zoals het monitoren van herstel na een hartoperatie. Voor de kwaliteit van leven is het van belang dat we daar gebruik van maken. En de zorg naar de mensen toebrengen, in plaats van de mensen naar de zorg.

...dat vraagt om meer maatwerk.

Het is niet altijd zo dat alles doen wat kan, ook het beste is voor een patiënt. Voor chronische nierschade zijn verschillende manieren van dialyseren mogelijk, thuis of in het ziekenhuis of de kliniek. Maar dialyseren vraagt ook veel van patiënten. Daarom past een zo langdurig mogelijke conservatieve behandeling met begeleiding en bijvoorbeeld een zoutarm dieet soms beter bij het leven en de voorkeuren van patiënten. Persoonlijke mogelijkheden en behoeften wegen naast medische kenmerken mee in de keus die een patiënt maakt over zijn behandeling. Als je nog maar een paar maanden te leven hebt wil je misschien liever nog een mooie reis maken dan je leven misschien nog iets verlengen maar tijdens die periode extra ziek zijn van een extra chemo. Soms is het humaner om niet verder te behandelen en vooral kwalitatief goede palliatieve zorg te verlenen. Het wordt dus juist naarmate er technisch meer mogelijk is, belangrijker scherper af te wegen; wat is voor mij als patiënt nu echt belangrijk in deze fase van mijn leven? Voor zorgverleners en aanbieders betekent dat meer samenwerking over de grenzen van de eigen discipline, het team of de organisatie heen. Zorgvragen passen immers vaak niet in één hokje.

Wat mensen belangrijk vinden in hun leven, wordt steeds diverser.

De samenleving wordt nog steeds diverser en individualiseert verder. Wat voor jou passende zorg is, kan voor je buurman anders zijn. Vanwege de vergrijzing en het toenemende aantal chronisch zieken komt comorbiditeit ook steeds vaker voor. Maatwerk en het gesprek met patiënten, cliënten en hun naasten over hun behoeften is dus steeds belangrijker. Dat vraagt van zorggebruikers dat zij zelf ook actief verantwoordelijkheid nemen, deelnemen aan het gesprek over de zorg die ze krijgen, aangeven wat ze zelf nog willen en kunnen, en wat voor hen van belang is in hun leven. Mensen moeten daar voldoende voor toegerust worden en in de gelegenheid worden gesteld. Mensen die ziek zijn, zijn vaak ook kwetsbaar en voelen zich afhankelijk van hun zorgverlener. Of het gesprek is te moeilijk of te intensief. Juist dan moet een zorgverlener toegerust zijn om het goede gesprek te voeren, de specifieke behoeften boven tafel te krijgen, om zorg te bieden die daarbij past.

In de langdurige zorg krijgen cliënten zorg en ondersteuning – soms voor een kortere periode, soms vanaf de geboorte – vaak 24 uur per dag. Aansluiten bij de wensen van cliënten en hun naasten is dan extra belangrijk want de kwaliteit van zorg en ondersteuning hangt hier nauw samen met de kwaliteit van leven. In het gemeentelijk domein van zorg en welzijn staat deze aansluiting ook centraal en ook de IGJ zet daar in het toezicht op in met persoonsgerichte zorg⁴. Zoals de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving constateert in het essay «Gezondheidsverschillen voorbij»⁵, is een brede blik nodig om gezondheidsverschillen en daarmee samenhangende achterstanden daadwerkelijk te verkleinen.

Houdbaarheid van de groei is eindig.....

Op maatschappelijk niveau is de huidige groei van de zorg op termijn niet houdbaar. Als deze doorgaat moet in 2060 meer dan één op de drie mensen in de zorg werken⁶. Dat is niet houdbaar; die mensen zijn er gewoon niet. Met de huidige personeelstekorten is het al een flinke uitdaging om de zorgvraag adequaat te beantwoorden. En het zou financieel ten koste gaan van andere maatschappelijk belangrijke investeringen, zoals onderwijs, klimaat of defensie. We kunnen ons niet langer permitteren om zorg te leveren uit gewoonte, omdat dat nu eenmaal altijd al zo ging, terwijl we niet weten of een behandeling écht effect heeft. Ook moeten we vermijdbare schade en herstel voorkomen⁷, net als lange zoektochten van patiënten en cliënten voordat ze de juiste zorgverlener hebben getroffen. De zorgverleners die er zijn moeten we optimaal inzetten. De zorg moet er voor mensen écht toe doen, effectief zijn en dus aantoonbaar toegevoegde waarde hebben. En zoals de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) aangeeft: er zijn keuzes nodig om de groei van zorg weloverwogen te begrenzen⁸.

....en de maatschappelijke verschillen nemen toe, maar we hebben elkaar nodig.

Naast individualisering nemen sociaaleconomische verschillen in de samenleving nog steeds toe en die hebben hun uitwerking ook op gezondheid. Je postcode en werk voorspellen hoe lang je gezond kan leven⁹. Schuldenproblematiek en armoede leiden tot stress. Dat kan zich uiten in een slechtere leefstijl, chronische aandoeningen of zelfs ongelukken waarmee mensen op de spoedeisende hulp terecht komen. Zo wordt vaker een beroep op de zorg gedaan voor problemen die oorspronkelijk vooral sociaal-maatschappelijk waren. Die vragen vertalen zich naar de huisartsenzorg en de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Schuldenproblematiek en huisvestingsproblemen leiden tot meer mentale kwetsbaarheid en een groter beroep op professionele zorg en ondersteuning. Om de maatschappelijke opgave breed aan te kunnen is samenwerking over de domeinen heen dus cruciaal.

Gezondheidsvaardigheden, die we nodig hebben om informatie over zorg te begrijpen en gezond te leven, bepalen steeds vaker of je je weg kan vinden in het zorgaanbod. Grofweg één derde van de mensen heeft hier

⁴ IGJ-advies+gepast+gebruik+.pdf

⁵ <https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij>

⁶ WRR, 2021 Kiezen voor houdbare zorg

⁷ Monitor Zorggerelateerde Schade 2019: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: Nivel, 2022.

⁸ Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak (rapport nr. 104, 2021) Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

⁹ <https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij>

moeite mee. Dit terwijl gezondheidsproblemen soms alleen gezamenlijk opgelost kunnen worden. De Covid pandemie is daar een goed voorbeeld van.

Steeds meer verschillende bronnen van kennis, informatie en data

Een andere ontwikkeling is de toenemende beschikbaarheid van data en de steeds snellere ontwikkeling van kennis door combinatie van data. Hierdoor kan informatie van gisteren vandaag gebruikt worden in de spreekkamer. Kwaliteitsregistraties verzamelen en ontsluiten in toenemende mate informatie over de kwaliteit van zorg, waardoor zorgverleners sneller kunnen leren en verbeteren en zorg steeds meer op maat geleverd kan worden. Voor bijvoorbeeld oncologische behandelingen ontstaat steeds meer gepersonaliseerde zorg, zelfs afgestemd op het DNA profiel van de patiënt. Voor patiënten, zorgverleners en verzekeraars komt stapsgewijs meer uitkomstinformatie beschikbaar over de impact van behandelingen op de werkelijke kwaliteit van leven van patiënten. Hoe gaat het bijvoorbeeld met sporten, met eventuele angsten, met seksualiteit na een operatie? En in de gehandicaptenzorg kunnen data bijvoorbeeld helpen om interventies zoals vrijheidsbeperkende maatregelen steeds gericht in te zetten.

Via doelmatigheidsonderzoek ontstaat meer inzicht over wat echt werkt in de praktijk of over de optimale organisatie van zorg. Wat werkt is niet meer alleen een vraag voor zorgverleners; in toenemende mate kunnen we meewegen wat het effect van zorg is op de ervaren kwaliteit van leven «in de echte wereld». Bij een grote verscheidenheid aan mensen die ook meerdere aandoeningen tegelijk hebben. Ook in de langdurige zorg kijken we steeds meer op die manier naar zorg die werkt.

.....maar de toepassing ervan vraagt meer regie.

De beschikbaarheid van data en kennis maakt het niet eenvoudig om die ook toe te passen. Dat vraagt soms om het anders organiseren van zorg, om nieuwe taakverdelingen, scherpere keuzes wie wat doet en soms ook moeilijke gesprekken. Ook is het efficiënt verzamelen van gegevens en die omzetten in informatie waar bestuurders, burgers of zorgverleners iets mee kunnen, geen sinecure. In de gehandicaptenzorg (Gewoon Bijzonder) wordt er al aan gewerkt om de schat aan informatie die er in data beschikbaar is, om te zetten in kennis via kortdurend onderzoek. Andere sectoren vragen hierin om meer regie van de overheid. Juist ook om te voorkomen dat administratieve lasten toenemen en te zorgen dat gegevens maar één keer hoeven te worden geregistreerd en voor meerdere doelen kunnen worden benut.

En ook de zorg moet zich verhouden tot duurzaamheid en crisisbestendigheid.

Juist voor een gezond leven is een gezonde omgeving van evident belang. Duurzaamheid is één van de belangrijke maatschappelijke waarden waartoe de zorg zich anno 2022 zal moeten verhouden. Met het programma Duurzame zorg¹⁰ is door de inzet van veel partijen een beweging in gang gezet om de zorg te verduurzamen. Dat is nodig, want de zorg is één van de grote vervuilende sectoren¹¹. Inzetten op kwaliteit is een onmisbare impuls voor meer duurzame zorg; we voorkomen onnodig werk en benutten we de beschikbare capaciteit en grondstoffen optimaal. Daarmee dragen we bij aan kwaliteit van leven en aan duurzaamheid. De

¹⁰ Duurzame zorg | Rijksoverheid.nl

¹¹ 1920_Studie_Duurzame_Gezondheidszorg_DIGITAL_DEF.pdf (gupta-strategists.nl)

Covid pandemie heeft laten zien hoe volksgezondheid en de manier waarop we omgaan met onze leefomgeving nauw verweven zijn. De verandering van het klimaat zal op afzienbare termijn ook in Nederland leiden tot een omgeving waarin zoönosen¹² en vector-overdraagbare aandoeningen¹³ gedijen. Daarnaast heeft de pandemie het belang van crisisbestendigheid van de zorg onderstreept. We bleken meer dan ooit direct van elkaar afhankelijk; de pandemie was bij uitstek een gezondheidsprobleem dat we alleen gezamenlijk kunnen aanpakken. Ook dit is een nieuwe ontwikkeling die moet worden meegewogen als we het hebben over kwaliteit.

Leidende principes bij de opgave

In het licht van de beschreven ontwikkelingen is het cruciaal én steeds meer mogelijk dat we scherper kiezen voor zorg die aantoonbaar waarde toevoegt aan de kwaliteit van leven. Aantoonbaar in brede zin; doordat een individuele cliënt in een gesprek aangeeft dat zijn of haar welbevinden is gegroeid, door passend onderzoek, of door patiënt gerapporteerde uitkomsten. Het gaat erom dat we ons afvragen of de zorg die wordt geboden daadwerkelijk verschil maakt voor de cliënt en patiënt. Zorg die effectief is, die aansluit bij de werkelijke behoefte en de leefwereld van de patiënt of cliënt, en die zo is georganiseerd dat de beschikbare middelen en mankracht optimaal benut worden. Dat vraagt, aansluitend bij het Coalitieakkoord (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77), om goed kijken naar wat werkt. Open gesprekken van zorgverleners met patiënten, cliënten en hun naasten over hun werkelijke behoefte en situatie. Ruimte voor goede begeleiding en bejegening, echt luisteren. Optimale samenwerking – ook met het sociale domein en andere sectoren – en meer regie om de noodzakelijke randvoorwaarden op orde te brengen. Goede zorg en ondersteuning moet er immers voor iedereen zijn. Waar je ook je zorgvraag stelt, iedereen moet toegang hebben tot goede kwaliteit van zorg.

Om deze opgave te realiseren hebben we vijf leidende principes geformuleerd.

- Samenleving aan tafel
- Samenwerken met en rondom de patiënt
- Leren en verbeteren in dialoog
- Mensen in positie om gezond te leven
- Regie door de overheid

Deze principes dragen de richting van ons beleid. Er lopen veel programma's en beleidstrajecten die bijdragen aan de kwaliteit van zorg¹⁴. Het gaat er nu vooral om dat de aanpak van VWS zoveel mogelijk éénsgericht is met deze principes als uitgangspunt, zodat onze inzet maximaal bijdraagt aan het beantwoorden van de opgave waar we voor staan.

• Samenleving aan tafel

Standaarden voor «goede zorg» worden nu meestal geschreven door zorgverleners. Dat gebeurt in steeds meer gevallen in afstemming met

¹² infecties die van dieren op mensen kunnen worden overgedragen

¹³ die worden overgedragen door tussenkomst van een insect zoals een mug

¹⁴ zoals Uitkomstgerichte Zorg, de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZQJP), Academische werkplaatsen en kennisinfrastructuur in de langdurige zorg, het Kwaliteitskaders Verpleeghuiszorg, Gehandicaptenzorg en Spoedzorgketen, het ondersteuningsprogramma Waardigheid en Trots, de evaluatie van de Wkkgz, Toekomstbestendigheid van de wet BIG, Governance van kwaliteitsregistraties, Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, het nieuwe programma Wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen (WOZO)

patiënten, cliënten en naasten. Er kan in dit proces nog veel meer en beter gebruik gemaakt worden van de ervaringsdeskundigheid die aanwezig is bij groepen patiënten, cliënten en naasten. Daarnaast is het – gezien de grote maatschappelijke vraagstukken waar de zorg zich steeds meer toe moet verhouden – van belang dat hier het perspectief van de samenleving als geheel bij vertegenwoordigd is. Zodat waarden zoals doelmatigheid, vergroening, preventie en het tegengaan van gezondheidsverschillen ook (meer dan nu) meewegen bij het formuleren van deze richtlijnen. Zo is in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en Jeugdwet 2015 al vastgelegd dat inwoners en betrokkenen actief meepraten bij het beleid en de uitvoering ervan door gemeenten¹⁵. Dat is een helder principe, verankerd in wetgeving. Dit principe willen wij in het hele zorgdomein verbreden en verbinden.

Omgekeerd betekent «de samenleving aan tafel» ook dat in het beleid op andere terreinen (zoals infrastructuur, milieu, economie, arbeidsmarkt) of bij andere organisaties (zoals onderwijs, woningcorporaties) de verbinding met ziekte en vooral gezondheid sterker mag worden gelegd. Voor gezondheid en welzijn is de hele leefomgeving immers van belang, en vice versa draagt een goede gezondheid bij aan bijvoorbeeld een actieve deelname op de arbeidsmarkt en mentaal welbevinden.

Daarom gaan we:

- Organiseren dat het perspectief van burgers en de samenleving als geheel beter wordt meegewogen bij beschrijvingen of normen wat «goede zorg» is. Dit sluit aan bij het rapport «Burgers in de Boardroom» waarover ik u op 11 april 2022 informeerde¹⁶. We willen hierover in gesprek met het veld en we hebben het Zorginstituut gevraagd dit idee mee te nemen bij de ontwikkeling van het kader passende zorg. Bij de advisering over het pakket voor de zorgverzekeringswet (Zvw) en de wet langdurige zorg (Wlz) moet de houdbaarheid van zorg en de betaalbaarheid voor verzekerden nadrukkelijker op tafel liggen. Ook gaan we na hoe de zorg als sector meer transparantie kan betrachten, bijvoorbeeld richting andere sectoren, om de stijgende kosten en de daarmee groeiende druk op de publieke middelen te onderbouwen. En hoe burgers meer bewust en betrokken kunnen worden bij afwegingen rondom zorgkosten en het beroep dat wordt gedaan op de zorgsector;
- In gesprek met de IGJ en de NZa over het vervagen van de scheidslijnen tussen het toezicht op de kwaliteit van zorg enerzijds en rechtmatigheid anderzijds. We zien helaas in de praktijk schrijnende voorbeelden waarin een slechte bedrijfsvoering of zorgfraude leidt tot zorgverwaarlozing. In het toezicht moeten de genoemde bredere maatschappelijke waarden duidelijk verankerd zijn. We overleggen met IGJ en NZa in hoeverre zij kunnen nagaan of dit een plaats heeft in het bestuur en interne toezicht van zorgaanbieders en verzekeraars en hoe zij dat kunnen stimuleren;
- In overleg met andere departementen en maatschappelijke organisaties om de verbinding met het thema gezondheid en welzijn hoger op de agenda te zetten. Daarbij kijken we bijvoorbeeld naar de organisaties die betrokken zijn bij het manifest werkbehoud bij ziekte¹⁷.

¹⁵ Artikel 2.1.3. Wmo 2015

¹⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 1143

¹⁷ Position paper van de Samenwerkende organisaties Arbeid & Gezondheid Voor werk(behoud) bij ziekte, 9 november 2021 aangeboden aan de Tweede Kamer

Kwaliteit van zorg betekent dat je bij een slechte gezondheid dichtbij en laagdrempelig deskundig advies kan krijgen, maar kwaliteit betekent ook dat je voor een complexe diagnose of behandeling terecht wilt bij de beste centra in Nederland. En kwaliteit gaat niet alleen over het (verder) optimaliseren van individuele werkwijzen, maar juist over het aanbrengen van meer synergie rondom de ontvanger van zorg. Door over de grenzen van de eigen discipline, team of organisatie heen te werken. Patiënten ervaren de gezondheidszorg per definitie vanuit een domeinoverstijgend perspectief. Hun ervaring is van groot belang om invulling te kunnen geven aan goede en passende zorg. In dat kader kunnen ook zelfhulp-groepen zoals in de provincie Limburg en Brabant verder gestimuleerd worden en kan de formele zorg daar ook meer gebruik van maken.

Dit gaat ook over het idee van de juiste zorg op de juiste plek. En over de beweging naar het voorkomen van zorg (leefstijlpreventie en een sterke sociale basis), het vervangen van zorg (technologische en sociale innovatie) en het verplaatsen van zorg (dichtbij mensen waar het kan, complexe zorg in effectieve netwerken). Bijna alle zorgverleners is dit uit het hart gegrepen. Maar het is van belang dat de inkoop van zorg, het toezicht, de bekostiging en faciliteiten zoals gegevensuitwisseling zoveel mogelijk helpen om te komen tot optimale samenwerking. Uitkomstinformatie, informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg (leren en verbeteren) en samen beslissen kunnen helpen om de zorg in een netwerk zo effectief mogelijk te organiseren en focus aan te brengen op dat wat er voor de patiënt of cliënt echt toe doet. Met name de samenwerking tussen het sociale domein en de zorg is van belang om (sociale) problemen op te lossen voor ze groter worden. Niet alleen voor cliënten zelf, ook voor hun naasten die daardoor minder belast kunnen worden. Waar mogelijk organiseren we dus zorg en ondersteuning zo dicht mogelijk bij en met patiënten en cliënten, in samenwerking met naasten en mantelzorgers.

Soms is het voor de borging van een kwaliteitsniveau van belang dat taken bij één of een beperkt aantal organisatie(s) of zorgverlener(s) worden belegd. Kennis, ervaring, de benodigde zorgapparatuur wordt dan gebundeld waardoor de kwaliteit kan toenemen. Toegenomen specialisatie vraagt ook om duidelijker taakverdelingen en meer samenwerking. Teamwerk wordt op alle niveaus belangrijker. Binnen één vakgroep of een multidisciplinair zorgteam, door taakverdelingen binnen een regio waarbij gespecialiseerde medewerkers flexibel worden ingezet en taken bij verschillende zorgaanbieders uitvoeren, of door bepaalde behandelingen te concentreren bij een paar (landelijke) zorgaanbieders. VWS kan hier op verschillende manieren in ondersteunen of indien nodig een regierol vervullen. Voor minder specialistische zorg is het van belang dat zorgmedewerkers breder inzetbaar zijn. Zodat patiënten beter worden geholpen door minder zorgverleners, omdat één zorgverlener meerdere vaardigheden en competenties heeft.

Daarom gaan we:

- Een visie en aanpak uitwerken om zowel in de «cure» als de «care» handen en voeten te geven aan specialisatie, teamwerk, samenwerking en waar nodig concentratie om de kwaliteit op niveau te houden of te brengen. Bijvoorbeeld voor mensen die (ook soms langdurig) complexe zorg nodig hebben, voor zeldzame aandoeningen. In aansluiting bij de motie van de leden Ellemeet en Kuiken¹⁸ hierover ontvangt u onze aanpak voor de medisch specialistische zorg dit najaar;

¹⁸ Kamerstuk 31 765, nr. 626

- Met het veld bespreken hoe samenwerking kan worden ondersteund vanuit de beroepsgroepen, bijvoorbeeld met richtlijnen en opleidingen, vanuit de verzekeraars, het toezicht en door de overheid;
- In de toekomstagenda ggz die u toegezonden krijgt, specifiek aandacht besteden aan de verbinding tussen zorg die wordt versterkt vanuit de Zvw enerzijds en het sociaal domein anderzijds;
- De randvoorwaarden voor het gebruik van collectieve ervaringsdeskundigheid bij het oplossen van de vraagstukken in de zorg verder verbeteren. Hiervoor investeren we o.a. in een versterking van de patiënten- en gehandicaptenorganisaties zodat deze organisaties ook beter tegemoet kunnen komen aan de noodzakelijke inbreng op terreinen als passende zorg, JZOJP en de mogelijkheden om zoveel mogelijk onbeperkt mee te doen aan de samenleving;
- We gaan door met het bevorderen van het beschikbaar komen van uitkomstinformatie. Daarbij willen we primair focussen op daadwerkelijk registreren en gebruiken van uitkomstinformatie in de dagelijkse praktijk. Zodat zorgverleners hun kwaliteit van handelen verder kunnen verbeteren en het proces van samen beslissen van patiënt en zorgverlener over de best passende behandeling wordt ondersteund. Ook gaan we het gedachtegoed van Uitkomstgerichte zorg onderbrengen in programma's in andere sectoren, zoals de eerste lijn en de langdurige zorg;
- Samen met het veld werk maken van het doorontwikkelen van regiobeelden. De beweging van de Juiste Zorg op de Juiste plek wordt breed gedragen in het veld. Regionale domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden zijn niet meer weg te denken en vormen een belangrijke hoeksteen in deze veranderbeweging. Deze regiobeelden moeten inzicht geven in de opgaven en plannen om gezamenlijk aan die opgaven te werken en verbinden tegelijkertijd de landelijke, regionale en lokale niveaus;
- In gesprek met verzekeraars hoe samenwerking via de inkoop gestimuleerd en gefaciliteerd kan worden. Het gaat immers niet alleen om de regiobeelden zelf, maar ook om de governance van de Juiste Zorg op de Juiste Plek in de regio. Samenwerken in de regio moet minder vrijblijvend worden. Ook kijken we hoe toezicht en bekostiging hieraan bij kunnen dragen en wat daarvoor eventueel aan wet- en regelgeving moet worden aangepast. Of waar wellicht beter moet worden uitgelegd welke mogelijkheden er nu al zijn. Bovendien gaan we na hoe we inwoners kunnen ondersteunen actief deel te nemen aan gesprekken over de meest passende zorg in de eigen omgeving;
- Met het veld kijken naar de toekomstbestendigheid van de wet BIG, om ook in de toekomst de kwaliteit en veiligheid van de individuele gezondheidszorg te waarborgen en waar mogelijk de flexibele inzet van medewerkers te vergroten. Steeds meer beroepen hebben de wens om voorbehouden handelingen (zelfstandig of in opdrachtconstructie) uit te voeren. Om zorg veilig en kwalitatief goed te houden en tegelijkertijd ook in het kader van taakherschikking de uitgaven te beperken en aanbod van zorg te vergroten, wordt het gebruik en de inzet van voorbehouden handelingen opnieuw bekeken. Ook in het tuchtrecht kan het lerend effect verder worden benadrukt. De uitwerking van deze vraagstukken wordt in samenspraak met het veld uitgedacht.

• Continu leren en verbeteren

De verschillende bronnen van (kwaliteits)informatie, zoals patiënt gerapporteerde uitkomsten, helpen zorgverleners om scherper in beeld te krijgen wat het effect van hun handelen is op de ervaren kwaliteit van leven van patiënten en cliënten. Het is van belang dat zorgverleners voortdurend kunnen leren en verbeteren aan de hand van die informatie,

zoals bijvoorbeeld centraal staat in de kwaliteitskaders Verpleeghuiszorg en Gehandicaptenzorg. En door eenvoudigweg in gesprek te zijn met patiënten, cliënten, naasten en collega's om van elkaar te leren en voortdurend de vraag te stellen of de zorg past bij de werkelijke vraag. In ziekenhuizen en klinieken hebben bij uitstek verpleegkundigen een goed beeld van de behoeften van patiënten én van de concrete zorgactiviteiten en kunnen daarom een rol spelen bij het verbeteren van zorg.

Zorgverleners hebben een omgeving nodig die dit mogelijk maakt. Met een efficiënte data- en kennisinfrastructuur. Met de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op het zorgbeleid, en dus inzet op zeggenschap voor verpleegkundigen. Met voldoende organisatie- en verandercapaciteit. Met minder administratieve lasten.

Een belangrijk aandachtspunt is het versterken van vakmanschap van verplegenden en verzorgenden in alle sectoren. Dat moet hand in hand gaan met een veilige cultuur van leren, verbeteren en professionaliseren. Bijvoorbeeld door op positieve wijze te reflecteren op de dagelijkse praktijk in de ziekenhuiszorg, zoals in het programma Safety-II, in het kader van patiëntveiligheid. En zo werken Skilz en Akwa aan het ontwikkelen, beheren en onderhouden van standaarden, richtlijnen en kwaliteitsinstrumenten. Vaak multidisciplinair en over de grenzen van domeinen heen. Dit helpt ook bij het onderbouwen van zorginterventies en het schrappen van wat niet werkt. Het is in de verpleeghuiszorg van belang over te stappen van de huidige personeelsnormen op normen die gaan over de kwaliteit van leven van de oudere en aansluiten bij wat hij/zij wenst en nodig heeft. In een brede en veilige cultuur van continu reflecteren, leren en verbeteren. Daarover worden afspraken gemaakt in het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) dat u voor de zomer ontvangt.

Ook over en weer kunnen de sectoren van elkaar leren. In de brief van de Staatssecretaris van 13 mei 2022 over de hervormingen in de Jeugdzorg¹⁹ beschrijft hij het verbeteren van de kwaliteit en effectiviteit als één van de pijlers van die hervorming. Tussen de sectoren bestaan grote overeenkomsten met betrekking tot de ambities op kwaliteit, effectiviteit en de maatschappelijke uitdaging waarvoor we gesteld staan. Binnen de jeugdzorg wordt bijvoorbeeld al meer gewerkt met ervaringsdeskundigheid en het betrekken van de hele omgeving van de jongeren, zoals school en het netwerk. Binnen de Zvw en Wlz bestaat meer kennis over kwaliteit en effectiviteit en wordt die kennis ook meer toegepast. Binnen het domein van maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg is de dialoog met cliënten en het aansluiten bij de werkelijke zorgbehoefte sterk ontwikkeld in de dagelijkse praktijk. Bij de uitwerking van het beleid worden de lessen uit de verschillende sectoren samengebracht. Gezien de ontwikkeling naar zorg in netwerken en ketens, ligt het voor de hele zorg en bijvoorbeeld het sociale domein voor de hand om ook in die netwerken het leren gezamenlijk vorm te geven, zodat het leren van elkaar en samenwerking hand in hand gaat.

Daarom gaan we:

- In brede zin inzetten op de beschikbaarheid van uitkomstinformatie om specifieke en genuanceerde beelden te ontwikkelen welke behandeling past in welke situatie en bij welke patiënt. Door uitkomsten te registreren kunnen structuur- en procesindicatoren vaker losgelaten worden en administratieve lasten verminderen;
- In 2022 u het wetsvoorstel kwaliteitsregistraties zorg aanbieden. Ook met informatie uit kwaliteitsregistraties kunnen zorgverleners sneller

¹⁹ Kamerstuk 31 839, nr. 853

leren en verbeteren. Het is van belang dat kwaliteitsregistraties verder worden ontwikkeld en onderling verbonden worden voor een aandoeningsbreed en multidisciplinair beeld van wat wanneer werkt. Daarbij is gewenst dat ook informatie over dure geneesmiddelen meegenomen wordt zoals nu bijvoorbeeld wordt verkend in het programma regie op registers;

- In overleg met het veld, het Zorginstituut en ZonMw over het versneld updaten van richtlijnen. Kennis over wat wanneer voor wie goed werkt uit uitkomstinformatie, praktijkvariatie, kwaliteitsregistraties en evaluatie- en doelmatigheidsonderzoek²⁰ is relevant voor het (versneld) updaten van richtlijnen. We verwachten dat die richtlijnen ook snel worden geïmplementeerd en dat zorgverleners open staan om hier voortdurend over te leren en hun werkwijzen te verbeteren. Kennis over wat werkt kan niet meer vrijblijvend zijn²¹;
- Inventariseren hoe de uitkomsten van evaluatieonderzoek meer systematisch geïmplementeerd kunnen worden in de zorgpraktijk. Ook gaan we na hoe een verbinding kan worden gelegd tussen kennis over wat werkt en pakketbeheer. Daarover ontvangt u rond de zomer een brief. In de afgelopen jaren is, bijvoorbeeld via het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, ingezet op het systematisch agenderen en evalueren van deze zorg, en op het implementeren van de uitkomsten hiervan in de zorgpraktijk. Hiermee zijn al mooie stappen gezet. Tegelijkertijd vraagt dit ook vanuit overheidswege aanvullende inzet;
- Zorgen dat de ervaren administratieve lasten afnemen en voorkomen dat het leren van elkaar vooral op de lange termijn gericht is. Door waar mogelijk «automatische» registratie en hergebruik van data te realiseren zodat dit geen extra handelingen van zorgprofessionals vraagt. Door de aansluiting met landelijke programma's rond gegevensuitwisseling te intensiveren. Om zorgaanbieders en zorgverleners te ondersteunen bij het leren en verbeteren aan de hand van uitkomstinformatie dient de benodigde gegevensuitwisseling op orde te zijn. En door naast het leren van elkaar ook nu al werk te maken van het «sturen aan de voorkant» op kwaliteit, met bijvoorbeeld netwerkzorg in de oncologie en werk te maken van minimumnormen om de kwaliteit te verbeteren. Dit beschrijven we onder de principes «Samenwerking met en rondom de patiënt/cliënt» en «Regie door de overheid».
- We gaan in overleg met werkgevers, de toezichthouders en verzekeraars hoe zij (nog meer) kunnen stimuleren tot een veilige leercultuur en daar tijd en ruimte voor kunnen (helpen) creëren;
- In het programma «Wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen» (WOZO) optimaliseren we de systematiek voor het werken aan kwaliteit en leggen we meer focus op werkwijzen die het verschil maken voor de zorgvrager. We werken aan de doorontwikkeling van de kwaliteitskaders verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg waar leren en verbeteren een belangrijke plaats inneemt, mogelijk met gebruik van uitkomstinformatie over de kwaliteit van leven. Intervisie en reflecteren zijn hierbij belangrijke aandachtspunten.

• Mensen in positie

Het klinkt paradoxaal, maar voor de toegang tot goede zorg voor iedereen zullen we meer moeten focussen op gezondheid en welzijn en minder op

²⁰ vanuit ZonMw of bijvoorbeeld het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, (ZEGG), Goed Gebruik Geneesmiddelen, Goed Gebruik Hulpmiddelen

²¹ In de bijlage bij deze brief vindt u een uitgebreidere toelichting op de wijze waarop we de motie Bergkamp en Veldman en de motie Ellemeest en Van den Berg die hieraan raken, uitwerken.

het behandelen van ziekten. We leven langer. Ziek zijn is daarin voor veel mensen «slechts» een fase. Het voorkomen van ziekte en van verslechtering bij chronische aandoeningen is de beste manier om te werken aan onze gezondheid en welzijn. Net als zoveel mogelijk meedoen in de samenleving, ook mét een beperking. Zorg gaat dus steeds minder om het «oplossen van het probleem» en steeds meer om het stimuleren van en begeleiden bij een goed en gezond leven en welzijn. Mensen zijn daarbij zelf de expert en – waar mogelijk, eventueel met hun naasten – regievoerder over hun leven. Dat betekent overigens ook dat mensen een bewuste afweging maken wanneer ze een beroep doen op de expertise en tijd van zorgverleners. Zodat zij hun tijd kunnen besteden waar die echt nodig is en investeren in het verder verbeteren van de kwaliteit.

De inzet op preventie ondersteunt mensen om meer te sporten en gezonder te leven. Daarmee kan bijvoorbeeld worden voorkomen dat een bezoek aan de spoedeisende hulp of crisisopname in het verpleeghuis nodig is. Denk ook aan valpreventie of aan infectiepreventie.

Om mensen in positie te brengen moeten ze mee kunnen beslissen over de zorg die ze krijgen. Aan de hand van transparante informatie over de kwaliteit van verschillende aanbieders²². Die informatie moet dan ook voor iedereen begrijpelijk zijn. Ook voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

In de kwaliteitskaders verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg (en de doorontwikkeling ervan) is persoonsgerichte zorg en het aansluiten bij individuele behoeften het uitgangspunt. In de langdurige zorg wordt hier continu aan gewerkt in dialoog met de cliënt en zijn of haar naasten. Om het deelnemen aan de samenleving te ondersteunen, heeft VWS drie brancheopleidingen laten ontwikkelen die cliënten kunnen volgen en die uitzicht geven op een (betaalde) baan. En mensen die langdurig zorg nodig hebben, kunnen nog steeds actief onderdeel uitmaken van de samenleving, zoals ook genoemd in het VN verdrag. Bijvoorbeeld in woonvormen waarbij ouderen en kwetsbare jongeren elkaar helpen. Dit geldt zowel voor cliënten als hun naasten. Hiervoor is het belangrijk dat de samenleving kennis maakt met de grote diversiteit aan cliënten die de langdurige zorg ontvangt. Er heerst nog te vaak een stigma op mensen met een langdurige zorgvraag; dat staat meedoen in de samenleving in de weg.

Daarom gaan we:

- Bij de ontwikkeling van beleid nadrukkelijker inwoners, patiënten, cliënten en naasten betrekken zodat zij actiever mee kunnen praten aan de voorkant. We richten hiervoor een platform in en organiseren de dialoog in (publieks)conferenties en uitwisselingsbijeenkomsten over de toekomstige kwaliteit van zorg. Ook de inzet van een burgerforum vormt hiervoor een mogelijkheid. Bij deze dialoog komt eveneens aan de orde hoe mensen beter kunnen afwegen of en hoe ze een beroep moeten doen op de beperkte zorgcapaciteit;
- Met het veld afspraken maken over hoe informatie over de kwaliteit van zorg veel makkelijker te vinden is en breder transparant worden gemaakt. In 2025 moet in de medisch specialistische zorg voor 50% van de ziektelast uitkomstinformatie transparant beschikbaar zijn in het kader van samen beslissen²³;

²² Dit sluit aan bij de afspraak in het Coalitieakkoord, dat we werken aan een goed inzicht in de kwaliteit van zorg.

²³ Hiermee voldoe ik (naast deze brief in brede zin) specifiek aan de toezegging in het tweede kwartaal 2022 de Kamer een brief te sturen over inzicht in kwaliteit van de geleverde zorg (toezegging nummer 10454).

- De inzet voor samen beslissen voortzetten, ook als onderdeel van de volgende fase van het programma Uitkomstgerichte zorg en in de langdurige zorg. We gaan we met zorginkopers en zorgaanbieders na hoe de inzet op samen beslissen meer lonend kan zijn voor zorgaanbieders en zorgverleners;
- In gesprek met veld over de aanpak om het ook voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden mogelijk te maken dat zij zorg krijgen die aansluit bij de behoeften. Een verkennend onderzoek²⁴ naar de aanpak van gezondheidsvaardigheden schat een verlies van 10.000 gezonde levensjaren en 300 miljoen euro per jaar als gevolg van een mismatch tussen het zorgsysteem en de gezondheidsvaardigheden van de bevolking. We bespreken de aanbevelingen van het onderzoek met het veld om te komen tot adequate gezamenlijke aanpak en informeren u hierover in het najaar.

• Regie door de overheid

Zoals gezegd is er naast een professioneel en cliëntperspectief op kwaliteit een perspectief vanuit de samenleving als geheel. Maatschappelijke ontwikkelingen vragen om een gedeeltelijke herijking van de invulling van het begrip kwaliteit in de zorg. We staan voor de uitdaging om voor steeds meer mensen met steeds meer zorgvragen de zorg zo te organiseren dat die toegankelijk en betaalbaar blijft én de kwaliteit op niveau blijft. Daar is regie of ondersteuning van de overheid bij nodig. Wij vragen leiderschap van de zorgaanbieders en zorgverleners om dat te doen wat nodig is om patiënten goede zorg te bieden. Maar op randvoorwaardelijke onderwerpen zoals gegevensuitwisseling, inzicht in kwaliteitsinformatie en het gepast gebruik van zorg is actieve inzet van de overheid nodig om bindende afspraken te maken, knopen door te hakken en om de benodigde faciliteiten op orde te brengen. Door verwachtingen te formuleren, zoals dat het leren en verbeteren niet alleen in het eigen team, maar ook in een netwerk van zorgaanbieders georganiseerd wordt, appelleren we aan de professionele verantwoordelijkheid.

Het betekent ook dat we het de zorgverlener en zorgbestuurder waar mogelijk makkelijker moeten maken. Met meer ruimte en minder regeldruk. Met minder programma's en meer samenwerking tussen de programma's, met minder bestuurlijke drukte en meer consistentie. Maar wanneer het veld onvoldoende voortgang boekt kan de overheid versnelling aanbrengen, door bijvoorbeeld het veld nadrukkelijker te bewegen tot het formuleren van normen voor kwaliteit en waar nodig concentratie van zorg. Ook de regie vanuit de overheid is niet vrijblijvend.

We formuleren hier vooral waar VWS zelf voor aan de lat staat als het gaat om regie. Uiteraard betekent dit ook iets voor de rolvulling van andere organisaties en actoren en het professioneel leiderschap in de sector. Daarover gaan we de komende tijd in gesprek.

Daarom gaan we:

- Werk maken van enkele prioritaire aandachtgebieden waar Nederland aantoonbaar niet de beste zorg levert, waarover we afspraken maken met het veld. Het realiseren van die afspraken faciliteren we vanuit de overheid waar we kunnen, maar we vragen ook een extra inzet van de sector op deze onderwerpen. Met als doel toegang tot goede zorg voor iedereen. Waar dat nuttig is verbinden we dit met de aanpak voor samenwerking en concentratie in de medisch specialistische zorg, waarover we u zoals vermeld na de zomer nader informeren;

²⁴ Ecorys (2022), *Aanpak Gezondheidsvaardigheden: Een verkenning van beleidsmaatregelen*, te vinden via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/documenten>

- In overleg met het veld over het versterken van de samenhang en het verminderen van de vrijblijvendheid in de kwaliteitscyclus van kwaliteitsinstrumenten zoals kwaliteitskaders, richtlijnen, uitkomsten-sets, kwaliteitsregistraties, keuzehulpen. We zijn in overleg met het Zorginstituut om waar nodig de taken en bevoegdheden van het Zorginstituut aan te scherpen;
- Daarmee hangt samen dat we in overleg gaan met het veld over het versterken van de samenhang tussen de verschillende trajecten en programma's over kwaliteit, bijvoorbeeld in één bestuurlijk overleg per domein of sector;
- Aan de hand van casussen uit het veld in overleg met ZiNL, NZa en IGJ en gemeenten om concreet belemmeringen weg te nemen voor het realiseren van zorg volgens de geformuleerde principes;
- Werk maken van het versnellen van de kennisontwikkeling over wat wel en niet effectieve zorg is;
- De inzet om de juiste informatie op de juiste plek te krijgen intensiveren. Gegevensuitwisseling in het kader van uitkomstgerichte zorg, het leren en verbeteren op basis van kwaliteitsregistraties, samenwerking in zorgnetwerken en zo meer is cruciaal.

Tot slot

Kwaliteit staat centraal in de aanpak van de maatschappelijke opgaven. Kwaliteit is wat zorgvragers nodig hebben en kwaliteit is wat zorgverleners passioneert. Een win-win situatie. Maar de praktijk is weerbarstig gebleken. We zijn in Nederland goed in het formuleren van voornemens en het opzetten van nieuwe initiatieven, maar in de praktijk ervaren zorgverleners en patiënten niet altijd de beloofde win-win. We willen in de uitwerking van deze visie daarom dicht bij de praktijk blijven. In de praktijk de verhalen ophalen en delen. En bijsturen op basis van die verhalen. Dat is actief omzien naar elkaar. Daar staan we voor.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,
C. Helder

Reactie op motie Bergkamp en Veldman met betrekking tot richtlijnen

De gewijzigde motie van de leden Bergkamp en Veldman²⁵ doet het verzoek met de medische beroepsgroepen een geschikt model uit te werken waarin richtlijnen doorlopend worden geactualiseerd en richtlijnen explicieter benoemen welke zorg niet of maar zelden effectief is. Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg zijn zorgaanbieders zelf verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg. Aan goede zorg worden voorwaarden gesteld, waaronder de veiligheid, doeltreffendheid, doelmatigheid en cliëntgerichtheid van die zorg, waarbij zorgaanbieders en zorgverleners handelen overeenkomstig de professionele standaard en kwaliteitsstandaarden. Richtlijnen kunnen zowel onderdeel zijn van de professionele standaard, die door de beroepsgroep zelf wordt opgesteld, als een kwaliteitsstandaard zijn die door tripartiete partijen wordt voorgedragen en opgenomen in het register van het Zorginstituut. Richtlijnen zijn documenten bestaande uit een set van aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van de professionals in de zorg en patiënten/cliënten, evidence-based en gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen. De AQUA-Leidraad (AQUA-Leidraad (voorheen Leidraad voor kwaliteitsstandaarden) | Zorginzicht) geeft partijen in de zorg aandachtspunten en overwegingen voor de ontwikkeling, herziening en implementatie van beschrijvingen voor het leveren van goede zorg.

Bij de medisch-specialistische zorg gaat het om een groot aantal medisch specialistische richtlijnen (ca. 650 met in totaal ongeveer 12–15.000 modules) waarbij door de snelle ontwikkelingen binnen die zorg doorlopende actualisatie nodig is. Hiertoe werken medische beroepsgroepen met een model waarbij de richtlijnen op onderdelen (zogenaamde modules) worden geactualiseerd in plaats van dat de richtlijn in zijn geheel moet worden herzien. Een module gaat bijvoorbeeld over een vraag naar de waarde van een interventie voor een bepaalde patiëntengroep, inclusief de beoordeling van de bijbehorende evidentie. Een module kan ook een gezamenlijke module met andere beroepsgroepen zijn over het doorverwijzen en terugverwijzen. Om de doorlopende actualisatie in een continu proces te realiseren wordt voor de medisch specialistische richtlijnen gewerkt met multidisciplinaire werkgroepen rondom bepaalde thema's of ziektebeelden (zogenaamde clusters). Een belangrijke taak van deze werkgroepen is om binnen de maatschappelijke opgaven en publieke kaders met de betrokken wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties op een overzichtelijke manier te bepalen welke modules moeten worden geactualiseerd en daarin een prioritering aan te brengen. Die prioritering is nodig gezien de beperkte middelen (budgetten en menskracht) en het grote aantal modules dat jaarlijks actueel moet worden gehouden.

Richtlijnen in de medisch-specialistische zorg benoemen nu al expliciet welke zorg niet of maar zelden effectief is. In de richtlijnen wordt op een transparante wijze (via de internationale GRADE systematiek) de wetenschappelijke evidentie voor een bepaalde interventie (diagnostiek of behandeling) beoordeeld. Op grond van deze beoordeling en overige overwegingen zoals kosten, klinische expertise en het patiëntperspectief, kunnen aanbevelingen in de richtlijn bepaalde zorg ontraden, maar ook specifieke indicaties benoemen voor wie bepaalde zorg effectief is. Met het Versnellingsprogramma Duidingen (VIMP – Versnellingsprogramma Duidingen – project 1 – ZonMw) wordt door het Kennisinstituut van de Federatie in samenwerking met Cochrane Nederland onderzocht of

²⁵ Kamerstuk 31 016, nr. 332.

voor individuele modules een pragmatische aanpak mogelijk is om de richtlijnherziening na afronding van een zorgevaluatie in ieder geval binnen één jaar te realiseren. Daarmee ontstaat voor zorgverleners een continu cyclus van leren en verbeteren die de effectiviteit van de zorg verhoogt, de zorgkwaliteit voor patiënten verbetert en ook de groei van de zorguitgaven beperkt.

Met het hiervoor genoemde model, zie ik de motie Bergkamp en Veldman als afgedaan. Daarbij vind ik het vanuit patiëntperspectief een waardevolle ontwikkeling dat vanuit aanpalende beroepsgroepen modules kunnen worden toegevoegd zodat er voor zowel de zorgprofessional als de zorggebruiker een totaalbeeld is bij een bepaalde aandoening en ook juiste verwijzing plaatsvindt. Het is voor de patiënt essentieel dat richtlijnen van de verschillende sectoren op elkaar aansluiten. Als in een richtlijn bijvoorbeeld wordt aanbevolen dat een patiënt met een bepaald type knieletsel niet geopereerd hoeft te worden, is het van belang dat ook beschreven staat hoe deze patiënt dan wél begeleid moet worden om van zijn klacht af te komen of hoe hij hiermee om moet gaan. Ik verwacht van de verschillende beroepsgroepen dat zij bij het beschrijven van goede zorg hierin hun verantwoordelijkheid nemen voor hun patiënten.

Reactie op de motie Ellemeet en Van den Berg met betrekking tot onderzoek

Naast de gewijzigde motie van de leden Bergkamp en Veldman heeft uw Kamer in de motie Ellemeet en Van den Berg²⁶ verzocht om een werkwijze te ontwerpen waarbij niet bewezen effectieve zorg in een onderzoeksetting wordt geleverd. Structureel en gedegen onderzoek naar de effectiviteit van zorg is essentieel voor de snelle actualisatie van richtlijnen en het expliciet benoemen van de mate van effectiviteit. Andersom moet kennis over effectiviteit van zorg daadwerkelijk landen in de werkwijze van zorgmedewerkers om impact te hebben in de praktijk. De in motie Ellemeet en Van der Berg gevraagde werkwijze werk ik uit binnen de bredere aanpak van pakketbeheer in het kader van passende zorg. Hierbij onderzoek ik op welke manier zorg voor effectiviteitsonderzoek dient te worden geagendeerd en geprioriteerd. Ook werk ik uit op welke wijze de aanspraak op en levering van zorg kan worden gekoppeld – al dan niet wettelijk – aan het uit te voeren onderzoek. Ten slotte zal ik bezien welke aanvullende inzet benodigd is om de uitkomsten van effectiviteitsonderzoek daadwerkelijk te implementeren.

Aanvullend op het bovenstaande werk ik binnen deze bredere aanpak eveneens uit hoe de toets op het basispakket verbeterd en verbreed kan worden. Conform ik eerder aan u heb toegezegd, zal ik u rond de zomer in een Kamerbrief nader over deze aanpak informeren.

²⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 1112.