**Integrale benadering in de langdurige zorg *Voorbij de grenzen van doelgroepen en organisaties***

Loes Kater en André Leferink

met bijdrage van Ietje de Jong[[1]](#footnote-1)

**Samenvatting**
*Door demografische ontwikkelingen en transities in de zorg vervaagt het onderscheid tussen drie centrale doelgroepen in de langdurige zorg, namelijk: ouderen, mensen met een beperking, en mensen met een psychiatrische aandoening. In deze bijdrage gaan de auteurs nader in op deze ontwikkelingen. Daarbij gaan ze op zoek naar een integrale, holistische benadering voor de langdurige zorg. Die benadering illustreren ze met een praktijkcasus; de woonzorglocatie Schuilenburg in Raalte waarin deze drie doelgroepen al meer dan vijf jaar samenwonen en samenleven. De auteurs zijn van mening dat het interacteren van deze verschillende (doel)groepen in relatie tot de vergrijzing van onze samenleving om een samenhangende visie vraagt. Werken aan een integrale benadering betekent een bundeling van krachten en doelen binnen de langdurige zorg.*

 **Demografische ontwikkelingen**De vergrijzing van Nederland is in volle gang. Dit jaar (2019) is bijna veertig procent van de bevolking vijftig jaar of ouder[[2]](#footnote-2). Daarbij komt dat de gemiddelde levensverwachting nog steeds toeneemt: meisjes die vandaag geboren worden, hebben een levensverwachting van honderd jaar. Met de toename van het aantal ouderen stijgt ook de zorgvraag: van de vijfenzestigplussers heeft zeventig procent een chronische ziekte. Deze vergrijzing heeft impact op de sectoren binnen de langdurige zorg.



*Ontwikkeling van de VG-populatie*Bijna één procent (0,84%) van de Nederlandse bevolking heeft een IQ lager dan zeventig en behoort daarmee tot de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking. Dit percentage neemt jaarlijks toe door de toenemende levensverwachting van deze groep. De instroom (geboorten) is constant, terwijl de uitstroom afneemt door de langere levensduur.

Daarbij gaat het actueel om ongeveer 195.000 cliënten, waarvan 75.000 intramuraal en 120.000 extramuraal[[3]](#footnote-3). Doordat de doelgroep toeneemt, net als de levensverwachting, én het feit dat tijdens de zwangerschap met een test lichtere vormen van verstandelijke beperkingen kan worden vastgesteld[[4]](#footnote-4) - wat in een aantal situaties leidt tot beëindiging van de zwangerschap[[5]](#footnote-5) - neemt de zorgzwaarte over de volle breedte van de cliënten toe. Deze ontwikkelingen betekenen dat de vraag naar begeleiding en ondersteuning toeneemt. Voor de VG-sector betekent dit meer aandacht voor verpleegzorg, investeren in nieuwe methoden om vroegtijdig dementie op te sporen, realisatie van aangepaste woonvormen en meer belevingsgerichte dagbesteding. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgkosten jaarlijks met gemiddeld zes procent toenemen. Door vergrijzing, nieuwe technologische ontwikkelingen en welvaartsstijging zullen de zorgkosten tot 2040 verdubbelen tot 174 miljard (prijspeil 2015). Dit betekent dat de kosten per inwoner van € 5.100 naar € 9.600 stijgen[[6]](#footnote-6).

 *Ontwikkelingen van de VVT-populatie*Bijnaéénop de zeven Nederlanders (14,7%) is 65 jaar of ouder, in totaal zo’n 1,8 miljoen. Daarvan woont vijfentachtig procent nog thuis, zes procent (110.000 mensen) in een verpleeghuis en ruim drie procent (70.000 cliënten/patiënten) verblijft voor revalidatie en herstel in een verpleeghuis. Ook dit laatste cijfer neemt snel toe: in 2025 is het aantal cliënten/patiënten in verpleeghuizen meer dan verdubbeld tot 141.000 mensen. De zorgzwaarte van cliënten in verpleeghuizen neemt toe, terwijl de verblijfsduur afneemt. De gemiddelde verblijfsduur was in 2016 korter dan één jaar[[7]](#footnote-7). De komende jaren groeit de VVT-doelgroep dus fors waarbij de vraag naar extramurale zorg stijgt en de capaciteit van verpleeghuizen gericht is op zwaardere en meer specialistische zorg en behandeling. Belangrijk hierbij is dat de problematiek verschuift van sec medisch-verpleegkundig naar meer gedragsmatig handelen. Het ‘lezen’ van cliënten in het omgaan met de gedragsverandering zal daarom steeds meer deskundigheid vragen.

*Ontwikkelingen van de GGZ-populatie*Jaarlijks kampen bijna twee miljoen volwassenen met psychische aandoeningen. Bij de meerderheid zijn de klachten van relatief korte duur en is de impact op het dagelijks functioneren beperkt. Een scherpe grens tussen mensen met kortdurende en relatief lichte problemen en mensen met langer durende en ernstiger problemen is lastig te trekken. Geschat wordt dat ongeveer 300.000 Nederlanders kampen met ernstige psychische aandoeningen. Daarbij gaat het om mensen die in de afgelopen vijf jaar ten minste enkele jaren te maken hebben gehad met een psychische aandoening die gepaard ging met ernstige beperkingen op het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. Mensen met ernstige psychische aandoeningen vormen geen statische populatie, blijkt uit onderzoek. Ook wanneer psychische kwetsbaarheden blijven, kunnen mensen in persoonlijke en maatschappelijke zin ‘herstellen’[[8]](#footnote-8). Jaarlijks maken ongeveer 45.000 mensen van intramurale geestelijke gezondheidszorg. Daarvan krijgt een kwart een combinatie van verblijf met behandeling, vaak op het terrein van een ggz-instelling. De rest, ongeveer 35.000 mensen, krijgt begeleiding en verblijft in een beschermende woonomgeving die meestal in een woonwijk staat. Naast deze intramurale groep zijn er circa 75.000 mensen met een psychische aandoening die ambulante individuele begeleiding krijgen en/of gebruikmaken van dagbestedingsactiviteiten. Uit recent onderzoek van onder andere GGNet[[9]](#footnote-9) blijkt dat een derde van de diagnoses bij evaluatie niet blijkt aan te sluiten bij de behandeling.
Een belangrijke ontwikkeling die de afgelopen jaren in alle drie sectoren heeft plaatsgevonden, is extramuralisering: het zo lang mogelijk in de thuissituatie ondersteunen, begeleiden, behandelen en verzorgen van mensen. Er komen echter steeds meer signalen dat de grenzen hierbij zijn bereikt.
 **Kwaliteit van zorg**Er is geen enkelvoudig kwaliteitskader voor de langdurige zorg, ondanks verschillende pogingen hiertoe, maar er zijn wél grote overeenkomsten tussen de kwaliteitskaders voor de drie verschillende doelgroepen. De grote gemene deler is dat het kwaliteitskader de visie van *meten = weten* combineert met een *narratieve insteek*. Daarbij gaat het steeds meer om een leer- en ontwikkelproces en steeds minder om regels en een ‘afrekencultuur’. Daarbij zijn de context en de voorwaarden om het eigen lerend vermogen te versterken van groot belang. De doelen van de kwaliteitskaders van de drie sectoren mogen dan redelijk eensluidend zijn, wel zijn er verschillen in meetmethodieken en instrumentaria. *Kwaliteitskader VG-sector*Eind 2015 werden 24 organisaties binnen de VG-sector uitgenodigd mee te werken aan de proeftuin voor het nieuwe kwaliteitskader, met als doel dat het kader:
1) cliënten helderheid geeft over wat ze mogen verwachten van de zorg (toegespitst op de
 WLZ),
2) medewerkers helpt om de zorg voortdurend te verbeteren,
3) richtinggevend is, zodat het leidinggevenden helpt te sturen op kwaliteit, en
4) helderheid schept hoe zorgaanbieders het zicht op kwaliteit kunnen gebruiken voor
 externe verantwoording.
Als visie op kwaliteit wordt uitgegaan van de *bedoeling[[10]](#footnote-10)* en de *presentietheorie[[11]](#footnote-11)*.

*Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*Het huidige kwaliteitskader is begin 2017 gepubliceerd en ingegaan en werkt ten opzichte van het vorige kader meer vanuit de *bedoeling[[12]](#footnote-12)*. Het proces om tot het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg te komen, is veel meer topdown geweest dan in de VG-sector. In die VG-sector is bottom up tot een gezamenlijk kwaliteitskader gekomen. Dat lukte niet voor de verpleeghuiszorg. Partijen werden het onderling niet eens, waardoor het Zorginstituut Nederland op een gegeven moment heeft ingegrepen en de knoop heeft doorgehakt. Het kwaliteitskader is opgebouwd rond verschillende thema’s en randvoorwaarden voor goede zorg. Dat wil zeggen dat het kader zoveel mogelijk aansluit op het vocabulaire van zorgprofessionals en de handelingspraktijk van de ouderenzorg. Centraal staan het vermogen om te leren en te verbeteren. Het kwaliteitskader beschrijft wat goede en doelmatige verpleeghuiszorg betekent en hoe de zorg in verpleeghuizen verbeterd kan worden. Het doel is drieledig:
1) Het beschrijft wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van (intramurale)
 verpleeghuiszorg,
2) Het geeft aanbevelingen voor zorgverleners en zorgorganisaties om de kwaliteit te
 verbeteren en het lerend vermogen te versterken, en
3) Het vormt een kader voor extern toezicht door de inspectie en voor zorginkoop.

*Kwaliteitskader GGZ*
De kerntaak van ggz-instellingen is het leveren van kwalitatief goede en veilige zorg aan patiënten. De kwaliteitsnormen in de GGZ zijn gekoppeld aan de uitkomst van de behandeling. De visie op kwaliteit is gelegen in het succes van de behandeling. Routine Outcome Measurement-vragenlijsten (ROM) biedt behandelaren en patiënten informatie over de effectiviteit van behandeling. Er is geen overkoepelende visie op de wijze van organiseren of cliënttevredenheid over het proces. Het narratieve is in de GGZ minder ontwikkeld dan in de beide andere sectoren van de langdurige zorg.

Om een vergelijking tussen de drie kwaliteitskaders te kunnen maken zijn de kernelementen uit alle drie de kaders in onderstaand overzicht in kaart gebracht.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Kwaliteitskader* | **GGZ** | **VG** | **VVT** |
| **Titel** | Model kwaliteitsstatuut GGZ | Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022 | Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. *Samen leren en verbeteren.* |
| **Doel** | - Kwaliteitsaspecten beschrijven  i.v.m. keuze cliënt voor  zorgaanbieder.- Kader voor werkafspraken.- Oordeel vormen over kwaliteit  voor financiers en  toezichthoudende instanties. | - Duidelijkheid voor cliënten  over wat ze mogen verwachten.- Richtinggevend voor leiding  en medewerkers i.h.k.v.  kwaliteitsverbetering.- Uitgangspunt is een  gedeelde visie op wat goede  zorg is. | - Wat mogen cliënten en  naasten verwachten van  verpleeghuiszorg.- Versterken lerend vermogen  van zorgverleners en  zorgorganisaties.- Kader voor extern toezicht  voor inkoop en contracteren. |
| **Ingangsdatum** | Maart 2018 | Mei 2017 | Januari 2017 |
| **Onderwerpen** | DiagnostiekBehandelingNazorg | Vier bouwstenen:1. Zorgproces rond individuele  cliënt.2. Onderzoek naar ervaringen  van cliënten.3. Zelfreflectie in zorgteams.4. Kwaliteitsrapport en  visitatie. | Integraal model voor dynamisch en ontwikkelinsgericht werken aan kwaliteit verpleeghuiszorg:1. Persoonsgerichte zorg en  ondersteuning.2. Wonen en welzijn.3. Veiligheid.4. Leren en verbeteren van  kwaliteit.5. Leiderschap, governance en  management.6. Personeelssamenstelling.7. Gebruik van hulpmiddelen.8. Gebruik van informatie. |
| **Reikwijdte** | Curatieve GGZ i.h.k.v. de ZvW. | Gehandicaptenzorg WLZ. | Behandeling, verpleging en verzorging van WLZ-geïndiceerde cliënten (verpleeghuiszorg). |

 **TABEL 1. OVERZICHT KWALITEITSKADERS GGZ, VG EN VVT.**

*Positie Zorginstituut Nederland*

Het Zorginstituut Nederland is verantwoordelijk voor de registratie van de kwaliteitskaders en normen. Daarin legt het ook de verbinding tussen de drie kwaliteitskaders van de betreffende sectoren. Vanuit het Zorginstituut[[13]](#footnote-13) zijn voor de langdurige zorg vijf kwaliteitsthema’s benoemd:
1) persoonsgerichte zorg,
2) deskundige professionals,
3) bruikbare kennis,
4) sterke leiders, en
5) nuttige informatie.

In deze vijf thema’s zitten ook aanknopingspunten om een gezamenlijke kwaliteitsagenda op te stellen. Voor de ontwikkeling van een samenhangende visie voor cliënten ligt het daarbij voor de hand aansluiting te zoeken bij de nieuwste definitie van gezondheid vanwege de brede kijk op gezondheid en welbevinden. Hierbij wordt gezondheid niet langer als een statische conditie beschouwd, maar als het dynamische vermogen van mensen om zich met veerkracht (resilience) aan te passen en zelf de regie te voeren over hun welbevinden.[[14]](#footnote-14) Dit vermogen wordt door cliënten heel relevant gevonden. De term ‘Positieve Gezondheid’ is afgeleid van het nieuwe gezondheidsconcept en kijkt op een constructieve manier naar ziekte en gezondheid[[15]](#footnote-15).

**De praktijk: woonzorglocatie Schuilenburg Raalte**Schuilenburg is een appartementencomplex in de wijk Raalte Noord, een jonge wijk met veel jonge gezinnen.De woonlocatie is in 2012 gebouwd door woningbouwvereniging Salland Wonen in opdracht van Zorggroep Raalte (ZGR), de Parabool en Wooninitiatief Raalte (WiRa). Het complex bestaat uit vier woontorens met elk een eigen functie. In totaal zijn er drieënzeventig appartementen. Op de begane grond van de AB-toren is een aantal gemeenschappelijke voorzieningen waaronder wijkcentrum ‘De Noaber’. De populatie bestaat uit senioren, alleenstaand of echtparen, met een zorgvraag, bewoners met een verstandelijk handicap en een jongerengroep met een stoornis in het autistisch spectrum. Daarnaast is gebouwdeel D verhuurd aan zelfstandige ouderen die (nog) geen zorgvraag hebben.
Al vóór de bouw was het de intentie van ZGR en de Parabool om samen met partners Schuilenburg een eigen profiel te geven waarbij de inclusieve samenleving inhoud krijgt. Vanuit de diversiteit van de populatie, zowel qua bewoning als medewerkers, is de insteek om gezamenlijk op te trekken en vanuit deze integratie vervolgens de verbinding te maken met de wijk. Het creëren van een ‘Schuilenburg-gevoel’, het organiseren van gezamenlijke activiteiten, het ondersteunen van de teams vanuit één coachende leidinggevende en één gezamenlijke bewonerscommissie faciliteren het streven naar inclusie f. Als wijkcentrum voor alle doelgroepen levert ‘De Noaber’ een belangrijke bijdrage met horecavoorziening, winkel en vergaderaccommodatie. Daarnaast zijn er eerstelijns praktijken (fysiotherapie, logopedie, podotherapie en diëtisten), een kapper, een behandelcentrum en dagbesteding voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) in het complex ondergebracht.
*Evaluatieresultaten*
Het concept staat nu vijf jaar en is in 2018 geëvalueerd.De leerervaringen op basis van die evaluatie zijn:1) mensen hebben tijd nodig om aan elkaar te wennen; er is sprake van verschillende
 generaties en behoeften. Dit geldt voor bewoners, medewerkers, vrijwilligers, familie en
 bezoekers. Deze zoektocht naar inclusiviteit zien we niet alleen lokaal, maar in de gehele samenleving,
2) gezamenlijkheid wordt vooral gecreëerd door samen activiteiten te organiseren. In de sfeer van uitnodigen, verleiden om elkaar te leren kennen door samen te eten, bewegen, recreëren (jeu de boule, muziek maken, schilderen),
3) het is belangrijk bewoners en familie ‘medeverantwoordelijk’ te maken voor
 doelstellingen. Zo vinden oudere bewoners die nog zelfstandig zijn het heel fijn wanneer
 zij iets kunnen betekenen voor anderen. Bijvoorbeeld boodschappen doen.
4) wees gematigd ambitieus; te veel stappen ineens lukt niet. Uit de evaluatie blijkt dat
 zowel binnen Schuilenburg als binnen Raalte Noord (te) veel van de deelnemers is
 gevraagd,
5) continuïteit in begeleiding en coaching is belangrijk; mensen vinden het fijn om
 vertrouwde gezichten te zien,
6) bestuurlijk commitment is belangrijk. Dat houdt in dat vastgehouden moet worden aan de
 ingezette koers, ondanks dat er soms sprake is van tegenslag. Bijvoorbeeld door kinderziektes in het gebouw, tegenvallende resultaten door minder toestroom vanuit de wijk,
7) het concept van ‘De Noaber’ is onvoldoende scherp geprofileerd waardoor deze
 voorziening te weinig uitnodigend is gebleken. De combinatie van winkel, dagbesteding, recreatieruimte en lunchroom bleek verwarrend te werken,
8) échte meerwaarde is te halen wanneer teams de winst van elkaar direct ervaren.
 Wanneer ouder wordende bewoners met een verstandelijke beperking bijvoorbeeld verpleegkundige zorg nodig hebben is het fijn als deze expertise ‘in huis’ is of wanneer een
 persoonlijk begeleider even wil wandelen met een oudere met dementie en de collega van
 het andere team als achterwacht kan dienen,
9) vergroot de successen uit. Dit heeft een motiverend effect op alle betrokkenen.

**Inclusieve samenleving en gezamenlijke uitdagingen voor de toekomst**
Als we spreken over een inclusieve samenleving en een visie daarop, is het belangrijk om eerst vast te stellen wat dat inhoudt en op welke wijze wij daar in ons land inhoud aan willen geven. In het kader van de participatiesamenleving is dit vertaald als: ‘iedereen doet ertoe en iedereen doet mee. Op weg naar een perspectief van waardigheid’.[[16]](#footnote-16) Als we binnen de sectoren van de langdurige zorg werk willen maken van de inclusieve samenleving is het belangrijk om van elkaar te leren en veel meer gezamenlijk naar buiten te treden om de positie en bijdrage van cliënten als volwaardig burgers inhoud te geven. De jaarlijkse rapportage over de naleving van het VN-verdrag ‘Handicap in Nederland’[[17]](#footnote-17) laat zien dat er op dit terrein nog veel te winnen is. Vanuit de erkenning van de eigenheid en waardevolle inbreng van de drie sectoren moet het mogelijk zijn bruggen te slaan, van elkaar te leren, synergie te behalen en inclusieve zorg te leveren. Aanbieders van ondersteuning, begeleiding, behandeling en verpleging zijn slechts één schakel in de keten en daardoor in hun mogelijkheden beperkt[[18]](#footnote-18). Vandaar ons initiatief te komen tot intensieve samenwerking. Thema’s waarop dit inhoud zou kunnen krijgen zijn:

1. *Maatschappelijk positioneren van de cliënt*
Maak werk van de inclusieve samenleving. Niet vanuit bezuinigingsoptiek, maar vanuit de intrinsieke motivatie om iedereen een volwaardige plek te geven in de samenleving. Iedereen is waardevol en kan een zinvolle bijdrage leveren aan de gemeenschap.
2. *Imago van de langdurige zorg verbeteren*
Werk aan een aantrekkelijke sector voor nieuw talent, waar kwalitatief goede verzorging, begeleiding, ondersteuning en verpleging wordt gegeven. Niet incident- en regelgestuurd, maar met eigen regie over transparante communicatie en een open relatie met de omgeving.
3. *Innovatie in de langdurige zorg*
Definieer gezamenlijk projecten en vraag samen subsidie aan. Immers het inrichten van een adequate infrastructuur (huisvesting, ICT, elektronisch cliëntendossier, domotica, robotica, voorzieningen, etc.) gaat de spankracht van afzonderlijke organisaties te boven. Ontwikkel samen nieuwe therapieën, begeleidingsstrategieën, medicatie en behandelmethodieken.
4. *Aantrekkelijke arbeidsmarkt*:
Door de uitstroom van oudere werknemers richting hun pensioen ontstaat er de komende jaren een grote vervangingsvraag. Daarnaast neemt de vraag naar professionele generalisten toe. Investeren in nieuwe opleidingsprogramma’s en instrumenten is daarom cruciaal, net als investeren in een kwaliteitskader voor langdurige zorg. Het vereist leren van en met elkaar over grenzen van de eigen professionaliteit door gebruiken te maken van diagnose-instrumenten en behandelstrategieën die in verschillende sectoren zijn ontwikkeld en breder toepasbaar zijn. Voorbeelden hiervan: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), methode Urlings, palliatieve zorg. Het vraagt ook om een gezamenlijke strategie om nieuwkomers op de arbeidsmarkt vroegtijdig te interesseren voor de langdurige zorg (zie ook punt 2).
5. *Huisvestingsconcepten en businessmodellen*
Faciliteer nieuwe vormen van wonen en dagactiviteiten. Door de verwachte stijgende zorgkosten zal de druk toenemen op de bedrijfsvoering. Door het verminderen van bureaucratie en regeldruk onststaat er meer ruime voor doelmatigheid en efficiency.

**Tot slot**

Het is onze overtuiging dat samenwerken geen doel in zichzelf is. Het gaat om het cliëntenperspectief. Samenwerken slaagt alleen vanuit een gemeenschappelijke visie, waarbij de inhoud leidend is en gedragen wordt door zorgprofessionals. Daarnaast vraagt het vasthoudendheid en tijd, zeker drie tot vijf jaar, zoals we bij Schuilenburg hebben ervaren. Nieuwe zorgontwikkelingen vragen om nieuwe samenwerkingsvormen, zoals (virtuele) netwerken, ketensamenwerking en coöperaties.
Voorbij de grenzen van bestaande doelgroepen en organisaties. .

1. Loes Kater is bestuurder van ZGR, André Leferink is bestuurder van de Parabool en Ietje de Jong is coachend manager van Schuilenburg. [↑](#footnote-ref-1)
2. Cijfers Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) 2017. [↑](#footnote-ref-2)
3. Cijfers VGN 2016. [↑](#footnote-ref-3)
4. Niet-invasieve prenatale test (NIPT). [↑](#footnote-ref-4)
5. Uit recente studies van UMCG (december 2017) en in Vlaanderen (november 2018) blijkt prenatale screening beperkt effect te hebben op aantal geboorten van kinderen met verstandelijke beperking. [↑](#footnote-ref-5)
6. [Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2017/Trendscenario_VTV_2018_identificeert_maatschappelijke_opgaven_voor_de_toekomst) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). [↑](#footnote-ref-6)
7. Cijfers Actiz 2016. [↑](#footnote-ref-7)
8. Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2016 Trimbos Instituut. [↑](#footnote-ref-8)
9. Samenvatting Herdiagnostiek bevindingen 2017, gepubliceerd 16 augustus 2018 door GGNet. [↑](#footnote-ref-9)
10. Zie: Verdraaide organisaties. *Terug naar de bedoeling*. W. Hart en M. Buiting (2012). [↑](#footnote-ref-10)
11. De presentietheorie van A. Baart; Een theorie van presentie (2001). [↑](#footnote-ref-11)
12. [↑](#footnote-ref-12)
13. Zorginstituut Nederland: *Samen de kwaliteit van langdurige zorg verbeteren* (februari 2015). [↑](#footnote-ref-13)
14. Definitie volgens Machteld Huber. [↑](#footnote-ref-14)
15. Hoe krijgt het concept ‘Positieve gezondheid’ regionaal handen en voeten? (Louis Bolk Instituut, 2015). [↑](#footnote-ref-15)
16. Van burger-cliënt naar perspectief van waardigheid. (Reerink, The, Roelofsen, in NTZ nr. 1, 2017). [↑](#footnote-ref-16)
17. VN-verdrag handicap in Nederland 2017, College voor de rechten van de mens. (december, 2017). [↑](#footnote-ref-17)
18. Ezeltje strek je, *een studie naar winst, macht en regulering in de Nederlandse gezondheidszorg*. Amsterdam, 2017, Gupta Strategists. [↑](#footnote-ref-18)