

# Zorginstituut Nederland

## Verslag bijeenkomst OSA 16 dec 2019:

### Bespreking concept verbeter-signalement OSA

Datum en tijd: 16 december 2019, 18:00-20.30  
Locatie: Willem Dudokhof 1, Diemen  
Verslag: Sanne Bouman van Het Notuleercentrum

#### **Aanwezig:**

- H. Paalvast (voorzitter) ZorginstituutNederland
- M. Beckers - Quaedvlieg ZN
- P. van Maanen NVKNO / SVNL
- R. Hemler NVKNO
- G. Mensink NVMKA
- L.L. Teunissen NVN
- H(ans) Hardeman NVALT
- Y. Legerstee V&VN
- W. van Nassau NVTTS
- L. Verlee NHG
- K.W. van Kralingen SVNL
- H(ugo) Hardeman ApneuVereniging
- R.P. van Steenwijk NFU
- L. Hermsen Zorginstituut Nederland
- A. Slats Zorginstituut Nederland
- B. van Nistelrooij Zorginstituut Nederland
- Peter Siebers Zorginstituut Nederland
- Ilse van Beusekom Zorginstituut Nederland

#### **1 Opening**

De voorzitter opent de vergadering om 18.03 uur en heet de deelnemers welkom. Het wordt gewaardeerd dat er zoveel mensen aanwezig zijn. De bijeenkomst heeft als doel het bespreken van het opgestuurde concept verbeter-signalement obstructief slaapapneu (OSA). Dit verbeter-signalement is het resultaat van de verdiepende analyse naar verbetermogelijkheden in de zorg voor mensen met OSA, dat het Zorginstituut in samenspraak met partijen heeft uitgevoerd in het kader van het programma Zinnige Zorg.

De uitkomsten van de onderliggende onderzoeken zijn eerder aan alle organisaties voorgelegd ter schriftelijke consultatie (zomer 2019). De conclusies uit het onderzoek hebben als basis gediend voor het bijgevoegde concept verbeter-signalement OSA. Hierin staan de verbeterpunten benoemd, met bijbehorende onderbouwing vanuit de onderzoeksbevindingen. Ook is er een voorstel gedaan voor de verbeterafspraken die we met de partijen willen maken om de zorg voor patiënten met OSA verder te verbeteren. Alle partijen krijgen nu de gelegenheid om te reageren op het concept verbeter-signalement. Er is ruimte om het voorstel te bespreken en te bediscussiëren in de bijeenkomst van vanavond. Aanvullend is er gelegenheid om uitgebreid schriftelijk te reageren op het concept verbeter-signalement in de schriftelijke consultatieronde. Deze ronde heeft een deadline op 24 januari 2020. De schriftelijke consultatie ronde geeft partijen extra gelegenheid om concrete verbetervoorstellen of tekstsuggesties te doen voor het aanbrengen van eventuele nuances in het rapport.

Een korte voorstelronde volgt. Tijdens de voorstelronde zal worden aangegeven welke van de voorgestelde verbeteracties speciale aandacht behoeven.

Mevrouw L. Hermsen is projectleider en heeft in het verleden ook andere Zinnige Zorgtrajecten uitgevoerd. Van huis uit is mevrouw Hermsen epidemioloog.

Mevrouw A. Slats is longarts en betrokken geweest bij het hele Zinnige Zorgtraject van dit

onderwerp. Als longarts behandelt mevrouw Slats ook patiënten met slaapapneu.

Mevrouw M. Beckers-Quadvlieg is werkzaam bij CZ en bespreekt vandaag graag de bekostigingssystematiek. Ook ziet mevrouw Beckers-Quadvlieg graag het zorgpad verbeterd. De nadruk moet liggen op doelmatigheid.

Mevrouw Y. Legerstee is verpleegkundige in een slaapcentrum en aanwezig namens de V&VN. De rol van de verpleegkundige komt nergens in het toegestuurd document terug. Dit is een aandachtspunt.

De heer Hans Hardeman is longarts en afgevaardigde van de NVALT, sectie ademhalingsstoornissen. De heer Hardeman is geschrokken van de toon van het stuk. Het zal daarom lastig zijn om het alleen over de verbeterpunten te hebben. Het gevoel is dat het stuk defensief is geschreven. Er worden stellige dingen gezegd, maar hoe die worden vertaald naar de kliniek is onbekend.

De heer R. van Steenwijk is longarts en aanwezig namens het NFU. Ook de heer Van Steenwijk ziet een lichte kanteling in het rapport. Er is een behoorlijke focus op kostenbeheersing. Dit is in zekere zin zinvol. Over anamnese en vragenlijsten wordt opgemerkt dat hier wel degelijk literatuur over is. Er is een probleem met de stelligheid waarmee wordt aangegeven dat PSG en PG niet voor elkaar onderdoen. De gebruikte meetmethode uit 2007 heeft een enorme impact. Er moet netjes met de cijfers worden omgegaan.

De voorzitter reageert dat het niet juist is dat het document vanuit de kostenbeheersing is geschreven. De patiënt staat voorop.

De heer G. Mensink is kaakchirurg en aanwezig namens de NVMKA. Het gevoel leeft dat het document een bezuinigingsstuk is geworden. Er wordt ingezoomd op deelbehandelingen maar vanuit de kaakchirurgie mist de behandeling bimaxillaire osteotomie. Het is bewezen dat die behandeling voor veel mensen nuttig kan zijn. In de praktijk lopen patiënten er echter tegenaan dat het lastig is vergoeding voor (onderdelen van) die behandeling te ontvangen. Dit onderwerp is al eerder ingebracht bij de deelgroepjes.

De heer P. van Maanen is KNO-arts en aanwezig namens de NVKNO/SVNL. De heer Van Maanen merkt op zich aan te sluiten bij de eerdere sprekers en laat zich vanavond graag verrassen.

De heer P. Siebers is sinds 1 mei jl. lid van de Raad van Bestuur van het Zorginstituut en aanwezig als toehoorder.

Mevrouw W. van Nassau is slaapgeneeskundig tandarts en verbonden aan de NVTs. De NVTs wil graag actief betrokken zijn bij dit onderwerp. In de toegestuurde documenten worden een aantal punten als conclusie gesteld, terwijl de NVTs het idee heeft dat er nog discussie over is. Het is de vraag of er niet een stapje teruggedaan moet worden.

De heer K. van Kralingen is longarts en werkt bij SEIN. Tevens is de heer Van Kralingen lid van het bestuur van de SVNL. Het is positief te noemen dat in het document nadrukkelijk de rol van de interactie tussen dokter en patiënt naar voren komt. Dit is een kantelpunt. Interactie wordt weer erg belangrijk.

Mevrouw L. Teunissen is voorzitter van de werkgroep slaapstoornis en medisch manager van het slaapcentrum in het Sint Antoniusziekenhuis. Mevrouw Teunissen weet niet of zij zich in het document herkent. In de eigen praktijk merkt men dat niet alle patiënten 'typische dikke mannen zijn'. Van tevoren is niet duidelijk of iemand OSA of CSAS heeft. Mevrouw Teunissen heeft moeite met verbeterpunt drie (PG versus PSG discussie), tenzij dit punt anders geformuleerd wordt. Ook zijn er opmerkingen te maken over verbeterpunt twee (consequenties somnologische anamnese). De bekostiging is een belangrijk onderwerp. Het is de vraag hoe de loop tussen de firma's levend gehouden wordt. Hier moet geld en aandacht naartoe. Het slaapcentrum is zelf bezig met punt dertien (uitkomstindicatoren). Er is nog niets bekend over uitgangindicatoren. Het is een ambitieuze doelstelling om dit in drie jaar tijd landelijk op de kaart te krijgen. Wel is dit erg belangrijk. Ook ontbreekt nu de rol van lifestyle en de rol van de verpleegkundige. Er zijn nieuwe technieken die als type vier worden neergezet. Nieuwe ontwikkelingen zijn zeer van belang.

De heer Hugo Hardeman is huisarts en voorzitter van de apneuvereniging. De heer Hardeman is met name geschrokken van verbeterpunt één, dat aangeeft dat behandelingen alleen bij hoge uitzondering plaatsvinden bij asymptomatische OSA en hypertensie of atriumfibrilleren. Veel patiënten zijn voor de diagnose onbewust asymptomatisch. Patiënten merken pas dat zij klachten hadden na de behandeling.

Mevrouw L. Verlee is beleidsadviseur bij het NHG. Voor het NHG is de taak van de huisarts in het

geheel van belang. Er wordt dan vooral ingezoomd op verbeterpunt vijf (meer aandacht voor herkenning van OSA-geassocieerde klachten). De lijst met chronische aandoening die wordt genoemd is enorm. Het is de vraag hoe vaak de huisarts OSA gaat tegenkomen in de praktijk. En als er sprake is van een grote groep, is er dan een gevalideerde vragenlijst om dit te herkennen? Is dit onderwerp prioriteit voor de huisarts?

Mevrouw I. van Beusekom is werkzaam bij het Zorginstituut Nederland en aanwezig als toehoorder.

De heer B. van Nistelrooij is werkzaam bij het Zorginstituut Nederland en heeft de analyses uitgevoerd voor dit onderwerp.

De heer H. Paalvast is teammanager Hart Vaat Long en de voorzitter van dit overleg.

## 2 Zinnige Zorg programma: toelichting en actualiteit

De genoemde aandachtspunten zijn genoteerd. De rol van Zorginstituut Nederland wordt kort doorgesproken. Het Zorginstituut bevordert kwaliteit en transparantie en adviseert (gevraagd en ongevraagd) over het basispakket. In principe hebben alle professionals en zorgverzekeraars de primaire verantwoordelijke om te werken volgens de stand van de wetenschap en praktijk. Indien zij er niet uitkomen, kan het Zorginstituut vanuit haar wettelijke taak bepalen of zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut bevordert gepast gebruik van zorg en streeft ernaar de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit alles voor de patiënt.

Er wordt een overzicht gegeven van alle Zinnige Zorg projecten die op dit moment lopen bij het Zorginstituut. De projecten bevinden zich in verschillende fases. Het programma is de laatste jaren flink gegroeid. Slaapapneu bevindt zich in de verdiepende fase. Wat betreft de methodiek wordt opgemerkt dat er altijd wordt gekeken naar afspraken die professionals maken. De meest recente richtlijnen worden meegenomen en er wordt gekeken naar de opvattingen die er zijn. Ook wordt gekeken naar de wetenschappelijke onderbouwing. De onderbouwde afspraken over goede zorg worden gespiegeld aan de data die het Zorginstituut in huis heeft. Dit doet het zorginstituut voor onderdelen van het zorgtraject.

Het traject omtrent slaapapneu loopt al een behoorlijke tijd. Eerder is met partijen afgestemd welke onderwerpen opgepakt zouden worden. Daar zijn in 2017 twee bijeenkomsten voor georganiseerd. Vervolgens is verdiepend onderzoek uitgevoerd. Tussentijdse rapportages zijn in samengestelde werkgroepen met elkaar besproken om uiteindelijk afstemming te krijgen over de conclusies van externe onderzoeken. Altijd is geprobeerd om iedereen actief mee te nemen. Na het onderzoek is het inhoudelijk analyserapport geschreven, dat iedereen in de zomer van 2019 heeft ontvangen. In een eerste schriftelijke consultatieronde is gevraagd om een bestuurlijke reactie op het inhoudelijke analyserapport (de conclusies van het onderzoek). Alle betrokken stakeholders hebben hierop gereageerd. Op basis van het inhoudelijke analyserapport is vervolgens een concept verbeteringsignalement geschreven, waarin een voorstel wordt gedaan voor de verbeterpunten en verbeterafspraken. Deze komen voort uit de conclusies van het inhoudelijke analyse rapport. Dit concept verbeteringsignalement wordt vanavond besproken. Tegelijkertijd is in een tweede schriftelijke consultatieronde gevraagd om een bestuurlijke reactie op het concept verbeteringsignalement. De reactietermijn loopt tot 24 januari 2020.

Uit de reacties in de voorstelronde is naar voren gekomen dat men vindt dat het Zorginstituut scherp is geweest en wellicht op sommige punten te scherp. Gekeken wordt nu of er zaken genuanceerd kunnen worden. Het Zorginstituut geeft aan dat de bijeenkomst en de schriftelijke consultatieronde daarvoor ook bedoeld zijn.

## 3 Deel 1: bespreking verbeterpunten en verbeterafspraken per thema

De genoemde aandachtspunten kunnen niet allemaal besproken worden. De belangrijkste punten worden vanavond besproken. Andere punten kunnen worden benoemd in de schriftelijke consultatieronde.

Behandelingen die niet vergoed worden door de verzekering (zoals orthodontie bij bimaxillaire kaakosteotomie voor slaapapneu) zijn niet meegenomen in het document. Hier wordt op een ander moment over doorgepraat met de heer Mensink, de patiëntenvereniging en de verzekeraar. **(actie 1)**

Bij de groep patiënten die is verwezen vanwege hypertensie waar wellicht sprake is van slaapapneu, moet de zorgverlener terughoudend zijn met behandelen als er geen slaperigheidsklachten zijn. In de richtlijn staat: "Overweeg een OSA-behandeling bij patiënten met OSA en hypertensie, ook als zij geen symptomen van OSA vertonen." Het is niet duidelijk welke definitie voor hypertensie gehanteerd moet worden en wanneer een daling in bloeddruk klinisch

relevant is. Dat staat nu niet in de richtlijn. Er wordt gediscussieerd over of de aanbeveling aangescherpt moet worden. Dit vooral om te voorkomen dat er patiënten worden behandeld waar dat eigenlijk niet nodig zou zijn of dat er onnodig lang wordt doorbehandeld. De vraag blijft namelijk bestaan of de patiënt baat heeft bij de behandeling. Uit het Cochrane onderzoek blijkt een kennislacune. De richtlijn kan aangescherpt worden, namelijk dat er verwezen wordt, maar dat op basis van de anamnese wordt besloten of er wel of geen diagnostiek nodig is. Het is van belang dat de richtlijn geen obstakel vormt voor mensen die baat hebben bij de behandeling, zonder dat het systeem volloopt met mensen die geen baat hebben bij de behandeling. Niet alle aanwezigen zien het nut in van het wijzigen van de richtlijn. Wel vinden ze terughoudendheid van belang. Daarover lijkt men het eens. Het Zorginstituut begrijpt van de aanwezigen dat de richtlijnaanbeveling ook al zo bedoeld is. Mensen moeten niet onnodig doorverwezen en behandeld worden. Het is alleen de vraag of dit voor het veld nu ook duidelijk is? Het Zorginstituut blijft daarom van mening dat er nuancering en verduidelijking nodig is in de richtlijn, waarbij bijvoorbeeld de uitzonderingsgevallen goed worden omschreven en er duidelijke stop-criteria worden vermeld.

Het is verstandig om een aantal overwegingen die niet netjes op elkaar ingrijpen naast elkaar te leggen en volledig uit te schrijven. Dit naar aanleiding van de definities. Er zijn in de presentatie voorbeelden gegeven hiervoor.

Een aantal verbeterpunten komt dwingend over. Met het veld moet gekeken worden hoe deze verbeterd kunnen worden. Ook is het goed om de verschillende verbeterpunten zich te laten toe-eigenen door verschillende partijen. Er moet toegewerkt worden naar het gericht proberen patiënten te identificeren. De deelnemers worden opgeroepen meer aangescherpte formuleringen door te geven aan het Zorginstituut. **(actie 2)** Het Zorginstituut verzamelt de input en vat dit samen.

Opgemerkt wordt dat niet alle actiepunten bij het Zorginstituut liggen. Het herzien van richtlijnen is een procedure op zich. Er zijn nogal wat richtlijnen die meer toe zijn aan onderhoud. Toch is ook het nader bekijken van de richtlijn voor slaapapneu van belang, zeker als er patiënten zijn die onnodig worden behandeld. Er is door het Zorginstituut geprobeerd objectief onderzoek uit te zetten die de richtlijn verder helpt (Cochrane onderzoeken). Op die manier is er een nieuw stuk bewijs dat gebruikt kan worden. Het Zorginstituut spreekt de professionals aan op hun verantwoordelijkheid om nieuw wetenschappelijk bewijs te integreren in de huidige richtlijn, aangezien dit tot andere aanbevelingen kan leiden. Er moet namelijk altijd gewerkt worden volgens de huidige stand van de wetenschap en praktijk. De richtlijn is modulair opgebouwd, wat maakt dat dit mogelijk moet zijn. Het is belangrijk dat iedereen aan tafel betrokken is bij het project. Het is een onderwerp waar alle partijen verbondenheid mee hebben.

De voorzitter schorst de vergadering om 19.13 uur.

## 4 Deel 2: bespreking verbeterpunten en verbeterafspraken per thema

De voorzitter heropent de vergadering om 19.45 uur.

De diagnostiek wordt besproken aan de hand van de presentatie. Het Zorginstituut wil benadrukken dat de anamnese een centralere rol moet krijgen. Er staat nu in de richtlijn dat er een anamnese gedaan moet worden. Er staat niet bij wat er met de consequenties moet gebeuren (bv het wel of niet inzetten van een diagnostische test). Het capaciteitsprobleem in het achterhoofd houdende, kunnen er waarschijnlijk maximaal 45.000 onderzoeken per jaar plaatsvinden. Het systeem kan meer ingericht worden op PG, zodat PSG beschikbaar blijft voor mensen waarbij er reële verdenkingen op een slaapstoornis zijn. Het is de vraag hoe het Zorginstituut dit kan verwoorden zodat iedereen begrijpt wat er met de verbeterpunten wordt bedoeld. Geopperd wordt om een ideaal diagnostisch traject te beschrijven. **(actie 3)** In dat traject kunnen nieuwe devices ook opgenomen worden. Er moet volgens aanwezigen afgewogen worden of er voor elk nieuw apparaat weer een klinische nutstudie opgezet moet worden, of dat men tevreden is met een apparaat dat de diagnose stelt. Het is ook klinisch nuttig als een nieuw apparaat de diagnose correct stelt voor minder geld en met iets meer informatie.

Er moet ook nagedacht worden over de zorgkosten, en de invloed van het eerder inzetten van PG bij de groep die het nodig heeft. Eerder tijdens de vergadering is uitgesproken om na te denken over de inrichting van het zorgpad. Daarbij moet ook gedacht worden aan de rol van de huisarts. Er zijn vele lokale initiatieven die geïnventariseerd kunnen worden en hieruit kan een landelijke conclusie getrokken worden. Los van het nadenken over een ideaalplaatje, moet er eerst gekeken worden naar wat er al gebeurt in het land. **(actie 4)** Het zorgpad dat omschreven moet worden kan een landelijke bepaling zijn die regionaal ingevuld kan worden. Meerdere partijen moeten naar dit zorgpad kijken. Er is immers al veel expertise. Het is niet de bedoeling om dit zorgpad top-down te implementeren. Nadat het zorgpad is opgeschreven kan gekeken worden in hoeverre regionale

initiatieven afwijken.

Opgemerkt moet worden dat de huisarts moet blijven doen waar hij of zij goed in is. Dat is in levensstijl en contact met patiënten. De huisarts moet niet beoordelen hoe de CPAP-behandeling gaat. Hier heeft de huisarts het ook te druk voor. Dergelijke afspraken kunnen een plek krijgen in een landelijk zorgpad.

Over verbeterpunt vier wordt opgemerkt dat in de MDRS 2018 alleen nog wordt aanbevolen om KNO-onderzoek in te zetten indien bovenste luchtwegchirurgie of nervus hypoglossusstimulatie wordt overwogen. Er wordt door de aanwezig KNO-artsen verhelderd dat het Zorginstituut onderscheid moet maken in algemeen KNO-onderzoek en aanvullend KNO-onderzoek. Het Zorginstituut doelt met dit punt waarschijnlijk op de inzet van slaapendoscopieën als aanvullend KNO-onderzoek. Slaapapneu is een ziektebeeld dat zich met name afspeelt in de bovenste luchtweg, het is daarom volgens de aanwezige KNO-artsen vanzelfsprekend dat er algemeen KNO-onderzoek (kijkonderzoek zonder endoscopie) plaatsvindt. Dit hoeft echter niet perse te gebeuren door een KNO-arts, maar kan ook door een andere arts worden uitgevoerd. Aanvullend KNO-onderzoek in de vorm van slaapendoscopie vindt alleen plaats als chirurgie wordt overwogen. Het Zorginstituut merkt wel opnieuw op dat de noodzaak voor algemeen KNO-onderzoek niet terug te lezen is in de MDRS 2018. Hierin wordt alleen gesproken over aanvullend KNO-onderzoek. Er is afgesproken dat het Zorginstituut nog contact opneemt met de aanwezige KNO-artsen om dit punt te verhelderen. **(actie 1)**

Het Zorginstituut gaat de indicatoren niet bepalen. Dit is aan het veld. Wel zou er volgens aanwezige partijen geld beschikbaar gesteld moeten worden om de indicatoren voor elkaar te krijgen. Hier zouden meerdere mensen fulltime aan moeten werken. Het Zorginstituut ligt toe dat er vanuit het Hoofdlijnenakkoord afspraken zijn gemaakt hierover. Er is afgesproken om voor de 52 aandeningen met de hoogste ziektelast uiterlijk 2022 uitkomstindicatoren te ontwikkelen. Slaapapneu behoort tot deze lijst. Partijen vragen om deze indicatoren ontwikkeling te prioriteren. Volgens aanwezige partijen is een subsidieaanvraag doen lastig, niemand weet precies hoe dit moet gaan gebeuren. Eventueel kan gestart worden met een structuurindicator. Het zorgpad is een goede actie richting structuurindicatoren. Resumerend wordt opgemerkt dat er twee grote acties moeten plaatsvinden: een landelijk zorgpad opstellen met alle input van regionale acties. De tweede actie betreft de uitkomstindicatoren. Om dit te bewerkstelligen zijn een aantal dingen nodig, allereerst een gezamenlijk platform. Daarnaast moet er 'gewoon' begonnen worden. Ook is er geld nodig om het uit te voeren. In het kader van het gezamenlijk oppakken, zou het mooi zijn als het Zorginstituut dat kan faciliteren.

Besloten wordt om te starten met het zorgpad. **(actie 3)** Alle partijen zijn het met elkaar eens dat deze urgentie er is, omdat er ook nog veel praktijkvariatie bestaat. Waar het zorgpad begint en wat het betekent voor huisartsen, hangt af van de inventarisatie van lokale projecten. Eerst moet uitgezocht worden wat kansrijk en wat minder kansrijk is. Er is nog geen vragenlijst beschikbaar, wellicht komt deze er ook niet. Opgemerkt wordt dat anamnese beter signaalherkenning genoemd kan worden. Als men iets wil bereiken in koersverandering, moet de anamnese worden beloofd. Hier gaat tijd in zitten. Ook moet er meer awareness plaatsvinden. Daarom is het goed om de richtlijn op te nemen. Het lampje 'slaap' zou aan moeten gaan bij de huisarts. Dat moet worden gefaciliteerd maar dit hoeft niet te gebeuren via een vragenlijst.

De aanwezigen zien allemaal het belang van het zorgpad in. Iedereen wordt uitgenodigd om hieraan mee te werken. De koepels worden aangesloten aan het einde van het traject.

## 5 Vervolg

Het vandaag besproken document is ook ter schriftelijke consultatie toegestuurd aan alle besturen van betrokken partijen. Er kan gereageerd worden tot uiterlijk 24 januari 2020. Het Zorginstituut verzamelt alle reacties en koppelt daarna terug. **(actie 5)** Het Zorginstituut roept de aanwezigen op een tekstvoorstel te doen wanneer het idee leeft dat zaken niet helder geformuleerd zijn. **(actie 2)** In de implementatiefase zal er gewerkt worden aan het zorgpad. **(actie 3)**

## 6 Besluit

De voorzitter dankt de aanwezigen voor hun input en geeft de aanwezigen kort de gelegenheid voor een nabrand. De deelnemers hebben geen nabranders. De voorzitter sluit de vergadering om 20.34 uur.

## Actielijst

<b>Nummer</b>	<b>Actie</b>	<b>Wie</b>	<b>Afgehandeld op</b>
1	Het Zorginstituut gaat met relevante partijen in gesprek over problemen rondom de vergoeding van bimaxillaire osteotomie (met name de orthodontie).	Zorginstituut Nederland, de heer Mensink, de patiëntenvereniging en de verzekeraar.	Z.s.m.
2	Partijen geven een bestuurlijke schriftelijke reactie op het concept verbeter-signalement. Hierbij is ruimte voor concrete voorstellen voor aangescherpte verbeterpunten/verbeterafspraken, mits onderbouwd.	Allen	Januari 2020
3	Toevoegen verbeterafpraak dat er een landelijk zorgpad wordt ontwikkeld en vastgelegd in een landelijk transmurale afspraak. Hierin komen alle relevante onderdelen van het zorgtraject aan bod, zoals organisatie van diagnostiek, inzet behandelingen en controles.	Zorginstituut Nederland, de heer Mensink, de patiëntenvereniging en de verzekeraar.	Z.s.m.
4	Er wordt een inventarisatie gemaakt van al bestaande zorgpaden OSA om te leren van best-practices. Hierover volgt binnenkort een voorstel voor een vervolg.	Zorginstituut Nederland, i.s.m. partijen	Z.s.m.
5	Het Zorginstituut zal reageren op alle input die partijen leveren in de bijeenkomst en de schriftelijke consultatieronde.	Zorginstituut Nederland	Februari-maart 2020