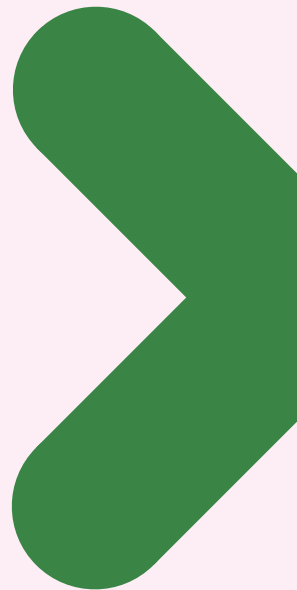


Verkenning naar de toepassing van de Cyclus van Gepast Gebruik in Zvw-sectoren

Mei 2025 (definitief)

- 1. Inleiding en aanpak
 - 2. Kaders verkenning
 - 3. Toepasbaarheid Cyclus van Gepast Gebruik
 - 4. Bevindingen per domein
 - Geneeskundige ggz
 - Huisartsenzorg
 - Wijkverpleging
 - Paramedische zorg
 - Geboortezorg
 - 5. Conclusie
 - 6. Reflectie en aanbevelingen
-
- Bijlage A: Overzicht Zvw-sectoren
 - Bijlage B: Geïnterviewde partijen per domein
 - Bijlage C: Vragenlijst voor interviews
 - Bijlage D: Lijst met gesprekspartners



1. Inleiding en aanpak

Aanleiding

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) staat dat de Cyclus van Gepast Gebruik (CvGG) als continue motor voor het concretiseren van Passende zorg dient te fungeren. Op dit moment wordt de CvGG enkel in de medisch specialistische zorg gestructureerd en programmatisch toegepast, via het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG). ZE&GG is een gezamenlijk initiatief van alle partijen van het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg (een voorloper van het Integraal Zorgakkoord). Dit zijn de zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en overheid. Alle partijen binnen dit samenwerkingsverband verbinden zich aan een cyclus van agenderen, evalueren en implementeren van goede zorg, met heldere rollen en verantwoordelijkheden van iedere partij in alle fases van de cyclus. Het doel is dat de beschikbare publieke middelen effectief worden besteed, zodat passende zorg voor iedereen beschikbaar kan zijn en blijven.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken om deze werkwijze toe te gaan passen in alle zorgsectoren die Zvw-zorg leveren. Passende zorg volgens het IZA:

- is waardegedreven, effectief en doelmatig
- komt samen met en rond de patiënt tot stand
- is juiste zorg op de juiste plek, en
- gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Op de thematafel Passende Zorg hebben de IZA-partijen afgesproken dat een plan van aanpak voor het uitrollen van de CvGG in andere sectoren dan de medisch specialistische zorg moet worden opgesteld. Om tot een gedegen plan van aanpak per Zvw-sector te komen, is het noodzakelijk om eerst de behoeften, benodigdheden en mogelijkheden voor het toepassen van de CvGG per sector inzichtelijk te maken. VWS heeft aan ZonMw gevraagd om dit te doen. ZonMw heeft daarop het bureau Zorgmarkten gevraagd een verkenning uit te voeren onder in eerste instantie vijf Zvw-zorgsectoren:

- Geneeskundige Ggz
- Huisartsenzorg
- Wijkverpleging
- Paramedische zorg
- Geboortezorg

Cyclus van Gepast Gebruik

Heel kort gezegd betekent gepast gebruik dat je daadwerkelijk handelt naar de uitkomsten van onderzoek naar de effectiviteit van zorg (ook wel: 'zorgevaluatie').

Gepast gebruik gaat verder dan effectiviteit. Het gaat ook om het doelmatig inzetten van zorg. Dus ook over bijvoorbeeld kosten, arbeidsinzet en duurzaamheid. Zorg die goed werkt, kan toch als niet gepast worden beschouwd, bijvoorbeeld als die zorg onevenredig duur is, of niet duurzaam.¹

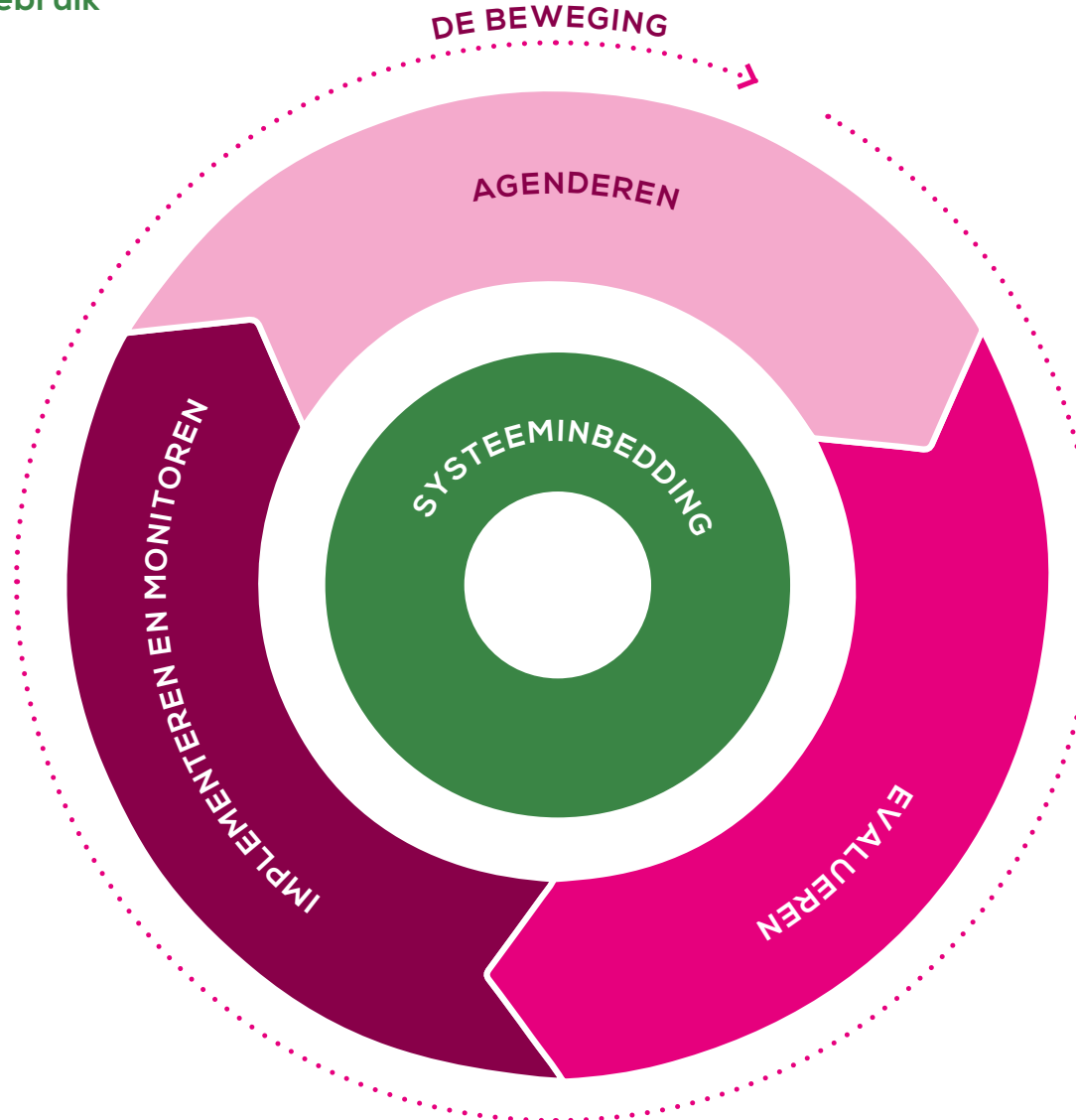
Het hele proces van onderzoeken wat effectief is en daarnaar handelen is cyclisch. Dit wordt uitgedrukt in de Cyclus van Gepast Gebruik (zie figuur op pagina 4). De CvGG bestaat uit drie stappen die elkaar opvolgen:

- **Agenderen:** bepalen welke zorg onderzocht moet worden omdat er onvoldoende bekend is over de effectiviteit.
- **Evalueren:** evalueren welke zorg bij een bepaalde zorgvraag, aandoening of situatie het meest effectief is.
- **Implementeren en monitoren:** implementeren van effectieve zorg in de zorgprocessen en monitoren of uitvoering daadwerkelijk plaatsvindt.

In het midden van de CvGG staat systeeminbedding. Hiermee wordt duidelijk dat zorgevaluatie en gepast gebruik vast onderdeel zijn van reguliere processen in de betreffende zorg zoals het opstellen van richtlijnen en het contracteren van zorg. Naast vaste processen op alle stappen van de cirkel, wordt ook actief gestuurd op cultuurverandering (de beweging).

¹ Een duidelijke uitleg van deze en andere relevante begrippen staat in [De Cirkel van Gepast Gebruik, Sturen op de bewezen beste zorg in tijden van schaarste](#).

Cyclus van Gepast Gebruik



Bron: Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG)

Opdracht

Het doel van onze verkenning is om voor vijf zorgsectoren in kaart te brengen of en hoe de werkwijze van de CvGG kan worden toegepast in de praktijk. De geselecteerde zorgsectoren zijn:

- Geneeskundige ggz (Zvw-kosten 2024: € 5,6 mld)
- Huisartsenzorg (Zvw-kosten 2024: € 5,4 mld)
- Wijkverpleging (Zvw-kosten 2024: € 3,3 mld)
- Paramedische zorg (Zvw-kosten 2024: € 1,2 mld)
- Geboortezorg (Zvw-kosten verloskundige zorg & kraamzorg 2024: € 767 mln)

Deze vijf sectoren zijn niet alle sectoren in de Zvw, naast de medisch specialistische zorg (Zvw-kosten 2024: € 31 mld) en deze vijf sectoren kennen we ook nog de volgende sectoren:

- Farmaceutische zorg (Zvw-kosten 2024: € 5,7 mld)
- Hulpmiddelenzorg (Zvw-kosten 2024: € 2 mld)
- Kortdurende zorg/tijdelijk verblijf (Zvw-kosten 2024: € 1,3 mld)
- Ambulancezorg en ziekenvervoer (Zvw-kosten 2024: € 1,1 mld)
- Mondzorg (Zvw-kosten 2024: € 1 mld)
- Zintuiglijk Gehandicaptenzorg (Zvw-kosten 2024: € 232 mln)

Deze sectoren zijn nog niet verkend.

In [bijlage A](#) staat een toelichting op de sectoren en welke onderdelen wel en niet onder de basisverzekering (Zvw) vallen.

Onze opdracht bestaat uit twee delen:

1. Voer een verkenning uit naar de behoeften, benodigdheden en mogelijkheden voor het toepassen van de werkwijze van de CvGG in de aangewezen sectoren.
2. Stel een plan van aanpak op waarin beschreven wordt hoe de CvGG kan worden toegepast in de betreffende sector.

Opdrachtgever

De opdrachtgever voor deze verkenning is het bestuur van ZonMw. ZonMw voert deze verkenning uit op verzoek van het ministerie van VWS. Het resultaat van deze verkenning wordt opgeleverd aan de opdrachtgever. Zorgmarkten heeft voor deze opdracht een passend en ervaren team samengesteld, bestaande uit:

- Hein Abeln (bestuursadviseur)
- Cornelis Jan Diepeveen (projectleider)
- Fred Landwaart (adviseur)
- Anna Rijs (ondersteuner)

ZonMw heeft voor deze verkenning een begeleidingsgroep ingesteld die als klankbord dient voor Zorgmarkten. De begeleidingsgroep denkt mee bij de opzet van de verkenning, beoordeelt (tussen)resultaten en is een sparringspartner voor Zorgmarkten op strategisch en tactisch niveau. De begeleidingsgroep bestaat uit:

- Rob Dijkstra
- Mariken de Koning
- Han van Krieken (voorzitter)
- Koos van der Velden

Aanpak

We zijn in november 2024 gestart met de verkenning via deskresearch en gesprekken met vertegenwoordigers van ZE&GG. In januari 2025 startten de gesprekken met stakeholders. In [bijlage B](#) is per sector weergegeven met welke partijen we in deze eerste fase gesproken hebben. Deze partijen zijn vet weergegeven. Vanwege de beperkte tijd hebben wij keuzes moeten maken om bepaalde partijen wel en niet te spreken. Voor elke sector is in ieder geval gesproken met vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorgverzekeraars.

Voor deze gesprekken is een vragenlijst opgesteld die vooraf met de gesprekspartners is gedeeld. Deze vragenlijst is opgenomen in [bijlage C](#). Alle gesprekspartners zijn opgenomen in [bijlage D](#).

De resultaten van de verkenning staan in dit rapport. Wij beschrijven per sector welke elementen voor de beoogde werkwijze al aanwezig zijn en wat nog moet worden ontwikkeld of afgestemd.

In een volgende fase voeren we met de belangrijkste stakeholders gesprekken over een verdere concretisering van de aanpak. In een slotconferentie bespreken we tenslotte het resultaat van de verkenning en proberen we consensus te bereiken over het plan van aanpak.

Vervolg

In deze verkenning geven wij inzicht in de behoeften, benodigdheden en mogelijkheden voor het toepassen van de werkwijze van de CvGG. De volgende stap is het opstellen van een plan van aanpak per sector vanaf april. Daarin moet duidelijk worden voor welke sectoren een sectorale aanpak kan worden uitgerold binnen het kaderprogramma Passende zorg en welke sectoren beter kunnen worden betrokken in een bredere, thematische aanpak. Als deze duidelijkheid er is verwachten wij binnen drie maanden met de sectoren huisartsenzorg, ggz en geboortezorg een plan van aanpak op te kunnen stellen.

In deze periode organiseren wij slotconferenties (per sector), bespreken we het resultaat van deze verkenning en werken we met partijen aan plannen van aanpak per sector.

In deze plannen wordt beschreven hoe de werkwijze volgens de CvGG kan worden toegepast in de praktijk. Ook worden de volgende onderdelen verwacht in deze plannen van aanpak:

1. Een voorstel voor eventuele inrichting van deze werkwijze (incl. benodigde structuur, rekening houdend met bestaande structuren).
2. Een stappenplan hoe tot toepassing van de voorgestelde werkwijze te komen
3. Inschatting van de benodigde middelen (financiën en fte)
4. Tijdsplanning

Wij spraken met

- Actiz
- Akwa GGZ
- Brancheorganisatie Geboortezorg
- De Nederlandse ggz
- Ergotherapie Nederland
- Experts op persoonlijke titel
- Federatie Verloskundige Samenwerkingsverbanden
- InEen
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- Landelijke Huisartsenvereniging
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten
- MEERGGZ
- MIND
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlands Instituut van Psychologen
- Nederlandse Beroepsvereniging voor Kraamverzorgenden
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Nederlandse Zorgautoriteit
- Nivel
- Patiëntenfederatie Nederland
- Trimbos instituut
- Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Vilans
- Zorgevaluatie en Gepast Gebruik
- Zorginstituut Nederland
- ZorgThuisNL
- Zorgverzekeraars Nederland

Leeswijzer

In deze verkenning starten we met een uiteenzetting van de begrippen gepast Gebruik en passende zorg en geven we een verder toelichting op de CvGG (hoofdstuk 2). We staan stil bij de begrippen gepast gebruik en passende zorg en geven een toelichting op de cyclus van gepast gebruik. Ook staan we stil bij de aanbevelingen van het programma ZE&GG. In hoofdstuk 3 spreken we ons uit over de toepasbaarheid van de cyclus in Zvw-sectoren en benoemen we algemene aandachtspunten per stap in de cyclus. In hoofd-

stuk 4 zoomen we in op de 5 geselecteerde sectoren in volgorde van omvang van Zvw-omzet: geneeskundige ggz, huisartsenzorg, wijkverpleging, paramedische zorg en geboortezorg. Per sector sluiten we af met een samenvattende tabel met bevindingen, die inzichtelijk maakt of de werkwijze van de CvGG voor die sector kan worden toegepast. In de conclusie (hoofdstuk 5) geven we antwoord op de vraagstelling van deze verkenning. Tot slot geven wij aanbevelingen voor het vervolproces (hoofdstuk 6).

2. Kaders verkenning

Gepast gebruik en passende zorg

Deze verkenning richt zich dus op zorg die onder de Zvw (basisverzekering) valt. Sommige zorgvormen zijn per definitie niet opgenomen in de basisverzekering. Bijvoorbeeld de reguliere mondzorg voor volwassenen. Deze zorg kan passend zijn, maar wordt ook dan niet vergoed vanuit de basisverzekering.

De eigenschappen van Gepast gebruik volgen uit de Zvw. In de Zvw staat dat zorg alleen voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking komt als:

- dat het gaat om zorg, zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden, en
- dat de zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, dat wil zeggen bewezen voldoende effectief is, en
- dat de zorg alleen wordt geleverd aan patiënten die redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg gezien hun gezondheidssituatie. De patiënt moet de zorg dus echt nodig hebben.

Gepast gebruik betekent dat we stoppen met zorg die onvoldoende effectief is gebleken. Omdat kennis en de context van zorg steeds veranderen, moet de evaluatie van effectiviteit steeds door blijven gaan. Patiënten die zorg echt nodig hebben mag deze niet worden onthouden. Maar onnodige zorg wordt niet (meer) geleverd.

Dus: in onze verkenning naar de toepassing van de CvGG in andere zorg-domeinen richten wij ons op Zvw-zorg, vanuit de kenmerken van Gepast gebruik, in de context van Passende zorg en de rode draad van het IZA.



Het begrip Passende zorg is ingekaderd door Zorginstituut Nederland, in het [Kader Passende Zorg](#) (28 juni 2022). Dit kader beschrijft de gezamenlijke beweging naar passende zorg en wat de overheid daarbij van iedereen verwacht.

In dit kaderdocument worden de vier principes van passende zorg vertaald naar publieke normen over wat passende zorg is. Deze principes en normen komen op verschillende plekken terug in het IZA.

Principe

Publieke norm

- | Principe | Publieke norm |
|--|---|
| 1. Passende zorg is waardegedreven | <ul style="list-style-type: none">• Passende zorg moet waarde toevoegen aan de gezondheid van mensen tegen een proportionele inzet van middelen, personeel en grondstoffen.• Passende zorg is zorg waarvan op basis van de stand van de wetenschap en praktijk aannemelijk is dat die op groepsniveau effectief en doelmatig is.• Passende zorg geeft specifieke aandacht aan mensen met gezondheidsachterstanden. |
| 2. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand | <ul style="list-style-type: none">• Passende zorg komt tot stand in een gezamenlijk besluitvormingsproces met en rondom de patiënt/cliënt.• In het gezamenlijke besluitvormingsproces van passende zorg worden ook passende antwoorden van buiten de zorg besproken.• In het gezamenlijke besluitvormingsproces van passende zorg is gerichte aandacht voor mensen met gezondheidsachterstanden. |
| 3. Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek | <ul style="list-style-type: none">• Passende zorg begint bij zelfzorg en informele zorg. Pas als dit onvoldoende kan bijdragen, sluit formele zorg aan.• Passende zorg vindt dichtbij plaats als het kan, en verder weg als het moet vanwege kwaliteitseisen of doelmatige inzet van dure infrastructuur en/of schaars personeel.• Passende zorg vindt digitaal plaats als het kan en fysiek als het moet.• Passende zorg vergt (digitale en technologische) innovaties die bijdragen aan de maatschappelijke missie om zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam te maken. |
| 4. Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte. | <ul style="list-style-type: none">• Passende zorg gaat niet alleen over biomedische aspecten van gezondheid, maar ook over andere levensterreinen.• Passende zorg is niet alleen een individueel zorgantwoord op gezondheidsvragen, maar verhoudt zich ook tot het collectief versterken van veerkracht en het voorkomen van gezondheidsvragen. |

Bron: Kader Passende Zorg, Zorginstituut Nederland, 28 juni 2022

Cyclus van Gepast Gebruik

De CvGG is een werkwijze om te onderzoeken welke zorg wel en niet effectief is. Op verzoek van het ministerie van VWS heeft het programma ZE&GG een Handreiking opgesteld om de geleerde lessen van de CvGG te delen met andere sectoren die mogelijk in de toekomst met deze werkwijze aan de slag gaan. Wij benadrukken daarbij dat deze Handreiking is geschreven vanuit de ervaringen in de MSZ en dat hierin nog geen vertaalslag naar andere sectoren is gemaakt. In onze verkenning hebben wij dat wel gedaan.

De Handreiking (versie 2025) beschrijft allereerst een aantal fases waar je als sector doorheen moet om überhaupt met de CvGG te kunnen werken. Je zou deze kunnen zien als randvoorwaarden. Volgens de Handreiking doorloopt een sector een aantal ontwikkelfasen (roze). Parallel aan de ontwikkelfasen ga je aan de slag met de organisatie en inrichting van de organisatie (groen).

ZE&GG beschrijft het omarmen van het *Evidence-Based Medicine* (EBM) gedachtegoed als randvoorwaarde voor het werken met de CvGG: of iets wel of niet werkt voor een patiënt, toon je altijd mede aan door middel van onderzoek, niet op basis van enkel praktijkkennis en ervaringskennis.

De stap na het omarmen van het EBM-gedachtegoed is het definiëren van uitkomstmaten en meetmethoden. Volgens ZE&GG moet hiervoor helder zijn wat het doel van de zorg is. En dat kun je alleen concreet maken door het vaststellen van patiëntrelevante uitkomstmaten met daarbij behorende meetmethoden. Is het doel genezen? Wanneer is iemand dan genezen? Is

het doel klachtenvermindering? Wat zijn dan maatstaven voor die klachten en hoe meet je die? Of gaat het om kwaliteit van leven in brede zin? Afhankelijk van het doel van de zorg moeten gekeken worden hoe deze doelen te meten zijn. Dat kan heel objectief zijn (bijvoorbeeld leven en dood), maar ook meer subjectief (bijvoorbeeld kwaliteit van leven of tevredenheid).

ZE&GG heeft veel tijd besteed aan definities en de interpretatie van de term effectiviteit. Volgens ZE&GG is een juiste interpretatie van dit begrip van groot belang. Ook factoren als kosten, arbeidsinzet en duurzaamheid spelen een rol. Verder moet er volgens ZE&GG overeenstemming zijn over de inhoud en het proces van de CvGG en is een gezamenlijke taal essentieel. ZE&GG erkent daarbij dat iedere sector die of elke domein dat hiermee aan de slag gaat, zelf inhoud moet geven aan de stappen in de cyclus en bestaande ontwikkelingen hiermee in lijn moet brengen.

Om daadwerkelijk tot uitvoering over te gaan is het volgens ZE&GG essentieel dat er vertrouwen is tussen de betrokken partijen en de mensen die daadwerkelijk samen aan de slag gaan. Binnen ZE&GG zijn dat de vertegenwoordigers van patiënten (PN), zorgverleners (FMS en V&VN), zorgaanbieders (NVZ, NFU en ZKN) en zorgverzekeraars (ZN) en hun leden. Zij moeten volgens ZE&GG werken in een duidelijke governance.

Verder moet er begrip zijn voor ieders rol, positie en verantwoordelijkheid. Er moet volgens ZE&GG worden geïnvesteerd in de onderlinge relaties. Deze fase heeft tijd nodig en vraagt om een stabiel team van mensen. Op alle niveaus moet continu en ruim aandacht zijn voor wat het vraagt om echt samen te werken.



ZE&GG beveelt aan:

- Creëer een gezamenlijke visie op passende zorg en zorg dat het omarmen van het EBM-gedachtegoed daar onderdeel van is om te toetsen welke zorg wel en welke zorg geen of minder waarde toevoegt.
- Zorg voor consensus over uitkomstmaten en meetmethoden. Waar die nog niet aanwezig zijn, is het belangrijk deze te ontwikkelen en gezamenlijk vast te stellen.
- Creëer een gezamenlijk taal en stel duidelijke definities en uitgangspunten vast.
- Werk continue aan vertrouwen tussen betrokken partijen en zorg voor wederzijds respect over rollen en verantwoordelijkheid.
- Werk vanuit een duidelijke governance en zorg voor voldoende en juiste capaciteit en voldoende intensiteit van de contacten.

3. Toepasbaarheid

Cyclus van Gepast Gebruik

Wij spraken meer dan 80 mensen over de toepasbaarheid van de CvGG in 'hun' sector. Allen waardeerden de mogelijkheid om input te geven en mee te denken. De gesprekspartners gaven bijna allemaal aan dat hun sector graag bereid is om stappen te zetten in het (nog meer) aan de slag gaan met Gepast Gebruik. Dat is natuurlijk nog geen garantie dat dit ook voor alle individuele zorgaanbieders en andere betrokkenen geldt. Verschillende sectoren gaven aan dat er zeker energie gestoken zal moeten worden in het 'alle neuzen dezelfde kant uit krijgen'. Enkele sectoren denken onmiddellijk aan de slag te kunnen en willen dat ook graag.

Patiëntenvertegenwoordigers vinden het ook belangrijk meer werk te maken van Gepast Gebruik: niet-passende zorg kan schadelijk zijn voor patiënten en maakt de zorg onnodig duur. Dit is voor patiëntenorganisaties een belangrijke motivatie om mee te werken aan programma's rondom passende zorg.

In alle sectoren heerst een gevoel van eigenheid. Men ervaart dat de sector eigen kenmerken heeft waaraan een sectorale toepassing van de cyclus recht moet doen om succesvol te kunnen zijn. Verder geven zij aan dat het belangrijk is om de op te stellen sectorale aanpakken op elkaar af te stemmen. Veranderingen in de ene sector hebben waarschijnlijk gevolgen voor de andere sector.

De noodzaak om de samenhang tussen plannen te bevorderen wordt ook gevoeld als het gaat om andere activiteiten die uit het IZA en straks het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) voortkomen. Er komt veel op de sectoren af en de meeste geven aan dat de verandercapaciteit intussen volledig benut wordt.

De sectoren willen 'grote thema's' niet uit de weg gaan. Dat zijn bijvoorbeeld vragen als wat in welk domein hoort, hoe je zorg voorkomt en wat

grenzen zijn aan het behandelen. De sector-vertegenwoordigers die wij spraken, denken dat het onderzoeken welke zorg effectief is, weinig zin heeft als we niet ook die grote thema's aanpakken.

Vanuit verschillende invalshoeken geven de gesprekspartners aan dat het belangrijk is om vanuit een gemeenschappelijk begrippenkader te vertrekken. Het begrippenkader moet 'werkbaar' zijn voor de sector en aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Er moet volgens de gesprekspartners een goede balans zijn tussen methodologische kennis, praktijkkennis en ervaringskennis.

De werkbaarheid voor de sector ziet men ook in het aansluiten bij de al bekende uitgangspunten van de sector. Voor huisartsenzorg bijvoorbeeld, is de continue relatie tussen huisartsenpraktijk en patiënt belangrijk. Voor verschillende paramedische zorg-soorten en de wijkverpleging geldt dat 'de context van de persoon' niet mag worden vergeten.

Concreet betekent dit volgens de sectoren dat het niet alleen zou moeten gaan om de bewezen effectiviteit van een (technische) handeling, maar ook bijvoorbeeld over *stepped care*, emancipatie van de zorgvragende burger, 'verplaatsing naar de voorkant' en domeinoverstijgende samenwerking. Het al genoemde Kader Passende Zorg is hiervoor wat ons betreft zeker een aanknopingspunt.

De partijen vinden het ook belangrijk om duidelijke afspraken te maken over de opvolging van onderzoeksresultaten, zoals het programma ZE&GG dat doet. Het organiseren van commitment vooraf is dus een belangrijk aandachtspunt.

De vertegenwoordigers die wij spraken zijn voor een methodische aanpak en herkennen de stappen in de cyclus. Ze vinden het als gezegd wel belangrijk om niet de context van de zorgvrager te vergeten. Het onderzoek moet niet alleen worden gericht op het (technisch) handelen maar ook op (het effect van) het handelen in brede zin. Heeft de patiënt de juiste informatie om te kunnen meebeslissen. Wie kan de handeling het meest efficiënt uitvoeren? Moeten andere domeinen worden betrokken om duurzaam effectieve resultaten te bereiken?

Verder wijzen de partijen erop dat we ook moeten kijken naar wat er al is. Veel onderzoeksresultaten hebben de praktijk nog niet bereikt. De focus moet daarom niet alleen liggen op nieuwe kennis, maar ook op implementatie van bestaande kennis.

Volgens de geïnterviewden kunnen de grote vragen die we al noemden, ook worden beantwoord via de cyclus van gepast gebruik. Verloskundigen noemen als voorbeeld de medicalisering van het bevallen, volgens hen een brede maatschappelijke ontwikkeling die leidt tot niet-gepast gebruik van zorg en grote langtermijneffecten heeft. Dit vraagstuk kan volgens hen prima geagendeerd worden via onderzoek naar effectiviteit van inleiden van de bevalling. Een ander voorbeeld is overbehandeling in de ggz. Wanneer is doorbehandelen niet meer effectief?

De cyclus biedt dus voldoende aanknopingspunten voor een programma-tisch georganiseerde invoering ervan, als de cyclus maar wordt gebruikt in de context van passende zorg. Tegelijk is het zo dat in de meeste sectoren omstandigheden zijn die de invoering hinderen of belemmeren. Dit zijn bijvoorbeeld een niet-passende bekostiging, verkeerde economische prikkels, ontbreken van infrastructuur of het nog niet ingebed zijn van het EBM-gedachtegoed. Wij komen op deze belemmerende factoren terug in de bevindingen per sector (hoofdstuk 5).

Agenderen

De meeste partijen die wij spraken hebben een eigen kennisagenda. De uitdaging nu is om de agenda's op elkaar af te stemmen: de agenda's zijn nu vooral gebonden aan een partij terwijl we een hele sector (met alle partijen) in beweging willen brengen. Dat betekent dat alle partijen in de sector gelijkgericht moeten gaan handelen en de prioriteiten moeten afstemmen. Verder moeten sector overstijgende thema's worden benoemd.

De sectoren willen als gezegd de grote thema's niet uit de weg gaan. Wij zien het aanknopingspunt daarvoor in het agenderingsproces. Daarin zouden bijvoorbeeld de hypothesen die onder de grote vraagstukken liggen als punt van onderzoek kunnen worden meegenomen. Volgens sommige partijen zou de overheid moeten aansluiten om onder meer de afstemming tussen de domeinen in het oog te houden. Als 'grote maatschappelijke vragen' zijn onder meer genoemd:

- Wie hoort er in de ggz thuis?
- Wanneer stopt een behandeling?
- Wanneer is inleiden van een bevalling medisch noodzakelijk?
- Hoe bewegen we naar preventie?
- Wat is echt nodig aan verpleging thuis?

Evalueren

Zoals gezegd zou de cyclus zich volgens partijen niet moeten beperken tot het (technisch) handelen maar ook moeten gaan over het (effect van het) handelen in brede zin. Volgens ZE&GG is hier ook ruimte voor, maar dit wordt door veel partijen niet zo ervaren.

Volgens partijen moeten we verder niet alleen behandelingen evalueren, maar ook bewegingen. Leiden bijvoorbeeld de mentale gezondheidsnetwerken die nu worden opgezet echt tot minder verwijzingen? Is de ketenaanpak in de eerste lijn doelmatig? Wat is een passende inzet van hulpmiddelen in de wijkverpleging?

Om te evalueren zijn patiëntrelevante en gestandaardiseerde uitkomstmaten nodig. Veel sectoren hebben die nog niet. Een eerste stap voor die sectoren zou kunnen zijn om dit soort uitkomstmaten te ontwikkelen of bestaande uitkomstmaten te standaardiseren en te onderzoeken.

Implementeren en monitoren

Evaluaties moet leiden tot echte keuzes en uitkomsten moeten niet vrijblijvend zijn. Dat vraagt om een duidelijk commitment vooraf. Onderzoek is alleen van waarde als de uitkomsten van evaluatie ook worden overgenomen door de praktijk.

Bij meerdere partijen haalden wij op dat implementatie heel goed moet aansluiten bij de beleving en de taken van de zorgprofessionals. Een kenniskaart of beslisthulp kan effectiever zijn dan een lang verhaal. Veel kennis die al in richtlijnen is verwerkt, wordt niet toegepast, juist door het ontbreken van dat soort praktisch bruikbare hulpmiddelen.

In bijna alle sectoren wordt beweging naar de regio gemaakt. Dat is een kans: er is structuur waarbinnen afspraken kunnen worden gemaakt over implementatie. Tegelijkertijd is het ook een risico. De regionale 'hubs' hebben mogelijk niet de bevoegdheid om veranderingen door te zetten en gaan meestal meer over organiseren dan over inhoud van zorg. Een ander aandachtspunt is hoe je ervoor zorgt dat de afspraken in de regio congruent blijven met de landelijke kennisontwikkelingen.

Het voorafgaande kan de indruk wekken dat specifieke behoeften en omgevingsfactoren een voortvarende aanpak van de invoering van de cyclus van gepast gebruik in de weg gaat staan. Die indruk is wat ons betreft niet juist. Wij probeerden de nuances van alle gesprekken zo goed mogelijk weer te geven. De grote lijn is dat nagenoeg al onze gesprekspartners doordrongen zijn van de noodzaak om anders te gaan werken in de zorg. De urgentie wordt gevoeld en er is een wil om aan de slag te gaan.

4. Bevindingen per domein

Geneeskundige ggz²

Welke zorgvragen horen thuis in de geestelijke gezondheidszorg? Dat is een belangrijke vraag die volgens elk van onze gesprekspartners moet worden beantwoord, als het gaat om gepast gebruik. Gepast gebruik zou dus in ieder geval moeten gaan over waar welke hulp-/zorgvraag het meest effectief opgepakt kan worden. En over hoe deze vragen kunnen worden voorkomen, bijvoorbeeld door het versterken van zelf- en samenredzaamheid. Een beweging in die richting is al in gang gezet met nieuwe manieren van denken en werken, bijvoorbeeld met de netwerkintake of in mentale gezondheidsnetwerken. De (langetermijn)effecten daarvan moeten nog wel worden onderzocht, gaven de gesprekspartners aan. Voor de zorgvragen die wél in de ggz thuishoren, zouden duidelijkere behandeldoelen moeten worden gesteld, en moet de behandeling ook werkelijk stoppen als die doelen zijn bereikt.

Het is op dit moment zo dat de beschikbare capaciteit niet kan worden ingezet om dié mensen te helpen die dat het hardste nodig hebben. Dat zijn volgens onze gesprekspartners niet per definitie patiënten met een ernstige psychische aandoening (ook wel EPA-patiënten). Er zijn ook veel mensen die langdurig van begeleiding afhankelijk blijven. Willen we een relatief klein aantal mensen helpen die grote problemen hebben? Of een groot aantal mensen die niet zonder zorg en begeleiding kunnen?

Het is duidelijk, de ggz ziet zich gesteld voor vragen die verder gaan dan de vraag of een bepaalde behandeling effectief is. Volgens meerdere wetenschappers is in de ggz een meer integrale kijk op mentale gezondheid en welzijn nodig. Zij willen weg van een lineair medisch model. De vraag is of de cyclus ook daarvoor kan worden ingezet.

De sector wil graag aan de slag gaan met de invoering van een cyclus van gepast gebruik, mits er ook ruimte is daarbij de grote vragen/bewegingen mee te nemen. Er is een onderzoekscultuur die vorm krijgt in een hooglera-

renoverleg, netwerken van TOP-ggz instellingen, netwerken voor specifieke aandoeningen, lerende netwerken die door het Landelijk Kwaliteitsstatuut worden aangemoedigd en het programma Kwaliteitstransparantie. Wel benaderen meerdere gesprekspartners dat de landelijke samenwerking tussen wetenschap en praktijk moet worden versterkt. Akwa-ggz kan en wil een rol spelen in het faciliteren, maar is geen eigenaar van vraagstukken.

De kennis die wordt ontwikkeld, lijkt zich nog niet goed te verspreiden tot aan de individuele behandelaar. Er kan – volgens de gesprekspartners – veel meer richtlijnconform worden gewerkt. Waarom dat nog niet gebeurt, zou volgens hen moeten worden onderzocht. Voor het merendeel van de behandelingen geldt dat er geen extern beschikbare procesinformatie is over wat er precies gebeurt in de spreekkamer. Vanaf de start van een programmatische aanpak zal er dus aandacht moeten zijn voor beschikbaarheid van data en de implementatie van resultaten. Ook zal er aandacht moeten zijn voor de toenemende samenwerking met huisartsen (inclusief POH-ggz) en sociaal domein. Tenslotte moet niet worden vergeten dat een deel van de ggz ook in de forensische setting wordt geleverd.

De grote landelijke partijen in de ggz weten elkaar steeds beter te vinden. Zo stelden De Nederlandse ggz, het Nederlands Instituut van Psychologen, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en MIND recent een gezamenlijk toekomstperspectief op, dat ook gaat over passende zorg. Maar net als in andere sectoren die wij spraken, hoorden wij dat zeker aandacht nodig is voor het meenemen van de individuele zorgverleners, en met name regiebehandelaren. Er zijn in de ggz zo'n 40 verschillende beroepen die kunnen behandelen, inclusief ongeveer 10 beroepen die regiebehandelaar kunnen zijn. Er is geen collectieve organisatie van alle beroepen. De regiebehandelaren hebben daarom als coördinator van het behandelproces een sleutelrol in het meenemen van de individuele zorgverleners.

Als belangrijke randvoorwaarde is genoemd dat er voldoende tijd en middelen beschikbaar moeten zijn voor ontwikkeling en implementatie. Een

² Wij bedoelen hiermee de ggz die met deze term wordt aangeduid in het Besluit zorgverzekering..

aanzienlijk deel van de zorgaanbieders schrijft rode cijfers volgens de gesprekspartners en dit heeft impact op deze onderzoeksafdelingen.

De volgende tabel beschrijft per thema of de werkwijze van de CvGG kan worden toegepast en op welke gebieden actie nodig is.

Naar onze verwachting moeten wel een aantal randvoorwaarden op orde worden gebracht. Er moet meer eenheid komen in een nu nog versnipperd veld. Er moet een gezamenlijke visie op passende zorg komen en definities moeten worden afgestemd. Het veld als geheel moet een standpunt innemen over het gedachtegoed van EBM. En er moet werk gemaakt worden van uitkomstmaten en meetinstrumenten. Eerdere bevindingen uit een onderzoek van Trimbos (GGZ uit de knel, 2023) en adviezen van de Federatie Medisch Specialist (Adviesrapport Zorgevaluatie, Van project naar proces, 2016) geven daarvoor handvatten.

Geneeskundige ggz

Legenda

Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?

● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Gedeeld begrip van gepast gebruik/passende zorg		+/-
Overeenstemming over invulling begrippen	+	● Er kan met het grootste deel van de sector overeenstemming bereikt worden over een gemeenschappelijk begrippenkader. Er is voldoende draagvlak.
Omarmen van EBM-gedachtengoed	-	● Het gedachtengoed wordt omarmd maar mag volgens de sector niet leiden tot lineair oorzaak-gevolg denken. De ggz wil naar een meer integrale kijk op mentale gezondheid en welzijn.
Gedeelde visie op passende zorg	+/-	● De bouwstenen zijn aanwezig en het is een actueel onderwerp in de sector. Er is nog geen overkoepelende, breed gedragen visie. Dit kan worden meegenomen in het plan van aanpak.
Passende zorg is onderdeel van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden	+/-	● De kwaliteitsstandaarden en richtlijnen die er zijn gaan ook over wat passend is (maar doorgaans niet vanuit de actuele definitie).
Kwaliteit richtlijnen en kwaliteitsstandaarden	+	● Via AkwaGGZ is een zorgvuldig proces ingericht voor kwaliteitsstandaarden. Er is wel aandacht nodig voor het daadwerkelijk toepassen van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden.
Is het pakket helder?	+/-	● Het gebruik van de DSM voor het bepalen van de aanspraak op zorg is niet onomstreden. In het plan van aanpak wordt daarom bij voorkeur afgesproken dat we werken vanuit de bestaande context.
Onderzoekscultuur		+
Cultuur leren en verbeteren	+	● Er zijn veel lerende netwerken. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz vraagt behandelaars om daaraan deel te nemen.
Ervaring met evaluatieonderzoek	+/-	● Ja, er worden ook systematische reviews gedaan. Een klein deel van de zorgaanbieders participeert in evaluatieonderzoek.
Samenwerking met wetenschap	+/-	● De samenwerking tussen wetenschap en praktijk moet worden versterkt. Wij haalden op dat er draagvlak is dit te doen.
Bevorderen opleidingen onderzoekscultuur?	+/-	● Ja, met name voor regiebehandelaar-beroepen en minder voor de overige beroepen.
Relevante programma's evaluatieonderzoek	+/-	● Ja, o.a. ZonMw Onderzoeksprogramma ggz. Maar omvang hiervan is beperkt in verhouding tot omvang sector.

Bevindingen per domein

Bestuurbaarheid sector		+/-
Organisatie(graad) professionals	+/- ●	De meeste regiebehandelaar-beroepen zijn goed georganiseerd, overige beroepen minder. Aansluitingspercentage verschilt sterk per beroep. Er is geen overkoepelende organisatie voor beroepen in de ggz.
Organisatie(graad) zorgaanbieders	+/- ●	Redelijk. Veel instellingen en praktijken zijn lid van een brancheorganisatie. Wel ook groot aantal ongebonden vrijgevestigden.
Organisatie(graad) patiënten/cliënten	+/- ●	Redelijk. MIND is bij veel ontwikkelingen betrokken, maar heeft niet altijd voldoende capaciteit.
Contracteringsgraad (verzekerde zorg)	+/- ●	Hoog bij grotere aanbieders, minder onder kleine praktijken.
Kan zelfstandig handelen en organiseren	+ ●	Ja, sector kan relatief onafhankelijk opereren.
Commitment op gezamenlijke uitvoering	+/- ●	Veel bereidheid om aan de slag te gaan. Sector vindt dat er wat moet veranderen om de al jaren bestaande druk op de sector aan te pakken. Gezamenlijkheid is vanwege de veelheid aan partijen een uitdaging.
Gestructureerde samenwerkingen	+/- ●	In Akwa GGZ en verschillende andere (ad hoc) combinaties, maar geen alomvattende structuur. Dit hoeft geen belemmering te zijn voor een plan van aanpak.
Relevante kwaliteitskeurmerken (niet zijnde ISO/NEN/HKZ)	+/- ●	In ieder geval voor de basis-ggz (KIBG) en voor Top-ggz.
Relevante sturingselementen zorgverzekeraars	- ●	Matig. Ontwikkelde instrumenten (zoals zorgvraagtypering) geven nog te weinig houvast. Wel sturing op cruciale ggz. Er is bereidheid om hier stappen in te zetten.
Randvoorwaarden		+/-
Gestandaardiseerde uitkomstsets beschikbaar	+/- ●	Voor een deel van de zorg zijn er uitkomstindicatoren. Landelijke standaardisatie ontbreekt.
Betrouwbare meetinstrumenten/vragenlijsten	+/- ●	Meetinstrumenten zijn beschikbaar en hebben rol in zorgverlening. Generaliseerbaarheid op een hoger aggregatieniveau is beperkt.
Beschikbaarheid data	- ●	Relatief weinig goede datasets beschikbaar. Landelijke data-infrastructuur ontbreekt. Wel vrijwillige aanlevering via bijvoorbeeld Akwa GGZ.
Beschikbaarheid sectorale kennisagenda	- ●	Wel kennisagenda's individuele partijen. Niet sectoraal. NVvP werkt aan een nieuwe kennisagenda voor zorgevaluatie.
Infrastructuur	+/- ●	Geen landelijk dekkende onderzoeksinfrastructuur, wel aandoeningsspecifieke landelijke netwerken.
Uitvoerbaarheid korte termijn		+/-

Huisartsenzorg

Nederlands eerste richtlijnen zijn opgesteld voor en door huisartsen. Het belang ervan hoeft voor de sector dus niet meer te worden aangetoond. De aard van de huisartsenzorg bevordert het gebruik van richtlijnen: de huisarts is medisch-generalist en moet voor specifieke gezondheidsvragen op richtlijnen kunnen terugvallen. Dat is ook te zien aan de indeling van de richtlijnen: die zijn gericht op praktische toepasbaarheid.

De richtlijnen die er zijn, zijn van hoge kwaliteit en gaan ook in op de effectiviteit van behandeling. Ook internationaal hebben deze richtlijnen veel aanzien. Ondanks dit alles hoorden wij ook dat niet bekend is hoe de variatie in het handelen van huisartsen is.

De sector hecht aan een sectorspecifieke definitie van passende zorg, die aansluit bij de kernwaarden van de huisartsenzorg: medisch-generalistisch, continue, persoonsgericht en 'samen met de patiënt'. Juist de combinatie van deze kenmerken leidt tot meer gezondheid, minder verwijzen en een langer gezond leven, aldus de huisartsen.

De sector ziet recente ontwikkelingen waarvan de effecten nog onderzocht moeten worden, zoals nieuwe vormen van toeleiding (thuisarts.nl), hybride zorgverlening, 'meer tijd voor de patiënt' en samenwerking met het sociaal domein via welzijn op recept en het verkennend gesprek.

De sector stelt organisatorisch klaar te zijn om aan de slag te gaan met het (verder) implementeren van de cyclus van gepast gebruik. Wetenschappelijke ontwikkeling en belangenbehartiging zijn onafhankelijk georganiseerd, in respectievelijk Nederlands huisartsen genootschap (NHG) en Landelijke huisartsenvereniging (LHV). De niet-huisartsen in de sector (zoals doktersassistenten, (praktijk)verpleegkundigen, praktijkondersteuners, physician assistants) zijn vertegenwoordigd in SBHZ, Samenwerkende beroepsverenigingen Huisartsenzorg. Er is dus een structuur waarin verantwoordelijkheden kunnen worden belegd. Het NHG heeft een kennisagenda die input kan leveren voor het programmatisch werken met de CvGG. Er is een goede

samenwerking met de opleidingen via het Universitair Netwerk Huisartsgeeneeskunde (UNH) en de academische werkplaatsen hebben een belangrijke plek in de (regionale) kennisontwikkeling.

Een aandachtspunt bij effectiviteitsonderzoek in deze sector is de werving van patiënten die aan een onderzoek deelnemen en de administratie die gemoeid is met het onderzoek zelf. Deze zijn moeilijk in te passen in de praktijkvoering. Eigenlijk zouden er grotere netwerken van onderzoekspraktijken moeten zijn, zoals in sommige andere landen, vinden huisartsen.

Voor de implementatie moet rekening gehouden worden met de regionalisering die plaatsvindt en die wordt aangejaagd door het ZonMw [ondersteunings- en stimuleringsprogramma Versterking organisatie eerste lijnszorg](#). De RHO's krijgen een steeds grotere rol, maar hebben nu geen mandaat als het gaat om gedragsverandering. En regionale eerstelijns-samenwerkingsverbanden (RESV's) leiden tot horizontale afspraken tussen beroepsgroepen (zoals huisartsen, paramedici en wijkverpleegkundigen), die misschien minder ontvankelijk worden voor verticale richtlijnen over wat passend is vanuit één van de samenwerkende kolommen, huisartsen in dit geval. Daarom willen huisartsen liefst monodisciplinair aan de slag gaan waar dat kan en multidisciplinair waar dat nodig is.

De volgende tabel beschrijft per thema of de werkwijze van de CvGG kan worden toegepast en op welke gebieden actie nodig is. Naar onze verwachting kan deze sector snel met de werkwijze aan de slag, als begrippen eigen kunnen worden gemaakt en rekening wordt gehouden met sectorale eigenschappen. Het aantal partijen is overzichtelijk en er zijn bestaande goede samenwerkingen.

Bevindingen per domein

Huisartsenzorg

Legenda

Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?

● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Gedeeld begrip van gepast gebruik/passende zorg		+
Overeenstemming over invulling begrippen	+	● Er kan relatief snel overeenstemming bereikt worden over een gemeenschappelijk begrippenkader. Het gaat om een beperkt aantal partijen die al goed samenwerken.
Omarmen van EBM-gedachtengoed	+	● Ja. Wel met de kanttekening dat in de persoonlijke interactie kan blijken dat 'niet effectieve' zorg wel doelmatig is.
Gedeelde visie op passende zorg	+	● Ja. De kernwaarden van de huisartsenzorg (zoals continuïteit en persoonsgericht) moeten hierin dan wel terugkomen volgens de sector.
Passende zorg is onderdeel van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden	+	● Ja. Passende zorg is een belangrijk aanknopingspunt in de NHG-richtlijnen. Huisartsen hebben bovendien de sleutel naar vervolgzorg en wegen daarbij ook wat passend is.
Kwaliteit richtlijnen en kwaliteitsstandaarden	+	● Goed: via NHG zorgvuldig proces met aandacht voor bewijskracht.
Is het pakket helder?	+	● Ja, Huisartsenzorg valt nagenoeg volledig onder de basisverzekering.
Onderzoekscultuur		+
Cultuur leren en verbeteren	+	● Ja. Herregistratie-eisen bevorderen leren, bijvoorbeeld via Diagnostisch Toetsoverleg en Farmacotherapeutisch Overleg. Nascholing is gemeengoed voor alle professionals in huisartsenzorg.
Ervaring met evaluatieonderzoek	+	● Ja, er worden ook systematic reviews gedaan.
Samenwerking met wetenschap	+	● Er is een goede samenwerking tussen zorgverleners en wetenschap via onder andere Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde en academische werkplaatsen.
Bevorderen opleidingen onderzoekscultuur?	+	● Ja, in ieder geval voor huisartsen. Voor overige professionals in de sector nog in ontwikkeling.
Relevante programma's evaluatieonderzoek	+	● Ja, o.a. ZonMw Academische Werkplaatsen Huisartsenzorg.

Bevindingen per domein

Bestuurbaarheid sector		+
Organisatie(graad) professionals	+ ● Zeer goed. Via NHG zijn nagenoeg alle huisartsen betrokken. Overige beroepen sinds kort verenigd via de SBHZ.	
Organisatie(graad) zorgaanbieders	+ ● Goed, via de LHV en (regionaal) via RHO's, die verenigd zijn in InEen.	
Organisatie(graad) patiënten/cliënten	+/- ● Voldoende, via de Patiëntenfederatie.	
Contracteringsgraad (verzekerde zorg)	+ ● Zeer hoog.	
Kan zelfstandig handelen en organiseren	+ ● Ja, sector kan relatief onafhankelijk opereren.	
Commitment op gezamenlijke uitvoering	+ ● Hoog: partijen pleiten al langer voor een 'ZE&GG' in de huisartsenzorg.	
Gestructureerde samenwerkingen	+ ● Het aantal partijen is overzichtelijk en er zijn al veel samenwerkingen.	
Relevante kwaliteitskeurmerken (niet zijnde ISO/NEN/HKZ)	+ ● Aanwezig. Bekendste is NHG praktijkaccreditering (NPA).	
Relevante sturingselementen zorgverzekeraars	+/- ● Aanwezig. Zorgverzekeraars sturen met name op zorgvernieuwing en samenwerking.	
Randvoorwaarden		+/-
Gestandaardiseerde uitkomstsets beschikbaar	+/- ● Voor een deel van de zorg uitkomstindicatoren aanwezig.	
Betrouwbare meetinstrumenten/vragenlijsten	+/- ● ICPC codering door huisartsen. Weinig meetinstrumenten voor patient zelf.	
Beschikbaarheid data	+/- ● Afhankelijk van bereidheid praktijken. Wel goede regionale voorbeelden. Nivel heeft ook veel data.	
Beschikbaarheid sectorale kennisagenda	+/- ● Aanwezig, maar moet nog geactualiseerd worden.	
Infrastructuur	+/- ● Geen landelijk dekkende onderzoeksinfrastructuur, wel regionaal.	
Uitvoerbaarheid korte termijn		+

Wijkverpleging

Voor wijkverpleegkundigen is het inzetten op zelfredzaamheid van de patiënt een belangrijk speerpunt van passende zorg. De wijkverpleegkundige is opgeleid om in de indicatiestelling scherp te kijken wat nodig en passend is. Waar de cliënt zich niet zelf redt, wordt zorg geboden, zoveel mogelijk met betrokkenheid van de naasten. Wijkverpleegkundigen zouden meer aan preventie willen doen en meer gebruik willen maken van digitale vormen van zorg, maar komen daar in de praktijk te weinig aan toe.

Wijkverpleging is sinds 2015 een aanspraak binnen de Zvw. De overgang heeft laten zien dat de wijkverpleging wijzigingen doorgaans goed kan verwerken. Maar het is ook nog een relatief jong domein en een echte onderzoekscultuur moet nog ontstaan.

De beroepsorganisatie V&VN heeft in toenemende mate aandacht voor de wijkverpleging en het recent opgerichte Kennisinstituut kan daar ook een bijdrage aan leveren. Er is nog relatief weinig 'eigen wetenschap' voor de wijkverpleging. De huidige wetenschap richt zich doorgaans op verpleging in brede zin.

De randvoorwaarden voor onderzoek op basis van data zijn deels aanwezig. Bijna overal wordt geregistreerd op basis van de classificatiesystemen Omaha System of Nanda NIC NOC. De vraag is wel hoe betrouwbaar de data zijn: die wordt vaak 'tussen cliënten door' of achteraf ingevoerd, en ook nog vaak als vrije tekst. Enkele van de grotere aanbieders hebben Chief Nursing Information Officers, die een rol kunnen spelen bij het ontsluiten van data. De ontwikkeling van handelingen vastleggen naar het rapporteren over doelen en uitkomsten is nog gaande.

De sector kent organisatorisch de nodige uitdagingen. Er zijn veel aanbieders van wijkverpleging en lang niet alle aanbieders zijn aangesloten bij een brancheorganisatie. Het veld is versnipperd. Dat wordt gezien als een

belemmering voor de beweging naar passende zorg. Er is wel een beweging naar samenwerking tussen aanbieders op wijkniveau.

De sector is verdeeld over nut en noodzaak van het inzetten van de CvGG. Evaluatieonderzoek is op onderdelen al zichtbaar in de sector, maar dan wel gericht op medisch handelen. Daar willen de professionals ook graag aan bijdragen, mits de uitkomsten praktisch toepasbaar kunnen worden gemaakt. Dat kan bijvoorbeeld door beslisondersteuning op te nemen in het EPD. In deze sector vertrekt men daarom liever vanuit Evidence Based Practice (EBP). De voorstanders van toepassing van de CvGG zien gepast gebruik als een van de manieren om de toenemende zorgvraag met hetzelfde aantal werkenden te kunnen opvangen.

Maar er zijn ook stakeholders die deze aanpak niet geschikt vinden voor de wijkverpleging. Zij denken dat de afweging van wat passend is, elke dag al wordt gemaakt tijdens de zorgverlening. Het bewijs hiervoor is volgens hen dat het aantal uren zorg per cliënt daalt. Zij willen meer inzetten op met maken van keuzes, bijvoorbeeld over welke zorg thuis we nog willen en kunnen leveren. Hiermee is volgens hen het principe van 'bewezen effectief' niet toe te passen in de wijkverpleging, want elke client, elke context en elke set aan interventies is anders.

Het generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan' dat recent is opgenomen in het Kwaliteitsregister van het Zorginstituut illustreert de aard van de wijkverpleging. Het biedt ruimte om op een andere manier naar kwaliteit van zorg te kijken en de zorg en ondersteuning rond de cliënt te organiseren.

De wijkverpleging is verdeeld over verschillende wetten (Zvw, Wmo, Wlz). Dit bevordert de transparantie niet. De zorg met een geneeskundige context valt onder de Zvw. De beweging naar passende zorg gaat over aanspraakgrenzen heen. Door de schotten is het lastig de uitkomsten die er rond één client zijn, samen te brengen.

Bevindingen per domein

De volgende tabel beschrijft per thema of de werkwijze van de CvGG kan worden toegepast en op welke gebieden actie nodig is. De sector is verdeeld over de inzet van de CvGG. Daarin moeten eerst stappen gezet worden. De wetenschap is in ontwikkeling en de bestuurbaarheid van de sector vraagt ook de nodige aandacht. Ook niet alle randvoorwaarden zijn op orde. Er zijn eerst andere acties nodig, voordat een plan kan worden opgesteld.

Bevindingen per domein

Wijkverpleging

Legenda

Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?

● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Gedeeld begrip van gepast gebruik/passende zorg	-	
Overeenstemming over invulling begrippen	-	● Binnen branchepartijen zien wij consensus, maar tussen de partijen nog niet.
Omarmen van EBM-gedachtengoed	+/-	● Wel voor medisch technische handelingen en niet voor persoonsgerichte verzorging. Evidence based practice wordt meer gewaardeerd.
Gedeelde visie op passende zorg	-	● De sector is nog teveel in beweging, waardoor gezamenlijke visie nog niet uitgekristaliseerd is.
Passende zorg is onderdeel van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden	+/-	● De protocollen/kaders die er zijn gaan ook over wat passend is. Voorbeelden zijn het 'Normenkader indiceren' en het generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'
Kwaliteit richtlijnen en kwaliteitsstandaarden	+/-	● Goede voorbeelden laten zien dat kwalitatieve richtlijnen en standaarden mogelijk zijn.
Is het pakket helder?	+/-	● Verdeling over verschillende wetten (Zvw, Wmo, Wlz) bevordert transparantie niet.
Onderzoekscultuur	+/-	
Cultuur leren en verbeteren	+/-	● Nog in ontwikkeling. Leren op basis van data komt steeds vaker voor.
Ervaring met evaluatieonderzoek	+/-	● Ja, in opkomst. Dan wel gericht op medisch handelen. Weinig eigen evaluatieonderzoek.
Samenwerking met wetenschap	+/-	● Wetenschap houdt zich meer bezig met verpleging in brede zin. Nog weinig specifieke wetenschap voor wijkverpleging.
Bevorderen opleidingen onderzoekscultuur?	+	● Ja, verpleegkundigen worden gestimuleerd onderzoek te doen.
Relevante programma's evaluatieonderzoek	+/-	● Ja, maar wel heel lokaal. Bijvoorbeeld via de ZonMw Academische Werkplaatsen Wijkverpleging

Bevindingen per domein

Bestuurbaarheid sector	+/-
Organisatie(graad) professionals	+/- ● Wijkverpleging verwerft steeds betere positie binnen V&VN. De slagkracht van de beroepsgroep als geheel kan groter.
Organisatie(graad) zorgaanbieders	+/- ● Veel zorgaanbieder verenigd in Actiz en ZorgthuisNL. De grootste en ook veel kleine aanbieders echter niet aangesloten.
Organisatie(graad) patiënten/cliënten	+/- ● Voldoende, via de Patiëntenfederatie en specifieke verenigingen.
Contracteringsgraad (verzekerde zorg)	+/- ● Goed, op een specifieke groep aanbieders na.
Kan zelfstandig handelen en organiseren	- ● Matig. Afhankelijk van verwijzers en overige eerstelijns sectoren. En nog te weinig overeenstemming binnen sector.
Commitment op gezamenlijke uitvoering	- ● Geen breed commitment. Sector is verdeeld over nut en noodzaak en maakt zich zorgen over capaciteit.
Gestructureerde samenwerkingen	- ● Veel regionale samenwerkingen. Geen vaste landelijke structuur voor samenwerking in de wijkverpleging.
Relevante kwaliteitskeurmerken (niet zijnde ISO/NEN/HKZ)	+/- ● Enkele specifieke keurmerken, zoals PREZO.
Relevante sturingselementen zorgverzekeraars	+/- ● Indicatie-instrumenten en classificatiesystemen geven handvat. Maar nog te weinig grip.
Randvoorwaarden	+/-
Gestandaardiseerde uitkomstsets beschikbaar	- ● Niet beschikbaar. Vooral klantervaring wordt gemeten.
Betrouwbare meetinstrumenten/vragenlijsten	+ ● Indicatie-instrumenten en classificatiesystemen (zoals Omaha System en Nanda NIC NOC) hebben belangrijke plek.
Beschikbaarheid data	+/- ● Lokaal veel data beschikbaar, nog geen landelijke ontsluiting. Ook is er twijfel over de bruikbaarheid van de data.
Beschikbaarheid sectorale kennisagenda	- ● Er zijn wel kennisagenda's bij individuele partijen. Niet sectoraal.
Infrastructuur	- ● Geen landelijk dekkende onderzoeksinfrastructuur.
Uitvoerbaarheid korte termijn	-

Paramedische zorg

Wij spraken afzonderlijk vertegenwoordigers van de paramedische disciplines fysio- therapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek. Een aantal paramedische sectoren is vertegenwoordigd in Paramedisch Platform Nederland, PPN.

Overigens zijn deze 5 niet alle beroepsgroepen die onder de paramedische zorg worden geschaard. We kennen daarnaast de orthoptisten, optometristen, podotherapeuten, huidtherapeuten en radiodiagnostisch laboranten. Deze domeinen hebben wij in de verkenning buiten beschouwing gelaten, omdat deze zorg doorgaans niet in de eerste lijn wordt geleverd, of niet/beperkt onder de basisverzekering valt.

Uit de verhalen bleek dat er overeenkomsten zijn tussen de verkende disciplines als het gaat om (de invoering van) de CvGG, maar ook duidelijke verschillen. De vraag is of er voldoende overeenkomsten zijn om voor een sectorbrede aanpak te kiezen. Wij komen daarop hieronder terug.

Een overeenkomst die relevant is voor het vervolg, is dat een aanzienlijk deel van de paramedische zorgverlening sterk verweven is met zorgverlening in de tweede en derde lijn. De fysiotherapeut of diëtist in het ziekenhuis, de ergotherapeut of oefentherapeut in het revalidatiecentrum en bijvoorbeeld de logopedist in de zintuiglijk gehandicaptenzorg verkeren in een hele andere context dan hun collega's in de eerste lijn. De in de tweede en derde lijn werkende professionals zullen deels al betrokken zijn in ZE&GG. De tweede groep ervaart volgens onze gesprekspartners meer impact van (problemen in) de bedrijfsvoering. Voor beide groepen geldt dat de zorgverlening sterk verweven is met de unieke situatie en context van de patiënt. De individuele situaties zijn zo specifiek en worden door zoveel factoren beïnvloed, dat het volgens de gesprekspartners vaak lastig is om uitkomsten te vergelijken.

Belangrijke onderzoeksterreinen voor de nabije toekomst zijn volgens de vertegenwoordigers van de paramedische disciplines: preventie (langer gezond), zelfredzaamheid (langer thuis), eerder naar huis en digitalisering.

Niet kostendekkende tarieven zijn meermaals genoemd als belemmering voor het aan de slag gaan met de CvGG. De vergoedingen voor paramedische zorg zijn meestal gebaseerd op directe behandelingsduur, niet op samenwerkingen, overleg of onderzoek naar de oorzaken van een klacht.

Verschillende paramedische disciplines geven aan graag meer met de andere disciplines onderling te willen samenwerken in het uitvoeren van zorg, als een multidisciplinaire paramedische eerste lijn. Andere disciplines denken dat het beter is aan te sluiten bij de sector waar ze het meeste mee samenwerken, zoals de huisarts of wijkverpleging.

Dit alles betekent dat met name voor deze sector de aandacht voor de randvoorwaarden belangrijk is en dat de weg naar CvGG langer kan zijn.

De aanspraak op paramedische eerstelijnszorg verschilt per discipline:

- Van fysiotherapie en oefentherapie valt ongeveer 30% onder de Zvw. Er zijn veel mogelijkheden om aanvullend te verzekeren.
- Ergotherapie valt voor maximaal 10 uur per jaar onder de basisverzekering. Het onverzekerde deel is verwaarloosbaar.
- Logopedie valt helemaal onder de basisverzekering.
- Diëtetiek wordt bij medisch doel uit de basisverzekering vergoed, maximaal 3 uur per jaar.

Er zijn raakvlakken met het programma [Paramedische Zorg 2023-2026](#) van ZonMw.

Wij zullen nu eerst per paramedische discipline de belangrijkste bevindingen bespreken. Daarna gaan wij in op wat deze bevindingen betekenen voor de toepassing van de CvGG.

Fysiotherapie

Volgens de fysiotherapeuten is er nog veel te winnen in de toepassing van het stepped care principe. Mensen met klachten worden vaak direct naar bijvoorbeeld de orthopeed verwezen en worden niet eerst gezien door de fysiotherapeut. Het feit dat de eerste twintig fysiotherapiebehandelingen niet worden vergoed, speelt hierin mee. Fysiotherapeuten denken dat een bredere aanspraak, ook voor aandoeningen buiten de chronische lijst, kan bijdragen aan het voorkómen van het gebruik van medisch specialistische zorg.

Voor de fysiotherapeuten is de juiste zorg op de juiste plek een belangrijk thema en moeten we ons daarin veel meer richten op wat de individuele patiënt nodig heeft. Fysiotherapeuten geven aan dat ze duurdere behandelingen kunnen voorkomen en willen dat graag onderzoeken. Ze bevorderen eigen regie en zelfredzaamheid. Aandachtspunt is wel dat patiënten steeds vaker meerdere aandoeningen tegelijk hebben, die elkaar beïnvloeden. Dat maakt het moeilijker om deze zorg op een traditionele manier (vanuit één aandoening) te beoordelen.

Volgens de fysiotherapeuten is er sprake van een ongelijk speelveld doordat hun zorg gebruikt wordt voor de marketing van aanvullende verzekeringen. De marketing beïnvloedt de zorg, veel meer dan bij zorg die uit de basisverzekering wordt vergoed.

Er is volgens de sector een voldoende wetenschappelijke basis, er zijn meerdere leerstoelen en lectoraten en er wordt veel onderzoek gedaan. Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) is tegelijk beroepsvereniging en wetenschappelijke vereniging. Er is een kennisa-genda en er zijn zorginhoudelijke richtlijnen.

Er zijn in Nederland ongeveer 35.000 BIG-geregistreerde fysiotherapeuten, hiervan staan er ongeveer 25.000 in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland. Ongeveer 11.000 fysiotherapeuten zijn lid van de KNGF.

Ergotherapie

Ergotherapie is nog meer dan andere zorgsoorten gericht op wat de persoon nodig heeft, rekening houdend met zijn omgeving: welke individuele aanpassingen heeft deze persoon nodig om zo zelfstandig mogelijk te functioneren. Ergotherapeuten geven aan dat bewijs voor effectiviteit hierdoor lastiger te vormen is. Daarbij speelt ook dat 'participatie', doorgaans het gevolg van de zorg, moeilijk te meten is. De plek waar de zorg wordt geleverd is ook bepalend voor de inhoud van de zorg: in de ziekenhuiszorg gaat het vaker om screening ('kan de patiënt thuis functioneren') en minder om behandeling. In de revalidatiezorg en gehandicaptenzorg staat behandeling centraal.

Er zijn voldoende gevalideerde vragenlijsten en meetinstrumenten. Er zijn onderzoeken die laten zien dat juist ergotherapie effectief is bij de aanpak van symptomen van bijvoorbeeld long-covid. Ergotherapie speelt ook een belangrijke rol bij preventie, bijvoorbeeld de valpreventie.

Ergotherapie is vaak onderdeel van multidisciplinaire richtlijnen. Er zijn ook een aantal eigen richtlijnen, zoals voor zorg bij hersenletsel. Er is één leerstoel die deels gefinancierd wordt door Ergotherapie Nederland en deels door Radboudumc. Daarnaast zijn er bij de vijf HBO's lectoraten waar onderzoek plaatsvindt.

In de eerste lijn zijn er vooral zelfstandige praktijken, die onderling niet hoeven concurreren. Er is op verschillende plekken meer vraag dan aanbod, waardoor de wachttijd oploopt. Dat is een knelpunt: effectiviteit wordt volgens ergotherapeuten bevorderd als de zorg snel start.

Ruim de helft van de 6.000 ergotherapeuten in Nederland is lid van de beroepsvereniging Ergotherapie Nederland. 4.600 ergotherapeuten zijn kwaliteitsgeregistreerd. Het mobiliseren en de gelijkgerichtheid zijn belangrijke aandachtspunten. Een ander punt is de arbeidsmarktsituatie. Werken in de tweede lijn is voor ergotherapeuten financieel aantrekkelijker. De afname van het aantal ergotherapeuten in de eerste lijn draagt niet bij aan de beweging naar de voorkant en de versterking van de eerste lijn.

Er is een [Kennisagenda ergotherapie \(2024\)](#) en er lopen programma's rond 'juiste zorg op de juiste plek'.

Logopedie

Logopedisten zijn generalisten. Dat is een bewuste keus, om zo de logopedisten flexibel te kunnen inzetten. Wel kan een logopedist aandachtsgebieden hebben. Logopedisten werken in drie onderling verschillende werkvelden: de eerste lijn, de tweede/derde lijn en in het onderwijs. Over de hele linie worden wachttijden ervaren. Hier zijn echter geen betrouwbare cijfers over. Steeds minder logopedisten zijn werkzaam in de eerste lijn.

De zorgvernieuwing moet deels komen uit verdere digitalisering en ondersteuning van ouders. Maar die ontwikkelingen worden niet, of beperkt bekostigd. Samen beslissen is een vertrouwd begrip binnen de logopedie. De logopedisten werken met een behandelindex. Die index helpt om in te schatten hoeveel zorg nodig is. Dit zou kunnen helpen bij het doen van zorgevaluaties. Men ervaart nu soms dat de index door zorgverzekeraars wordt gebruikt als afrekeninstrument.

Als knelpunt voor het werken aan passende zorg, noemen de logopedisten de bekostiging. De tarieven zijn naar zeggen nu al niet toereikend voor indirecte activiteiten zoals afstemming en verslaglegging.

Er is een [kennisagenda logopedie \(2024-2029\)](#). Er is één hoogleraar logopedie. Er zijn ongeveer 8.000 logopedisten, waarvan er 5.500 lid zijn van de NVLF.

Diëtetiek

Van de 5.000 geregistreerde diëtisten, werkt naar schatting 40% in de eerste lijn. Daar is het volgens de diëtisten drukker geworden omdat instellingen in de tweede en derde lijn 'bezuinigen' op diëtetiek, die daar tot de overheadkosten wordt gerekend. Ruim de helft van de geregistreerde diëtisten is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).

Diëtisten geven aan dat hun zorgverlening vaak wordt gestuurd door richtlijnen van andere domeinen. Het is 'toegevoegde zorg'. Een voorbeeld is het 'prevalideren' van patiënten met ondergewicht voorafgaand aan ziekenhuisopname.

Diëtisten zijn doende zich te organiseren kennisnetwerken, de regio's komen overeen met de RESV'en. Er zijn nu 36 kennisnetwerken, dat worden er uiteindelijk 52.

Daarnaast hebben diëtisten steeds vaker te maken met de organisatie van zorg in thematische netwerken, zoals Onconet of Parkinsonnet. Hier zit tegelijk een knelpunt: diëtisten moeten op steeds meer plekken hun kennis ophalen. Daar zijn vaak ook weer kosten aan verbonden. De verwevenheid maakt ook dat diëtisten het logischer vinden om voor onderzoek naar passende zorg aan te sluiten bij die andere sectoren, zoals de huisartsenzorg.

Ook diëtisten vinden dat de tarieven voor hun zorg niet toereikend zijn. Als specifiek voorbeeld noemen de diëtisten dat digitalisering en online diëtetiek niet van de grond komen doordat er geen vergoeding is voor de infrastructuur.

Als het gaat om passende zorg zijn er een aantal onderwerpen waar direct winst op te behalen is volgens de diëtisten, zoals het Prikkelbare Darm Syndroom (PDS) en voedselallergieën. Een heel deel van de mensen die daaraan lijden, kunnen uit het ziekenhuis gehouden worden.

Er is een [Kennisagenda Diëtetiek \(2024\)](#) en de sector denkt na over de vorming van een Kennisinstituut Diëtetiek. (Na)scholing wordt gezien als een belangrijk instrument in het veranderingsproces. Er zijn twee hoogleraren door NVD gefinancierd bij Wageningen Universiteit (WUR) en Radboud Universiteit.

Oefentherapie

Oefentherapeuten helpen mensen om bewuster om te gaan met het eigen lichaam. Ze voorkomen, verlichten en verhelpen lichamelijke klachten die ontstaan door bijvoorbeeld blessures, stress, ziekte of spanning. Er zijn zo'n 1.700 geregistreerde oefentherapeuten.

Oefentherapie is het vakgebied dat werkt aan duurzame oplossingen en zelfredzaamheid van mensen. Oefentherapie zorgt voor minder medicalisering, aldus de oefentherapeuten.

Er zijn veel zorgen over de toekomst van het vakgebied. Veel mensen stoppen en organisaties zitten volgens de oefentherapeuten in de overlevingsstand. De oefentherapeuten zitten vaak niet aan de tafel waar het gaat over passende zorg.

Er is weinig 'eigen wetenschap', maar wel gezamenlijke wetenschap met bijvoorbeeld de fysiotherapie. Het Kwaliteitskader Fysiotherapie en Oefentherapie beschrijft wat patiënten mogen verwachten van goede fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg en hoe de beroepsgroepen de kwaliteit van de zorg evalueren, verbeteren en borgen. Dit kader is nog niet vastgesteld.

Er is een in 2024 geactualiseerde kennisagenda (oorspronkelijk van 2018).

Concluderend

Concluderend kunnen we stellen dat er nog voorbereidende stappen gezet moeten worden in de paramedische zorg om met de CvGG aan de slag te kunnen gaan. Zo moet het begrip passende zorg meer eigen gemaakt worden. Er moet werk gemaakt worden van dataverzameling. Er moet geïnvesteerd worden in onderzoek en er moet aandacht zijn voor prikkels in het stelsel (zoals aanspraak en bekostiging). De onderstaande tabel beschrijft per thema of de werkwijze van de CvGG kan worden toegepast en op welke gebieden actie nodig is.

Bevindingen per domein

Legenda

Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?

● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Paramedische zorg

Gedeeld begrip van gepast gebruik/passende zorg		-
Overeenstemming over invulling begrippen	-	● Door breedte van de sector en verwevenheid met andere domeinen geen uniform begrippenkader voor de hele paramedische zorg mogelijk.
Omarmen van EBM-gedachtengoed	-	● Er is een wil om vanuit het gedachtegoed te werken, maar mogelijkheden zijn beperkt door invloed van andere zorg en context van de patient.
Gedeelde visie op passende zorg	+/-	● Niet voor de gehele paramedie, maar wel binnen bepaalde paramedische disciplines.
Passende zorg is onderdeel van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden	+/-	● Ja, maar dan gaat het meestal om aandoeningsspecifieke richtlijnen over meerdere domeinen heen. Eigen paramedische richtlijnen zijn nog beperkt aanwezig, maar wel in ontwikkeling.
Kwaliteit richtlijnen en kwaliteitsstandaarden	+/-	● Het veld is te breed voor een generieke uitspraak. Er zijn goede voorbeelden binnen bepaalde paramedische disciplines. Kwaliteit richtlijnen en standaarden verschilt per discipline en eigenaar.
Is het pakket helder?	-	● Nee, de aanspraak verschilt per discipline en is daardoor overall onduidelijk. Dit belemmert een gelijkgerichte aanpak.
Onderzoekscultuur		-
Cultuur leren en verbeteren	+/-	● Niet sectorbreed, wel binnen individuele paramedische disciplines.
Ervaring met evaluatieonderzoek	-	● Niet sectorbreed, wel binnen individuele paramedische disciplines en als participant in het onderzoek van andere domeinen.
Samenwerking met wetenschap	-	● Verschilt per paramedische discipline. De onderzoekscapaciteit stijgt met de omvang van de discipline. Soms ook gezamenlijk onderzoek, bijvoorbeeld via het paramedische eerste lijns (par-el) consortium
Bevorderen opleidingen onderzoekscultuur?	+/-	● Het komt terug in de opleidingen van alle paramedische disciplines, maar zou meer aandacht kunnen krijgen.
Relevante programma's evaluatieonderzoek	+/-	● Ja, maar nog beperkt. Via bijvoorbeeld ZonMw programma paramedische zorg.

Bevindingen per domein

Bestuurbaarheid sector	+/-
Organisatie(graad) professionals	+ ● Verschilt per paramedische discipline. Meerderheid professionals lid van beroepsvereniging.
Organisatie(graad) zorgaanbieders	- ● Beroepsvereniging is ook branchevereniging. De meeste partijen zijn lid van het Paramedisch Platform Nederland.
Organisatie(graad) patiënten/cliënten	+/- ● Via de Patiëntenfederatie en via aandoeningsspecifieke patientenorganisaties, zoals die voor MS, Parkinson en hersenletsel.
Contracteringsgraad (verzekerde zorg)	+/- ● Deels. Beperkte aanspraak maakt noodzaak contract minder groot.
Kan zelfstandig handelen en organiseren	- ● Beperkt. Paramedische disciplines verschillen onderling sterk en er zijn veel afhankelijkheden van andere sectoren.
Commitment op gezamenlijke uitvoering	+/- ● Ja, maar niet per se als paramedische sector.
Gestructureerde samenwerkingen	- ● Geen landelijke tafel waarin alle stakeholders vertegenwoordigd zijn.
Relevante kwaliteitskeurmerken (niet zijnde ISO/NEN/HKZ)	+/- ● Er zijn beroepsregisters en specifieke keurmerken, zoals keurmerk Fysiotherapie. Voor de meeste disciplines is er geen kwaliteitskeurmerk.
Relevante sturingselementen zorgverzekeraars	+ ● Diverse instrumenten beschikbaar, maar gefragmenteerd en vaak onvoldoende om te kunnen sturen.
Randvoorwaarden	-
Gestandaardiseerde uitkomstsets beschikbaar	+/- ● Voor een deel van de zorg zijn er (niet gestandaardiseerde) uitkomstindicatoren.
Betrouwbare meetinstrumenten/vragenlijsten	+ ● Binnen paramedische disciplines veel aanwezig.
Beschikbaarheid data	- ● Er is een Landelijke Database Fysiotherapie. Andere domeinen verkennen nog de mogelijkheden voor landelijke dataverzameling.
Beschikbaarheid sectorale kennisagenda	+/- ● Wel kennisagenda's individuele partijen. Sectoraal is er een 'Meerjaren Programma Paramedische Zorg (MOPZ)'. Dit is wel gedateerd (2018) en niet toegespitst op passende zorg.
Infrastructuur	- ● Geen landelijk dekkende onderzoeksinfrastructuur
Uitvoerbaarheid korte termijn	-

Geboortezorg

De geboortezorg in Nederland heeft een lange historie. Sinds de jaren 90 zijn er veel initiatieven geweest om de geboortezorg te verbeteren, met wisselend succes. Maar over de brede linie zijn grote stappen gezet. Deze initiatieven hebben geleid tot intensieve vormen van samenwerking, zowel in de regio als landelijk. Meest recent is de oprichting van de landelijke tafel integrale geboortezorg. Via een socratische gespreksbenadering wordt daarin met elkaar gesproken over onderwerpen.

Er is in de opleidingen veel aandacht voor onderzoek en er wordt al decennialang data verzameld. Die data worden gebruikt om de kwaliteit in de geboortezorg bespreekbaar te maken en te verbeteren. Via Perined is goede infrastructuur beschikbaar, maar er is op dit moment een achterstand in aanlevering. De digitale informatie-uitwisseling in de sector (Blinkz, voorheen Babyconnect) ontwikkelt zich goed.

Wel constateren we dat er nog verschillende visies zijn op passende geboortezorg en die visies moeten nog bij elkaar worden gebracht. Volgens de verloskundigen is een meer integrale benadering nodig, gericht op gezondheid en welzijn van moeder en kind op korte en lange termijn. Zij maken zich zorgen over medicalisering van zwangerschap en geboorte. Ze zijn van mening dat principes zoals 'continuïteit van zorgverlener' ondersneeuwen. We bekijken data volgens de verloskundigen soms te gefragmenteerd. Er is nog nooit zoveel zorg verleend bij relatief weinig zwangerschappen.

De gynaecologen hebben veel ervaring met evaluatieonderzoek en zijn ook onderdeel van ZE&GG. Ze willen die werkwijze graag verbreden en integreren in de gehele geboortezorg. De schotten werken volgens hen belemmerend. Onderzoek en bewijskracht zijn volgens gynaecologen belangrijke sleutels om vast te stellen wat wel en niet passend is. Er is in de geboortezorg niet zoiets als stepped-care. Driekwart% van de zwangere vrouwen bevalt in het ziekenhuis, bij de verloskundige of bij de gynaecoloog of

andere medische professional. Het gaat juist om meer gezamenlijkheid en samen optrekken rond moeder en kind. Op uitkomsten is er veel te verbeteren volgens de gynaecologen. We zijn een land in de middenmoot. Evidence moeten we gebruiken om de zorg beter te maken.

Een belangrijk aandachtspunt is objectieve informatievoorziening voor de zwangeren. Gynaecologen en verloskundigen ervaren dat onvoldoende of verkeerde informatie via bijvoorbeeld social media het gepast gebruik van zorg hinderen.

Alle partijen zijn blij met recente ontwikkelingen rond de landelijke samenwerking. Er is veel bereidheid om samen aan de slag te gaan. Wel is duidelijk dat voor gezamenlijke trajecten rond gepast gebruik en passende zorg eerst paradigmaverschillen moeten worden aangepakt. Daar zal dan ook landelijke regie op moeten zijn. Allebei de benaderingen zijn waar. Maar de uitdaging is om dat met respect voor beide stromingen in een gezamenlijke visie vorm te geven.

De volgende tabel beschrijft per thema of de werkwijze van de CvGG kan worden toegepast en op welke gebieden actie nodig is. Duidelijk is dat verschillende visies eerst bij elkaar moeten worden gebracht en dat er een gemeenschappelijk begrippenkader moet worden opgesteld. De recent gezette stappen in de aansturing van de sector kunnen daarbij helpen. Een aantal randvoorwaarden moeten nog op orde worden gebracht.

Bevindingen per domein

Geboortezorg

Legenda

Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?

● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Gedeeld begrip van gepast gebruik/passende zorg	-	
Overeenstemming over invulling begrippen	-	● Het is complex om tot overeenstemming te komen over een gemeenschappelijk begrip- penkader en de vertaling daarvan naar de geboortezorg.
Omarmen van EBM-gedachtengoed	-	● De gynaecologen participeren in ZE&GG en hebben daarmee het gedachtengoed omarmd. Verloskundigen bestrijden dit niet, maar volgens hen is een meer integrale benadering nodig, gericht op gezondheid en welzijn van moeder en kind voor korte en lange termijn.
Gedeelde visie op passende zorg	-	● De visies op passende zorg verschillen duidelijk, wat te verklaren is gegeven de ver- schillende achtergronden. Het omgaan met dit paradigmaverschil zal veel van partijen vragen.
Passende zorg is onderdeel van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden	+/-	● Ja, maar uitleg en toepassing zijn niet uniform.
Kwaliteit richtlijnen en kwaliteitsstandaarden	+/-	● In richtlijnprocedures wordt verschil in visie regelmatig zichtbaar. Dan lukt het niet altijd om een richtlijn geautoriseerd te krijgen door alle partijen.
Is het pakket helder?	+	● Geboortezorg valt onder de basisverzekering. Wel eigen betalingen bij kraamzorg en ziekenhuisbevalling zonder medische noodzaak.
Onderzoekscultuur	+/-	
Cultuur leren en verbeteren	+/-	● Wel regionaal, met name in de Verloskundige Samenwerkingsverbanden en Integrale Geboortezorg Organisaties, maar niet landelijk en sectorbreed.
Ervaring met evaluatieonderzoek	+/-	● Veel onderzoek door gynaecologen vanuit ZE&GG. Ook de verloskundigen hebben ruime ervaring met evaluatieonderzoek. Nog weinig sectorbreed onderzoek.
Samenwerking met wetenschap	+/-	● Ja, maar vooral vanuit afzonderlijke beroepsgroepen.
Bevorderen opleidingen onderzoekscultuur?	+	● Ja, verloskundigen en gynaecologen worden hierin opgeleid.
Relevante programma's evaluatieonderzoek	+/-	● Ja, o.a. Actieprogramma Kansrijke Start en ZonMw Zwangerschap & Geboorte

Bevindingen per domein

Bestuurbaarheid sector		+/-
Organisatie(graad) professionals	+	● Goed als het gaat om gynaecologen en verloskundigen (NVOG en KNOV).
Organisatie(graad) zorgaanbieders	+	● Via Federatie van VSV's, NVZ/NFU, Bo geboortezorg en KNOV.
Organisatie(graad) patiënten/cliënten	+/-	● Via de Patientenfederatie en specifieke verenigingen, zoals het buikencollectief.
Contracteringsgraad (verzekerde zorg)	+	● Hoog
Kan zelfstandig handelen en organiseren	+/-	● Nieuwe structuren zoals de landelijke tafel integrale geboortezorg bieden aanknopingspunt. Samenwerking binnen de sector is een belemmerende factor.
Commitment op gezamenlijke uitvoering	+	● Er is veel bereidheid om aan de slag te gaan. Dat kan echter pas als de paradigma-verschillen zijn aangepakt.
Gestructureerde samenwerkingen	+/-	● Ja, sinds kort via de landelijke tafel integrale geboortezorg.
Relevante kwaliteitskeurmerken (niet zijnde ISO/NEN/HKZ)	+/-	● Er zijn beroepsregisters. Geen kwaliteitskeurmerken bekend.
Relevante sturingselementen zorgverzekeraars	-	● Beschikbare uitkomstsets nog niet geschikt als sturingsinstrument.
Randvoorwaarden		+/-
Gestandaardiseerde uitkomstsets beschikbaar	+	● Er zijn landelijke indicatorensets beschikbaar die ook worden gemonitord.
Betrouwbare meetinstrumenten/vragenlijsten	+	● Binnen de geboortezorg veel aanwezig.
Beschikbaarheid data	+/-	● Via Perined goede infrastructuur beschikbaar, maar er is achterstand in aanlevering. Data is nog niet op orde.
Beschikbaarheid sectorale kennisagenda	-	● Wel kennisagenda's individuele partijen. Niet sectoraal.
Infrastructuur	+/-	● Geen landelijk dekkende onderzoeksinfrastructuur
Uitvoerbaarheid korte termijn		+/-

5. Conclusie

Beantwoording vraag

Onze opdracht luidde: Voer een verkenning uit naar de behoeften, benodigdheden en mogelijkheden voor het toepassen van de werkwijze van de CvGG in de aangewezen sectoren. Onze conclusie luidt als volgt.

De domeinen zien mogelijkheden

De methodische aanpak van CvGG wordt gewaardeerd. Sectoren vinden wel dat rekening moet worden gehouden met hun specifieke kenmerken. Soms is de kennis er al en kan met implementatie worden gestart. Dat betekent dat per situatie verschilt waar de cyclus start.

Volgens de gesprekspartners zou de aanpak een brede scope moeten hebben. Het moet niet alleen gaan om de bewezen effectiviteit van een (technische) handeling, maar ook bijvoorbeeld over stepped care, emancipatie van de zorgvragende burger, 'verplaatsing naar de voorkant' en domeinoverstijgende samenwerking. Dat is positief, want dit zijn elementen van 'passende zorg'. De werkwijze van de CvGG kan naar verwachting ook voor deze bredere vraagstukken ingezet kunnen worden.

Ook pleiten de sectoren ervoor om flexibel, niet te rigide om te gaan met de CvGG-werkwijze. Er zouden diverse vormen van (effectiviteits)onderzoek mogelijk moeten zijn. Ze denken dat RCT niet het meest geschikte onderzoeksmiddel is. Daar hebben zij volgens de uitgangspunten van ZE&GG gelijk in, maar die ruimte wordt blijkbaar niet zo ervaren.

In nagenoeg alle sectoren is er momentum om ook de grote vraagstukken aan te pakken. In hoeverre de cyclus daarvoor bruikbaar is hangt af van de vraag.

De behoeften verschillen per domein

Sectoren vinden het belangrijk om vanuit een gemeenschappelijk begrippenkader te denken. Het begrippenkader moet 'werkbaar' zijn voor de

sector, aansluiten bij de dagelijkse praktijk en er moet een goede balans zijn tussen methodologische kennis, praktijkkennis en ervaringskennis. Dat sluit aan bij de werkwijze van ZE&GG en wijst in de richting van een overkoepelend begrippenkader voor het hele programma, dat op onderdelen sectorspecifiek wordt gemaakt.

Partijen willen met een domeinoverstijgende blik naar passende zorg kijken. Het mag bijvoorbeeld ook gaan om het onderzoeken of iemand met een zorgvraag beter af is in het sociaal domein. Of hoe je zorg voorkomt met preventie of zelfhulp. Partijen zien mogelijkheden om ook domeinoverstijgend met de CvGG te werken, maar dan moeten daar ook partijen bij worden betrokken buiten het eigen domein.

De huisartsenzorg, ggz en geboortezorg hebben in ieder geval behoefte om primair binnen de eigen sector aan de slag te gaan, met dan wel de ruimte om sectoroverstijgend onderzoek te doen met partijen van andere sectoren. Voor de paramedische zorg en wijkverpleging lijkt een thematische aanpak passender.

Wat is er nodig

Wij gaven al aan dat de sectoren aan de slag te willen met passende zorg en de CvGG. Er moet nog wel consensus worden georganiseerd over de sectoreigen invulling daarvan. Daarbij is betrokkenheid van alle stakeholders noodzakelijk. Die is er nog niet overal.

De kennisagenda's van de verschillende sectoren moeten op elkaar worden afgestemd.

De invulling van de CvGG moet niet te rigide worden. Wij zien dat de CvGG daar wel mogelijkheden voor geeft.

Bij de implementatie moet er aandacht zijn voor de regionalisering die gaande is. De regionale structuren zijn daarbij stakeholder. Verder willen partijen de implementatie zo praktisch mogelijk houden. Een beslishulp of kenniskaart kan meer doen dan een lijvig protocol.

Vervolg

In grote lijnen kunnen we concluderen dat in ieder geval een aantal sectoren voorbereidende stappen kunnen zetten voor het aan de slag te gaan met de invoering van CvGG. Voor de huisartsenzorg zijn de voorbereidende stappen vooral organisatorisch. Daar gaat het om de groene stappen in het schema op pagina 10. Voor de ggz en geboortezorg moeten daarnaast eerst een aantal randvoorwaarden op orde worden gebracht. Dat zijn de roze stappen in het schema. Voor de paramedische zorg en wijkverpleging moet eerst besloten worden of er een sectorale aanpak moet komen. Het alternatief is een sectoroverstijgende, meer thematische aanpak.

De uitgangssituatie verschilt dus per domein. De ene sector heeft meer nodig om te kunnen starten. De huisartsenzorg, geboortezorg en de ggz hebben qua kennis- en onderzoeksinfrastructuur de beste uitgangspositie om aan de slag te gaan. De partijen binnen de huisartsenzorg zijn organisatorisch het beste toegerust. Binnen de ggz moet vanwege de veelheid van de partijen eerst worden gewerkt aan brede consensus en commitment. Binnen de geboortezorg moeten eerst paradigma verschillen worden aangepakt. Voor de paramedische zorg moet de onderzoekscultuur nog verder worden ontwikkeld en gestimuleerd en randvoorwaarden op orde worden gebracht. De wijkverpleging is nog verdeeld over nut- en noodzaak en maakt zich zorgen over capaciteit. Deze laatste twee domeinen staan dus nog verder af van het starten met de cyclus.



Model van Knoster

Om veranderingen door te voeren, zoals de beweging naar meer passende zorg, is het belangrijk dit op de juiste manier aan te pakken. Het 'Model van Knoster' kan daarbij helpen. Het is belangrijk dat er aandacht is voor alle zes de elementen uit dit model en dat deze elementen ook in balans zijn. Alleen dan kun je op een succesvolle manier veranderingen en verbeteringen doorvoeren. Als er geen balans is, kan dit leiden tot verwarring, weerstand, chaos, frustratie of angst.

Bron: De vijf elementen van het verandermodel van Knoster (1991)

6. Reflectie en aanbevelingen

In bijna alle gesprekken die wij voerden kwam naar voren dat er een spanning wordt ervaren tussen passende zorg en het vaak strikter geïnterpreteerde gepast gebruik. Tussen kijken wat in een specifieke context nodig is en wat in de abstractie van de grote getallen werkzaam blijkt te zijn. De meeste sectoren geven aan de beweging naar passende zorg te willen maken maar zien gepast gebruik soms als een te strikte benadering. Verder wordt de CvGG door sommige partijen als te rigide ervaren. In enkele sectoren zien we spanning hierover ook binnen de sector. Daar geeft een deel van de professionals voorrang aan de sociale invalshoek – wat heeft deze persoon op dit moment nodig en hoe komen we daar achter – en een ander deel aan de medische invalshoek – hoe kunnen we onze kennis over de werking van het systeem inzetten om deze persoon te helpen.

Wij denken dat deze benaderingswijzen verenigbaar zijn en tegelijk kunnen bestaan. Je kunt én kijken naar individuele gezondheidsdoelen in een individuele context én datgene doen waarvan je uit onderzoek weet dat het werkt. De hoogleraren die wij spraken, bevestigen dit.

Waar het om gaat is, dat je samen de uitdaging oppakt om in gesprek te gaan en steeds verder te leren. Dat is de cyclus van Doen, Reflecteren en Leren.

Wij denken daarom dat een belangrijke en noodzakelijke eerste stap naar de invoering van de cyclus naar gepast gebruik is, om deze verschillende invalshoeken met partijen te herkennen en te erkennen. Anders gaan we rondraaien in 'wat zij doen, werkt niet voor ons'. Slaan we deze stap over, dan zullen 'de sectoren' en de professionals die er werken, passende zorg benaderen met een negatieve connotatie. We doen iets niet goed en daar moeten we mee ophouden. Dat is geen goede voedingsbodem voor verandering: je kunt vernieuwing niet baseren op meer of minder van het oude.

Wij kunnen ons verder voorstellen dat het op orde brengen van randvoorwaarden in bepaalde sectoren niet alleen iets vraagt van de sector zelf, maar ook van de overheid. Wij adviseren daarom in het nog op te leveren

plan van aanpak expliciet te maken welke partijen moeten bijdragen aan het op orde brengen van bepaalde randvoorwaarden.

In de planfase die volgt op deze verkenning is het belangrijk om te werken vanuit consensus. Er zullen conferenties worden georganiseerd om te komen tot een gezamenlijk plan van aanpak. Daarbij is betrokkenheid van alle stakeholders noodzakelijk. Die is er nog niet overal en dit vraagt om een reële planning voor de verder uitrol.

Tot slot willen wij benadrukken dat partijen enthousiast zijn om aan de slag te gaan met het thema passende zorg en hopen wij dat deze verkenning bijdraagt aan een goede inrichting van het kaderprogramma.

- **Bijlage A: Overzicht Zvw-sectoren**
- **Bijlage B: Geïnterviewde partijen per domein**
- **Bijlage C: Vragenlijst voor interviews**
- **Bijlage D: Lijst met gesprekspartners**

Welke sectoren die Zvw-zorg leveren nemen we mee?

• Ggz (Zvw-omzet 2024: € 5,6 mld.)

De geneeskundige behandeling van een psychische stoornis voor personen van 18 jaar of ouder wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Voor een behandeling in de ggz is een verwijzing nodig.

• Huisartsenzorg (Zvw-omzet 2024: € 5,4 mld.)

De zorg van de huisarts, de praktijkassistent en ander ondersteunend personeel van de huisartsenpraktijk wordt vergoed uit basisverzekering.

• Geboortezorg (Zvw-omzet verloskundige zorg & kraamzorg 2024: € 767 mln.)

De basisverzekering vergoedt de zorg die moeder en baby nodig hebben vóór, tijdens en na de bevalling. Op basis van een indicatieprotocol wordt bepaald hoeveel kraamzorg nodig is. De basisverzekering vergoedt minimaal 24 uur en maximaal 80 uur kraamzorg.

• Wijkverpleging (Zvw-omzet 2024: € 3,3 mld.)

Verpleging en verzorging thuis valt onder de basisverzekering als er sprake is van een geneeskundige context. Een geneeskundige context betekent dat er een behoefte is aan geneeskundige zorg of een grote kans dat deze behoefte ontstaat. De wijkverpleegkundige bepaalt hoeveel zorg nodig is.

• Paramedische zorg (Zvw-omzet 2024: € 1,2 mld.)

De paramedische zorg valt deels onder de basisverzekering. Als paramedische zorg onderdeel is van integrale tweedelijnszorg (zoals ziekenhuiszorg, revalidatiezorg of gespecialiseerde ggz) dan valt de paramedische zorg onder die aanspraak. Als paramedische zorg geen integraal onderdeel van tweedelijnszorg, is sprake van eerstelijnszorg en gelden beperkingen in de aanspraak. Fysiotherapie en oefentherapie worden voor aandoeningen die op de chronische lijst staan voor personen tot 18 jaar volledig vergoed uit de basisverzekering. Tot 18 jaar worden voor andere aandoeningen maximaal 9 behandelingen vergoed. Als dat resultaat onvoldoende is kunnen nog eens maximaal 9 behandelingen worden vergoed. Voor personen van 18 jaar of ouder geldt de vergoeding vanuit de basisverzekering alleen voor aandoeningen die op de chronische lijst staan en pas na de 20e behandeling.

Logopedie richt zich op het herstel of de verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen. Wanneer de behandeling een geneeskundig doel heeft wordt de zorg volledig vergoed vanuit de basisverzekering. Ergotherapie richt zich op het opheffen, verminderen of compenseren van lichamelijke of psychische stoornissen, beperkingen of handicaps. De basisverzekering vergoedt maximaal 10 behandeluren per jaar. Als diëtetiek een medisch doel heeft, wordt maximaal 3 uur per jaar vergoed uit de basisverzekering.

Het veld ziet ook optometrie, huidtherapie, podotherapie en medische beeldvorming als paramedische zorg. De optometrie en huidtherapie wordt in de eerste lijn niet vergoed vanuit de basisverzekering. De podotherapie alleen bij een diabetische voet. Medische beeldvorming komt niet als zelfstandige zorgverlening in de eerste lijn voor.

Welke sectoren die Zvw-zorg leveren nemen we nog niet mee?

- **Hulpmiddelenzorg (Zvw-omzet 2024: € 2 mld.)**

Een hulpmiddel kan vanuit de basisverzekering worden vergoed als er een objectieve medische noodzaak is voor het hulpmiddel (zorg-behoefte), het hulpmiddel geschikt is om de beperkingen en belem-meringen van de persoon in aanvaardbare mate te compenseren (adequaatheden) en het hulpmiddel niet onnodig duur is (doelma-tigheid). De zorgverzekeraar beoordeelt of aan deze voorwaarden wordt voldaan.

- **Mondzorg (Zvw-omzet 2024: € 1 mld.)**

De kosten voor mondzorg voor kinderen en jongeren tot 18 jaar wordt vergoed uit de basisverzekering. Voor volwassenen wordt alleen specifieke mondzorg vergoed uit de basisverzekering. Denk bijvoorbeeld aan een kunstgebit of behandeling van zeer ernstige tandheelkundige afwijkingen.

- **Ambulancezorg en ziekenvervoer (Zvw-omzet 2024: € 1,1 mld.)**

Noodzakelijk vervoer per ambulance wordt vergoed vanuit de basis-verzekering. Dat geldt onder voorwaarden ook voor vervoer per taxi, eigen auto of openbaar vervoer.

- **Farmaceutische zorg (Zvw-omzet 2024: € 5,7 mld.)**

Extramurale geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die op recept van een arts verkrijgbaar zijn bij de apotheek. Alleen geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelenver-goedingssysteem (GVS) worden vergoed uit het basispakket. Voor sommige geneesmiddelen in het GVS gelden extra voorwaarden voor vergoeding. Ook komt het voor dat een verzekerde moet (bij) betalen voor een geneesmiddel.

- **Kortdurende zorg/tijdelijk verblijf (Zvw-omzet 2024: € 1,3 mld.)**

Soms hebben mensen tijdelijke zorg nodig. We hebben het dan over eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatiezorg. Eerstelijnsver-blijf is medisch noodzakelijk verblijf voor mensen die niet (meer) in aanmerking komen voor medisch-specialistische zorg, maar ook niet naar huis kunnen. Als dit ouderen zijn die ook moeten revalideren spreken we van geriatrische revalidatiezorg. Onder kortdurende zorg valt ook de geneeskundige zorg aan specifieke patiënten (gzsp). Dat zijn thuiswonende patiënten met een complexe zorgvraag die baat hebben bij een integrale multidisciplinaire behandeling

- **Zintuiglijk Gehandicaptenzorg (Zvw-omzet 2024: € 232 mln.)**

Zintuiglijk gehandicaptenzorg (ZG-zorg) omvat multidisciplinaire zorg voor mensen met een visuele of auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelings-stoornis. Deze zorg wordt vergoed uit de basisverzekering.

ggz - stakeholders

Vertegenwoordiger van patiënten

- MIND

Vertegenwoordigers van zorgaanbieders

- De Nederlandse ggz
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten (LVVP)
- MeerGGZ
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, afdeling Zelfstandig Gevestigde Psychiaters (ZGP)
- Nederlandse Federatie van UMC's (NFU)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

Vertegenwoordigers van professionals

- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)
- Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
- Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
- Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn)

Vertegenwoordiger van zorgverzekeraars

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Overig

- Akwa GGZ
- Kernhoogleraren psychiatrie

Huisartsenzorg - stakeholders

Vertegenwoordiger van patiënten	Vertegenwoordigers van zorgaanbieders	Vertegenwoordiger van professionals	Vertegenwoordiger van zorgverzekeraars	Overig
<ul style="list-style-type: none"> • Patiëntenfederatie Nederland 	<ul style="list-style-type: none"> • Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) • InEen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) • Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen (NVvPO) • Landelijke vereniging poh-ggz • Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA) • Nederlandse Vereniging Van Doktersassistenten (NVDA) • Nederlandse Vereniging voor Praktijkmanagement (NVvPM) • V&VN Verpleegkundige Specialisten • V&VN Praktijkverpleegkundigen en Praktijkondersteuners 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverzekeraars Nederland (ZN) 	<ul style="list-style-type: none"> • Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde (UNH) • Samenwerkende beroepsverenigingen huisartsenzorg (SBHZ) • Trimbos-instituut • Nivel

Wijkverpleging - stakeholders

Vertegenwoordiger van patiënten

- Patiëntenfederatie Nederland

Vertegenwoordigers van zorgaanbieders

- Actiz
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- ZorgThuisNL

Vertegenwoordiger van professionals

- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)

Vertegenwoordiger van zorgverzekeraars

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Overig

- Vilans

Paramedische zorg – stakeholders

Vertegenwoordiger van patiënten	Vertegenwoordigers van zorgaanbieders	Vertegenwoordigers van professionals	Vertegenwoordiger van zorgverzekeraars	Overig
<ul style="list-style-type: none"> • Patiëntenfederatie Nederland 	<ul style="list-style-type: none"> • Nederlandse Vereniging van Diëtisten • Ergotherapie Nederland • Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie • Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie • De Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck • Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) • Optometristen Vereniging Nederland • De Nederlandse Vereniging Medische Beeldvorming en Radiotherapie • Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten 	<ul style="list-style-type: none"> • Nederlandse Vereniging van Diëtisten • Ergotherapie Nederland • Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie • Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie • De Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck • Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) • Optometristen Vereniging Nederland • De Nederlandse Vereniging Medische Beeldvorming en Radiotherapie • Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverzekeraars Nederland (ZN) 	<ul style="list-style-type: none"> • Paramedisch Platform Nederland (PPN)

Geboortezorg - stakeholders

Vertegenwoordiger van patiënten	Vertegenwoordigers van zorgaanbieders	Vertegenwoordigers van professionals	Vertegenwoordiger van zorgverzekeraars	Overig
<ul style="list-style-type: none"> • Patiëntenfederatie Nederland 	<ul style="list-style-type: none"> • Brancheorganisatie Geboortezorg (kraamzorg) • Federatie Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) • Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) • Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) • Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) • Nederlandse Beroepsvereniging voor de Kraamzorg (NBvK) • Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) • Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland voor verloskunde en gynaecologie (BEN) • Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen (VVAH) • V&VN afdeling Voortplanting Obstetrie & Gynaecologie (VOG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverzekeraars Nederland (ZN) 	<ul style="list-style-type: none"> • College Perinatale Zorg (CPZ) • Federatie Medisch Specialisten (FMS)

De volgende vragen staan tijdens de verkenning centraal:

Algemeen

- Wat zijn doel en betekenis van gepast gebruik binnen dit domein? Wat zijn de aanknopingspunten voor gepast gebruik binnen dit domein?
- Wat zijn de werkzame elementen voor gepast gebruik binnen dit domein?
- Hoe bevorder je gepast gebruik en de beweging naar passende zorg binnen dit domein? Hoe krijg je professionals mee in deze beweging? Wat zijn kansen en bedreigingen?

Huidige samenwerking

- Hoe is de dagelijkse samenwerking tussen partijen in dit domein?
- Wie heeft welke rol binnen dit domein als het gaat om het bevorderen van gepast gebruik?
- Wordt er samengewerkt op het gebied van gepast gebruik? Zo ja, hoe? En wordt er samengewerkt vanuit een gezamenlijke visie? Hoe eensgezind zijn de partijen binnen dit domein als het gaat om gepast gebruik?
- Zijn er al bestaande structuren voor het bevorderen van gepast gebruik binnen dit domein? Zo ja, welke en hoe functioneren die?
- Is er al sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid ten aanzien van gepast gebruik in dit domein? Hoe vindt besluitvorming plaats?
- Welke samenwerkingen zijn er over de domeinen heen ten aanzien van gepast gebruik en de beweging naar passende zorg?
- Welke subdomeinen zijn er? En verschillen de antwoorden op bovengenoemde vragen per subdomein?

Werkwijze

- Wat is een goede werkwijze voor het bevorderen van gepast gebruik binnen dit domein? Is de CvGG toepasbaar?
- Is het domein al zover om met deze of een soortgelijke werkwijze aan de slag te gaan? Zijn de randvoorwaarden hiervoor aanwezig? Hiervoor komt nog een checklist/beoordelingskader. Die gaat in op:
 - Gezamenlijke visie op gepast gebruik en passende zorg
 - Goede samenwerking tussen patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders
 - Aansluiting op richtlijnen en pakketvragen
 - Commitment voor gezamenlijke kennisagenda
 - Cultuur van leren en verbeteren, ervaring met zorgevaluaties
 - Beschikbaarheid van goede voorbeelden
 - Beschikbaarheid van data
 - Mogelijkheden voor opschalen
 - Aansluiting bij wetenschap/kennisinstituten
- Wie moeten in het vervolgproces betrokken worden?

Lijst met gesprekspartners

- Esther van der Ark, Nederlandse Beroepsvereniging voor Kraamverzorgenden
- Brigitte Baeten, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten
- Iris Bogers, Zorgverzekeraars Nederland
- Jettie Bont, Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde
- Martijn Boogaardt, MeerGGZ
- Dienne Bos, MIND
- Richard Boxem, De Nederlandse ggz
- Peter de Braal, Zorgverzekeraars Nederland
- Kirsten de Brouwer, Zorgevaluatie en Gepast Gebruik
- StefanConstantinides, Samenwerkende Beroepsverenigingen Huisartsenzorg
- Linda Daniels, Patiëntenfederatie
- Floor van Dijk, De Nederlandse ggz
- Marjolein Dijns, Zorginstituut Nederland
- Chantal Dominicus, Bo Geboortezorg
- Emily Dopper, ZorgThuisNL
- Wilnavan Driel, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- Saskia van der Drift, Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
- Marije Droogendijk, Federatie Verloskundige Samenwerkingsverbanden
- Hanneke Feitsma, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Dianne van der Graaf, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Christianne de Groot, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Kim de Groot, Nivel
- Jenny Heering, Landelijke Huisartsenvereniging
- Karin Heijblom, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Ron van der Heijden, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Daniëlle van Hemert, Zorgverzekeraars Nederland
- Nicole Houdijk, Zorgverzekeraars Nederland
- Thijs Janssen, InEen
- Marianne de Jong, Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
- Nanni Klein, Zorginstituut Nederland
- Bart Knottnerus, Nivel
- Anne Kole, Nederlands Instituut van Psychologen
- Ronald Kooistra, Zorgverzekeraars Nederland
- Rik Kranenburg, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Jan Kremer, speciaal gezant passende zorg
- Martien Kroeze, Federatie Verloskundige Samenwerkingsverbanden
- Desiree Krol, MeerGGZ
- Ralph Kupka, AwkwaGGZ
- Susanne Lagerweij, Nederlands Huisartsen Genootschap
- Eric van der Linde, Actiz
- Tessa Magnée, Nivel
- Willemijn Meijer, Nivel
- Roel Mocking, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Dorien Mol, Nederlandse Zorgautoriteit
- Corrie Munts, Bo Geboortezorg
- Annemarel Neuteboom, Zorgverzekeraars Nederland
- Jasper Nuijen, Trimbos
- Catharina van Oostveen, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Job Paulus, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- Mariëlle Ploumen, De Nederlandse ggz
- Rudolf Ponds, Nederlands Instituut van Psychologen
- Gert-Jan Prosman, Nederlands Instituut van Psychologen
- Alan Ralston, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- SjoerdRepping, Zorgevaluatie en Gepast Gebruik
- Boudewijn de Ridder, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
- Christine Ritoe, Zorgverzekeraars Nederland
- Marnix de Romph, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
- Alike de Roon, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- Bianca Rootsaert, Nederlandse Vereniging van Diëtisten
- Leo van Rossum, Nederlands Huisartsen Genootschap
- Inge Schenk, Zorgverzekeraars Nederland

-
- Henk Schers, Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde
 - Tom Schoen, Patiëntenfederatie
 - David Smeekes, InEen
 - Marieke Smit, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
 - Harm Frederik Snijder, Zorgverzekeraars Nederland
 - Wouter van der Soest, Actiz
 - Marc Theloesen, Zorgverzekeraars Nederland
 - Saskia Timmers
 - Tessa van der Valk, Samenwerkende Beroepsverenigingen Huisartsenzorg
 - Judith Veenendaal, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten
 - David Veenhof, Nederlandse Zorgautoriteit
 - Jolien in 't Veld, ZorgThuisNL
 - Marijke Verbeek, Ergotherapie Nederland
 - Marleen Versteeg, Vilans
 - Dominique Vijverberg, AwkwaGGZ
 - Lydia Vunderink, Zorgverzekeraars Nederland
 - Dorothee Wassink, Ergotherapie Nederland
 - Mona Wets, Zorginstituut Nederland



programma@passendezorg.nl
passendezorg.nl

Zorgmarkten

Zorgmarkten is een bureau voor consultancy en interim-management op het gebied van organisatie, regulering en financiering van de zorg. Zorgmarkten heeft ruime ervaring met de uitvoering van complexe onderzoeken en het maken van adviezen op financieel-economisch en op organisatorisch vlak. De kracht van Zorgmarkten is het verbinden van partijen en het zorgen voor een gedragen resultaat, waarbij partijen zelf ook verantwoordelijk nemen. In de afgelopen 10 jaar heeft Zorgmarkten diverse programma's binnen de zorg geleid, meestal in opdracht van de overheid en/of brancheorganisaties. Wij helpen partijen in die programma's op een heldere en efficiënte manier bij (strategische) besluitvormingsprocessen, ook in bestuurlijk of politiek gevoelige omstandigheden. Deze programma's en de projecten daarin hebben vaak een publiek karakter en richten zich op het verbeteren van de kwaliteit en/of organisatie van zorg.

Website: zorgmarkten.nl
E-mail: info@zorgmarkten.nl

Vormgeving: [Taluut](#)