passende zorg

Samen cyclisch werken aan Passende zorg

Verkenning naar de bredere toepassing van de Cyclus van Gepast Gebruik

November 2025

ZORGMARKTEN in opdracht van ZonMw

Inhoud

Voorwoord pag 3

Managementsamenvatting pag 4

pag 10 / pag 59

pag 60 / pag 92

pag 93 / pag 121

pag 122 / pag 153

Stand van zaken paramedische zorg en wijkverpleging pag 154 / pag 158

Voorwoord

In het Integraal Zorgakkoord spraken partijen af de Cyclus van Gepast Gebruik (CvGG) te hanteren als continue monitor voor het concretiseren van Passende Zorg. De CvGG wordt volgens het IZA toegepast in alle sectoren die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen vallen. Op de thematafel Passende Zorg hebben de IZA-partijen afgesproken een plan van aanpak voor het uitrollen van de CvGG buiten de medisch specialistische zorg op te stellen. VWS heeft aan ZonMw gevraagd om de behoeften, benodigdheden en mogelijkheden voor het toepassen van de CvGG per sector inzichtelijk te maken. ZonMw heeft het bureau Zorgmarkten gevraagd een verkenning uit te voeren onder in eerste instantie vijf zorgsectoren:

- Huisartsenzorg
- ggz
- Geboortezorg
- Paramedische zorg
- Wijkverpleging

In de maanden november 2024 tot en met april 2025 verkende Zorgmarkten met de sectoren de mogelijkheden en de benodigdheden voor het toepassen van de CvGG.
Het resultaat van deze verkenning is opgenomen in dit rapport.
In de maanden mei 2025 tot en met oktober 2025 stelde Zorgmarkten na consultatie van de sectoren een voorstel op voor plannen van aanpak voor de huisartsenzorg, ggz en geboortezorg. Elk plan grijpt terug op de verkenning, en vermeldt hoe de bevindingen uit de verkenning zijn meegenomen in het plan van aanpak. De plannen zijn niet bestuurlijk vastgesteld, maar vormen een basis waarmee de sectoren vorm kunnen geven aan het samenwerken volgens de CvGG. De drie plannen zijn daarom in dit document opgenomen als drie afzonderlijk leesbare documenten, zodat de sectoren ieder met hun eigen opzet verder kunnen.

Na overleg met de sectoren paramedische zorg en wijkverpleging constateerde Zorgmarkten dat voor deze sectoren de invoering van de CvGG op dit moment niet via een sectorale aanpak mogelijk is. De redenen hiervoor staan in het laatste hoofdstuk van dit document.

Managementsamenvatting

Inleiding

In het IZA spraken partijen af om werk te maken van Passende zorg. Dat is zorg die waardegedreven is, samen met en rond de patiënt tot stand komt, op de juiste plek wordt geleverd en die zich richt zich op gezondheid en niet alleen op ziekte.
Deze ambitie vraagt om een fundamentele omslag in denken én doen. De Cyclus van Gepast Gebruik (CvGG) biedt daarvoor een concreet instrument. Deze cyclus ondersteunt een systematische manier van werken waarin uitkomsten van onderzoek worden benut voor leren en verbeteren, praktijkvariatie bespreekbaar wordt gemaakt, en professionals en patiënten samen bepalen wat passende zorg is.

In dit rapport is verkend of en hoe de CvGG kan worden toegepast binnen vijf sectoren: ggz, huisartsenzorg, wijkverpleging, paramedische zorg en geboortezorg. De verkenning geeft antwoord op de vraag of en hoe de CvGG kan bijdragen aan het realiseren van Passende zorg, en welke voorwaarden nodig zijn om dit binnen verschillende sectoren te laten werken.

Verkenning

We interviewden ruim 80 mensen over de toepasbaarheid van de CvGG in hun sector. Zij waardeerden de mogelijkheid om input te geven en de meesten gaven aan bereid te zijn om met Gepast Gebruik aan de slag te gaan. Sommige sectoren kunnen volgens onze verkenning direct starten. In andere sectoren moeten eerst inspanningen worden geleverd om alle partijen op één lijn te krijgen.

Sectoren zijn bereid om ook de ‘grote thema’s’ te betrekken, zoals de verdeling van zorg en ondersteuning over de domeinen, overbehandeling, onnodige mediaclisering, het voorkómen van zorg en het bepalen van grenzen aan behandelen.

Ze 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. Dat betekent dat soms ook partijen buiten het eigen domein moeten worden betrokken Partijen vinden onderzoek naar effectiviteit weinig zinvol zonder deze bredere vragen mee te nemen.
Patiëntenvertegenwoordigers steunen Gepast Gebruik omdat niet-passende zorg schadelijk kan zijn en kosten verhoogt.

Een gemeenschappelijk en werkbaar begrippenkader is volgens alle gesprekspartners essentieel, net als een goede balans tussen methodologische, praktijk- en ervaringskennis. Belangrijk is dat het begrippenkader aansluit bij sectorale uitgangspunten: in de huisartsenzorg is dat de continue relatie met de patiënt, in paramedische zorg en wijkverpleging het betrekken van de context van de persoon. Alle sectoren benadrukken hun eigenheid en het belang van sectorale toepassing van de cyclus, maar zien ook dat zij onderling afhankelijk zijn en dat onderlinge afstemming noodzakelijk is. Gepast Gebruik moet daarom volgens hen niet alleen gaan over de effectiviteit van handelingen, maar ook over stepped care, versterking van de positie van de zorgvrager, preventie en domeinoverstijgende samenwerking.

Partijen vinden ook duidelijke afspraken over opvolging van onderzoeksresultaten belangrijk, zoals die in het programma ZE&GG gebeurt. Ze ondersteunen de methodische opzet van de CvGG, mits er oog blijft voor de context van de zorgvrager. Onderzoek moet verder kijken dan technisch handelen: beschikt de patiënt over goede informatie, wie kan zorg het efficiëntst leveren, en zijn andere domeinen nodig voor duurzame resultaten?

Volgens de sectoren moet meer aandacht worden besteed aan implementatie van bestaande kennis, omdat veel onderzoeksresultaten de praktijk nog niet bereiken.

Managementsamenvatting

Wij concluderen dat de cyclus voldoende aanknopingspunten biedt voor bredere toepassing. Wel moeten belemmeringen worden aangepakt, zoals niet-passende bekostiging, verkeerde prikkels, ontbrekende infrastructuur en onvoldoende ingebed EBM-gedachtegoed.

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.

De huisartsenzorg, ggz en geboortezorg hebben 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. Binnen de wijkverpleging zijn er bij bepaalde partijen nog twijfels bij de CvGG.

Algemene aandachtspunten

De verkenning laat zien dat de CvGG een krachtig raamwerk biedt om passende zorg structureel te bevorderen, mits deze goed wordt ingebed in de bestaande kennisinfrastructuur van de sectoren en de samenwerking rondom passende zorg ook echt wordt georganiseerd. In de verkenning geven wij inzicht in de behoeften, benodigdheden en mogelijkheden voor het toepassen van de werkwijze van de CvGG per sector. De volgende bevindingen komen in meerdere sectoren terug.

1. **De CvGG biedt een herkenbaar kader.**
   De cyclus sluit aan bij bestaande initiatieven als lerende netwerken, richtlijnontwikkeling en kwaliteitsregistraties. Ze maakt zichtbaar wat al gebeurt, en ordent dit in een systematisch geheel. Het is een werkwijze om de beweging naar passende zorg te intensiveren.
2. **Bekendheid en toepassing zijn ongelijk verdeeld over sectoren.**
   In sommige sectoren is het EBM-gedachtegoed en de systematiek achter de CvGG al ingebed. In andere sectoren staat dit nog in de kinderschoenen. Het tempo waarmee stappen gezet kunnen worden zal dus per sector verschillen.
3. **Datagebruik is randvoorwaardelijk maar vaak beperkt.**
   Betrouwbare, actuele en vergelijkbare data zijn onmisbaar voor het onderzoek naar en gesprek over gepast gebruik. Veel sectoren beschikken over deelregistraties, maar samenhang ontbreekt. Er wordt nog onvoldoende gewerkt met feedbackloops en er is nog geen cultuur van datagedreven leren.
4. **Praktijkvariatie wordt nog beperkt benut als leerinstrument.**
   Variatie in handelen is soms wel zichtbaar, maar niet structureel onderwerp van gesprek. De CvGG biedt een middel om variatie te duiden en te vertalen naar verbeteracties.

Managementsamenvatting

5. **Samenwerking tussen beroepsgroepen en domeinen is cruciaal.**
   Gepast gebruik stopt niet bij de grens van de sector. Juist de overgang tussen domeinen, bijvoorbeeld tussen huisartsenzorg en ggz of tussen ggz en sociaal domein, biedt kansen om passende zorg te bevorderen.
6. **Bekostiging en prikkels beïnvloeden passende zorg.**
   In meerdere sectoren wordt ervaren dat financiering nog te weinig gericht is op uitkomst en doelmatigheid, en te veel op productie en volume. Dit belemmert leren en verbeteren over organisatiegrenzen heen.
7. **Professionele cultuur bepaalt de uitvoerbaarheid.**
   De bereidheid om kritisch naar eigen handelen te kijken varieert per sector. Waar een cultuur van openheid en feedback bestaat, kan de CvGG snel effect hebben. Waar dit ontbreekt, is ondersteuning nodig.
8. **Cliënt- en patiëntenperspectief is nog onvoldoende verankerd.**
   Passende zorg vraagt om het expliciet betrekken van waarden en voorkeuren van cliënten en patiënten in de afweging wat gepast is. In de meeste sectoren gebeurt dit nog te weinig.
9. **Er is behoefte aan centrale regie en kennisdeling.**
   De beweging naar gepast gebruik versnelt als patiënten, beroepsverenigingen, zorgaanbieders, kennisinstituten en zorgverzekeraars gezamenlijk optrekken. Zonder afstemming en goede organisatie blijft versnippering bestaan.
10. **De CvGG biedt mogelijkheden (waar nodig) om sectoroverstijgend te werken aan passende zorg.**
    De cyclus is flexibel genoeg om in verschillende contexten toegepast te worden. Dit maakt de CvGG niet alleen een instrument, maar een verbindende strategie binnen het beleid voor passende zorg.

Vervolg

Uit de verkenning kwam als gezegd dat de meeste sectoren aan de slag willen en kunnen 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. Daarom hebben we voor de sectoren ggz, huisartsenzorg en geboortezorg een werkconferentie georganiseerd. Op basis van de informatie uit de verkenning en de uitkomsten van de werkconferenties zijn drie plannen van aanpak opgesteld. Deze plannen zijn nog niet bestuurlijk vastgesteld. Ze moeten worden gezien als een aanzet voor de sectoren om gezamenlijk te werken aan de invoering van de CvGG. In elk plan van aanpak heeft passende zorg ook een sectoreigen accent en geven we per stap in de CvGG aan waar de aandachtspunten en behoeften liggen. Met een werkagenda maakten we concreet welke stappen nodig zijn. En we schetsen hoe de organisatiestructuur eruit zou kunnen zien en welke middelen van onze inschatting hiervoor nodig zijn.

Plan van aanpak Passende ggz

Het Plan van aanpak Passende ggz beschrijft hoe de CvGG in de ggz wordt ingevoerd als onderdeel van de bredere beweging naar Passende zorg. De ggz ziet de CvGG als een samenbindende kapstok om andere initiatieven (zoals kwaliteitstransparantie en kwaliteitsregistraties) bij elkaar te brengen en om ook de grotere, structurele vraagstukken in de sector bespreekbaar te maken.
De ggz kampt met stijgende zorgvraag, wachtlijsten en een mismatch tussen zorgaanbod en zorgvraag. Ook wordt soms te lang doorbehandeld en is onvoldoende transparant welke zorg wordt toegepast en wat daarvan de uitkomsten zijn. Door de CvGG programmatisch in te voeren wil de sector toewerken naar toekomstbestendige, toegankelijke en aantoonbaar effectieve ggz.

Managementsamenvatting

De ggz is sterk versnipperd: van geïntegreerde instellingen met acute voorzieningen en ziekenhuizen met psychiatrische afdelingen tot kleine instellingen en vrijgevestigden. De sector kent 37 behandelende beroepen, waarvan 12 als regiebehandelaar actief kunnen zijn. Deze versnippering bemoeilijkt (de-)implementatie en gezamenlijke besluitvorming. Daarbij is patiëntinformatie gefragmenteerd, ontbreken uniforme definities en zijn er drempels voor complexe zorgverlening. Personeelskrapte, lange wachttijden en een groeiend beroep op samenhang met het sociaal domein en de huisartsenzorg zijn bepalende factoren.

Volgens de partijen is er nu momentum om keuzes te maken: welke zorg hoort wel en niet thuis in de ggz, hoe lang behandelen we, en welke stopcriteria gelden? De sector wil werken vanuit één verhaal, één governance en één gezamenlijke kennisagenda. Universiteiten en kernhoogleraren krijgen een intensievere rol in zorgevaluaties. Ook ervaringskennis moet structureel worden betrokken. Er is brede behoefte aan betere behandel- en uitkomstinformatie om professionals en patiënten te ondersteunen bij samen beslissen. Daarom moet werk gemaakt worden van een data-infrastructuur.

Het programma Passende ggz wordt in het plan van aanpak ingericht als een consortium van negen kernpartijen. Een stuurgroep stuurt het programma aan, ondersteund door een werkorganisatie. Het Zorginstituut is strategisch partner. Een hooglerarenraad adviseert inhoudelijk.

Plan van aanpak Passende Huisartsenzorg

Het Plan van aanpak Passende huisartsenzorg beschrijft hoe de CvGG wordt ingevoerd in de huisartsenzorg als onderdeel van de bredere beweging naar Passende zorg. De huisartsenzorg blijkt volgens de verkenning als sector zeer geschikt om met de CvGG te werken: er bestaat al een sterke traditie van richtlijnontwikkeling, kwaliteitsverbetering en samenwerking tussen wetenschap, praktijk en beroepsorganisaties. Ook zijn er in academische werkplaatsen al vele goede samenwerkingen tussen wetenschap en praktijk. De CvGG kan deze bestaande structuren versterken en gericht maken op systematisch leren, evalueren en (de-) implementeren.

De huisartsenzorg staat onder grote druk door vergrijzing, multimorbiditeit, personeelstekorten en stijgende zorgvraag. Tegelijkertijd wordt niet alle beschikbare kennis toegepast en is er soms sprake van zorg zonder meerwaarde. Passende zorg moet leiden tot doelmatigere inzet van middelen, betere gezondheid en behoud van toegankelijkheid. De CvGG biedt daarvoor een methodische basis: agenderen welke zorg moet worden onderzocht, evalueren wat werkt, implementeren wat effectief is en monitoren of dat gebeurt. Het doel van dit plan is een toekomstbestendige, toegankelijke en kwalitatief goede huisartsenzorg, waarin Passende zorg – met nadruk op gezondheid, nabijheid, samen beslissen en doelmatigheid – de norm is.

Passende zorg sluit logisch aan bij de kernwaarden van de huisartsenzorg (persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk) en de rol van de huisarts als eerste aanspreekpunt en poortwachter.

De sector is breed, divers en sterk afhankelijk van regionale samenwerking. De capaciteit staat onder druk en de bekostiging stimuleert Gepast gebruik nog onvoldoende. Veel bevindingen uit onderzoek bereiken de praktijk niet; implementatie en gedragsverandering zijn daarom noodzakelijke speerpunten. De beweging naar de regio, digitalisering, samenwerking met sociaal domein en nadruk op gezondheid (o.a. keuzehulpen, Thuisarts.nl) vormen een belangrijke context voor de invoering van de CvGG.

Managementsamenvatting

Het programma Passende huisartsenzorg wordt volgens het plan van aanpak ingericht als een consortium van vijf kernpartijen. Een stuurgroep stuurt het programma aan, ondersteund door een werkorganisatie. Het Zorginstituut en het Universitair Netwerk Huisartsengeneeskunde (UNH) zijn strategisch partner.

Plan van aanpak Passende Geboortezorg

Het Plan van aanpak Passende geboortezorg beschrijft hoe de geboortezorgsector de CvGG gaat toepassen om Passende zorg te realiseren. De sector kent al een sterke traditie van samenwerking, dataregistratie en kwaliteitsverbetering, maar mist nog een programmatische, sectorbrede aanpak voor zorgevaluaties en implementatie. De CvGG biedt een structurele manier om dit te organiseren.

De geboortezorg onderscheidt zich door:
- Sterke regionale samenwerking via VSV's, integrale geboortezorgorganisaties en multidisciplinaire overleggen;
- Een rijke data-infrastructuur (Perined, DIG), maar nog beperkte toepassing voor zorgevaluaties;
- Visieverschillen over passende zorg, o.a. rond medicalisering en normaliseren van zwangerschap;
- Arbeidsmarktdruk in de verloskunde en kraamzorg;
- Steeds meer aandacht voor patiëntperspectief, inclusiviteit en zorg op maat;
- Noodzaak voor domeinoverstijgende samenwerking (o.a. sociaal domein, jeugdgezondheid).

Deze context vraagt om een gezamenlijk proces met gedeelde begrippen, gezamenlijke prioritering en afstemming tussen beroepsgroepen.

De geboortezorg staat tegelijk voor uitdagingen zoals een toename van (medische) handelingen, arbeidskrapte, bekostigingsknelpunten en onvoldoende benutting van bestaande data. Ook zijn er duidelijke verschillen in visie op wat Passende zorg is. De sector ervaart mede hierdoor ook druk op de samenwerking.

De CvGG biedt een manier om gezamenlijke vraagstukken te verbinden aan evidence-based en waardegedreven zorg, door systematisch te bepalen wat werkt, voor wie, wanneer, en tegen welke kosten. Het plan van aanpak beschrijft een gezamenlijke, programmatische aanpak waarmee de sector werkt aan toekomstbestendige geboortezorg die effectief, doelmatig, persoonsgericht en goed georganiseerd is. In de geboortezorg betekent dit dat zowel interventies (bijv. inleiden, diagnostiek) als organisatievraagstukken (bijv. samenwerking in VSV's, inzet kraamzorg, rol andere domeinen) onderwerp van evaluatie kunnen zijn.

De governance van de in het plan van aanpak voorgestelde programmatische samenwerking sluit aan bij de al bestaande Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg (LTIG), die fungeert als stuurgroep. De werkorganisatie geeft invulling en uitvoering aan het programma. En er zullen dwarsverbanden worden gelegd met de drie werktafels: kwaliteit, data en organisatie.

De geboortezorgsector is klaar om gezamenlijk te werken aan Passende zorg. De CvGG biedt een stevig, programmatisch kader om te bepalen welke zorg werkt, hoe die het best kan worden ingezet en hoe implementatie blijvend wordt geborgd. Het plan geeft sectorpartijen één gemeenschappelijk instrument om visieverschillen te overbruggen, samenwerking te versterken en zorg toekomstbestendig te organiseren.

Managementsamenvatting

Wijkverpleging en Paramedische zorg

De verkenning concludeert dat wijkverpleging op dit moment niet klaar is voor een sectorbreed CvGG-programma vanwege onvoldoende bestuurbaarheid van de sector, de lage contracteringsgraad, beperkte data-infrastructuur en het ontbreken van gestandaardiseerde uitkomstsets.

Vanwege het ontbreken van sectorbreed draagvlak en omdat randvoorwaarden onvoldoende op orde zijn, is nog geen plan van aanpak voor deze sector opgesteld. De invoering van de CvGG zou gefaseerd, regionaal of op onderdelen mogelijke wel kunnen worden ingezet. Dit zal eerst verder verkend moeten worden.

De sector is verder nu nog te veel in beweging voor een sectorbrede aanpak. Zo komt er een nieuwe bekostiging die onderscheid maakt tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg, waar de sector zich eerst op moet instellen. Het opstellen van een plan van aanpak voor de introductie van de CvGG lijkt al met al te vroeg te komen en zonder betrokkenheid van alle partijen zal implementatie van de uitkomsten niet gaan slagen.

In de paramedische zorg is de wil om het onderwerp op te pakken er zeker, maar de afzonderlijke disciplines en hun context zijn te verschillend voor een collectieve sectorale aanpak. Er worden veel knelpunten ervaren in het zorgstelsel en de randvoorwaarden. Het stelsel is niet ingericht op de gewenste integrale benadering. De paramedische zorg ziet wel kansen in een gezamenlijke aanpak van de randvoorwaarden.

Voor de korte termijn zien de disciplines in de paramedische zorg een betere aansluiting bij passende zorgtrajecten in andere domeinen als het meest haalbare doel. Verder wil elke discipline actief blijven met eigen zorgevaluaties en richtlijnontwikkeling. Daarin hebben de principes van passende zorg volgens de disciplines al een prominente plek en worden domeinen en disciplines met elkaar verbonden.

Conclusie

De CvGG biedt een gemeenschappelijke taal en structuur om passende zorg concreet te realiseren. De verkenning laat zien dat de cyclus breed toepasbaar is, mits enkele randvoorwaarden worden geborgd en er voldoende eigenheid is. Een belangrijke succesfactor is het organiseren van gezamenlijk eigenaarschap van deze beweging. De plannen van aanpak geven voor drie sectoren een belangrijke aanzet.

passende zorg

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

Inhoud

1. Inleiding en aanpak 12
1.1 Aanleiding 12
1.2 Cyclus van Gepast Gebruik 12
1.3 Opdracht 14
1.4 Opdrachtgever 14
1.5 Aanpak 15
1.6 Vervolg 15
1.7 Leeswijzer 16

2. Kaders verkenning 17
2.1 Gepast gebruik en passende zorg 17
2.2 Afspraken in het IZA 19
2.3 Cyclus van Gepast Gebruik 20
2.4 Begrippenkader 21
2.5 Relatie met richtlijnen 22

3. Toepasbaarheid Cyclus van Gepast Gebruik 23

4. Bevindingen per domein 26
4.1 Geneeskundige ggz 26
4.2 Huisartsenzorg 30
4.3 Wijkverpleging 33
4.4 Paramedische zorg 37
4.5 Geboortezorg 43

5. Conclusie 46
5.1 Beantwoording vraag 46
5.2 Vervolg 47

6. Reflectie en aanbevelingen 48

Bijlage A: Overzicht Zvw-sectoren 50
Bijlage B: Geïnterviewde partijen per domein 52
Bijlage C: Vragenlijst voor interviews 57
Bijlage D: Lijst met gesprekspartners 58

1. Inleiding en aanpak

1.1 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

1.2 Cyclus van Gepast Gebruik

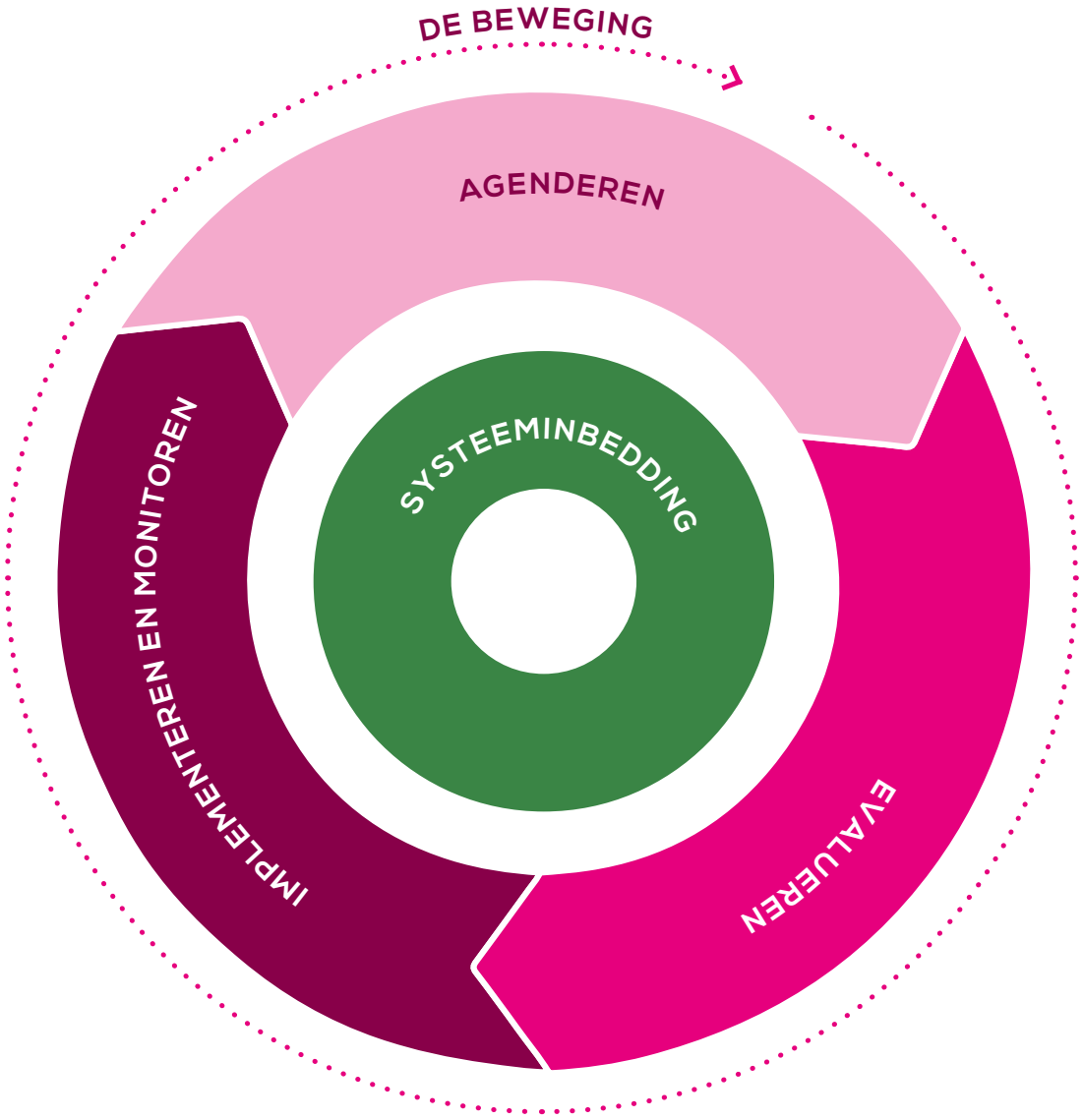
Heel kort gezegd betekent gepast gebruik dat je daadwerkelijk handelt naar de uitkomsten van onderzoek naar de effectiviteit van zorg (ook wel: ‘zorgevaluatie’).
Gepast gebruik gaat verder dan effectiviteit. Het gaat ook om het doelmatig inzetten van zorg. Dus ook over bijvoorbeeld kosten, arbeidsinzet 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 7). 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.

Inleiding en aanpak



Bron: Cyclus van Gepast Gebruik, Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG)

1.3 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 betreffende sectoren de CvGG kunnen gaan toegepassen.

1.4 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, reflecteert op (tussen)resultaten en is een sparringsparner voor Zorgmarkten op strategisch en tactisch niveau. De begeleidingsgroep bestaat uit:

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

1.5 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 zijn per sector de stakeholders weergegeven. De partijen met wie we in deze eerste fase gesproken hebben 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.

1.6 Vervolg

In deze verkenning geven wij inzicht in de behoeften, benodigdheden en mogelijkheden voor het toepassen van de werkwijze van de CvGG. Deze verkenning vormde de basis om met de sectoren in gesprek te gaan over een verdere concretisering in een plan van aanpak per sector. In conferenties per sector is op basis van dit rapport verder gesproken. De resultaten daarvan leest u verderop in dit rapport. Daarin wordt duidelijk 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.
In deze plannen wordt beschreven hoe de werkwijze volgens de CvGG kan worden toegepast in de praktijk. Deze plannen zijn miet bestuurlijk vastgesteld. Ze moeten worden gezien als een aanzet voor de sectoren om gezamelijk te werken aan de invoering van de CvGG. De volgende onderdelen zijn terug te vinden 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
- Patiëntenfedratie 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

1.7 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 hoofdstuk 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 vervolgproces (hoofdstuk 6).

2. Kaders verkenning

2.1 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 zorgdomeinen 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.

Kaders verkenning

Principe	Publieke norm
1. Passende zorg is waardegedreven	• 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 gezondheids-achterstanden.
2. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand	• 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	• 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.	• Passende zorg gaat niet alleen over biomedische aspecten van gezondheid, maar ook over andere levensterreinen. • Passende zorg is niet alleen een individueel zorgantwoord op gezondheids-vragen, maar verhoudt zich ook tot het collectief versterken van veerkracht en het voorkomen van gezondheidsvragen.

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

2.2 Afspraken in het IZA

In het IZA spraken partijen af om werk te maken van Passende zorg. Dat is zorg die waardegedreven is, samen met en rond de patiënt tot stand komt, op de juiste plek wordt geleverd en zich richt zich op gezondheid, niet alleen op ziekte. Het zijn begrippen die in de CvGG steeds weer terugkomen. De IZA-partijen verstaan er het volgende onder:

- **Waardegedreven zorg** is, kort gezegd: bewezen effectieve zorg die beantwoordt aan de behoefte van de patiënt en waarbij rekening wordt gehouden met de maatschappelijke context en het verantwoord omgaat met schaarse middelen. Dus niet alleen de klinische effectiviteit is relevant, maar ook de arbeidsinzet, duurzaamheid, kosteneffectiviteit en relevantie voor de patiënt.

- De **effectiviteit** wordt vastgesteld met bewijs: het moet gaan om zorg die volgens objectieve criteria voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. We beschouwen hierbij of de zorg aantoonbare meerwaarde oplevert voor de patiënt, dat wil zeggen, leidt tot relevante gezondheidswinst voor de patiënt. Dat kan herstel betekenen, maar bijvoorbeeld ook betere kwaliteit van leven. Vervolgens moet de zorg ook nog doelmatig zijn, dat wil zeggen een proportionele inzet van mensen, middelen en grondstoffen vragen.

- Dat de zorg **samen met en rond de patiënt** tot stand komt, betekent dat de besluitvorming niet enkel óver de patiënt gaat, maar plaatsvindt mét de patiënt.

- **Zorg op de juiste plek** betekent dichtbij, thuis of digitaal als dat kan en met efficiënte inzet van personeel en infrastructuur. Bij de toepassing van de CvGG zal het dus ook moeten gaan over de vraag wat de passende plek en wijze van levering is.

- Tenslotte zal volgens de afspraken in het IZA de focus vaker liggen op **gezondheid en niet alleen op ziekte**. Voor de toepassing van de CvGG is ook dit uitgangspunt relevant. De CvGG kan ook toegepast worden op interventies gericht op functioneren, welzijn en kwaliteit van leven.

Partijen willen Passende zorg bevorderen door de inzet van de CvGG met als opeenvolgende stappen: agenderen, evalueren, implementeren en monitoren. De CvGG benadrukt dat dit een cyclisch proces is. Toepassingen in de praktijk leiden weer tot nieuwe kennisvragen voor op de agenda. Deze stappen worden uitgevoerd binnen de kaders die de Zorgverzekeringswet stelt, de invulling daarvan door het Zorginstituut[2] en de afspraken die partijen in het IZA hebben gemaakt. Deze cyclus blijft in beweging door:

- Een samenhangende en consistente aanpak
- Een lerende houding bij alle partijen en een gelijkwaardige inbreng
- Veel ruimte voor de praktijk

2 Zie 'Pakketbeheer in de Praktijk 4: Pakketbeheer als solide basis voor passende zorg'.

2.3 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).

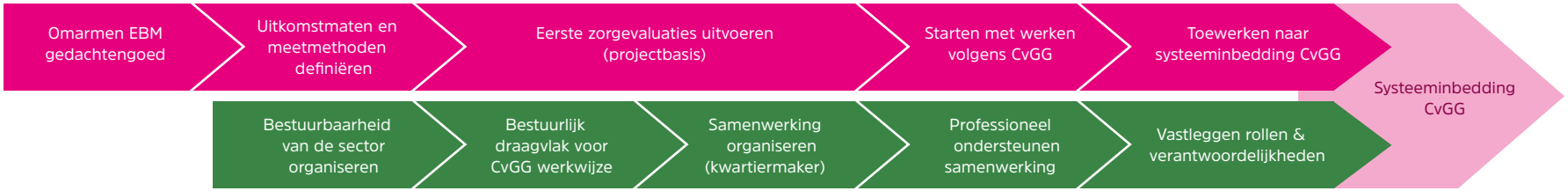
ZE&GG beschrijft het omarmen van het *Evidence-Based Medicine* (EBM) gedachtegoed als randvoorwaarde voor het werken met de CvGG: of iets wel of niet werkt voor een patiënt, toon je altijd mede aan door middel van onderzoek, niet op basis van enkel praktijkkennis en ervaringskennis.

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.

2.4 Begrippenkader

Het is belangrijk dat alle partijen die betrokken zijn bij de invoering van de CvGG hetzelfde verstaan onder de veelgebruikte begrippen. De partijen gaan uit van de volgende definities en omschrijvingen.

Passende zorg

Zorg die voldoet aan het Kader passende zorg. Dat wil zeggen, zorg die waardegedreven is, samen met en rond de patiënt tot stand komt, op de juiste plek en door de juiste persoon wordt geleverd en zich richt op gezondheid en kwaliteit van leven en niet alleen op ziekte.

Gepast gebruik

Zorg die bewezen voldoende effectief is en wordt geleverd aan patiënten die redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg gezien hun gezondheidssituatie. Gepast gebruik betekent handelen naar de uitkomsten van zorgevaluatieonderzoek.
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:

- het gaat om zorg, zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden, en
- de zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, dat wil zeggen bewezen voldoende effectief is, en
- 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.

Evidence-Based Medicine

Bij Evidence-Based Medicine (EBM) worden beslissingen over zorg gebaseerd op een integratie van een systemische synthese van het bewijs, de expertise van de behandelaar en de voorkeuren van de patiënt. Partijen zien EBM als randvoorwaarde voor toepassing van de CvGG. EBM betrekt praktijkgerichte en voor patiënten relevante inzichten en is gebaseerd op het combineren van wetenschappelijke kennis met praktijk- en ervaringskennis.

Evaluatieonderzoek

Evaluatieonderzoek is wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van zorg (diagnostiek, behandeling, interventies, nazorg en/of organisatie van zorg), als onvoldoende bekend is of deze bestaande zorg daadwerkelijk meerwaarde heeft voor patiënten. Bestaande zorg is zorg die op meerdere plekken in Nederland wordt toegepast (of bewust geconcentreerd is op een of enkele plekken) bij een substantieel deel van de in aanmerking komende patiënten.

Met evaluatieonderzoek stellen wij objectief vast wát werkt, voor wie en tegen welke kosten. Het is de basis voor beslissingen over Gepast gebruik en het verzekerde pakket. Evaluatieonderzoek leidt tot aanbevelingen die bijvoorbeeld verwerkt worden in richtlijnen of kwaliteitsstandaarden. Evaluatieonderzoek begint met goed geformuleerde, breed gedragen kennisvragen.

Effectiviteit

Effectiviteit is de mate waarin zorg doeltreffend is. Effectiviteit in het kader van Passende zorg gaat niet alleen over genezing of klachtenvermindering, maar ook over bijvoorbeeld kwaliteit van leven, werkhervatting of psychisch welbevinden.

Doelmatigheid

Doelmatigheid is effectiviteit van zorg waarbij ook de kosten en andere factoren (arbeidsinzet, duurzaamheid, wijze van organiseren) worden meegewogen. Doelmatigheid kan ook ónderdeel zijn van het begrip ‘effectiviteit’, omdat het bijna altijd gaat om relatieve effectiviteit: de waarde van de verschillende opties en de vergelijking ten opzichte van elkaar. Daarom wordt ook vaak gesproken over bijvoorbeeld kosteneffectiviteit.

2.5 Relatie met richtlijnen

Om te handelen naar de uitkomsten van evaluatieonderzoek is vaak gedragsverandering nodig. Richtlijnen en zorgstandaarden kunnen een belangrijk middel zijn om deze kennis gestructureerd in de praktijk te brengen. De uitkomsten van evaluatieonderzoek moeten (net als duidingen en standpunten van het Zorginstituut als pakketbeheerder) instromen in de richtlijnen en zorgstandaarden voor professionals. Die helpen professionals vervolgens keuzes te maken op basis van actuele evidence. Richtlijnen dragen zo bij aan systeeminbedding en het structureel inpassen van uitkomsten van evaluatieonderzoek in reguliere processen.

Zorgevaluaties helpen om richtlijnen en zorgstandaarden actueel te houden. Zorgevaluaties en richtlijnen/zorgstandaarden versterken elkaar dus wederzijds.
De ontwikkelcyclus van richtlijnen en zorgstandaarden is nu vaak lang. Via de CvGG kan de cyclus versneld worden, omdat vooraf afgesproken wordt dat uitkomsten van zorgevaluaties overgenomen worden.

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 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.

Toepasbaarheid

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 langtermijngevolgen 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 programmatisch 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 hypotheses 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?

Toepasbaarheid

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 uitkomtmaten 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 beslishulp 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

4.1 Geneeskundige ggz[3]

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 hooglerarenoverleg, 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.

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

Bevindingen per domein

Als belangrijke randvoorwaarde is genoemd dat er voldoende tijd en middelen beschikbaar moeten zijn voor ontwikkeling en implementatie. Een 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 Specialisten (Adviesrapport Zorgevaluatie, Van project naar proces, 2016) geven daarvoor handvatten.

Bevindingen per domein

passende zorg ggz

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
Ja (+) Deels (+/-) Nee (-)

Geneeskundige ggz

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 behandelaren om daaraan deel te nemen.
Ervaring met evaluatieonderzoek	+/-	Ja, er worden ook systematic 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 zorgvelening.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 zorgevaluaties.
Infrastructuur	+/-	Geen landelijk dekkende onderzoeksinfrastructuur, wel aandoeningsspecifieke landelijke netwerken.

Uitvoerbaarheid korte termijn	+/-

4.2 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 Huisartsgeneeskunde (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 eerstelijnszorg. De Regionale Huisartsenorganisaties (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

passende zorg
huisartsenzorg

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Huisartsenzorg

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

passende zorg
huisartsenzorg

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: partijnen 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	**+**

4.3 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 ontwik- keling 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 nodig aandacht. Ook niet alle randvoorwaarden zijn op orde. Er zijn eerst andere acties nodig, voordat een plan kan worden opgesteld.

Bevindingen per domein

passende zorg
wijkverpleging

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
Ja (+) Deels (+/-) Nee (-)

Wijkverpleging

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 kwalitieve 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 evaluatie-onderzoek.
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

passende zorg
wijkverpleging

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	-

4.4 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 behandeltijd, niet op samenwerken, 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.

Bevindingen per domein

passende zorg
paramedische zorg

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 kennisagenda 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 déze 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 aan pak 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 te concurreren. Er is op verschillende plekken meer vraag dan aan- bod, 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 ergoterapeuten 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 fysio-
therapeutische 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 geinvesteerd 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

passende zorg
paramedische zorg

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 domeien 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 paremedie, 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			
Is het pakket helder?	+/-	●	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.
	-	●	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

passende zorg
paramedische zorg

Bestuurbaarheid sector	+/-	
Organisatie(graad) professionals	+	Verschilt per paramedische discipline. Meerderheid professionals lid van beroeps-vereniging.
Organisatie(graad) zorgaanbieders	-	Beroepsvereniging is ook branchevereniging. De meeste partijen zijn lid van het Paramedisch Platform Nederland.
Organisatie(graad) patiënten/cliënten	+/-	Via de Patientenfederatie 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 specieke keurmerken, zoals keurmerk Fysiotherapie. Voor de meeste disciplines is er geen kwaliteitskeurmerk.
Relevante sturingselementen zorgverzekeraars	+	Diverse instrumenten beschikbaar, maar gefragementeerd 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	-

4.5 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

passende zorg
geboortezorg

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Geboortezorg

Gedeeld begrip van gepast gebruik/passende zorg	**-**		
Overeenstemming over invulling begrippen	-	●	Het is complex om tot overeenstemming te komen over een gemeenschappelijk begrippenkader en de vertaling daarvan naar de geboortezorg.
Omarmen van EBM-gedachtengoed	-	●	De gynaecologen participeren in ZE&GG en hebben daarmee het gedachtegoed 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 verschillende 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

passende zorg
geboortezorg

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 uitkomstensets 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

5.1 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 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.

5.2 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.

Visie	Urgentie	Plan	Middelen	Competenties	=	Verandering
	Urgentie	Plan	Middelen	Competenties	=	Verwarring
Visie		Plan	Middelen	Competenties	=	Weerstand
Visie	Urgentie		Middelen	Competenties	=	Chaos
Visie	Urgentie	Plan		Competenties	=	Frustratie
Visie	Urgentie	Plan	Middelen		=	Angst

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

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.

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 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 ronddraaien 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.

Bijlagen

- 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 (zorgbehoefte), het hulpmiddel geschikt is om de beperkingen en belemmeringen van de persoon in aanvaardbare mate te compenseren (adequaatheid) en het hulpmiddel niet onnodig duur is (doelmatigheid). 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 basisverzekering. 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 Geneesmiddelenvergoedingssysteem (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. Eerstelijnsverblijf 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 taalontwikkelingsstoornis. Deze zorg wordt vergoed uit de basisverzekering.

ggz - stakeholders

Vertegenwoordiger van patiënten	Vertegenwoordigers van zorgaanbieders	Vertegenwoordigers van professionals	Vertegenwoordiger van zorgverzekeraars	Overig
• **MIND**	• **De Nederlandse ggz** • **Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psycho-therapeuten (LVVP)** • **MeerGGZ** • Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, afdeling Zelfstandig Gevestigde Psychia-ters (ZGP) • Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) • Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	• **Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)** • **Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)** • **Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)** • Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA) • Nederlandse Vereniging van Pedagogen 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)	• **Zorgverzekeraars Nederland (ZN)**	• **Akwa GGZ** • Kernhoogleraren psychiatrie

Huisartsenzorg - stakeholders

Vertegenwoordiger van patiënten	Vertegenwoordigers van zorgaanbieders	Vertegenwoordiger van professionals	Vertegenwoordiger van zorgverzekeraars	Overig
• **Patiëntenfederatie Nederland**	• **Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)** • **InEen**	• **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	• **Zorgverzekeraars Nederland (ZN)**	• **Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde (UNH)** • **Samenwerkende beroepsverenigingen huisartsenzorg (SBHZ)** • **Trimbos-instituut** • **Nivel**

Wijkverpleging - stakeholders

Vertegenwoordiger van patiënten	Vertegenwoordigers van zorgaanbieders	Vertegenwoordiger van professionals	Vertegenwoordiger van zorgverzekeraars	Overig
• Patiëntenfederatie Nederland	• Actiz • Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) • ZorgThuisNL	• Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)	• Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	• Vilans

Paramedische zorg - stakeholders

Vertegenwoordiger van patiënten	Vertegenwoordigers van zorgaanbieders	Vertegenwoordigers van professionals	Vertegenwoordiger van zorgverzekeraars	Overig
• **Patiëntenfederatie Nederland**	• **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	• **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	• **Zorgverzekeraars Nederland (ZN)**	• Paramedisch Platform Nederland (PPN)

Geboortezorg - stakeholders

Vertegenwoordiger van patiënten	Vertegenwoordigers van zorgaanbieders	Vertegenwoordigers van professionals	Vertegenwoordiger van zorgverzekeraars	Overig
• **Patiëntenfederatie Nederland**	• **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)	• **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)	• **Zorgverzekeraars Nederland (ZN)**	• 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?

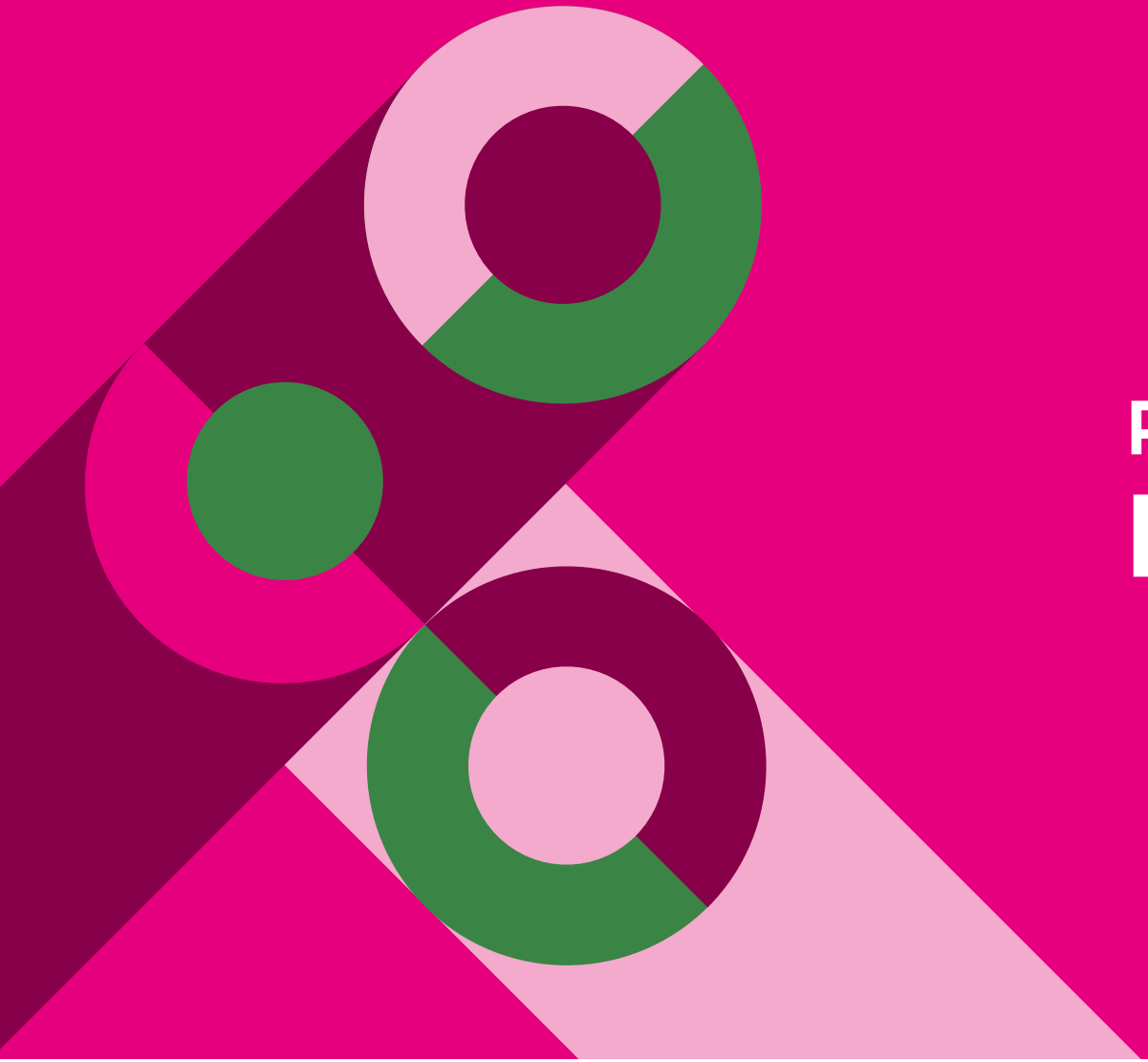
Lijst met gesprekspartners

- 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
- Dienke Bos, MIND
- Richard Boxem, De Nederlandse ggz
- Peter de Braal, Zorgverzekeraars Nederland
- Kirsten de Brouwer, Zorgevaluatie en Gepast Gebruik
- Stefan Constantinides, Samenwerkende Beroepsverenigingen Huisartsenzorg
- Linda Daniels, Patiëntenfederatie
- Floor van Dijk, De Nederlandse ggz
- Marjolein Dijns, Zorginstituut Nederland
- Chantal Dominicus, Bo Geboortezorg
- Emily Dopper, ZorgThuisNL
- Wilma van 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
- Sjoerd Repping, 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

passende zorg
ggz

Dit plan van aanpak moet nog bestuurlijk worden vastgesteld door de betrokken partijen. Het beschrijft concrete stappen die nodig zijn om de toepassing van de CvGG in de sector te realiseren. Details moeten door de sector worden uitgewerkt in een definitief plan.



Plan van aanpak
Passende ggz

ZORGMARKTEN in opdracht van ZonMw

Inhoud

- 1. Inleiding 62
- 2. Context 64
- 3. Betekenis 66
- 4. Werkwijze 68
- 5. Werkpakket en planning 73
- 6. Organisatie 80

- Bijlage 1: Relatie met verkenning 85
- Bijlage 2: Begroting 91

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Om Passende zorg voor iedereen die daarop is aangewezen toegankelijk te houden, moeten de schaarse publieke middelen effectief worden besteed en ingezet. 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. De IZA-partijen spraken af om deze werkwijze toe te gaan passen in alle zorgsectoren die Zvw-zorg leveren.

Op dit moment is er alleen in de medisch-specialistische zorg een programmatische aanpak voor het bevorderen van de toepassing van de CvGG, onder de naam Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG). De IZA-partijen hebben afgesproken ook plannen te maken voor andere sectoren.

Bureau Zorgmarkten heeft verkend wat de behoeften, benodigdheden en mogelijkheden voor het toepassen van de CvGG zijn in (onder meer) de (geneeskundige) ggz[1]. De resultaten van het onderzoek staan in de 'Verkenning naar de toepassing van de Cyclus van Gepast Gebruik in Zvw-sectoren'. Het implementeren van de CvGG in de ggz is volgens het onderzoek mogelijk. In september 2025 hebben de partijen in de ggz de resultaten va de verkenning en hun visie op de invoering van de CvGG besproken tijdens een werkconferentie.

De sector wil graag met de CvGG aan de slag. De gezamenlijke aanpak wordt gezien als een stimulans om (ook) het gesprek over de grotere vragen te voeren. Bijvoorbeeld over welke zorgvragen nu eigenlijk in de ggz thuishoren. Partijen willen toe naar 'één kapstok en één verhaal' waarin alle lopende initiatieven samenkomen. Dus bijvoorbeeld ook: het programma Kwaliteitstransparantie en de opdracht rond scenario's voor een kwaliteitsregistratiesysteem. Zij zien de CvGG dus als onderdeel van een bredere aanpak.

Volgens partijen moeten voor de invoering van de CvGG nog wel eerst een aantal zaken op orde worden gebracht. Er is bijvoorbeeld wel een onderzoekscultuur, maar niet in de hele sector. Er is nog geen brede sectorale kennisagenda en de data-infrastructuur moet worden uitgebouwd. In de meeste randvoorwaarden is terug te zien dat de sector versnipperd is. De meeste onderwerpen zijn op kleinere schaal op orde, maar nog niet landelijk.

Het document dat u nu leest, is het plan van aanpak voor de invoering van de CvGG in de ggz. Het is opgesteld door Zorgmarkten met consultatie van de veldpartijen die in het kader staan vermeld. Ook Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) is hierbij betrokken. Het rapport is nog niet bestuurlijk vastgesteld.

Het doel van de beweging naar Passende zorg en het cyclisch aan de slag gaan met Gepast gebruik is om de ggz toekomstbestendig en toegankelijk te maken en om de kwaliteit te waarborgen. Dat is nodig, want de ggz loopt vast. Er zijn lange wachtlijsten, maar er zijn ook veel hulpvragen die volgens partijen beter elders kunnen worden opgepakt. De beschikbare capaciteit wordt niet altijd ingezet voor mensen die de zorg het hardste nodig hebben en er wordt soms te lang doorbehandeld. Het is volgens partijen nu onvoldoende duidelijk welke behandelingen worden toegepast, waardoor het ook niet goed mogelijk is om te meten wat wel en niet effectief is.

1 Wij bedoelen hiermee de ggz die met deze term wordt aangeduid in het Besluit zorgverzekering. Hierna spreken we kortweg van 'ggz'.

1. Inleiding

1.2 Leeswijzer

In dit plan van aanpak beschrijven we hoe de ggz vorm kan geven aan de toepassing van de CvGG, als onderdeel van de bredere beweging naar Passende zorg. In hoofdstuk 2 schetsen we de achtergrond van dit plan: de aanleiding, de context en de actuele ontwikkelingen binnen de sector. Hoofdstuk 3 gaat in op de betekenis van Gepast gebruik en Passende zorg binnen de ggz, inclusief het gezamenlijke perspectief en het begrippenkader.

De invoering van de CvGG voor de ggz komt aan bod in hoofdstuk 4. Daarin beschrijven we onder meer hoe partijen gezamenlijk werken aan agenderen, evalueren, implementeren en monitoren. In hoofdstuk 5 hebben wij deze beoogde werkwijze vertaald naar een concreet werkpakket, inclusief planning. In hoofdstuk 6 staat de organisatie van het samenwerking centraal: hoe de governance is ingericht en wie welke rol speelt. In bijlage 1 leggen wij de relatie tussen de verkenning en het plan van aanpak. In bijlage 2 is een begroting opgenomen voor de uitvoering van dit plan.

2. Context

2.1 Sectorale ontwikkelingen

Voordat de sector aan de slag gaat met toepassing van de CvGG en met wat daarvoor nodig is, schetsen wij de context waarbinnen zij dat doen. Welke ontwikkelingen spelen er binnen de sector? Wat komt er op de sector af en welke plannen zijn daarvoor al gemaakt? De te verwachten ontwikkelingen in de ggz zijn beschreven in onder andere het al genoemde IZA, het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), 'Perspectief op een mentaal gezonder 2035'[2] en Visie op kwaliteit van zorg[3]. Verder zijn ook het sectorbrede programma 'Versterken kwaliteitstransparantie ggz' en de opdracht 'verkenning scenario's kwaliteitsregistratiesysteem' relevant.
De belangrijkste ontwikkelingen en trends zijn volgens die documenten:

1. Toenemende zorgvraag en schaarste van menskracht en middelen

De wachtlijsten in de ggz nemen toe, omdat de zorgvraag sneller groeit dan de behandelcapaciteit, onder meer door demografische ontwikkelingen (vergrijzing). In het AZWA hebben de partijen afgesproken dat er minder capaciteit moet naar lichte problematiek zodat er meer ruimte komt voor behandeling van complexere zorgvragen.

2. Transitie naar Passende zorg en meer samenwerking

In het IZA/AZWA is afgesproken dat mensen met psychische problematiek sneller op de juiste plek geholpen moeten worden. Die plek is steeds vaker buiten de ggz. Huisartsen, sociaal domein en ggz organiseren daarvoor hun samenwerking in regionale mentale gezondheidsnetwerken.

3. Zorg beweegt mee met de cliënt.

Zorg op maat van de persoon wordt steeds meer de norm. Het aanbod vanuit de verschillende domeinen moet beter worden afgestemd (netwerkzorg, consultatie), wordt ingezet als het werkelijk nodig is en niet 'een keer per week' (waakvlamzorg) en kan makkelijke worden op- of afgeschaald. Dat vraagt om flexibilisering van het aanbod.

4. Noodzaak tot systematische aanpak en preventie, in alle domeinen

Mentale gezondheid en signalering en preventie van problemen zijn niet van de ggz alleen. Alle domeinen moeten bijdragen om te voorkomen dat mentale gezondheidsproblemen ontstaan. Mentale gezondheid gaat ook om bestaanszekerheid, toegang tot werk en wonen. De ggz moet dus steeds vaker samenwerken met die andere domeinen.

5. Veranderende verhoudingen

De taakverdeling tussen de professionals en patiënt verandert door de toenemende inzet van ervaringsdeskundigen en informele zorgverleners. De digitalisering van zorg en AI-toepassingen zullen naar verwachting ook voor andere verhoudingen zorgen.

2 De Nederlandse ggz, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, MIND, Nederlands Instituut van Psychologen, 2024
3 Akwa GGZ, 2024

2.2 Context

De toepassing van de CvGG vindt plaats binnen een bepaalde context. Wij bespreken kort de belangrijkste contextuele factoren.

- De ggz wordt geleverd in een versnipperd veld. Aan de aanbodkant varieert dit van grote geïntegreerde instellingen met een systeemfunctie die ook crisiszorg bieden en opnamefaciliteiten hebben, tot vrijgevestigde praktijken waar één professional monodisciplinaire zorg verleent. Daarbinnen zijn weer verschillende settings te onderscheiden, zoals ambulant, klinisch en outreachend. Er is een grote, nog steeds toenemende verscheidenheid aan therapievormen. Dit samen maakt het voor verwijzers lastig om te bepalen waar iemand op de juiste plek is en voor alle betrokkenen om het hele veld te overzien. De versnippering beperkt het vermogen van de sector om te (de-)implementeren.

- Het aanbod wordt geleverd door veel verschillende beroepen, die onderling verschillen in organisatiegraad. Dat maakt het lastiger om draagvlak te organiseren. Er zijn in totaal 37 beroepen die diagnosticeren en/of behandelen in de ggz.[4] Hiervan kunnen 12 beroepen regiebehandelaar zijn.[5]

- Er zijn drempels voor het leveren van complexe zorg. Dit is terug te zien aan de wachtlijsten waar veel patiënten met complexe zorgvragen mee te maken hebben. Deze drempels kunnen de implementatie van passende zorg in de weg zitten.

- De behandelaar en patiënt bepalen samen de duur van de behandeling. Daardoor duurt de behandeling soms voort als de verzekerde behandeling van de stoornis eigenlijk al is afgerond.

- Mede door de lange wachttijden en de noodzaak om die aan te pakken, worden zelfhulp, laagdrempelige ondersteuning en samenwerking tussen domeinen steeds belangrijker. Er is steeds meer aandacht voor waar en hoe de zorgvraag het beste kan worden behandeld en dat is steeds vaker buiten de ggz.

De partijen vinden het daarom belangrijk dat er één gezamenlijk verhaal komt over de beweging naar Passende zorg en de invoering van de CvGG en dat er één duidelijke governance komt waar alle initiatieven onder komen. Zodat Passende zorg niet als een extra laag, maar als een samenbindende aanpak wordt ervaren.

4 Veldnorm beroepen in de ggz en fz
5 Landelijk kwaliteitsstatuut ggz 4.0

3. Betekenis

3.1 Perspectief

De partijen in de ggz zien in een gezamenlijk programma Passende ggz het volgende perspectief.

- Er is momentum om met elkaar te spreken over welke zorgvragen wel en niet thuishoren in de ggz en om daar knopen over door te hakken. Datzelfde geldt voor de duur van de behandeling en 'stopcriteria'.

- Met dit plan brengen we alle bestaande bewegingen zoveel als kan onder één governance. Dat zorgt voor een afgestemde ontwikkeling waar je niet omheen kunt. Van meet af aan moet er een duidelijk verhaal zijn dat zorgaanbieders, (toekomstige) professionals, onderzoekers, patiën- ten en burgers meeneemt in het doel van de gezamenlijke aanpak. Dat verhaal verbindt de bestaande programma's zoals het programma 'Versterken kwaliteitstransparantie', het onderzoek naar systemen voor kwaliteitsregistraties, Passende zorgpraktijken, de lerende netwerken et cetera.

- De beweging wordt ondersteund door een betere aansluiting van het pakketbeheer door het Zorginstituut. In het AZWA is afgesproken dat het Zorginstituut uiterlijk in 2026 de aanspraak op zorg aanscherpt.

- Om het onderzoek naar Passende zorg zinvol te laten zijn, moet ook transparanter worden welke behandelingen worden toegepast. Registraties gaan nu vooral over 'wie' en 'hoe lang' en niet over 'wat'. Verder moet er volgens hen ruimte zijn voor het betrekken van ervaringskennis en practice based werken.

- In de ggz-behandeling is het lineaire oorzaak-gevolg denken niet toereikend. Daarom zal naast de gebruikelijke methodieken voor evaluatieonderzoek bijvoorbeeld ook actieonderzoek kunnen worden ingezet, waarbij handelen en leren gelijk opgaan. Bij de uitwerking van het plan kijken we ook naar passende diagnostiek en passende inzet van professionals. Bij de inzet van middelen houden we rekening met (beperking van) ziektelast.

- Gepast gebruik van ggz kan niet worden bevorderd zonder samenwerking met andere domeinen. Als een behoefte aan ondersteuning buiten de ggz niet wordt opgepakt, leidt dat tot instroom in de ggz.

- Universiteiten en hun kernhoogleraren moeten actief bijdragen aan zorgevaluaties. De wetenschap krijgt daardoor een nauwere betrokkenheid bij de landelijke beleidsagenda's.

- Er is een sterke informatiebehoefte bij alle partijen. Op dit moment is er te weinig informatie over de inhoud van behandelingen en over uitkomsten. Om de beweging naar Passende zorg in te zetten moet dit inzicht verbeteren. Als data over de uitkomsten van behandelingen beschikbaar komen, wordt het leren en verbeteren 'praktijk' voor beroepsgroep. Ook voor 'Samen Beslissen' moeten deze data beschikbaar zijn, om de effecten van verschillende behandelopties naast elkaar te kunnen zetten.

3.2 Relatie met richtlijnen

In de ggz vinden de richtlijnen en zorgstandaarden in beperkte mate de praktijk. Dat heeft zowel te maken met de inrichting van de richtlijnen zelf als met de context. Kijken we naar de inrichting, dan zien we dat richtlijnen vaak klachtgericht zijn en dat de professional voor het niet klachtgerichte deel (betrokkenheid van naasten, zingeving, herstelondersteuning) weer andere richtlijnen moet raadplegen. Verder de richtlijnen doorgaans niet normerend als het gaat om bijvoorbeeld het aantal behandelingen. Kijken we naar de context waarin de richtlijn moet worden uitgevoerd, dan zien we dat het veld versnipperd is en dat er soms een perceptie heerst dat uitvoering niet haalbaar is door personeelskrapte.

Het moet duidelijk worden dat het werken volgens de richtlijnen en zorgstandaarden juist doelmatigheid bevordert. Er moet daarom veel aandacht zijn voor zowel de ‘integraliteit’ van richtlijnen als voor gedragsverandering. Het programma Passende ggz zal methoden moeten inzetten om gedrag van zowel zorgverleners als patiënten te beïnvloeden. De al genoemde koppeling aan pakketbeheer zal ook bijdragen aan een betere toepassing van richtlijnen. Richtlijnen en kwaliteitsstandaarden vormen dus de brug tussen kennis en beleid (CvGG) en financiering (pakketbeheer). Door die driehoek goed te organiseren, maken we Passende zorg in de ggz concreet en uitvoerbaar.

4. Werkwijze

4.1 CvGG

De CvGG kan de motor worden achter Passende ggz. Het veld heeft behoefte aan een duidelijke governance die de ontwikkelingen in het veld verbindt. Passende zorg moet geen extra laag worden, maar een samenbindende kapstok.

Aandachtspunten bij het toepassen van de CvGG zijn:

- Een goede verbinding met bestaande initiatieven
- Het ook betrekken van ervaringskennis en praktijkkennis
- Een gezamenlijke kennisagenda
- Een operationele data-infrastructuur voor aanlevering, analyse en presentatie, met uniforme definities
- Het verbinden van decentrale onderzoeksinfrastructuren en aandoeningsspecifieke kennisnetwerken
- Het betrekken van andere domeinen

Bij elk van de stappen in de CvGG zijn er voor de ggz inrichtings- en organisatievragen. Die worden hieronder toegelicht. De aandachtspunten hierboven en de punten bij de verschillende stappen komen terug in het werkpakket (hoofdstuk 5).

We vinden het belangrijk om ook te kijken naar wat er al is. Veel onderzoeksresultaten hebben de praktijk nog niet bereikt. Voor die resultaten hoeft het eerste deel van de cirkel niet opnieuw doorlopen te worden. Het startpunt is dan de (de-)implementatie.

4.2 Agenderen

Agenderen is de eerste stap in de CvGG. Dit kan in de ggz zowel gaan over de grotere organisatorische vragen als over vragen over (relatieve) effectiviteit en die prioriteren. Volgens de handreiking van het programma ZE&GG is het belangrijk om met name die laatste 'SMART' te formuleren. Een scherpe probleemstelling is noodzakelijk om onderscheid te maken tussen echte kennisvragen en andere vraagstukken (zoals implementatie- of bekostigingsproblemen), zodat zorgevaluatie wordt ingezet waar dat zinvol is. Kennisvragen moeten maatschappelijke en praktijkrelevante impact hebben op gezondheid, kosten, arbeidsinzet en/of duurzaamheid. Het adviesrapport Doorontwikkeling Kennisagenda's van FMS bevat ook aanbevelingen rond het agenderen.

De procedure voor het opstellen van een gezamenlijke kennisagenda voor de ggz moet nog worden vastgesteld, waarbij aandacht moet zijn voor scope, verschillende perspectieven, impact, haalbaarheid en input van de andere lopende programma's en initiatieven.

De organisatorische en de kennisvragen worden in co-creatie met alle relevante partijen (en in ieder geval patiënten) uitgewerkt. Zo bereiken we gezamenlijk eigenaarschap, een betere aansluiting bij de praktijk en meer draagvlak voor implementatie. Om vooringenomenheid (bias) en discussies achteraf te voorkomen zorgen de partijen, conform de adviezen van ZE&GG, voor objectieve methodologische begeleiding.

De agenda, de (kennis)vragen en eventuele onderzoeksvoorstellen vragen om bestuurlijke vaststelling, zodat er zoveel mogelijk zekerheid is over:

- de feitelijke uitvoering van het onderzoek
- de opname van resultaten in veldnormen, veldafspraken en richtlijnen als daar aanleiding voor is en het past binnen de kaders voor richtlijnen
- de implementatie van resultaten
- in geval van pakketbeheer: bruikbare resultaten om een uitspraak te doen over de pakketwaardigheid.

Door op deze wijze te agenderen zorgen we voor zorgvuldig, gezamenlijk en systematisch vaststellen wáár evaluatie nodig is, met een breed gedragen, goed onderbouwde en praktijkgerichte kennisvraag als resultaat. Het grote aantal aanbieders en beroepen in de ggz zal dit een uitdaging maken. Partijen onderkennen echter de noodzaak, want het is de basis voor succes in de volgende stappen van de CvGG: evalueren, (de-)implementeren en monitoren.

Het beschreven proces laat onverlet dat het Zorginstituut ook zelf onderwerpen kan agenderen of uitkomsten van zorgevaluaties kan duiden.

4.3 Evalueren

In de fase van evalueren gaan we onderzoek uitvoeren naar effectiviteit van zorg in de breedste zin van het woord. Dat kan gaan over diagnostiek, behandelingen of interventies, over organisatievormen of samenwerkingen of over (doorverwijzing naar of vanuit) andere zorgaanbieders of domeinen.

Voor onderzoek is een goede samenwerking met de wetenschap essentieel. Dit is als gezegd een aandachtspunt. De wetenschap moet een prominentere plek krijgen en nadrukkelijk betrokken zijn bij de beweging naar Passende zorg. Dat geldt ook voor de opleidingen.

Er is een sterke informatiebehoefte bij alle partijen. Op dit moment is er te weinig informatie over de inhoud van behandelingen en over uitkomsten. Er zal een plan moeten komen dat aangrijpingspunten voor onderzoek in kaart brengt en formuleert. Er moet een samenhang zijn met de aanpak van kwaliteitsregistraties.

Evalueren neemt doorgaans veel tijd en capaciteit in beslag en vraagt om de juiste kennisbronnen. Methodologische ondersteuning, formats en andere hulpmiddelen kunnen onderzoekers, zorgprofessionals en ervaringsdeskundigen ontlasten in de uitvoering. Partijen willen deze (objectieve) ondersteuning vanuit dit programma gaan vormgeven.

Een belangrijk aandachtspunt in de verkenning naar de toepassing van de CvGG in de ggz is de werving en het includeren van patiënten die aan een onderzoek deelnemen. De versnippering en de diversiteit in de sector zijn een aandachtspunt.
Er zijn goede regionale voorbeelden van evaluatieonderzoek – bijvoorbeeld bij TOPggz instellingen, ggz-kerninstellingen, UMC's, academische werkplaatsen en Tranzo – die mogelijk opgeschaald kunnen worden.

Wij willen de zorgevaluaties breed aanpakken met de ggz als scope, maar staan tegelijk open voor samenwerking met andere domeinen in de Zvw zoals de ziekenhuiszorg en de huisartsenzorg. Dat geldt ook voor samenwerkingen met andere domeinen buiten de Zvw zoals de ouderzorg of het sociaal domein. Een van onze eerste stappen zal daarom zijn om de scope van de zorgevaluaties te bepalen.

Binnen ZE&GG is een 'Veldnorm toetsing en kwaliteitsborging WMO-plichtige zorgevaluaties' opgesteld, waardoor de juridische en ethische toetsing proportioneel gebeurt en administratieve lasten zoveel als mogelijk worden beperkt. Deze veldnorm helpt om zorgevaluaties sneller te kunnen starten en eenvoudiger uit te voeren, zonder in te boeten op kwaliteit. De ggz kan mogelijk gebruik maken van deze al ontwikkelde veldnorm.

Om zorgevaluaties in beeld te brengen heeft ZE&GG een Inclusiemonitor ontwikkeld. Deze maakt inzichtelijk welke zorgevaluaties er lopen en welke aanbieders er aan deze studies mee doen. Verder maakt deze monitor inzichtelijk hoeveel patiënten er deelnemen (inclusies) en hoe het verloop van het aantal deelnemende patiënten over de tijd is. Een dergelijk inzicht is ook wenselijk voor de lopende en toekomstige evaluaties (en eventueel vergelijkbare initiatieven, zoals kwaliteitsregistraties) van de ggz.

4.4 Implementeren en monitoren

Implementeren betekent Passende zorg in de praktijk brengen en de beschikbare en ontwikkelde kennis daadwerkelijk benutten. De uitkomsten van evaluaties vormen een belangrijke basis voor de implementatie. Daaronder verstaan wij ook de-implementatie: ophouden dingen te doen waarvan we weten dat ze onvoldoende werken.

De eerste stap is het maken van afspraken over hoe we omgaan met de uitkomsten van evaluaties. Daarna volgen nog duiding als die nodig is (is deze vorm van zorg verzekerd?) en de vertaling naar richtlijnen en zorgstandaarden.
Voor implementatie is bijna altijd gedragsverandering nodig. En voor gedragsverandering is het belangrijk dat betrokkenen (zorgaanbieders, patiënten) het nut van de kennis ervaren. Over kennisbenutting moet op alle niveaus het gesprek worden gevoerd. Waarom doen we dingen niet, terwijl we weten dat het beter is het wel te doen? Of waarom blijven we dingen doen, waarvan we weten dat ze niet werken?

Binnen de ggz is er veel bestaande kennis over Passende zorg die nog onvoldoende is geïmplementeerd. Daarom zal ook een implementatie-agenda worden opgesteld met onderwerpen die nog moeten landen in de praktijk. Dit is een dynamische agenda die cyclisch wordt aangepast om daarin zowel bestaande als nieuwe kennis uit evaluaties, implementaties en monitoring mee te kunnen nemen.

Implementatie begint met intrinsieke motivatie. In de Verkenning naar de toepassing van de CvGG is al geconstateerd dat implementatie heel goed moet aansluiten bij de beleving en de taken van de zorgprofessionals en patiënten. Een kenniskaart of beslishulp kan effectiever zijn dan een lang en ingewikkeld verhaal. Bepaalde kennis die al in richtlijnen is verwerkt, wordt vaak niet toegepast, juist door het ontbreken van dat soort praktisch bruikbare hulpmiddelen of omdat professionals het belang niet kennen of het nut niet ervaren. De vorm waarin resultaten bekend worden gemaakt is dus zeker een aandachtspunt bij de implementatie van de CvGG. Een belangrijke vraag is (dus) hoe je alle betrokken professionals en patiënten op een goede manier bereikt. Dat vraagt om gedegen onderzoek naar de implementatie van Passende ggz en het leren van experimenteren in de praktijk. In grote instellingen zijn daar vaak kwaliteitsfunctionarissen voor of andere aanspreekpunten voor onderzoek naar en implementatie van Passende zorg. Maar de organisatie van kleinere instellingen of vrijgevestigden is anders en vraagt om een eigen en passende benadering. Een communicatiestrategie rond de implementatie is noodzakelijk, waarbij rekening gehouden moet worden met de principes van samen beslissen.

Via contractering kan de zorgverzekeraar de implementatie van Passende zorg faciliteren en stimuleren. De uitkomsten van evaluatieonderzoek geven zorgverzekeraars hiervoor nieuwe handvatten. De relatie met de contractering zal zich in de komende jaren moeten uitkristalliseren.

Implementeren en monitoren gaan hand in hand. Monitoren is essentieel om te volgen in hoeverre Passende zorg daadwerkelijk in de praktijk wordt geïmplementeerd. Het helpt inzichtelijk te maken welke zorgaanbieders succesvol zijn in de implementatie en waar succesvolle implementatie nog ontbreekt. Ook stimuleert monitoren het gesprek tussen zorgprofessionals. Net als de afspraken over het omgaan met uitkomsten van evaluaties, worden ook de afspraken over monitoring ‘aan de voorkant’ gemaakt.

Monitoren van implementatie kan op een laagdrempelige kwalitatieve manier, bijvoorbeeld door het onderwerp mee te nemen in kwaliteits-visitaties en door het organiseren van platforms waar professionals ervaringen kunnen delen of door gerichte uitvragen. Het kan ook op een kwantitatieve manier. Daarvoor is het nodig elementen vast te stellen, op basis waarvan gemonitord kan worden. Deze elementen kunnen te maken hebben met de inhoud van de behandeling, maar bij voorkeur ook met het resultaat.

Het doel is een lerend systeem dat Passende zorg duurzaam verankert in de ggz met oog voor administratieve lasten. Idealiter wordt voor het monitoren gebruikgemaakt van bestaande datasets (zoals declaratie-data). Als bestaande data ontoereikend zijn, en in de ggz is dit vaak zo, zal moeten worden onderzocht hoe dat komt, hoe dat kan worden opgelost en hoe de data-infrastructuur moet worden aangepast. De invoering van de Wet kwaliteitsregistraties zorg kan een impuls zijn voor de dataverzameling.

Monitoring levert ook spiegelinformatie op waarmee professionals zichzelf en hun organisatie kunnen vergelijken met andere professionals en organisaties. Spiegelinformatie leidt tot bewustwording en verbeteractiviteiten, en de intrinsieke motivatie voor verdere implementatie. Om spiegelinformatie effectief in te zetten is het volgens ZE&GG belangrijk dat er vertrouwen is in de manier waarop de spiegelinformatie tot stand komt. Alle betrokken partijen moeten vooraf overeenstemming hebben over het referentiekader voor spiegelinformatie. Dit is daarom een belangrijk aandachtspunt.

4.5 Systeeminbedding

Systeeminbedding betekent volgens ZE&GG dat het vanzelfsprekend is dat zorg wordt geëvalueerd en dat Passende zorg wordt toegepast. Het houdt in dat de werkwijze van de CvGG volledig verankerd is in het reguliere functioneren van het zorgstelsel en niet alle via losse projecten of tijdelijke initiatieven. Er moet dus een bepaalde ‘constante’ zijn in de infrastructuur. Alle betrokken partijen (zorgaanbieders, verzekeraars, patiëntenorganisaties, beroepsverenigingen) voelen zich verantwoordelijk en dragen structureel bij. Ze kunnen elkaar daar in de voorgestelde programmatische structuur op aanspreken.

Patiënten(organisaties) zijn in alle fasen van de CvGG betrokken, zodat we kennis en inzichten ontwikkelen die ertoe doen in de praktijk, in het dagelijks leven en de gezondheid van de patiënten.

Door uitkomsten van evaluaties expliciet te verbinden met pakketbeheer, ontstaat dwingender sturing op gepast gebruik en wordt verdringing door niet-passende zorg voorkomen.

Partijen willen een structuur inrichten die robuust genoeg is om een sector in beweging te krijgen. En heel belangrijk: cultuurverandering blijvend stimuleren. Bij voorkeur worden ook bestaande structuren aan de nieuwe structuur gekoppeld. Partijen willen er naartoe dat Passende zorg de norm is, en deelnemen aan evaluaties gebruikelijk. Implementatie moet vanzelfsprekend worden. Er is daarbij behoefte aan landelijke afspraken rond datatoegang en privacy, zodat monitoren en leren onderdeel worden van het systeem en niet afhankelijk zijn van losse initiatieven.

5. Werkpakket en planning

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Programma passende ggz operationeel.	jan 2026 - mei 2026	Plan van aanpak versie 1.0 bestuurlijk vastgesteld.	●				
		Governance voor samenwerkingsverband ingericht.	●				
		Professionele positionering van patiënten en andere stakeholders.	●				
		Overeenstemming over gezamenlijke acceptatie van resultaten van zorgevaluaties.	●				
		Koppeling gelegd met bestaande trajecten rondom kwaliteitstransparantie.	●				
		Consortiumovereenkomst voor gezamenlijke visie en aanpak ondertekend door de deelnemende partijen.	●				
		Financiering voor programmaperiode 2026-2030 geregeld.	●				
		Samenwerkingsafspraken met opleidingen, kernhoogleraren en regiebehandelaarberoepen vastgelegd.	●				
		Afspraken gemaakt over welke bestaande governance-structuren, te relateren aan passende ggz, kunnen opgaan in de nieuwe structuur.	●				
		Gezamenlijke lancering en publiciteit met centrale plek voor gedeelde visie.	●				

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Werkplan 2026-2030 vastgesteld door samenwerkingsverband.	jun 2026 - sept 2026	Inhoud plan van aanpak, werkpakket en uitkomst inrichting programma opgenomen in werkplan.	●				
		Completering van het gezamenlijke begrippenkader.	●				
		Detailbegroting en verantwoordelijkheden per organisatie vastgelegd.	●				

5. Werkpakket en planning

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Protocol werkwijze passende ggz vastgesteld.	jan 2026 - sept 2026	Format voor een PICO, toepasbaar voor de ggz ontwikkeld.		●			
		Lijst met gestandaardiseerde indicatoren beschikbaar.			●		
		CvGG-stappen agenderen, evalueren en implementeren & monitoren in praktische processtappen uitgewerkt.		●	●	●	
		Scope van (zorg)evaluaties bepaald en (waar nodig) afgestemd met andere sectoren.			●		
		Verkennen op welke manier zorgevaluaties voor de ggz het beste geïmplementeerd en gemonitord kunnen worden.				●	
		Landing van resultaten van zorgevaluaties uitgewerkt (richtlijnen, pakket, contractering, etc) , met aandacht voor de rollen van het Zorginstituut, zorgverzekeraars, wetenschappelijke verenigingen en AkwaGGZ.				●	●

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Communicatiefunctie ingericht.	jun 2026 - sept 2026	Vastgesteld communicatieplan voor de externe communicatie (zowel gedachtegoed als resultaten).	●		●	●	●
		Vastgesteld communicatieplan voor de interne communicatie van consortiumpartners om samenwerking te versterken en te zorgen voor synergie.	●	●	●		
		Platform voor het delen van ervaringen over passende zorg en werken met de CvGG gelanceerd.				●	●

5. Werkpakket en planning

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Gezamenlijke kennisagenda passende ggz vastgesteld.	jul 2026 - dec 2026	Procedure voor het vaststellen van een gezamenlijke kennisagenda bepaald.		●			
		Bestaande kennisagenda's geinventariseerd.		●			
		Kennishiaten door ophaalsessies in kaart gebracht.		●			
		Gezamenlijke kennisagenda geconsulteerd en vastgesteld.		●			

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Bestaande data-infrastructuur in kaart.	jul 2026 - dec 2026	Data-infrastructuur van de ggz en de bruikbaarheid voor evaluatie-onderzoek in kaart.			●	●	
		Eerste opzet Uniforme Data Definities beschikbaar, met aandacht voor eigenaarschap en transparantie.			●	●	
		Bestuurlijke afspraken over het delen van spiegelinformatie en transparantie van onderzoeksresultaten gemaakt.			●	●	

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Kennisbank passende ggz beschikbaar.	jul 2026 - dec 2026	Actuele richtlijnen en zorgstandaarden die gaan over passende zorg zijn geinventariseerd.		●	●	●	
		Overige kennisdocumentatie over passende zorg is in beeld.		●	●	●	
		Kennisbank passende ggz is gevuld en toegankelijk gemaakt.		●	●	●	●

5. Werkpakket en planning

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Ontwikkelagenda data-infrastructuur vastgesteld.	jan 2027 - maart 2027	Bestaande data en hiaten in de data-infrastructuur zijn in beeld.	●		●	●	
		Voor bestaande data is vastgesteld of deze bruikbaar is voor gestelde doelen en hoe deze data ontsloten kan worden.	●		●	●	
		Een ontwikkelagenda voor de komende jaren is vastgesteld. Daarin is ook zorgvraagtypering en behandelinformatie betrokken.	●		●	●	

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Klaar om vier pilots met zorgevaluatie uit te voeren.	jul 2026 - maart 2027	'Veldnorm toetsing en kwaliteitsborging WMO-plichtige zorgevaluaties' toepasbaar voor ggz of alternatief gekozen.			●		
		Toolkit beschikbaar met methodologieën en intrumenten voor evaluatie-onderzoek én materialen voor praktijken en patienten die (potentieel) deelnemen.			●		
		De activiteiten van de landelijke samenwerking en de processen en infrastructuur van regionale of lokale initiatieven zijn op elkaar uitgelijnd.		●	●	●	
		Mogelijke onderwerpen geselecteerd voor pilots evaluatie-onderzoek.		●	●		
		Onderzoeksvoorstellen geschreven (in co-creatie) en onderzoeksgroepen geformeerd.			●		

5. Werkpakket en planning

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Gezamenlijke implementatieagenda passende ggz vastgesteld.	okt 2026 - maart 2027	Procedure voor het vaststellen van een gezamenlijke implementatie-agenda bepaald.				●	
		Inventarisatie van bestaande (afgeronde) zorgevaluaties en status van implementatie.				●	
		Gezamenlijke implementatie-agenda geconsulteerd en vastgesteld.				●	

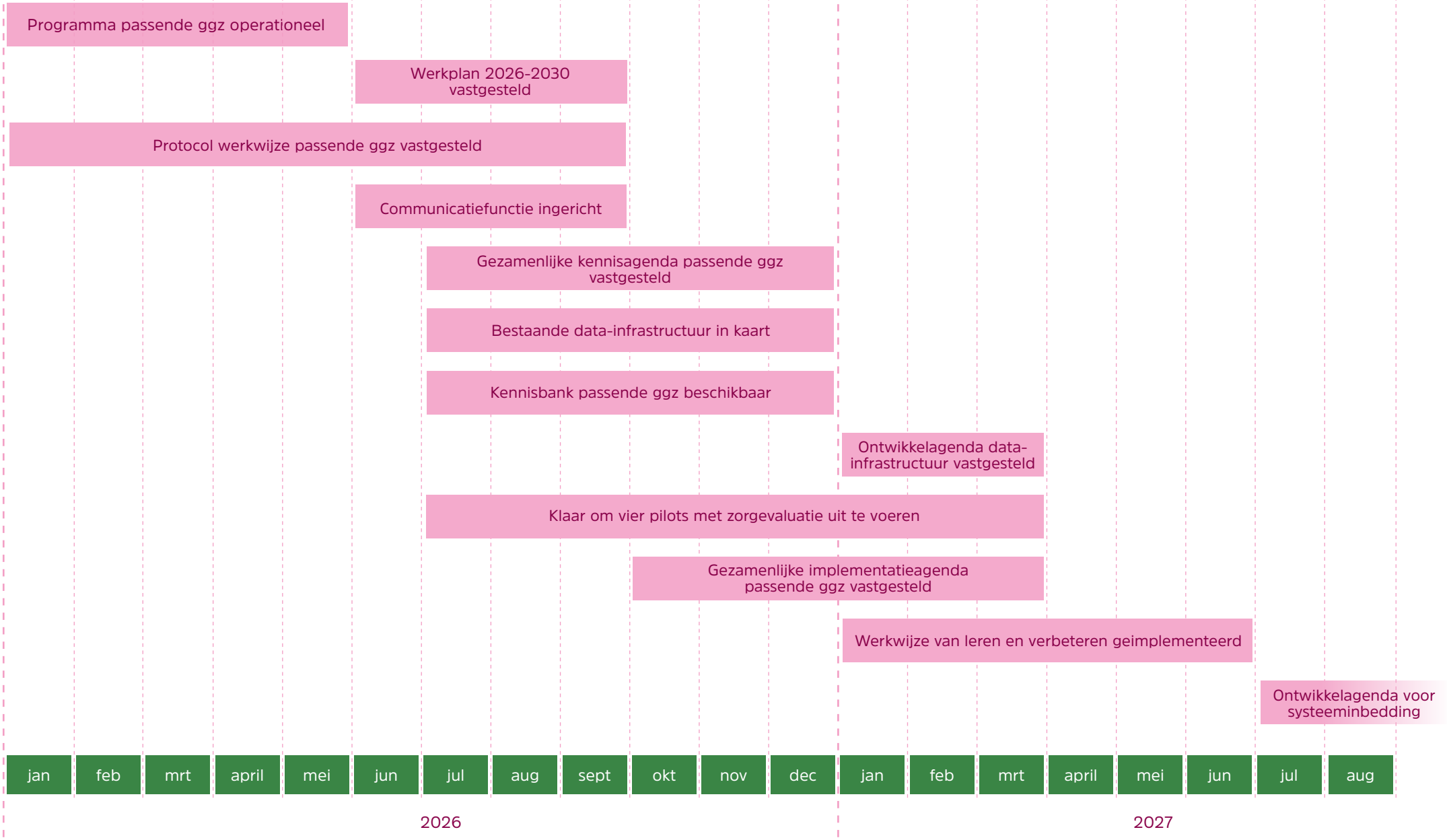
Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Werkwijze van leren en verbeteren geïmplementeerd.	jan 2027 - jun 2027	Plan van aanpak voor onderling leren tussen consortium-partners vastgesteld, daarbij gebruikmakend van ervaringen ZE&GG en andere programma's.			●	●	●
		Opschalingsplan voor hoe regionale goede voorbeelden landelijk aandacht krijgen en hun plek vinden in andere regio's.			●	●	●
		Passende zorg en de gezamenlijke werkwijze is een onderdeel van bestaande opleidingen in de ggz.			●	●	●
		Nascholingen of voorlichting beschikbaar die meedoen aan onderzoek stimuleren.			●	●	●

5. Werkpakket en planning

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Ontwikkelagenda voor systeeminbedding.	vanaf jul 2027	Koppeling met pakketbeheer versterkt.				●	●
		Bestaande landelijke infrastructuur goed op elkaar aangesloten en verrijkt met andere bronnen.				●	●
		ICT bij zorgaanbieders geoptimaliseerd voor deelname aan zorgevaluaties en monitoring.			●	●	●
		Behandel/uitkomst-indicatoren doorontwikkeld.			●	●	●
		Borgen van financiering voor de ondersteuning en uitvoering van zorgevaluaties en implementaties.	●				●
		Landelijke effectmeting in relatie tot doelen zorgakkoorden.	●				●

5. Werkpakket en planning



6. Organisatie

6.1 Samenwerking

Het voorstel is om op basis van een samenwerkingsovereenkomst (consortium) een programma ‘Passende ggz’ in te richten dat de invoering van de CvGG in de ggz als doel krijgt. Wij zien voordelen in een programmatische sectorale aanpak. Het benadrukt de gezamenlijkheid van de aanpak, bundelt de krachten zo efficiënt mogelijk en zorgt dat iedereen betrokken blijft. Met een programmatische aanpak zijn en blijven resultaten een prestatie van het veld. Met een programma werken partijen gezamenlijk op een transparante manier naar concrete doelen. Het effect wordt groter als we de samenwerkingsovereenkomst en het programma alle bestaande initiatieven weten te verbinden.

Een programma is het meest succesvol als alle stakeholders actief betrokken zijn en bereid zijn om samen te werken. Deze samenwerking vindt bij voorkeur niet alleen plaats op besluitvormingsmomenten, maar tijdens het gehele ontwikkelproces. Dat creëert een gezamenlijk eigenaarschap, draagvlak en bestendigt de resultaten. In dit programma zal er een samenwerking zijn op alle niveaus: operationeel, tactisch en strategisch. Op al deze niveaus is het belangrijk dat alle stakeholders goed vertegenwoordigd zijn. Elke rol heeft in het programma een eigen verantwoordelijkheid.

- **Patiënt:** niet-passende zorg kan schadelijk zijn voor patiënten, maakt de zorg onnodig duur en leidt tot een ondoelmatige inzet van de schaarse capaciteit. Dit is voor MIND een belangrijke motivatie om mee te werken aan programma’s rondom Passende zorg en het perspectief van de patiënt in te brengen. Patiënten spelen een belangrijke rol bij het laten landen van de uitkomsten. Ze krijgen een grotere rol in hun eigen zorgproces (samen beslissen, zelfzorg, en keuzehulpen).
- **Zorgprofessionals:** zorgprofessionals hebben een belangrijke eigen verantwoordelijkheid om de zorg te leveren zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden. Beroepsverenigingen stimuleren en begeleiden professionals hierin.
- **Zorgaanbieders:** in de ggz verstaan we hieronder geïntegreerde instellingen, ziekenhuizen/umc’s, kleine instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders.
- **Zorgverzekeraars:** als uitvoerders van de Zvw moeten zij ervoor zorgen dat zorg alleen uit het basispakket wordt vergoed als de zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en alleen wordt geleverd aan patiënten die redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg gezien hun gezondheidssituatie. Zorgverzekeraars Nederland heeft in het programma dus een belangrijke rol als belanghebbende bij de (de-)implementatie. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten ervoor zorgen dat kwalitatief goede zorg toegankelijk is tegen redelijke kosten. Ze letten op de belangen van de burgers die premie betalen voor de zorgverzekering.

Naast deze vier veldrollen heeft ook het Zorginstituut een belangrijke rol. Als pakketbeheerder is het verantwoordelijk voor de kwaliteit, toegankelijkheid en houdbaarheid van het pakket. Het Zorginstituut duidt welke zorg wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Door cyclisch pakketbeheer signaleert en agendeert het Zorginstituut ’pakketvraagstukken’.

Als deze rollen zijn ingevuld, ontbreken alleen nog het ‘opdrachtgeverschap’ en de financiering. Daarvoor zien wij een rol voor de overheid, bij respectievelijk het ministerie van VWS en ZonMw. Met het kaderprogramma Passende Zorg stimuleert ZonMw kennisontwikkeling en onderzoeksinfrastructuur. Partijen gaan in overleg met VWS en ZonMw over de mogelijkheden vanuit het kaderprogramma of andere financieringsbronnen.

6.2 Stuurgroep

De uitvoering van dit programma is een direct gevolg van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Daarom hebben in ieder geval de betrokken IZA/AZWA-ondertekenende partijen een sturende rol in dit programma. Dit zijn:

- De Nederlandse ggz (dNggz)
- MIND
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- UMCNL[6]
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Om als stuurgroep de breedte van het ggz-veld goed te vertegenwoordigen nemen ook de volgende partijen deel aan de stuurgroep:

- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & psychotherapeuten (LVVP)
- MeerGGZ
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Voor het strategische niveau wordt een stuurgroep ingericht met bestuurders van de 9 programmapartijen (NVZ en UMCNL functioneren in het programma als één partij). In deze stuurgroep zitten: MIND namens de patiënten, ZN namens de zorgverzekeraars, dNggz, MeerGGZ en NVZ/UMCNL namens de werkgevers en de NVvP, V&VN en NIP vanuit de grootste groepen regiebehandelaraaren: psychiaters, verpleegkundigen en psychologen.

Deze stuurgroep wordt voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter, om zo de objectiviteit van het proces te waarborgen. Het Zorginstituut is strategisch partner van de stuurgroep.

Ook hier geldt dat de precieze invulling en positionering nog moeten worden uitgewerkt, met aandacht voor een evenwichtige verdeling van de perspectieven en voor de rol die elke partij heeft in het veld.

De samenwerkingspartners zijn:

- ZE&GG
- Onderwijsinstellingen
- Onderzoeksinstituten
- De beroepsverenigingen van de andere regiebehandelaarberoepen:
  - Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)
  - Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
  - Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
  - Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
  - Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
  - Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN)

De menskracht en financiën die nodig zijn voor de beoogde opzet, zijn verwerkt in een begroting (bijlage 2).

6.3 Hooglerarenraad ggz

Partijen stellen een adviesraad in met hoogleraren vanuit de verschillende disciplines: in ieder geval psychiatrie, psychologie en verpleegkunde. Ook bijzonder hoogleraren kunnen hierin benoemd worden. Deze raad adviseert de stuurgroep over inhoudelijke thema's en geeft advies over de agendering en uitvoering van het programma Passende ggz.

6 De nieuwe naam van NFU, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra.

6.4 Werkorganisatie

De invulling en uitvoering van het programma is in handen van de werkorganisatie met daarin verantwoordelijk medewerkers van de negen programmapartijen en een programmamanager.
De werkorganisatie geeft invulling en uitvoering aan de gestelde programmadoelen door:

- het programmaplan uit te voeren en daarvoor deelplannen op te stellen
- te sturen op basis van de integrale programmaplanning
- de afstemming tussen deelplannen te bewaken
- werkgroepen in te richten en op te heffen
- resultaten van werkgroepen te bespreken, ook in relatie met andere resultaten
- te monitoren of de doelen worden behaald en hierover aan de stuurgroep te rapporteren
- de relevante activiteiten die de eigen organisaties op dit terrein uitvoeren te volgen

6.5 Programmamanager

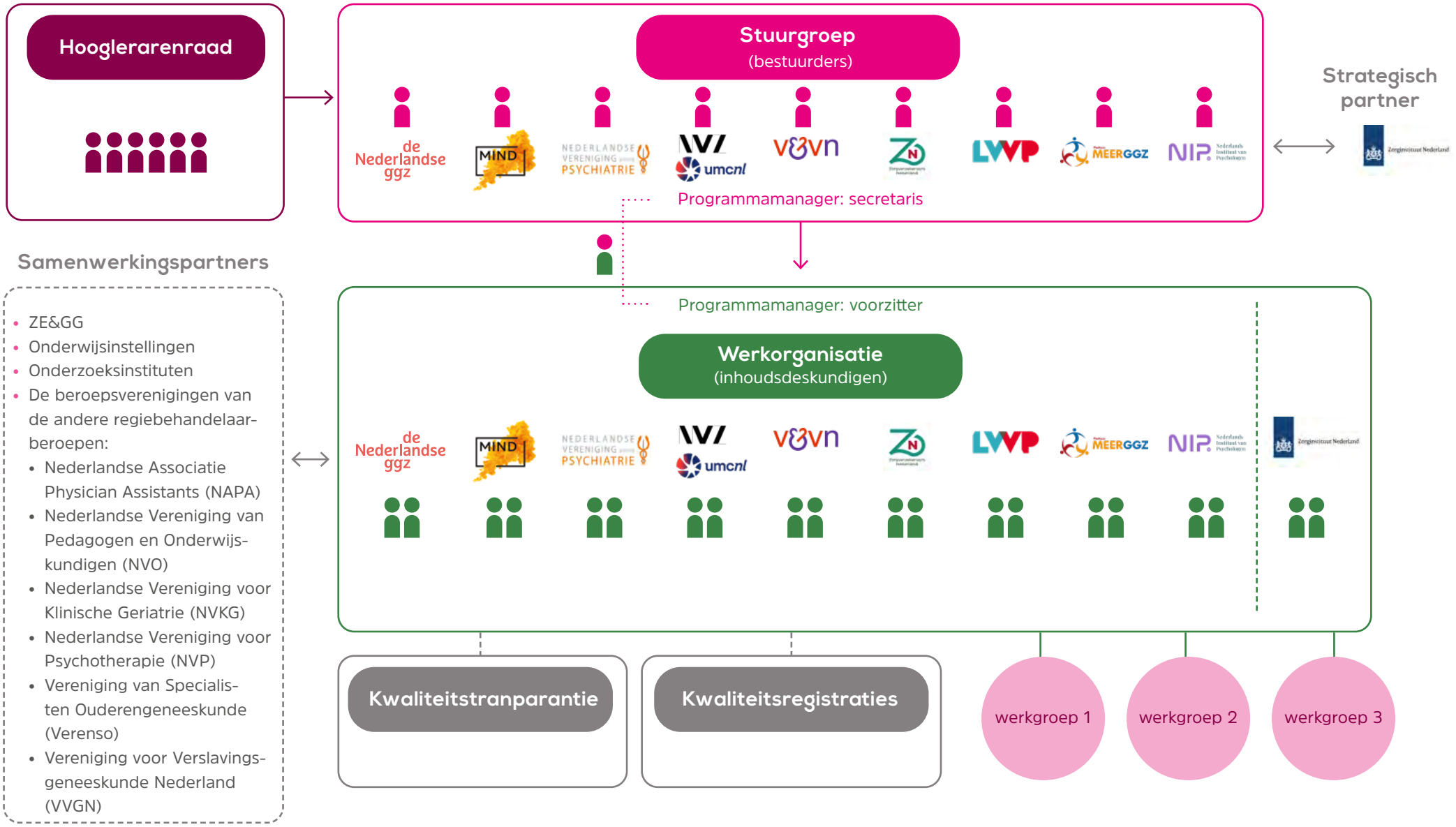
Een onafhankelijk programmamanager coördineert het programma en zit de werkorganisatie voor. Deze programmamanager is tevens secretaris van de stuurgroep. Er is een klein ondersteuningsteam, waarin de functie van programmacommunicatie een belangrijke plek krijgt.

De programmamanager (en secretaris stuurgroep):

- bevordert de samenwerking tussen de programmapartijen
- begeleidt het proces van het programma
- bewaakt de afstemming met andere programma's en initiatieven
- rapporteert aan de stuurgroep over de voortgang van het programma
- bereidt stuurgroepbijeenkomsten en bijeenkomsten van de werk-organisatie voor
- verwerkt resultaten van besprekingen en doet waar nodig proactief voorstellen

6. Organisatie

6.6 Organogram



Bijlagen

- **Bijlage 1: Relatie met verkenning** 85
- **Bijlage 2: Begroting** 91

B1. Relatie met verkenning

Relatie tussen verkenning en plan van aanpak

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Gedeeld begrip van gepast gebruik/passende zorg	+/-	Geneeskundige ggz	Opvolging in Plan van Aanpak
Overeenstemming over invulling begrippen	+ ●	Er kan met het grootste deel van de sector overeenstemming bereikt worden over een gemeenschappelijk begrippenkader. Er is voldoende draagvlak.	Begrippenkader is opgenomen in hoofdstuk 3 van het plan van aanpak. Het begrippenkader moet in de uitrol van het programma gecompleteerd worden. Een update zal landen in het Plan van Aanpak 2.0.
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.	Deze ontwikkeling is volop gaande en heeft een plek gekregen in paragraaf 2.1.
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.	Een aanzet voor die gedeelde visie is opgenomen in hoofdstuk 1 en 2 van het plan van aanpak, maar de sector als geheel moet dat nog gaan doorleven en uitdragen. Dit belang verwoorden wij in paragraaf 3.1.
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).	De toepassing stokt in de praktijk: ondanks beschikbare kennis worden richtlijnen niet altijd gevolgd (bijvoorbeeld stepped care). Er heerst een perceptie van onuitvoerbaarheid, terwijl het probleem vooral bij implementatie ligt. Dit element krijgt daarom een belangrijk plek in de paragraaf implementatie (4.4) van het Plan van Aanpak.
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.	Richtlijnen en kwaliteitsstandaarden zijn een fundament voor passende zorg. De vernieuwde visie op kwaliteit van zorg (Akwa) biedt een stevige basis om op door te bouwen. Versnelling, integraliteit en opvolging van richtlijnen en zorgstandaarden zijn een belangrijk punt van aandacht in het Plan van Aanpak en komen daarom ook terug in paragraaf 3.3 en het werkpakket (hoofdstuk 5).

B1. Relatie met verkenning

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Gedeeld begrip van gepast gebruik/passende zorg	+/-	Geneeskundige ggz	Opvolging in Plan van Aanpak
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.	Door uitkomsten van evaluaties expliciet te verbinden met pakketbeheer, ontstaat dwingender sturing op gepast gebruik en wordt verdringing door niet-passende zorg voorkomen. Partijen denken dat de koppeling met het pakketbeheer steviger kan. Dit wordt benoemd in de paragraaf systeeminbedding (4.5) en is opgenomen in het werkpakket.

B1. Relatie met verkenning

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Onderzoekscultuur	+/-	Geneeskundige ggz	Opvolging in Plan van Aanpak
Cultuur leren en verbeteren	+ ●	Er zijn veel lerende netwerken. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz vraagt behandelaren om daaraan deel te nemen.	Kennisnetwerken zijn te versnipperd en informatie daardoor niet goed toegankelijk. In het werkpakket is aandacht voor de toegankelijkheid en implementatie van kennis. Kennis is wel aanwezig, maar vindt de werkvloer niet. Dit wordt beschreven in paragraaf 4.1.
Ervaring met evaluatieonderzoek	+/- ●	Ja, er worden ook systematic reviews gedaan. Een klein deel van de zorgaanbieders participeert in evaluatieonderzoek.	Er zijn goede regionale voorbeelden waar evaluatie-onderzoek plaatsvindt (Tranzo, kerninstellingen, top-ggz). Er moet een opschalingsplan komen naar landelijk niveau, zodat de regionale kennis ook breder gedeeld wordt. En er moeten goede registraties komen van wat er in de behandeling gebeurt, die bruikbaar zijn voor onderzoek. Dit is beschreven in paragraaf 4.3.
Samenwerking met wetenschap	+/- ●	De samenwerking tussen wetenschap en praktijk moet worden versterkt. Wij haalden op dat er draagvlak is dit te doen.	De wetenschap staat te ver af van de landelijke beleidsagenda's. Wetenschap en landelijk beleid moeten dichter bij elkaar komen. De opleidingen en kernhoogleraren moeten een belangrijke plek krijgen in het proces van passende zorg. Zie paragraaf perspectief (3.1).
Bevorderen opleidingen onderzoekscultuur?	+/- ●	Ja, met name voor regiebehandelaar-beroepen en minder voor de overige beroepen.	Er zijn goede regionale voorbeelden waar evaluatie-onderzoek plaatsvindt (Tranzo, kerninstellingen, top-ggz). Er moet een opschalingsplan komen naar landelijk niveau, zodat de regionale kennis ook breder gedeeld wordt. En er moeten goede registraties komen van wat er in de behandeling gebeurt, die bruikbaar zijn voor onderzoek. Dit is beschreven in paragraaf 4.3.
Relevante programma's evaluatieonderzoek	+/- ●	Ja, o.a. ZonMw Onderzoeksprogramma ggz. Maar omvang hiervan is beperkt in verhouding tot omvang sector.	Er moet ook een betere verbinding komen met de regio's en de relevante ontwikkelingen daar op het gebied van passende zorg. Dit is beschreven in paragaaf 4.3.

B1. Relatie met verkenning

passende zorg ggz

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
Ja (+) Deels (+/-) Nee (-)

Bestuurbaarheid sector	+/-	Geneeskundige ggz	Opvolging in Plan van Aanpak
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.	Partijen willen veel aandacht besteden aan het communiceren van een gezamenlijk verhaal, zodat ook niet-aangeslotenen worden meegenomen. Hier is aandacht voor in het werkpakket (hoofdstuk 5).
Organisatie(graad) zorgaanbieders	+/-	Redelijk. Veel instellingen en praktijken zijn lid van een brancheorganisatie. Wel ook groot aantal ongebonden vrijgevestigden.	Partijen willen veel aandacht besteden aan het communiceren van een gezamenlijk verhaal, zodat ook niet-aangeslotenen worden meegenomen. Er moet een heldere, 'verplichtende' governance komen. Hier is aandacht voor in het werkpakket (hoofdstuk 5).
Organisatie(graad) patiënten/cliënten	+/-	Redelijk. MIND is bij veel ontwikkelingen betrokken, maar heeft niet altijd voldoende capaciteit.	MIND is goed aangesloten en doet mee in het gezamenlijke programma. Bij het doen van zorgevaluaties moeten ervaringsdesdkundigen een duidelijke plek krijgen. Zie paragraaf 4.3.
Contracteringsgraad (verzekerde zorg)	+/-	Hoog bij grotere aanbieders, minder onder kleine praktijken.	Partijen willen alle lopende iniatieven zoveel mogelijk op 1 governance-structuur aansluiten, zodat het 'niet meedoen' eigenlijk geen optie meer is. Zie paragraaf 6.1 samenwerking.
Kan zelfstandig handelen en organiseren	+	Ja, sector kan relatief onafhankelijk opereren.	Partijen willen graag eerst de eigen sector rondom passende zorg goed organiseren en daarna de samenwerkingen met andere sectoren oppakken/ uitbreiden. Zie paragraaf 6.1 samenwerking.
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.	Alle partijen hebben in de werkconferentie bereidheid uitgesproken. Het PvA beschrijft de structuur die de huidige versnippering (zowel van initiatieven als van stakeholders) ombuigt. Zie paragraaf 6.1 samenwerking.

B1. Relatie met verkenning

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
Ja (+) Deels (+/-) Nee (-)

Bestuurbaarheid sector	+/-	Geneeskundige ggz	Opvolging in Plan van Aanpak
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.	Er is behoefte aan rust en duidelijkheid in het veld, zodat passende zorg niet als een extra laag, maar als een samenbindende kapstok wordt ervaren. Daar richt het hoofdstuk 6 (organisatie) zich dan ook op.
Relevante kwaliteitskeurmerken (niet zijnde ISO/NEN/HKZ)	+/-	In ieder geval voor de basis-ggz (KIBG) en voor Top-ggz.	Potentiele aanknopingspunten voor evaluaties. Geen verdere actie vereist.
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.	Er is een sterke informatie-behoefte bij alle partijen. Op dit moment is er te weining informatie over de inhoud van behandelingen en over uitkomsten. Er zal een plan moeten komen dat onderzoeks-/sturingselemenenten in kaart brengt of formuleert. Mogelijk kan de doorontwikkeling van zorgvraagtypering hier een rol in spelen. Dit wordt beschreven in de paragraaf perspectief (3.1) en in de paragraaf evaluatie (4.3).

B1. Relatie met verkenning

passende zorg ggz

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Benodigdheden	+/-	Geneeskundige ggz	Opvolging in Plan van Aanpak
Gestandaardiseerde uitkomstsets beschikbaar	+/- ●	Voor een deel van de zorg zijn er uitkomstindicatoren. Landelijke standaardisatie ontbreekt.	Zie bovenstaand punt.
Betrouwbare meetinstrumenten/vragenlijsten	+/- ●	Meetinstrumenten zijn beschikbaar en hebben rol in zorgvelening. Generaliseerbaarheid op een hoger aggregatieniveau is beperkt.	Veelgehoorde evaluatie-onderwerpen: tijdige stoppen en passende diagnostiek. Die onderwerpen kunnen mogelijk onderdeel worden van de pilots. Daarvoor dienen dan ook vragenlijsten te worden ontwikkeld. De pilots zijn onderdeel van het werkpakket (hoofdstuk 5).
Beschikbaarheid data	- ●	Relatief weinig goede datasets beschikbaar. Landelijke data-infrastructuur ontbreekt. Wel vrijwillige aanlevering via bijvoorbeeld Akwa GGZ.	Beschikbaarheid data is één van grote knelpunten bij het doen van evaluatie-onderzoek. Als er wel data zijn, ontbreken vaak de wel heel relevante gegevens over de context van de patient en (inhoud van) eerdere behandelingen. Dit is een belangrijke doorontwikkeling en daarom opgenomen in het werkpakket (hoofdstuk 5).
Beschikbaarheid sectorale kennisagenda	- ●	Wel kennisagenda's individuele partijen. Niet sectoraal. NVvP werkt aan een nieuwe kennisagenda voor zorgevaluaties.	Er is geen gezamenlijke kennisagenda voor de ggz, die moet worden opgesteld om richting te geven. Zie paragraaf 4.2 en het werkpakket (hoofdstuk 5).
Infrastructuur	+/- ●	Geen landelijk dekkende onderzoeks-infrastructuur, wel aandoeningsspecifieke landelijke netwerken.	Landelijk moet dit nog worden gebouwd. De bestaande netwerken en regionale infrastructuren kunnen bouwstenen zijn voor deze landelijke infrastructuur. Zie het werkpakket (hoofdstuk 5).
Uitvoerbaarheid korte termijn	**+/-**		

B2. Begroting

Interne kosten	Activiteiten	Specificatie	Loon(kosten)
Stuurgroep	• Eindverantwoordelijk voor de uitvoering van het meerjarenplan binnen begroting. • Aansturing van de samenwerking conform samenwerkingsovereenkomst. • Accorderen van wijzigingen in het meerjarenplan. • Vaststellen meerjarenbegroting en eventuele wijzigingen. • Vaststellen inhoudelijk beleid. • Vaststellen resultaten werkorganisatie/kernteam. • Vaststellen communicatie- en publicatiebeleid. • Vaststellen hoe partijen hun kosten periodiek verantwoorden. • Verslag doen aan alle betrokken partijen betrokken bij de samenwerking. • Stakeholdermanagement (strategisch). • Jaarlijks vaststellen werkplan, begroting, jaarverslag en financiële verantwoording.	Vacatie- en onkostenvergoedingen	€ 50.000
Hoofdaannemer	• Monitoren van de voortgang en financiële uitputting binnen het programma. • Coördinatie van de inhoudelijke en financiële verantwoording. • Opstellen jaarverslag en financiële verantwoording. • Communicatie en afstemming met financiers. • Begeleiden proces accountant ten behoeve van goedkeuring financiële verantwoording. • Borgen dat resultaten programma landen in richtlijnen en zorgstandaarden. • Inhoudelijk ondersteunen van het programma op methodologisch gebied. • Praktisch ondersteunen van het programma door het organiseren en voorbereiden.	Senior - 1 fte Medior - 1 fte Junior - 1 fte	€ 120.000 € 100.000 € 80.000
Werkorganisatie	• Opstellen werkplan en begroting. • Vaststellen projectplannen. • Werkgroepen inrichten en opheffen • Monitoren van de inhoudelijke voortgang van het werkplan en projecten. • Toetsen op hoofdlijnen (inhoudelijk en strategisch) van resultaten projecten en werkgroepen. • Formuleren van beleidsvoorstellen voor stuurgroep. • Stakeholdermanagement (tactisch en operationeel). • Coördinatie communicatie en (openbare) kennisdeling binnen gestelde beleidskaders. • Het organiseren van programma-brede faciliteiten. • Sturen op basis van de integrale programmaplanning. • Het werkplan uitvoeren en daarvoor projecten en/of werkgroepen bemensen. • Afstemming tussen projecten en werkgroepen bewaken. • Resultaten van werkgroepen bespreken, ook in relatie met andere resultaten. • Relevante activiteiten die de eigen organisaties op dit terrein uitvoeren volgen.	Medior - totaal 7,5 fte	€ 750.000

B2. Begroting

Externe (materiële) kosten	Activiteiten	Specificatie	Loon(kosten)
Programma-management en ondersteuning	• Algemene coördinatie programma, samenwerking en intern/extern stakeholdermanagement. • Voorbereiding en voorzitten werkorganisatie. • Sturen op en beheren van programmaplanning. • Functioneel aansturen van werkorganisatie.	Externe kosten	€ 250.000
Communicatie en implementatie-ondersteuning	• Coördinatie communicatie-activiteiten programmapartijen. • Implementatie-advies en ondersteuning. • Onderhoud website en kennisbank voor communicatiedoeleinden. • Vormgeving programmaresultaten.	Externe kosten	€ 150.000
Onderzoeks- en vergaderfaciliteiten	• Samenwerkingsomgeving voor organisatie-overstijgende samenwerking hosten en beveiligen. • Vergaderfaciliteiten. • Onderzoeksprogrammatuur en licenties.	Externe kosten	€ 80.000
Totaal			
Kosten per jaar			€ 1.580.000
Kosten periode 2026-2030			€ 7.900.000

passende zorg
huisartsenzorg

Dit plan van aanpak moet nog bestuurlijk worden vastgesteld door de betrokken partijen. Het beschrijft concrete stappen die nodig zijn om de toepassing van de CvGG in de sector te realiseren. Details moeten door de sector worden uitgewerkt in een definitief plan.

Plan van aanpak

Passende huisartsenzorg

ZORGMARKTEN in opdracht van ZonMw

Inhoud

passende zorg
huisartsenzorg

- 1. Inleiding 95
- 2. Context 97
- 3. Betekenis 99
- 4. Werkwijze 100
- 5. Werkpakket en planning 105
- 6. Organisatie 111

- Bijlage 1: Relatie met verkenning 116
- Bijlage 2: Begroting 120

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Om Passende zorg voor iedereen die daarop is aangewezen toegankelijk te houden, moeten de schaarse publieke middelen effectief worden besteed en ingezet. 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. De IZA-partijen spraken af om deze werkwijze toe te gaan passen in alle zorgsectoren die Zvw-zorg leveren.

Op dit moment is er alleen in de medisch-specialistische zorg een programmatische aanpak voor het bevorderen van de toepassing van de CvGG, onder de naam Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG). De IZA-partijen hebben afgesproken ook plannen te maken voor andere sectoren.

Bureau Zorgmarkten heeft verkend wat de behoeften, benodigdheden en mogelijkheden voor het toepassen van de CvGG zijn in (onder meer) de huisartsenzorg. De resultaten van het onderzoek staan in de 'Verkenning naar de toepassing van de Cyclus van Gepast Gebruik in Zvw-sectoren'.

Het implementeren van de CvGG in de huisartsenzorg lijkt volgens het onderzoek goed mogelijk. De structuren in de sector zijn helder en de noodzakelijke samenwerkingen bestaan grotendeels al. De sector beschikt over zelfstandige koepels voor wetenschap en belangenvertegenwoordiging, en heeft met de NHG-kennisagenda een goed startpunt voor het werken met de CvGG. De huisartsenzorg kent bovendien een sterke traditie in het ontwikkelen en toepassen van richtlijnen, een belangrijk uitgangspunt van de CvGG. De samenwerking met academische werkplaatsen en opleidingen zorgt voor voortdurende kennisontwikkeling. Huisartsen vinden het belangrijk dat de invulling van Passende zorg aansluit bij hun kernwaarden: medisch-generalistisch, continu, persoonsgericht en samen met de patiënt en zorgverleners.

Het document dat u nu leest, is het plan van aanpak voor de invoering van de CvGG in de huisartsenzorg. Het is opgesteld door Zorgmarkten in samenwerking met de veldpartijen die in het kader staan vermeld. Ook Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) is hierbij betrokken. Het rapport is nog niet bestuurlijk vastgesteld.

Het doel van de beweging naar Passende zorg en het cyclisch aan de slag gaan met Gepast gebruik is om een toekomstbestendige, toegankelijke en kwalitatief goede huisartsenzorg voor iedereen te kunnen behouden.

Dat is nodig, want:
- De zorgvraag groeit sneller dan de capaciteit: door vergrijzing, multi-morbiditeit en technologische mogelijkheden.
- Personeelstekorten lopen op.
- De ecologische voetafdruk van de zorg is te groot.
- Er is nog te veel zorg zonder meerwaarde, en kennis die al wel beschikbaar is, wordt onvoldoende toegepast in de dagelijkse praktijk.

De huisartsenzorg is er niet met enkel minder of andere zorg te leveren. Het draait erom dat:
- Waarde wordt toegevoegd voor de patiënt (gezondheid, functioneren, kwaliteit van leven),
- De zorgprofessionals zorg kunnen blijven leveren binnen de grenzen van menskracht en middelen, en
- Schade en verspilling door niet-passende zorg worden voorkomen.

Samengevat: Passende zorg moet bijdragen aan houdbare en toegankelijke huisartsenzorg voor iedere patiënt en voor de samenleving als geheel.

1. Inleiding

1.2 Leeswijzer

In dit plan van aanpak beschrijven we hoe de huisartsenzorg vorm kan geven aan de toepassing van de CvGG, als onderdeel van de bredere beweging naar Passende zorg. In hoofdstuk 2 schetsen we de achtergrond van dit plan: de aanleiding, de context en de actuele ontwikkelingen binnen de sector. Hoofdstuk 3 gaat in op de betekenis van Gepast gebruik en Passende zorg binnen de huisartsenzorg, inclusief het gezamenlijke perspectief en het begrippenkader.

De invoering van de CvGG voor de huisartsenzorg komt aan bod in hoofdstuk 4. Daarin beschrijven we onder meer hoe partijen gezamenlijk werken aan agenderen, evalueren, implementeren en monitoren. In hoofdstuk 5 hebben wij deze beoogde werkwijze vertaald naar een concreet werkpakket, inclusief planning. In hoofdstuk 6 staat de organisatie van het samenwerking centraal: hoe de governance is ingericht en wie welke rol speelt. In bijlage 1 leggen wij de relatie tussen de verkenning en het plan van aanpak. In bijlage 2 is een begroting opgenomen voor de uitvoering van dit plan.

2. Context

2.1 Sectorale ontwikkelingen

Voordat de sector aan de slag gaat met toepassing van de CvGG en met wat daarvoor nodig is, schetsen wij de context waarbinnen zij dat doen. Welke ontwikkelingen spelen er binnen de sector? Wat komt er op de sector af en welke plannen zijn daarvoor al gemaakt? De te verwachten ontwikkelingen in de sector huisartsenzorg zijn beschreven in onder andere het al genoemde IZA, de Visie eerstelijnszorg 2030 en de Visie huisartsenzorg 2035. Speciaal voor het onderwerp van dit plan van aanpak is ook het recente Pleidooi voor een programma Passende huisartsenzorg relevant.

De belangrijkste ontwikkelingen en trends zijn volgens die documenten:

1. Toenemende zorgvraag en schaarste
In 2035 is 43% van de bevolking ouder dan 65 jaar, met een stijging in chronische aandoeningen. Door vergrijzing, technologische vooruitgang en personeelstekorten komt de huisartsenzorg zwaar onder druk te staan.

2. Transitie naar Passende zorg
In aansluiting op het IZA wordt Passende zorg nog meer de norm binnen de huisartsenzorg, met behoud van de kernwaarden van de huisartsenzorg.

3. Noodzaak tot systematische aanpak
Een nationaal programma ‘Passende huisartsenzorg’ wordt bepleit, met de CvGG als methodiek om systematisch te werken aan agenderen, evalueren, implementeren en monitoren. Hiervoor is o.a. nodig: het prioriteren van kennisvragen, betere implementatie van bewezen effectieve interventies, en betere ondersteuning van de huisartspraktijk.

4. Verandering in organisatie en samenwerking
De huisartsenzorg zal georganiseerd worden rond het idee van een vertrouwd huisartsenteam dat zorg levert aan een vaste populatie. Samenwerking in de wijk en regio, met andere zorgverleners en het sociaal domein, wordt versterkt.

5. Digitalisering en technologie
Technologie wordt onder meer ingezet om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, voor preventie en begeleiding, om contact met patiënten te vernieuwen (bijv. keuzehulpen, Thuisarts) en om de werkdruk te verlichten.

6. Duurzaamheid en maatschappelijke betrokkenheid
De zorgsector, inclusief huisartsen, wordt geacht bij te dragen aan verduurzaming. Niet-passende zorg moet worden afgebouwd, o.a. om klimaatimpact te verminderen.

7. Veranderende rol van patiënt en professional
Patiënten worden actiever betrokken bij de besluitvorming en krijgen een grotere rol in hun eigen zorgproces (samen beslissen, zelfzorg, Keuzehulpen, Thuisarts). De huisarts is steeds meer onderdeel van een team, waarbij andere professionals zoals praktijkondersteuners en verpleegkundigen ook taken voor hun rekening nemen.

Deze ontwikkelingen vragen om een fundamentele omslag in denken en organiseren: van volumesturing naar waardegedreven zorg, met meer aandacht voor samenwerking, technologie, patiëntbetrokkenheid en duurzaamheid.

2.2 Context

De toepassing van de CvGG vindt plaats binnen een bepaalde context. Wij bespreken kort de belangrijkste contextuele factoren. Huisartsen zijn breed opgeleid en bieden zorg bij een grote variëteit aan gezondheidsproblemen, ongeacht leeftijd, ziektebeeld of levensfase. Die zorg bestaat uit signaleren, diagnosticeren, behandelen én begeleiden binnen het hele spectrum van lichamelijke, psychische en sociale klachten. Huisartsen bewaken de toegang tot tweedelijnszorg, door het al dan niet afgeven van een verwijzing naar die zorg. Een uitgebreide beschrijving van de taken van de huisarts staat in het document 'Kerntaken in de praktijk'.

Huisartsenzorg gaat uit van vier kernwaarden. Huisartsenzorg is persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk. De huisartsenzorg omschrijft deze vier kernwaarden als volgt:

- Persoonsgericht: huisartsen stellen de hele mens centraal, houden rekening met individuele kenmerken van patiënten en bepalen samen met de patiënt welke zorg nodig en passend is.
- Medisch-generalistisch: huisartsen zijn het eerste aanspreekpunt voor lichamelijke en psychische klachten, geven passende medische zorg en hebben brede medische kennis en vaardigheden.
- Continu: huisartsen zijn de constante factor in de medische zorg voor hun patiënten, houden overzicht over de medische zorg en streven naar langdurige arts-patiëntrelaties. De huisartsenzorg is 24 uur per dag beschikbaar voor gezondheidsklachten die snel een medische beoordeling vereisen.
- Gezamenlijk: huisartsen zijn teamspelers, zoeken de gezamenlijke aanpak, met de patiënt, met anderen binnen de huisartsenzorg, met andere zorgverleners en daarbuiten.

De al genoemde kenmerken van Passende zorg als samen beslissen, focus op gezondheid en dichtbij de patiënt, zijn nauw verweven met de huisartsenzorg.

De bekostiging bevat geen duidelijke stimulans voor Passende zorg. In het huidige systeem wordt huisartsenzorg grotendeels bekostigd via inschrijftarieven per patiënt en verrichtingentarieven voor bijvoorbeeld consulten en visites. Daarmee wordt Gepast gebruik niet altijd beloond: de huisarts die minder voorschrijft, minder verwijst of minder laat diagnosticeren, heeft daar geen voordeel van. De bekostiging stimuleert niet om te de-implementeren of samen te werken. Dit kost tijd, die doorgaans niet wordt vergoed.

Het vermogen om te implementeren en te de-implementeren kent beperkingen en wordt begrensd en daar moeten we rekening mee houden. In verschillende regio's zijn er te weinig huisartsen om de groeiende zorgvraag op te vangen. De sector bestaat uit veel zelfstandige praktijken en er is geen vaste infrastructuur om veranderingen daar 'uit te rollen'. Dit is anders dan bij bijvoorbeeld ziekenhuizen. Het aantal regionale samenwerkingsverbanden van huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners neemt toe, maar deze hebben alleen een faciliterende rol en kunnen geen (de-)implementatie initiëren.

3. Betekenis

3.1 Perspectief

De partijen in de huisartsenzorg zien in een gezamenlijk programma Passende huisartsenzorg het volgende perspectief.

- Passende zorg is een maatschappelijk vraagstuk. De huisartsenzorg is daarin een belangrijke sleutel: bijna iedereen heeft een huisarts. We kijken dus ook naar het grotere geheel van de maatschappelijke context.

- Met dit plan versterken we een beweging op meerdere niveaus. We gaan de CvGG toepassen. Tegelijkertijd werken we aan visievorming (dromen), concrete actie (doen) en kennisopbouw (leren). Wij zien dus verschillende cycli die elkaar kunnen versterken.

- Dit plan gaat over Gepast gebruik in de huisartsenzorg. Dat wil niet zeggen dat alleen de huisartsen aan zet zijn. Integendeel. We beogen een gezamenlijk plan van aanpak met inzet van alle betrokken partijen. Dus zorgprofessionals, patiënten, wetenschap en financiers. Elk van deze vier handelt vanuit eigen waarden. Over die waarden moeten we in gesprek, om te ontdekken wat ons gezamenlijk drijft.

- Het gaat echter niet alléén om Gepast gebruik: het doel is de huisartsenzorg als geheel te verbeteren. Dat betekent dat we oog moeten hebben voor waar het nu mis gaat of waar de zorg vastloopt. Bijvoorbeeld door onvoldoende aandacht voor gezondheid en kwaliteit van leven. Of omdat mensen met vragen op sociaal of mentaal vlak niet de hulp krijgen die ze nodig hebben.

- Een grote uitdaging is om te komen tot gedragsverandering op alle fronten. Als we weten welke zorg wel en niet werkt, dan heeft dat alleen effect als ook het gedrag kan veranderen en daadwerkelijk verandert. Hier moeten we van begin af aan aandacht voor hebben en over communiceren.

- Het programma richt zich op Passende zorg. Partijen willen verder kijken dan enkel naar de vraag of het gaat om zorg die bewezen effectief is en waarop de patiënt redelijkerwijs is aangewezen. Het gaat ook om de vertaalslag naar wat er speelt bij deze patiënt en de toegevoegde waarde voor diens gezondheid.

4. Werkwijze

4.1 CvGG

Zoals uit de verkenning blijkt is er in de huisartsenzorg draagvlak voor de methodische aanpak van de CvGG. Wel moet evaluatieonderzoek 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? Dit zijn vragen die via de werkwijze van de CvGG kunnen worden beantwoord.

We vinden het belangrijk om ook te kijken naar wat er al is. Veel onderzoeksresultaten hebben de praktijk nog niet bereikt. Voor die resultaten hoeft het eerste deel van de cirkel niet opnieuw doorlopen te worden. Het startpunt is dan de (de-)implementatie.

Bij elk van de stappen in de CvGG zijn er voor de huisartsenzorg inrichtings- en organisatievragen. Deze punten vormen een werkpakket voor de korte termijn. Hieronder beschrijven wij de stappen van de CvGG en de punten die we daarover willen opnemen in het werkpakket.

4.2 Agenderen

Agenderen is de eerste stap in de CvGG. Dit kan gaan om het ophalen van kennisvragen over (relatieve) effectiviteit en die prioriteren, maar ook over grotere, organisatorische vragen. Volgens de handreiking van het programma ZE&GG is het belangrijk om kennisvragen 'SMART' te formuleren. Een scherpe probleemstelling helpt om onderscheid te maken tussen echte kennisvragen en andere vraagstukken (zoals implementatie- of bekostigingsproblemen), zodat zorgevaluatie wordt ingezet waar dat zinvol is. De vragen moeten maatschappelijke en praktijkrelevante impact hebben op gezondheid, kosten, arbeidsinzet en/of duurzaamheid. De al bestaande kennisagenda van het NHG levert belangrijke input voor de nieuwe gezamenlijke kennisagenda. De procedure voor het opstellen van een gezamenlijke kennisagenda moet nog worden vastgesteld, waarbij aandacht moet zijn voor scope, verschillende perspectieven, impact en haalbaarheid.

Vragen worden in co-creatie met alle relevante partijen (en in ieder geval patiënten) uitgewerkt. Zo bereiken we gezamenlijk eigenaarschap, een betere aansluiting bij de praktijk en meer draagvlak voor implementatie. Om vooringenomenheid (bias) en discussies achteraf te voorkomen zorgen wij, conform de adviezen van ZE&GG, voor objectieve methodologische begeleiding.

Het resultaat, de (kennis)vragen en eventuele onderzoeksvoorstellen vragen om bestuurlijke vaststelling, zodat er zoveel mogelijk zekerheid is over:

- de feitelijke uitvoering van het onderzoek
- de opname van resultaten in richtlijnen als daar aanleiding voor is en het past binnen de kaders[2] voor richtlijnen
- de implementatie van resultaten
- in geval van pakketbeheer: bruikbare resultaten om een uitspraak te doen over de pakketwaardigheid.

Door op deze wijze te agenderen zorgen we voor zorgvuldig, gezamenlijk en systematisch vaststellen wáár evaluatie nodig is, met een breed gedragen, goed onderbouwde en praktijkgerichte (kennis)vraag als resultaat. Dit legt de basis voor succes in de volgende stappen van de CvGG: evalueren, (de-)implementeren en monitoren.

Dit proces laat onverlet dat het Zorginstituut ook zelf onderwerpen kan agenderen of uitkomsten van zorgevaluaties kan duiden.

2 Wetenschappelijk onderzoek en de uitkomsten van evaluatieonderzoek worden binnen richtlijnontwikkeling en -herziening geduid volgens de internationaal geaccepteerde GRADE methodiek. Voor het formuleren van aanbevelingen zijn, naast de kwaliteit van het bewijs, andere aspecten van belang. Deze zijn samengevat in het evidence-to-decision framework van GRADE.

4.3 Evalueren

In de fase van evalueren gaan we onderzoek uitvoeren naar effectiviteit van zorg in de breedste zin van het woord. Dat kan gaan over diagnostiek, behandelingen of interventies, over organisatievormen of samenwerkingen of over (doorverwijzing naar) andere zorgaanbieders of domeinen.

Voor onderzoek is een goede samenwerking met de wetenschap essentieel. Het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde (UNH) is daarom een belangrijk partner in dit programma. Deze afdelingen huisartsgeneeskunde van de 7 umc's werken nauw samen in het Landelijke Samenwerkingsverband Academische Werkplaatsen Huisartsenzorg.

Evalueren neemt doorgaans veel tijd en capaciteit in beslag en vraagt om het betrekken van de juiste kennisbronnen. Methodologische ondersteuning, formats en andere hulpmiddelen kunnen onderzoekers, zorgprofessionals en ervaringsdeskundigen ontlasten in de uitvoering. Wij willen deze (objectieve) ondersteuning vanuit dit programma gaan vormgeven.

Een belangrijk aandachtspunt in de verkenning naar de toepassing van de CvGG in de huisartsenzorg is de werving en het includeren van patiënten die aan een onderzoek deelnemen. De administratie die gemoeid is met het onderzoek zelf is vaak lastig in te passen in de praktijkvoering van huisartsen. Er zijn weliswaar huisartsenpraktijken verbonden aan de academische netwerken, maar er zou eigenlijk een bredere spreiding van onderzoekspraktijken moeten zijn. Samen met universiteiten en academische werkplaatsen zoeken wij hiervoor oplossingen.

De zeven academische werkplaatsen huisartsenzorg vormen in ieder geval een cruciaal onderdeel van de kennisinfrastructuur voor de eerstelijnszorg. Ze faciliteren de samenwerking tussen onderzoekers en zorgverleners en vormen een lerend netwerk voor kennisontwikkeling en kennisverspreiding. Ongeveer de helft van alle RHO's doen al mee in deze werkplaatsen. De academische werkplaatsen zullen dus een belangrijke rol gaan spelen bij de uitvoering van het programma Passende huisartsenzorg.

Wij willen de evaluatie breed aanpakken met de huisartsenzorg als scope, maar staan tegelijk open voor samenwerking met andere domeinen. Als het gaat om samenwerkingen hoeft dat niet alleen te gaan over de eigen sector. Het kan ook gaan om samenwerkingen binnen de bredere eerste lijn. Of samenwerkingen over de lijnen heen, bijvoorbeeld met ziekenhuizen of de ggz. Of samenwerkingen die andere domeinen (buiten de Zvw) raken, zoals de ouderzorg of het sociaal domein. Een van onze eerste stappen zal daarom zijn om de scope van de zorgevaluaties te bepalen.

Binnen ZE&GG is een 'Veldnorm toetsing en kwaliteitsborging WMO-plichtige zorgevaluaties' opgesteld, waardoor de juridische en ethische toetsing proportioneel gebeurt en administratieve lasten zoveel als mogelijk worden beperkt. Deze veldnorm helpt om zorgevaluaties sneller te kunnen starten en eenvoudiger uit te voeren, zonder in te boeten op kwaliteit. De huisartsenzorg kan mogelijk gebruik maken van deze al ontwikkelde veldnorm.

Om zorgevaluaties in beeld te brengen heeft ZE&GG een Inclusiemonitor ontwikkeld. Deze maakt inzichtelijk welke zorgevaluaties er lopen en welke aanbieders er aan deze studies mee doen. Verder maakt deze monitor inzichtelijk hoeveel patiënten er deelnemen (inclusies) en hoe het verloop van het aantal deelnemende patiënten over de tijd is. Op termijn zal een dergelijk inzicht ook wenselijk zijn voor de lopende evaluaties van de huisartsenzorg.

4.4 Implementeren en monitoren

Implementeren betekent Passende zorg in de praktijk brengen en de beschikbare en ontwikkelde kennis daadwerkelijk benutten. De uitkomsten van evaluaties vormen een belangrijke basis voor de implementatie. Daaronder verstaan wij ook de-implementatie: ophouden dingen te doen waarvan we weten dat ze onvoldoende werken.

De eerste stap is het maken van afspraken over hoe we omgaan met de uitkomsten van evaluaties. Daarna volgen nog duiding (is deze vorm van zorg verzekerd?) en de vertaling naar NHG-richtlijnen. Voor implementatie is bijna altijd gedragsverandering nodig. En voor gedragsverandering is het belangrijk dat betrokkenen (zorgaanbieders, patiënten) het nut van de kennis ervaren. Over kennisbenutting moet op alle niveaus het gesprek worden gevoerd. Waarom doen we dingen niet, terwijl we weten dat het beter is het wel te doen? Of waarom blijven we dingen doen, waarvan we weten dat ze niet werken?

Binnen de huisartsenzorg is er veel bestaande kennis over Passende zorg die nog onvoldoende is geïmplementeerd. Daarom zal ook een implementatieagenda worden opgesteld met onderwerpen die nog moeten landen in de praktijk. Dit is een dynamische agenda die cyclisch wordt aangepast om daarin nieuwe kennis uit evaluaties, implementaties en monitoring mee te kunnen nemen.

Implementatie begint met intrinsieke motivatie. In de Verkenning naar de toepassing van de CvGG is al geconstateerd dat implementatie heel goed moet aansluiten bij de beleving en de taken van de zorgprofessionals en patiënten. Een kenniskaart of beslishulp kan effectiever zijn dan een lang en ingewikkeld verhaal. Bepaalde kennis die al in richtlijnen is verwerkt, wordt mogelijk niet toegepast, juist door het ontbreken van dat soort praktisch bruikbare hulpmiddelen of omdat professionals het belang of het nut niet ervaren. De vorm waarin resultaten bekend worden gemaakt is dus zeker een aandachtspunt bij de implementatie van de CvGG.

Een belangrijke vraag is (dus) hoe je alle betrokken professionals en patiënten op een goede manier bereikt. Dat vraagt om gedegen onderzoek naar de implementatie van passende huisartsenzorg en het leren van experimenteren in de praktijk. In ziekenhuizen en grote instellingen zijn daar vaak kwaliteitsfunctionarissen voor of andere aanspreekpunten voor onderzoek naar en implementatie van Passende zorg. Maar de organisatie van de huisartsenzorg is anders en vraagt om een eigen en passende benadering. Een communicatiestrategie rond de implementatie is noodzakelijk.

In de Verkenning wordt uitgebreid stilgestaan bij de beweging naar de regio. Die is een kans: het is een structuur waarbinnen kennis kan worden gedeeld en waarbij afspraken kunnen worden gemaakt over implementatie. Tegelijkertijd is het ook een risico. De regio heeft als gezegd geen eigen mandaat.

Via contractering kan de zorgverzekeraar de implementatie van Passende zorg faciliteren en stimuleren. Bijvoorbeeld door het maken van afspraken die bijdragen aan de kwaliteit van leven, in plaats van alleen te sturen op productie. Of door gerichte afspraken te maken over het goed inrichten van de organisatie van zorg. De relatie met de contractering zal in de komende jaren zich moeten uitkristalliseren.

Implementeren en monitoren gaan hand in hand. Monitoren is essentieel om te volgen in hoeverre Passende zorg daadwerkelijk in de praktijk wordt geïmplementeerd. Het helpt inzichtelijk te maken welke zorgaanbieders succesvol zijn in de implementatie en waar succesvolle implementatie nog ontbreekt. Ook stimuleert monitoren het gesprek tussen zorgprofessionals.

Monitoren van implementatie kan op een laagdrempelige kwalitatieve manier, bijvoorbeeld door het organiseren van platforms waar professionals ervaringen kunnen delen of door gerichte uitvragen. Het doel is een lerend systeem dat Passende zorg duurzaam verankert in de huisartsenzorg met oog voor administratieve lasten. Idealiter wordt voor het monitoren gebruikgemaakt van bestaande datasets (zoals declaratie-data). Als bestaande data ontoereikend zijn, zal voor dit doel de data-infrastructuur moeten worden aangepast.

Monitoring levert ook spiegelinformatie op waarmee professionals zichzelf en hun organisatie kunnen vergelijken. Spiegelinformatie leidt tot bewustwording en verbeteractiviteiten, en de intrinsieke motivatie voor verdere implementatie. Om spiegelinformatie effectief in te zetten is het volgens ZE&GG belangrijk dat er vertrouwen is in de manier waarop de spiegelinformatie tot stand komt. Alle betrokken partijen moeten vooraf overeenstemming hebben over het referentiekader voor spiegelinformatie. Dit is daarom een belangrijk punt voor het werkpakket.

4.5 Systeeminbedding

Systeeminbedding betekent volgens ZE&GG dat het vanzelfsprekend is dat zorg wordt geëvalueerd en dat Passende zorg wordt toegepast. Het houdt in dat de werkwijze van de CvGG volledig verankerd is in het reguliere functioneren van het zorgstelsel en niet alle via losse projecten of tijdelijke initiatieven. Er moet dus een bepaalde ‘constante’ zijn in de infrastructuur. Alle betrokken partijen (zorgaanbieders, verzekeraars, patiëntenorganisaties, beroepsverenigingen) voelen zich verantwoordelijk en dragen structureel bij. Ze kunnen elkaar daar in de voorgestelde programmatische structuur op aanspreken.

Patiënten(organisaties) zijn in alle fasen van de CvGG betrokken, zodat we kennis en inzichten ontwikkelen die ertoe doen in de praktijk, in het dagelijks leven en de gezondheid van de patiënten.

We willen een structuur inrichten die robuust genoeg is om een sector in beweging te krijgen. En heel belangrijk: cultuurverandering blijvend stimuleren. We willen er naartoe dat Passende zorg de norm is, en deelnemen aan evaluaties gebruikelijk. Implementatie moet vanzelfsprekend worden.

5. Werkpakket en planning

passende zorg
huisartsenzorg

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Programma passende huisartsenzorg operationeel.	nov 2025 - feb 2026	Plan van aanpak versie 1.0 bestuurlijk vastgesteld.	●	●	●	●	●
		Governance voor samenwerkingsverband ingericht.	●	●	●	●	●
		Professionele positionering van patiënten en andere stakeholders.	●				
		Rol van de RHO's bij de implementatie van passende zorg bepaald.	●				
		Overeenstemming over gezamenlijke acceptatie van resultaten van zorgevaluaties.	●				
		Consortiumovereenkomst voor gezamenlijke visie en aanpak ondertekend door de deelnemende partijen.	●				
		Financiering voor programmaperiode 2026-2030 geregeld.	●				
		Samenwerkingsafspraken met academische werkplaatsen / UNH vastgelegd.	●				

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Werkplan 2026-2030 vastgesteld door samenwerkingsverband.	maart 2025 - april 2026	Inhoud plan van aanpak, werkpakket en uitkomst inrichting programma opgenomen in werkplan.	●				
		Completering van het gezamenlijke begrippenkader.	●				
		Detailbegroting en verantwoordelijkheden per organisatie vastgelegd.	●				

5. Werkpakket en planning

passende zorg
huisartsenzorg

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Protocol werkwijze passende huisartsenzorg vastgesteld.	nov 2025 - jun 2026	Format voor een PICO, toepasbaar voor de huisartsenzorg, ontwikkeld.		●			
		Lijst met gestandaardiseerde uitkomstindicatoren beschikbaar.			●		
		CvGG-stappen agenderen, evalueren en implementeren & monitoren in praktische processtappen uitgewerkt.		●	●	●	
		Scope van (zorg)evaluaties bepaald en (waar nodig) afgestemd met andere sectoren.			●		
		Verkennen op welke manier zorgevaluaties voor de huis-artsenzorg het beste geïmplementeerd en gemonitord kunnen worden.				●	
		Landing van resultaten van zorgevaluaties uitgewerkt (richtlijnen, pakket, contractering, etc) , met aandacht voor de rollen van het Zorginstituut, zorgverzekeraars en het NHG.				●	●

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Communicatiefunctie ingericht.	apr 2026 - okt 2026	Vastgesteld communicatieplan voor de externe communicatie (zowel gedachtegoed als resultaten).	●		●	●	●
		Vaststeld communicatieplan voor de interne communicatie van consortiumpartners om samenwerking te versterken en te zorgen voor synergie.	●	●	●		
		Platform voor het delen van ervaringen over passende zorg en werken met de CvGG gelanceerd.				●	●

5. Werkpakket en planning

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Gezamenlijke kennisagenda passende huisartsenzorg vastgesteld.	feb 2026 - jul 2026	Procedure voor het vaststellen van een gezamenlijke kennisagenda bepaald.		●			
		Bestaande kennisagenda's geinventariseerd.		●			
		Kennishiaten door ophaalsessies in kaart gebracht.		●			
		Gezamenlijke kennisagenda geconsulteerd en vastgesteld.		●			

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Bestaande data-infrastructuur in kaart.	apr 2026 - okt 2026	Data-infrastructuur van de huisartsenzorg (o.a. van de NHG en academische werkplaatsen) en de bruikbaarheid voor evaluatie-onderzoek in kaart.			●	●	
		Eerste opzet Uniforme Data Definities beschikbaar, met aandacht voor eigenaarschap en transparantie.			●	●	
		Bestuurlijke afspraken over het delen van spiegelinformatie en transparantie van onderzoeksresultaten gemaakt.			●	●	

5. Werkpakket en planning

passende zorg
huisartsenzorg

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Klaar om vier pilots met zorgevaluatie uit te voeren.	apr 2026 - okt 2026	'Veldnorm toetsing en kwaliteitsborging WMO-plichtige zorgevaluaties' toepasbaar voor huisartsenzorg of alternatief gekozen.			●		
		Toolkit beschikbaar met methodologieën en intrumenten voor evaluatie-onderzoek én materialen voor praktijken en patienten die (potentieel) deelnemen.			●		
		De activiteiten van de landelijke samenwerking en de processen en infrastructuur van de academische werk-plaatsen zijn op elkaar uitgelijnd.		●	●	●	
		Mogelijke onderwerpen geselecteerd voor pilots evaluatie-onderzoek.			●		
		Onderzoeksgroepen geformeerd en (in co-creatie) vier voorstellen geschreven.			●		

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Gezamenlijke implementatieagenda passende huisartsenzorg vastgesteld.	apr 2026 - okt 2026	Procedure voor het vaststellen van een gezamenlijke implementatie-agenda bepaald.				●	
		Inventarisatie van bestaande (afgeronde) zorgevaluaties en status van implementatie.				●	
		Gezamenlijke implementatie-agenda geconsulteerd en vastgesteld.				●	

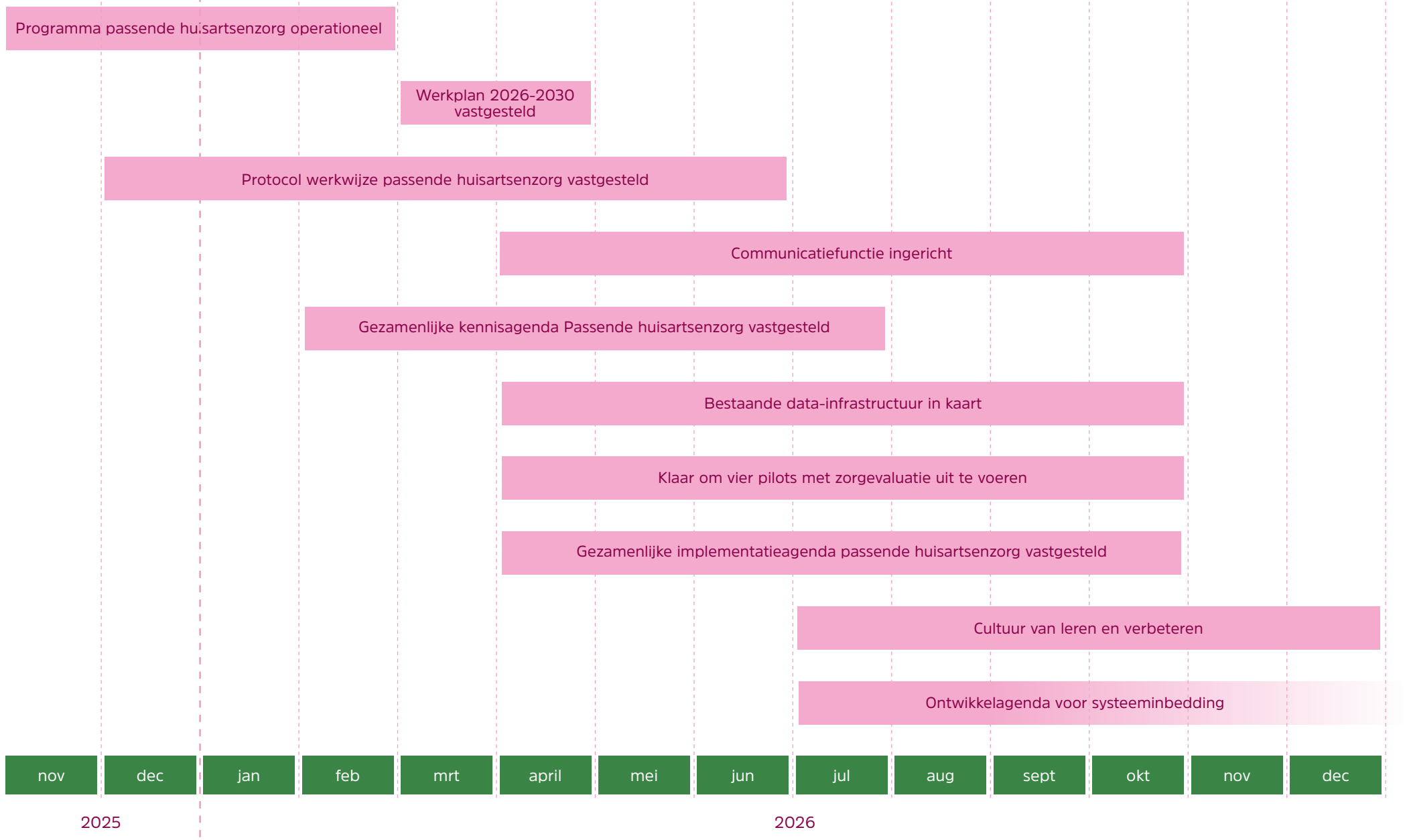
5. Werkpakket en planning

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Cultuur van leren en verbeteren.	jul 2026 - dec 2026	Plan van aanpak voor onderling leren tussen consortium-partners vastgesteld, daarbij gebruik makend van ervaringen ZE&GG en andere programma's.			●	●	●
		Passende zorg en gezamenlijke werkwijze is een belangrijk punt bij bestaande opleidingen in de huisartsenzorg.			●	●	●
		Nascholingen of voorlichting beschikbaar die meedoen aan onderzoek stimuleren.			●	●	●

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Ontwikkelagenda voor systeeminbedding.	vanaf jul 2026	Bestaande landelijke infrastructuur goed op elkaar aangesloten en verrijkt met andere bronnen.				●	●
		ICT bij zorgaanbieders geoptimaliseerd voor deelname aan zorgevaluaties en monitoring.			●	●	●
		Uitkomst-indicatoren doorontwikkeld.			●	●	●
		Borgen van financiële ondersteuning voor de ondersteuning en uitvoering van zorgevaluaties en implementaties.					●
		Landelijke effectmeting in relatie tot doelen zorgakkoorden.					●

5. Werkpakket en planning



6. Organisatie

6.1 Samenwerking

Wij willen op basis van een samenwerkingsovereenkomst (consortium) een programma 'Passende Huisartsenzorg' inrichten dat de invoering van de CvGG in de huisartsenzorg als doel krijgt. Wij zien voordelen in een programmatische sectorale aanpak. Het benadrukt de gezamenlijkheid van de aanpak, bundelt de krachten zo efficiënt mogelijk en zorgt ervoor dat iedereen betrokken blijft. Met een programmatische aanpak zijn en blijven resultaten een prestatie van het veld. Met een programma werken we gezamenlijk op een transparante manier naar concrete doelen.

Een programma is het meest succesvol als alle stakeholders actief betrokken zijn en bereid zijn om samen te werken. Deze samenwerking vindt bij voorkeur niet alleen plaats op besluitvormingsmomenten, maar tijdens het gehele ontwikkelproces. Dat creëert een gezamenlijk eigenaarschap, draagvlak en bestendigt de resultaten. In dit programma zal er een samenwerking zijn op alle niveaus: operationeel, tactisch en strategisch. Op al deze niveaus is het belangrijk dat alle stakeholders goed vertegenwoordigd zijn. Elke rol heeft in het programma een eigen verantwoordelijkheid.

- **Patiënt:** niet-passende zorg kan schadelijk zijn voor patiënten, maakt de zorg onnodig duur en leidt tot een ondoelmatige inzet van de schaarse capaciteit. Dit is voor Patiëntenfederatie Nederland een belangrijke motivatie om mee te werken aan programma's rondom Passende zorg en het perspectief van de patiënt in te brengen. Patiënten spelen een belangrijke rol bij het laten landen van de uitkomsten. Ze krijgen een grotere rol in hun eigen zorgproces (samen beslissen, zelfzorg, en keuzehulpen).
- **Zorgprofessionals:** huisartsen en andere zorgprofessionals hebben een belangrijke eigen verantwoordelijkheid om hun beroep zo in te vullen zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden. NHG stimuleert en begeleidt hen hierin vanuit het programma.
- **Zorgaanbieders:** in de huisartsenzorg verstaan we hieronder praktijkhouders en werkgevers die actief zijn in dit domein en ook de Regionale Huisartsenorganisaties. LHV en InEen hebben in het programma de rol om Passende zorg mogelijk te maken en te faciliteren, bijvoorbeeld door het ondersteunen van gedragsverandering.
- **Zorgverzekeraars:** als uitvoerders van de Zvw moeten zij ervoor zorgen dat zorg alleen uit het basispakket wordt vergoed als de zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en alleen wordt geleverd aan patiënten die redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg gezien hun gezondheidssituatie. Zorgverzekeraars Nederland heeft in het programma dus een belangrijke rol als belanghebbende bij de (de-)implementatie. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten ervoor zorgen dat kwalitatief goede zorg toegankelijk is tegen redelijke kosten.

Naast deze vier veldrollen heeft ook het Zorginstituut een belangrijke rol. Als pakketbeheerder is het verantwoordelijk voor de kwaliteit, toegankelijkheid en houdbaarheid van het pakket. Het Zorginstituut duidt welke zorg wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Door cyclisch pakketbeheer signaleert en agendeert het Zorginstituut 'pakketvraagstukken'.

Als deze rollen zijn ingevuld, ontbreekt nog de financiering. Daarvoor zien partijen een rol voor de overheid. Met het kaderprogramma Passende Zorg stimuleert ZonMw kennisontwikkeling en onderzoeksinfrastructuur. Partijen willen in overleg met VWS en ZonMw over de mogelijkheden vanuit het kaderprogramma of andere financieringsbronnen.

6.2 Stuurgroep en kernteam

De uitvoering van dit programma is een direct gevolg van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Daarom hebben de IZA-ondertekende partijen een sturende rol in dit programma. Dit zijn:

- InEen
- Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland

Het NHG heeft als wetenschappelijke vereniging van de huisartsen vanzelfsprekend ook een belangrijke rol. Het NHG zal de hoofdaannemer zijn van het programma 'Passende huisartsenzorg' en mede namens de andere vier partijen aanvragen indienen. De precieze invulling van deze rol moet nog worden uitgewerkt.

Voor het strategische niveau wordt een stuurgroep ingericht met bestuurders van de vijf programmapartijen (vier IZA-partijen en NHG). Deze stuurgroep wordt voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter, om zo de objectiviteit van het proces te waarborgen. Zorginstituut en UNH zijn strategische partners. Ook hier geldt dat de precieze invulling en positionering nog moeten worden uitgewerkt.

De dagelijkse coördinatie van het programma is in handen van een kernteam met verantwoordelijk medewerkers van de vijf programmapartijen en een programmamanager. Dit team coördineert de werkorganisatie.

De menskracht en financiën die nodig zijn voor de beoogde opzet, zijn verwerkt in een begroting (bijlage 2).

6.3 Werkorganisatie

In de werkorganisatie zitten de inhoudsdeskundigen van alle betrokken organisaties. Naast de vijf genoemde organisaties zijn dat in ieder geval:

- Samenwerkende Beroepsverenigingen Huisartsenzorg
- Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde.

De werkorganisatie geeft invulling en uitvoering aan de gestelde programmadoelen door:

- het programmaplan uit te voeren en daarvoor deelplannen op te stellen
- te sturen op basis van de integrale programmaplanning
- de afstemming tussen deelplannen te bewaken
- werkgroepen in te richten en op te heffen
- resultaten van werkgroepen te bespreken, ook in relatie met andere resultaten
- te monitoren of de doelen worden behaald en hierover aan de stuurgroep te rapporteren
- de relevante activiteiten die de eigen organisaties op dit terrein uitvoeren te volgen

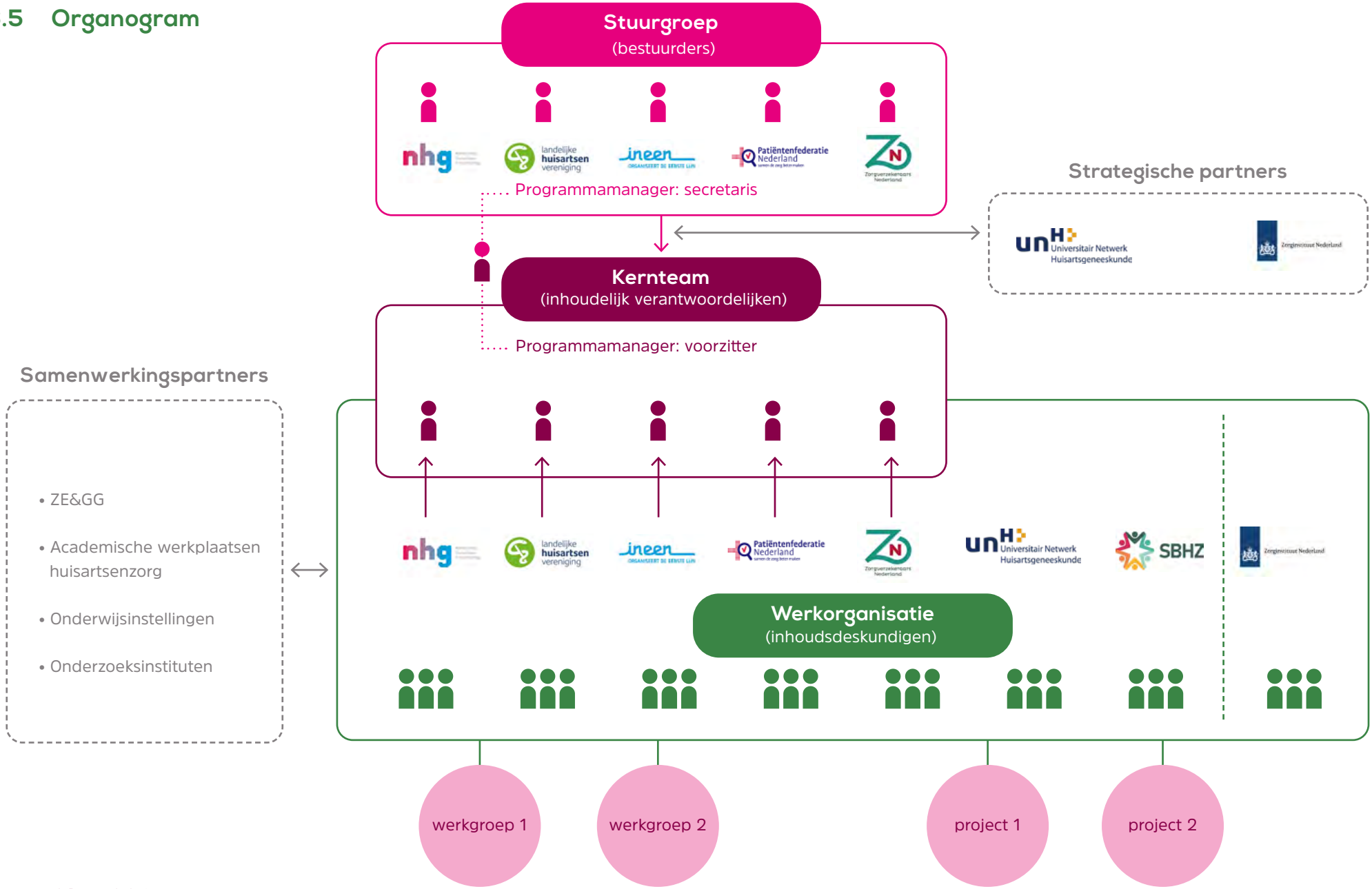
6.4 Programmamanager

Een onafhankelijk programmamanager coördineert het programma en zit de werkorganisatie voor. Deze programmamanager is tevens secretaris van de stuurgroep. Er is een klein ondersteuningsteam, waarin de functie van programmacommunicatie een belangrijke plek krijgt.

De programmamanager (en secretaris stuurgroep):

- bevordert de samenwerking tussen de programmapartijen
- begeleidt het proces van het programma
- rapporteert aan de stuurgroep over de voortgang van het programma
- bereidt stuurgroepbijeenkomsten en bijeenkomsten van de werk-organisatie voor
- verwerkt resultaten van besprekingen en doet waar nodig proactief voorstellen

6.5 Organogram



Bijlagen

- Bijlage 1: Relatie met verkenning 116
- Bijlage 2: Begroting 120

B1. Relatie met verkenning

passende zorg
huisartsenzorg

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Gedeeld begrip van gepast gebruik/passende zorg	+	Huisartsen	Opvolging in Plan van Aanpak
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.	Begrippenkader is opgenomen in hoofdstuk 3 van het plan van aanpak. Het begrippenkader moet in de uitrol van het programma gecompleteerd worden. Een update zal landen in het Plan van Aanpak 2.0.
Omarmen van EBM-gedachtengoed	+ ●	Ja. Wel met de kanttekening dat in de persoonlijke interactie kan blijken dat 'niet effectieve' zorg wel doelmatig is.	EBM-gedachtegroed is opgenomen in hoofdstuk 1 t/m 3 van het plan van aanpak. Wel moet dit nog doorleefd worden en eigen gemaakt door de sector als geheel. Dit is een verantwoordelijkheid van de communicatiefunctie.
Gedeelde visie op passende zorg	+ ●	Ja. De kernwaarden van de huisartsenzorg (zoals continuïteit en persoonsgericht) moeten hierin dan wel terugkomen volgens de sector.	Die gedeelde visie is verwoord in hoofdstuk 1 t/m 3 van het plan van aanpak. Wel moet dit gezamenlijke gedachtegoed en de betekenis daarvan nog goed landen bij de achterbannen en de burger. Ook daarover moet de communicatiefunctie zich buigen.
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.	De uitkomsten van evaluatieonderzoek moeten instromen in de richtlijnen voor professionals. Dit staat in hoofdstuk 3 van het plan van aanpak. Het opnemen zelf moet onderdeel zijn van werkwijze rond het toepassen van de CvGG. Het bereiken van gedragsverandering neem je mee bij de (verkenning van) implementatie.
Kwaliteit richtlijnen en kwaliteitsstandaarden	+ ●	Goed: via NHG zorgvuldig proces met aandacht voor bewijskracht.	Geen verdere actie vereist.
Is het pakket helder?	+ ●	Ja, Huisartsenzorg valt nagenoeg volledig onder de basisverzekering.	De opvolging van resultaten van zorgevaluaties moet geborgd worden. Het ZIN doet niet bij élke zorgevaluatie een duiding, maar alleen bij evaluaties waarover vooraf een verklaring van pakketwaardigheid is afgegeven. In de andere situaties zijn bijvoorbeeld de zorgverzekeraars aan zet.

B1. Relatie met verkenning

passende zorg
huisartsenzorg

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Onderzoekscultuur	+	Huisartsen	Opvolging in Plan van Aanpak
Cultuur leren en verbeteren	+	● Ja. Herregistratie-eisen bevorderen leren, bijvoorbeeld via Diagnostisch Toetsoverleg en Farmacotherapeutisch Overleg. Nascholing is gemeengoed voor alle professionals in huisartsenzorg.	Passende zorg wordt nog meer onderdeel van curricula. Universiteiten en NHG hebben hierin een belangrijke rol. Hiervoor stelt het programma een plan 'leren en verbeteren in de huisartsenzorg' op.
Ervaring met evaluatieonderzoek	+	● Ja, er worden ook systematic reviews gedaan.	Geen verdere actie vereist.
Samenwerking met wetenschap	+	● Er is een goede samenwerking tussen zorgverleners en wetenschap via onder andere Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde en academische werkplaatsen.	De activiteiten van de landelijke samenwerking passende huisartsenzorg en de processen en infrastructuur van de academische werkplaatsen moeten op elkaar uitgelijnd worden. Dit is een belangrijk deelresultaat in het plan van aanpak.
Bevorderen opleidingen onderzoekscultuur?	+	● Ja, in ieder geval voor huisartsen. Voor overige professionals in de sector nog in ontwikkeling.	Voor de huisartsen is dit geborgd via de academische werkplaatsen en NHG. Voor de overige beroepen moet dit nog in kaart gebracht worden via de landelijke samenwerking.
Relevante programma's evaluatieonderzoek	+	● Ja, o.a. ZonMw Academische Werkplaatsen Huisartsenzorg.	Geen verdere actie vereist.

B1. Relatie met verkenning

passende zorg
huisartsenzorg

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
Ja (+) Deels (+/-) Nee (-)

Bestuurbaarheid sector	+	Huisartsen	Opvolging in Plan van Aanpak
Organisatie(graad) professionals	+	Zeer goed. Via NHG zijn nagenoeg alle huisartsen betrokken. Overige beroepen sinds kort verenigd via de SBHZ.	In de governance is aandacht nodig voor de beroepen die onder SBHZ vallen.
Organisatie(graad) zorgaanbieders	+	Goed, via de LHV en (regionaal) via RHO's, die verenigd zijn in InEen.	In het plan van aanpak is aandacht voor de rol van de RHO. Onderdeel van het werkpakket is een verkenning wat de rol is van de RHO bij de implementatie van passende zorg.
Organisatie(graad) patiënten/cliënten	+/-	Voldoende, via de Patiëntenfederatie.	Betrokkenheid van patienten moet professioneel geregeld worden. Dit is opgenomen in het werkpakket en in de begroting.
Contracteringsgraad (verzekerde zorg)	+	Zeer hoog.	De opvolging van resultaten van zorgevaluaties moet geborgd worden. Dit geldt voor het pakketbeheer door ZIN, maar ook door polisvoorwaarden, contractering en/of circulaires van zorgverzekeraars.
Kan zelfstandig handelen en organiseren	+	Ja, sector kan relatief onafhankelijk opereren.	Interactie met andere sectoren moet nog georganiseerd worden.
Commitment op gezamenlijke uitvoering	+	Hoog: partijnen pleiten al langer voor een 'ZE&GG' in de huisartsenzorg.	Commitment is aanwezig, maar bestuurlijke vaststelling vraagt meer tijd en is daarom onderdeel van het werkpakket.
Gestructureerde samenwerkingen	+	Het aantal partijen is overzichtelijk en er zijn al veel samenwerkingen.	Geen verdere actie vereist.
Relevante kwaliteitskeurmerken (niet zijnde ISO/NEN/HKZ)	+	Aanwezig. Bekendste is NHG praktijkaccreditering (NPA).	Geen verdere actie vereist.
Relevante sturingselementen zorgverzekeraars	+/-	Aanwezig. Zorgverzekeraars sturen met name op zorgvernieuwing en samenwerking.	De opvolging van resultaten van zorgevaluaties moet geborgd worden. Dit geldt voor het pakketbeheer door ZIN, maar ook door polisvoorwaarden, contractering en/of circulaires van zorgverzekeraars.

B1. Relatie met verkenning

passende zorg
huisartsenzorg

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Benodigdheden	+/-	Huisartsen	Opvolging in Plan van Aanpak
Gestandaardiseerde uitkomstsets beschikbaar	+/- ●	Voor een deel van de zorg uitkomstindicatoren aanwezig.	Er moet een lijst worden opgesteld met geaccepteerde uitkomstindicatoren. Dit is onderdeel van het werkpakket.
Betrouwbare meetinstrumenten/vragenlijsten	+/- ●	ICPC codering door huisartsen. Weinig meetinstrumenten voor patient zelf.	Onder andere hiervoor doen we ervaring op in pilots.
Beschikbaarheid data	+/- ●	Afhankelijk van bereidheid praktijken. Wel goede regionale voorbeelden. Nivel heeft ook veel data.	Voor dit punt lift de sector mee met de infrastructuur in opbouw bij de academische werkplaatsen.
Beschikbaarheid sectorale kennisagenda	+/- ●	Aanwezig, maar moet nog geactualiseerd worden.	Het bij elkaar brengen van bestaande kennisagenda's, het in kaart brengen van hiaten en het maken van een gezamenlijke kennisagenda is onderdeel van het werkpakket.
Infrastructuur	+/- ●	Geen landelijk dekkende onderzoeks-infrastructuur, wel regionaal.	Voor dit punt lift de sector mee met de infrastructuur in opbouw bij de academische werkplaatsen.

Uitvoerbaarheid korte termijn	+

B2. Begroting

passende zorg
huisartsenzorg

Interne kosten	Activiteiten	Specificatie	Loon(kosten)
Stuurgroep	• Eindverantwoordelijk voor de uitvoering van het meerjarenplan binnen begroting. • Aansturing van de samenwerking conform samenwerkingsovereenkomst. • Accorderen van wijzigingen in het meerjarenplan. • Vaststellen meerjarenbegroting en eventuele wijzigingen. • Vaststellen inhoudelijk beleid. • Vaststellen resultaten werkorganisatie/kernteam. • Vaststellen communicatie- en publicatiebeleid. • Vaststellen hoe partijen hun kosten periodiek verantwoorden. • Verslag doen aan alle betrokken partijen betrokken bij de samenwerking. • Stakeholdermanagement (strategisch). • Jaarlijks vaststellen werkplan, begroting, jaarverslag en financiële verantwoording.	Vacatie- en onkostenvergoedingen	€ 50.000
Hoofdaannemer	• Monitoren van de voortgang en financiële uitputting binnen het programma. • Coördinatie van de inhoudelijke en financiële verantwoording. • Opstellen jaarverslag en financiële verantwoording. • Communicatie en afstemming met financiers. • Begeleiden proces accountant ten behoeve van goedkeuring financiële verantwoording. • Borgen dat resultaten programma landen in richtlijnen en zorgstandaarden. • Inhoudelijk ondersteunen van het programma op methodologisch gebied. • Praktisch ondersteunen van het programma door het organiseren en voorbereiden.	Senior - 1 fte Medior - 1 fte Junior - 1 fte	€ 120.000 € 100.000 € 80.000
Kernteam	• Opstellen werkplan en begroting. • Vaststellen projectplannen. • Werkgroepen inrichten en opheffen • Monitoren van de inhoudelijke voortgang van het werkplan en projecten. • Toetsen op hoofdlijnen (inhoudelijk en strategisch) van resultaten projecten en werkgroepen. • Formuleren van beleidsvoorstellen voor stuurgroep. • Stakeholdermanagement (tactisch en operationeel). • Coördinatie communicatie en (openbare) kennisdeling binnen gestelde beleidskaders. • Het organiseren van programma-brede faciliteiten. • Sturen op basis van de integrale programmaplanning.	Medior - totaal 5 fte	€ 500.000
Werkorganisatie	• Het werkplan uitvoeren en daarvoor projecten en/of werkgroepen bemensen. • Afstemming tussen projecten en werkgroepen bewaken. • Resultaten van werkgroepen bespreken, ook in relatie met andere resultaten. • Relevante activiteiten die de eigen organisaties op dit terrein uitvoeren volgen.	Medior - totaal 2,5 fte	€ 250.000

B2. Begroting

passende zorg
huisartsenzorg

Externe (materiële) kosten	Activiteiten	Specificatie	Loon(kosten)
Programma-management en ondersteuning	• Algemene coördinatie programma, samenwerking en intern/extern stakeholdermanagement. • Voorbereiding en voorzitten kernteam en werkorganisatie. • Sturen op en beheren van programmaplanning. • Functioneel aansturen van kernteam en werkorganisatie.	Externe kosten	€ 250.000
Communicatie en implementatie-ondersteuning	• Coördinatie communicatie-activiteiten programmapartijen. • Implementatie-advies en ondersteuning. • Onderhoud website en kennisbank voor communicatiedoeleinden. • Vormgeving programmaresultaten.	Externe kosten	€ 150.000
Onderzoeks- en vergaderfaciliteiten	• Samenwerkingsomgeving voor organisatie-overstijgende samenwerking hosten en beveiligen. • Vergaderfaciliteiten. • Onderzoeksprogrammatuur en licenties.	Externe kosten	€ 80.000
Totaal			
Kosten per jaar			€ 1.580.000
Kosten periode 2026-2030			€ 7.900.000

passende zorg
geboortezorg

Dit plan van aanpak moet nog bestuurlijk worden vastgesteld door de betrokken partijen. Het beschrijft concrete stappen die nodig zijn om de toepassing van de CvGG in de sector te realiseren. Details moeten door de sector worden uitgewerkt in een definitief plan.

Plan van aanpak
Passende geboortezorg

ZORGMARKTEN in opdracht van ZonMw

Inhoud

- 1. Inleiding 124
- 2. Context 126
- 3. Betekenis 128
- 4. Werkwijze 130
- 5. Werkpakket en planning 135
- 6. Organisatie 142

- Bijlage 1: Relatie met verkenning 147
- Bijlage 2: Begroting 152

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Om Passende zorg voor iedereen die daarop is aangewezen toegankelijk te houden, moeten de schaarse publieke middelen effectief worden besteed en ingezet. 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. De IZA-partijen spraken af om deze werkwijze toe te gaan passen in alle zorgsectoren die Zvw-zorg leveren.

Op dit moment is er alleen in de medisch-specialistische zorg een programmatische aanpak voor het bevorderen van de toepassing van de CvGG, onder de naam Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG). De IZA-partijen hebben afgesproken ook plannen te maken voor andere sectoren.

Bureau Zorgmarkten heeft verkend wat de behoeften, benodigdheden en mogelijkheden voor het toepassen van de CvGG zijn in (onder meer) de geboortezorg. De resultaten van het onderzoek staan in de 'Verkenning naar de toepassing van de Cyclus van Gepast Gebruik in Zvw- sectoren'.

Het implementeren van de CvGG in de geboortezorg lijkt volgens het onderzoek mogelijk, al zal dit van partijen flinke inspanningen vragen. Er zal gewerkt moeten worden aan het oplossen van visieverschillen, gezamenlijk eigenaarschap en daadkrachtige landelijke regie. Partijen zijn echter bereid om daarmee aan de slag te gaan. De Landelijke tafel geboortezorg zal hierin een belangrijke rol krijgen. Partijen die daarbij nu niet zijn betrokken, zullen moeten worden aangehaakt, zodat alle perspectieven en rollen zijn vertegenwoordigd.

Het document dat u nu leest, is het plan van aanpak voor de invoering van de CvGG in de geboortezorg. Het is opgesteld door Zorgmarkten in samenwerking met de veldpartijen die in het kader staan vermeld. Ook Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) was betrokken. Het rapport is nog niet bestuurlijk vastgesteld.

Het doel van de beweging naar Passende zorg en het cyclisch aan de slag gaan met Gepast gebruik is om een toekomstbestendige, toegankelijke en kwalitatief goede geboortezorg voor iedereen te kunnen behouden.

Dat is nodig, want zorgbreed geldt:
- De zorgvraag groeit sneller dan de capaciteit.
- Personeelstekorten lopen op.
- De ecologische voetafdruk van de zorg is te groot.
- Er is nog te veel zorg zonder meerwaarde, en kennis die al wel beschikbaar is, wordt onvoldoende toegepast in de dagelijkse praktijk.

Deze effecten zijn in de geboortezorg op onderdelen overigens minder duidelijk. Zo stijgt de zorgvraag niet en betreffen de personeelstekorten gelden vooral onderdelen van de geboortezorg, zoals de kraamzorg. Maar dat maakt de noodzaak om met Passende zorg en de CvGG aan de slag te gaan niet minder. Want net als bij de overige zorg is voor de geboortezorg van belang dat:
- Waarde wordt toegevoegd voor de patiënt (gezondheid, functioneren, kwaliteit van leven),
- De zorgprofessionals zorg kunnen blijven leveren binnen de grenzen van menskracht en middelen, en
- Schade en verspilling door niet-passende zorg worden voorkomen.

Samengevat: Passende zorg moet bijdragen aan houdbare en toegankelijke geboortezorg voor de individuele persoon en voor de samenleving als geheel.

1. Inleiding

1.2 Leeswijzer

In dit plan van aanpak beschrijven we hoe de geboortezorg vorm kan geven aan de toepassing van de CvGG, als onderdeel van de bredere beweging naar Passende zorg. In hoofdstuk 2 schetsen we de achtergrond van dit plan: de aanleiding, de context en de actuele ontwikkelingen binnen de sector. Hoofdstuk 3 gaat in op de betekenis van Gepast gebruik en Passende zorg binnen de geboortezorg, het gezamenlijke perspectief en het begrippenkader.

De invoering van de CvGG voor de geboortezorg komt aan bod in hoofdstuk 4. Daarin beschrijven we onder meer hoe partijen gezamenlijk werken aan agenderen, evalueren, implementeren en monitoren. In hoofdstuk 5 hebben wij deze beoogde werkwijze vertaald naar een concreet werkpakket, inclusief planning. In hoofdstuk 6 staat de organisatie van het samenwerking centraal: hoe de governance is ingericht en wie welke rol speelt. In bijlage 1 leggen wij de relatie tussen de verkenning en het plan van aanpak. In bijlage 2 is een begroting opgenomen voor de uitvoering van dit plan.

2. Context

2.1 Sectorale ontwikkelingen

Voordat wij schetsen hoe de sector aan de slag gaat met toepassing van de CvGG en wat daarvoor nodig is, schetsen wij de context waarin dit plaats zal vinden. Welke ontwikkelingen spelen er binnen de sector? Wat komt er op de sector af en welke plannen zijn daarvoor al gemaakt?

De belangrijkste ontwikkelingen en trends zijn:

1. Geboortezorg steeds meer integraal en regionaal georganiseerd

De geboortezorg wordt steeds meer in samenwerking rond de zwangere georganiseerd. Professionals uit verschillende disciplines en instellingen werken samen in regionale verbanden (verloskundige samenwerkingsverbanden). De integrale benadering is het nieuwe uitganspunt in de verdere ontwikkeling van de geboortezorg.

2. Steeds meer landelijke afstemming

Ook landelijk gezien worden (zij het voorzichtig) stappen gezet naar een betere samenwerking. Meest recente ontwikkeling is de inrichting van een Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg (LTIG).

3. Zorgen over medicalisering van zwangerschap en geboorte

Er is een tendens om zwangerschap en bevalling meer in het medische circuit te begeleiden, met meer interventies en controles dan voorheen, ook bij gezonde moeders en baby's. Dit is te begrijpen gelet op de risico's, bijvoorbeeld doordat de zwangeren steeds ouder zijn en door de perinatale sterfte die in relatie tot andere landen als hoog worden ervaren. Het draagt echter niet per definitie bij aan gezondheid en welzijn van moeder en kind op korte en lange termijn. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving schreef recent het advies 'Iedereen bijna ziek', waarin nadelen worden beschreven van steeds meer screening en diagnostiek.

4. Personeelstekorten in delen van de geboortezorg

Met name in de kraamzorg is er een ernstig tekort aan arbeidskrachten. Dat legt weer extra druk op de eerstelijns verloskundige zorg. In de tweedelijns geboortezorg wordt ook personeelskrapte geconstateerd, met name bij het ondersteunende personeel.

5. Toename van digitale gegevensdeling

Er worden in de geboortezorg al decennialang data verzameld. Dat is ondersteunend aan het gesprek over de kwaliteit van de geboortezorg. Via Perined is goede infrastructuur beschikbaar en er is een Duurzaam Informatiestelsel Geboortezorg (DIG).

6. Toenemende invloed van de zorgvragers

Zwangeren en hun omgeving willen steeds meer invloed op hoe en waar de geboortezorg plaatsvindt en welke interventies er wel of niet plaatsvinden. Er is toenemende aandacht voor culturele sensitiviteit en voor zorg die aansluit bij de persoonlijke situatie van de moeder en gezin.

7. Duurzaamheid en maatschappelijke betrokkenheid

De zorgsector wordt geacht bij te dragen aan verduurzaming. Niet passende zorg moet worden afgebouwd, ook om negatieve klimaatimpact te verminderen.

Concluderend: de geboortezorg in Nederland beweegt naar meer samenwerking en integraliteit. Die is ook nodig, gelet op de uitdagingen. De introductie van de CvGG kan deze beweging extra inhoud geven en ervoor zorgen dat de juiste keuzes worden gemaakt voor toekomstigbestendige geboortezorg.

2.2 Context

Het toepassen van de CvGG zal plaatsvinden binnen een bepaalde context. Wij bespreken kort de belangrijkste contextuele factoren.

- In de verkenning constateerden we al dat er verschillende visies zijn op passende geboortezorg. Partijen moeten er steeds alert op zijn of ze het over hetzelfde hebben en hetzelfde bedoelen. Dit vraagt om duidelijke begrippenkaders en het zorgvuldig doorlopen van de processtappen van de CvGG.

- Door de visieverschillen, worden problemen soms anders benaderd. En er is nog te weinig gezamenlijk eigenaarschap over deze problemen. Om verder te kunnen, zullen partijen vraagstukken collectief moeten omarmen en zorgevaluaties samen uitvoeren. Want anders kan de sector niet als geheel veranderen.

- De geboortezorg is in de uitvoering nog vaak versnipperd. Dit compliceert het doen van gezamenlijk evaluatieonderzoek. Gynaecologen en kinderartsen zijn al onderdeel van ZE&GG en hebben veel ervaring met evaluatieonderzoek. Maar om nog meer uit zorgevaluaties te halen, moeten deze over schotten heen worden uitgevoerd.

- In de geboortezorg wordt al vele jaren gesproken over een passende bekostiging. Op dit moment zijn verschillende bekostigingsvormen mogelijk. Dit hybride systeem van bekostiging brengt voor de verschillende zorgaanbieders tegenstrijdige prikkels met zich mee, die ook keuzes over de zorgverlening kunnen beïnvloeden. Ook bevordert een hybride bekostiging de transparantie niet.

- De aard en beschikbaarheid van het zorgaanbod en de organisatiegraad van zorgaanbieders verschillen sterk per regio. In de ene regio is de netwerkvorming verder dan in de andere regio. Deze factoren zijn van invloed op het vermogen om te implementeren en te de-implementeren.

3. Betekenis

3.1 Perspectief

De partijen in de geboortezorg zien in een gezamenlijk programma Passende geboortezorg het volgende perspectief.

- Met het toepassen van de CvGG kunnen verschillende benaderingswijzen en visies bij elkaar gebracht worden. Je kunt als geboortezorg onderzoeken welke waarde zorg toevoegt aan gezondheid van mensen én onderzoek doen naar de effectiviteit van zorg. Het is dan wel belangrijk dat partijen elkaars invalshoeken herkennen en erkennen. Deze invalshoeken en afspraken worden vastgelegd in een kaderdocument, zodat samengewerkt kan worden aan passende zorg vanuit een gezamenlijk perspectief.

- Per 2025 is als gezegd een Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg geïnstalleerd. Het doel is om een gemeenschappelijke koers te bepalen voor de integrale geboortezorg en beleid en uitvoering met elkaar te verbinden. Ook wil deze tafel zorgen voor samenhangende besluitvorming. In de verschillende stappen van de CvGG is ook behoefte aan samenhangende besluitvorming. De LTIG kan ingezet worden in het organiseren van het gezamenlijk eigenaarschap in de verschillende stappen van de cirkel.

- Met dit plan brengen we alle bestaande bewegingen naar passende geboortezorg zoveel als mogelijk onder één governance. Dat zorgt voor een afgestemde ontwikkeling waar je niet omheen kunt. Van meet af aan moet er een duidelijk verhaal zijn dat zorgaanbieders, (toekomstige) professionals, onderzoekers, patiënten en burgers meeneemt in het doel van de gezamenlijke aanpak.

- Gezamenlijk eigenaarschap betekent gezamenlijk optrekken in alle stappen van de CvGG. Daarvoor komt er een ‘protocol werkwijze passende geboortezorg’. Zo moet er een gezamenlijk agenderingsproces zijn, waarin bepaald wordt welke onderwerpen onderdeel worden van de ontwikkelagenda. Nu blijven juist de moeilijke vragen vaak buiten beschouwing, vanwege het ontbreken van consensus.

- Door gezamenlijk te evalueren over de schotten heen, wordt inzichtelijk dat veranderingen bij de ene discipline effect kan hebben voor de andere discipline, het zogenoemde ‘waterbed-effect’. Door de evaluaties gezamenlijk en integraal te benaderen, komt in beeld wat veranderen onder de streep kan opleveren.

- De invoering van de CvGG in de geboortezorg is een kans om grote vraagstukken in de geboortezorg op te pakken en samen vast te stellen wat wel en niet onder passende geboortezorg valt. Het geeft ook betere opschalingsmogelijkheden van regionale bevindingen. Nu is een landelijk standpunt bepalen vaak traag en remmend voor de regio’s. Die situatie willen we veranderen. Op landelijk niveau moet de beweging naar passende zorg een impuls krijgen.

3.2 Relatie met richtlijnen

Er is op dit moment geen regie welke onderwerpen prioriteit krijgen in de richtlijnontwikkeling. Daardoor is er een risico dat ingewikkelde vragen waar geen consensus over is, niet meegenomen worden in zorgevaluaties. Belangrijk aandachtspunt in de geboortezorg is, dat richtlijnen doorgaans maar een deel van de geboortezorg raken. Bovendien is er geen uniforme financiering en governance. Het programma zal hier meer uniformiteit in moeten brengen.

4. Werkwijze

4.1 CvGG

Zoals uit de verkenning blijkt, is er in de geboortezorg draagvlak voor de methodische aanpak van de CvGG. Wel moet evaluatieonderzoek 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? Dit zijn vragen die via de werkwijze van de CvGG kunnen worden beantwoord.

Zoals bekend wordt binnen de medisch specialistische zorg gewerkt met ZE&GG. Twee wetenschappelijke verenigingen die ook onderdeel zijn van de geboortezorg (NVOG en NVK) hebben waardevolle ervaring in het werken met de CvGG. Het is waardevol om de ervaringen van de NVOG en NVK in ZE&GG te benutten bij de programmatische aanpak in de geboortezorg.

De CvGG kan de motor worden achter Passende geboortezorg. De landelijk tafel kan dienen als governance die de ontwikkelingen in het veld verbindt.

Aandachtspunten bij het toepassen van de CvGG zijn:
- Het ook betrekken van ervaringskennis en praktijkkennis
- Een gezamenlijke kennisagenda
- Een toereikende data-infrastructuur die Real World Data toegankelijk maakt
- Het verbinden van decentrale onderzoeksinfrastructuren
- Het betrekken van andere domeinen

Bij elk van de stappen in de CvGG zijn er voor de geboortezorg inrichtings- en organisatievragen. Die worden hieronder toegelicht. De aandachtspunten hierboven en de punten bij de verschillende stappen komen terug in het werkpakket (hoofdstuk 5).

We vinden het belangrijk om ook te kijken naar wat er al is. Veel onderzoeksresultaten hebben de praktijk nog niet bereikt. Voor die resultaten hoeft het eerste deel van de cirkel niet opnieuw doorlopen te worden. Het startpunt is dan de (de-)implementatie.

4.2 Agenderen

Agenderen is de eerste stap in de CvGG. Dit kan gaan om het ophalen van kennisvragen over (relatieve) effectiviteit en die prioriteren, maar ook over grotere, organisatorische vragen. Volgens de handreiking van het programma ZE&GG is het belangrijk om kennisvragen 'SMART' te formuleren. Een scherpe probleemstelling helpt om onderscheid te maken tussen echte kennisvragen en andere vraagstukken (zoals implementatie- of bekostigingsproblemen), zodat zorgevaluatie wordt ingezet waar dat zinvol is. De vragen moeten maatschappelijke en praktijkrelevante impact hebben op gezondheid, kosten, arbeidsinzet en/of duurzaamheid. Al bestaande kennisagenda's geven belangrijke input voor de nieuwe gezamenlijke kennisagenda. De procedure voor het opstellen van een gezamenlijke kennisagenda moet nog worden vastgesteld, waarbij er aandacht moet zijn voor scope, verschillende perspectieven, impact en haalbaarheid.

De vragen worden in co-creatie met alle relevante partijen (en in ieder geval patiënten) uitgewerkt. Zo bereiken we gezamenlijk eigenaarschap, een betere aansluiting bij de praktijk en meer draagvlak voor implementatie. Om vooringenomenheid (bias) en discussies achteraf te voorkomen adviseren wij, conform de adviezen van ZE&GG, een objectieve methodologische begeleiding te organiseren.

Het resultaat, de (kennis)vragen en eventuele onderzoeksvoorstellen vragen bestuurlijke vaststelling, zodat er zoveel mogelijk zekerheid is over:

- de feitelijke uitvoering van het onderzoek
- de opname van resultaten in richtlijnen als daar aanleiding voor is en het past binnen de kaders voor richtlijnen
- de implementatie van resultaten en de monitoring daarvan
- in geval van pakketbeheer: bruikbare resultaten om een uitspraak te doen over de pakketwaardigheid.

Door op deze wijze te agenderen zorgen we voor zorgvuldig, gezamenlijk en systematisch vaststellen wáár evaluatie nodig is, met een breed gedragen, goed onderbouwde en praktijkgerichte (kennis)vraag als resultaat. Dit legt de basis voor succes in de volgende stappen van de CvGG: evalueren, (de-)implementeren en monitoren.

Dit proces laat onverlet dat het Zorginstituut ook onderwerpen kan agenderen of uitkomsten van zorgevaluaties kan duiden.

4.3 Evalueren

In de fase van evalueren gaan we onderzoek uitvoeren naar effectiviteit van zorg in de breedste zin van het woord. Dat kan gaan over diagnostiek, behandelingen of interventies, over organisatievormen of samenwerkingen of over (doorverwijzing naar) andere zorgaanbieders of domeinen.

Voor onderzoek is een goede samenwerking met de wetenschap essentieel. Opleidingen zijn daarom een belangrijk partner in dit programma. Verder moet er een gezamenlijk standpunt komen over het gebruik van evidence, praktijkkennis en ervaringskennis. Dit standpunt kan worden opgenomen in het protocol werkwijze passende geboortezorg.

Het organiseren van een gezamenlijke en landelijk dekkende onderzoeks-infrastructuur is een belangrijk onderdeel van het werkpakket. Bestaande kwaliteitsregistraties kunnen als aanknopingspunt dienen. Er moet een betere verbinding komen met de regio's en de relevante ontwikkelingen daar op het gebied van passende zorg.

Evalueren neemt doorgaans veel tijd en capaciteit in beslag en vraagt om het betrekken van de juiste kennisbronnen. Methodologische ondersteuning, formats en andere hulpmiddelen kunnen onderzoekers, zorgprofessionals en ervaringsdeskundigen ontlasten in de uitvoering. Wij willen deze (objectieve) ondersteuning vanuit dit programma gaan vormgeven.

Er zijn redelijk wat data in de geboortezorg over de inzet en uitkomsten van zorg. De data worden beperkt ingezet voor zorgevaluaties en passende zorg. Daarom is een ontwikkelagenda voor de toepasbaarheid van de data opgenomen in het werkpakket.

Binnen ZE&GG is een 'Veldnorm toetsing en kwaliteitsborging WMO-plichtige zorgevaluaties' opgesteld, waardoor de juridische en ethische toetsing proportioneel gebeurt en administratieve lasten zoveel als mogelijk worden beperkt. Deze veldnorm helpt om zorgevaluaties sneller te kunnen starten en eenvoudiger uit te voeren, zonder in te boeten op kwaliteit. De geboortezorg kan mogelijk gebruik maken van deze al ontwikkelde veldnorm.

Om zorgevaluaties in beeld te brengen heeft ZE&GG een Inclusiemonitor ontwikkeld. Deze maakt inzichtelijk welke zorgevaluaties er lopen en welke aanbieders er aan deze studies meedoen. Verder maakt deze monitor inzichtelijk hoeveel patiënten er deelnemen (inclusies) en hoe het verloop van het aantal deelnemende patiënten over de tijd is. Op termijn zal een dergelijk inzicht ook wenselijk zijn voor de lopende evaluaties van de geboortezorg.

4.4 Implementeren en monitoren

Implementeren betekent Passende zorg in de praktijk brengen en de beschikbare en ontwikkelde kennis daadwerkelijk benutten. De uitkomsten van evaluaties vormen een belangrijke basis voor de implementatie. Daaronder verstaan wij ook de-implementatie: ophouden dingen te doen waarvan we weten dat ze onvoldoende werken.

De eerste stap is het maken van afspraken over hoe we omgaan met de uitkomsten van evaluaties. Daarna volgen nog duiding (is deze vorm van zorg verzekerd?) en de vertaling naar richtlijnen. Voor implementatie is bijna altijd gedragsverandering nodig. En voor gedragsverandering is het belangrijk dat betrokkenen (zorgaanbieders, patiënten) het nut van de kennis ervaren. Over kennisbenutting moet op alle niveaus het gesprek worden gevoerd. Waarom doen we dingen niet, terwijl we weten dat het beter is het wel te doen? Of waarom blijven we dingen doen, waarvan we weten dat ze niet werken?

Implementatie begint met intrinsieke motivatie. In de Verkenning naar de toepassing van de CvGG is al geconstateerd dat implementatie heel goed moet aansluiten bij de beleving en de taken van de zorgprofessionals en patiënten. Een kenniskaart of beslishulp kan effectiever zijn dan een lang en ingewikkeld verhaal. Bepaalde kennis die al in richtlijnen is verwerkt, wordt mogelijk niet toegepast, juist door het ontbreken van dat soort praktisch bruikbare hulpmiddelen of omdat professionals het belang of het nut niet ervaren. De vorm waarin resultaten bekend worden gemaakt in de geboortezorg is dus zeker een aandachtspunt bij de implementatie van de CvGG.

Een belangrijke vraag is (dus) hoe je alle betrokken professionals en patiënten op een goede manier bereikt. Dat vraagt om gedegen onderzoek naar de implementatie van passende geboortezorg en het leren van experimenteren in de praktijk. In ziekenhuizen en grote instellingen zijn daar vaak kwaliteitsfunctionarissen voor of andere aanspreekpunten voor onderzoek naar en implementatie van Passende zorg. Maar de organisatie van de kleinere praktijk is anders en vraagt om een eigen en passende benadering. Een communicatiestrategie rond de implementatie is noodzakelijk.

Via contractering kan de zorgverzekeraar de implementatie van Passende zorg faciliteren en stimuleren. Aan de bilaterale onderhandelingstafel kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de onderwerpen uit de CvGG inbrengen en afspraken maken. De relatie met de contractering zal in de komende jaren zich moeten uitkristalliseren.

Implementeren en monitoren gaan hand in hand. Monitoren is essentieel om te volgen in hoeverre Passende zorg daadwerkelijk in de praktijk wordt geïmplementeerd. Het helpt inzichtelijk te maken welke zorgaanbieders succesvol zijn in de implementatie en waar succesvolle implementatie nog ontbreekt. Ook stimuleert monitoren het gesprek tussen zorgprofessionals.

Monitoren van implementatie kan op een laagdrempelige kwalitatieve manier, bijvoorbeeld door het organiseren van platforms waar professionals die meedoen ervaringen kunnen delen of door gerichte uitvragen. Het doel is een lerend systeem dat Passende zorg duurzaam verankert in de geboortezorg met oog voor administratieve lasten. Idealiter wordt voor het monitoren gebruikgemaakt van bestaande datasets. Als bestaande data ontoereikend zijn, zal voor dit doel de data-infrastructuur moeten worden aangepast.

Monitoring levert ook spiegelinformatie op waarmee professionals zichzelf en hun organisatie kunnen vergelijken. Spiegelinformatie leidt tot bewustwording en verbeteractiviteiten, en de intrinsieke motivatie voor verdere implementatie. Om spiegelinformatie effectief in te zetten is het volgens ZE&GG belangrijk dat er vertrouwen is in de manier waarop de spiegelinformatie tot stand komt. Alle betrokken partijen moeten vooraf overeenstemming hebben over het referentiekader voor spiegelinformatie. Dit is daarom een belangrijk punt voor het werkpakket.

4.5 Systeeminbedding

Systeeminbedding betekent volgens ZE&GG dat het vanzelfsprekend is dat zorg wordt geëvalueerd en dat Passende zorg wordt toegepast. Het houdt in dat de werkwijze van de CvGG volledig verankerd is in het reguliere functioneren van het zorgstelsel en niet alleen via losse projecten of tijdelijke initiatieven. Er moet dus een bepaalde 'constante' zijn in de infrastructuur. Alle betrokken partijen (zorgaanbieders, verzekeraars, patiëntenorganisaties, beroepsverenigingen) voelen zich verantwoordelijk en dragen structureel bij.

Patiënten(organisaties) zijn in alle fasen van de CvGG betrokken, zodat we kennis en inzichten ontwikkelen die ertoe doen in de praktijk, in het dagelijks leven en de gezondheid van de patiënten.

We willen een structuur inrichten die robuust genoeg is om een sector in beweging te krijgen. En heel belangrijk: cultuurverandering blijvend stimuleren. We willen er naartoe dat Passende zorg de norm is, en deelnemen aan evaluaties gebruikelijk. Implementatie moet vanzelfsprekend worden. Niet-passende zorg moet niet meer vergoed worden vanuit de basisverzekering.

5. Werkpakket en planning

passende zorg
geboortezorg

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Kaderdocument passende geboortezorg	jan 2026 - maart 2026	Gezamenlijk perspectief passende geboortezorg	●				
		Afspraken over gezamenlijke uitvoering zorgevaluaties.	●				
		Completering van het gezamenlijke begrippenkader	●				

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Programma passende geboortezorg operationeel.	april 2026 - sept 2026	Plan van aanpak versie 1.0 en kaderdocument passende geboortezorg bestuurlijk vastgesteld.	●				
		Governance voor samenwerkingsverband ingericht, gekoppeld aan landelijke tafel integrale geboortezorg.	●				
		Professionele positionering van patiënten en andere stake-holders.	●				
		Overeenstemming over gezamenlijke acceptatie van resultaten van zorgevaluaties.	●				
		Koppeling gelegd met bestaande trajecten rondom geboortezorg (o.a. ZE&GG).	●				
		Consortiumovereenkomst voor gezamenlijke visie en aanpak ondertekend door de deelnemende partijen.	●				
		Financiering voor programmaperiode 2026-2030 geregeld.	●				
		Samenwerkingsafspraken met opleidingen en hoogleraren vastgelegd.	●				
		Gezamenlijke lancering en publiciteit met centrale plek voor gedeelde visie.	●				

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Werkplan 2026-2030 vastgesteld door samenwerkingsverband.	sept 2026 - dec 2026	Inhoud plan van aanpak, werkpakket, kaderdocument en uitkomst inrichting programma vertaald naar werkplan.	●				
		Detailbegroting en verantwoordelijkheden per organisatie vastgelegd.	●				

5. Werkpakket en planning

passende zorg geboortezorg

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Protocol werkwijze passende geboortezorg vastgesteld.	sept 2026 - dec 2026	Format voor een PICO, toepasbaar voor de geboortezorg ontwikkeld.		●			
		Lijst met gestandaardiseerde indicatoren beschikbaar.			●		
		CvGG-stappen agenderen, evalueren en implementeren & monitoren in praktische processtappen uitgewerkt.		●	●	●	
		Scope van (zorg)evaluaties bepaald en afgestemd met ZE&GG en eventueel met andere sectoren.			●		
		Verkennen op welke manier zorgevaluaties voor de geboortezorg het beste geïmplementeerd en gemonitord kunnen worden.				●	
		Landing van resultaten van zorgevaluaties uitgewerkt (richtlijnen, pakket, contractering, etc) , met aandacht voor de rollen van het Zorginstituut, zorgverzekeraars en wetenschappelijke verenigingen.				●	●

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Communicatiefunctie ingericht.	sept 2026 - dec 2026	Communicatieplan voor de externe communicatie (zowel gedachtegoed als resultaten vastgesteld.	●		●	●	●
		Communicatieplan voor de interne communicatie van consortiumpartners vastgesteld om samenwerking te versterken en te zorgen voor synergie.	●	●	●		
		Platform voor het delen van ervaringen over passende zorg en werken met de CvGG gelanceerd.				●	●

5. Werkpakket en planning

passende zorg geboortezorg

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Afspraken gemaakt over inzet bestaande data-infrastructuur.	sept 2026 - dec 2026	Data-infrastructuur van de geboortezorg en de bruikbaarheid voor evaluatie-onderzoek in kaart.			●	●	
		Eerste opzet Uniforme Data Definities beschikbaar, met aandacht voor eigenaarschap en transparantie.			●	●	
		Bestuurlijke afspraken over het delen van spiegelinformatie en transparantie van onderzoeksresultaten gemaakt of aangepast.			●	●	

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Gezamenlijke kennisagenda passende geboortezorg vastgesteld.	okt 2026 - feb 2027	Procedure voor het vaststellen van een gezamenlijke kennisagenda bepaald.		●			
		Bestaande kennisagenda's geïnventariseerd.		●			
		Kennishiaten door ophaalsessies in kaart gebracht.		●			
		Gezamenlijke kennisagenda geconsulteerd en vastgesteld.		●			

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Kennisbank passende geboortezorg beschikbaar.	nov 2026 - jul 2027	Actuele richtlijnen en zorgstandaarden die gaan over passende geboortezorg zijn geinventariseerd.		●	●	●	
		Overige kennisdocumentatie over passende zorg is in beeld.		●	●	●	
		Kennisbank passende geboortezorg is gevuld en toegankelijk gemaakt.		●	●	●	●

5. Werkpakket en planning

passende zorg geboortezorg

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Ontwikkelagenda voor databronnen vastgesteld.	jan 2027 - maart 2027	Bestaande data en hiaten in de data-infrastructuur zijn in beeld.	●		●	●	
		Voor bestaande data is vastgesteld of deze bruikbaar zijn voor gestelde doelen en hoe deze data ontsloten kunnen worden.	●		●	●	
		Ontwikkelagenda voor bestaande en nieuwe databronnen vastgesteld.	●		●	●	

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Klaar om vier pilots met zorgevaluatie uit te voeren.	jan 2027 - jun 2027	'Veldnorm toetsing en kwaliteitsborging WMO-plichtige zorgevaluaties' toepasbaar voor geboortezorg of alternatief gekozen.			●		
		Toolkit beschikbaar met methodologieën en intrumenten voor evaluatie-onderzoek én materialen voor praktijken en patienten die (potentieel) deelnemen.			●		
		De activiteiten van de landelijke samenwerking en de processen en infrastructuur van regionale of lokale initiatieven zijn op elkaar uitgelijnd.		●	●	●	
		Mogelijke onderwerpen geselecteerd voor pilots evaluatie-onderzoek.		●	●		
		Onderzoeksvoorstellen (in co-creatie) geschreven en onderzoeksgroepen geformeerd.			●		

5. Werkpakket en planning

passende zorg geboortezorg

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Gezamenlijke implementatieagenda passende geboortezorg vastgesteld.	jan 2027 - jun 2027	Procedure voor het vaststellen van een gezamenlijke implementatie-agenda bepaald.				●	
		Inventarisatie van bestaande (afgeronde) zorgevaluaties en status van implementatie.				●	
		Gezamenlijke implementatie-agenda geconsulteerd en vastgesteld.				●	

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Werkwijze van leren en verbeteren geïmplementeerd.	jan 2027 - jun 2027	Plan van aanpak voor onderling leren tussen consortium-partners vastgesteld, daarbij gebruik makend van ervaringen ZE&GG en andere programma's.			●	●	●
		Opschalingsplan voor hoe regionale goede voorbeelden lan-delijk aandacht krijgen en hun plek vinden in andere regio's.			●	●	●
		Passende zorg en de gezamenlijke werkwijze is een onderdeel van bestaande opleidingen in de geboortezorg.			●	●	●
		Nascholingen of voorlichting die het meedoen aan onderzoek stimuleren zijn beschikbaar.			●	●	●

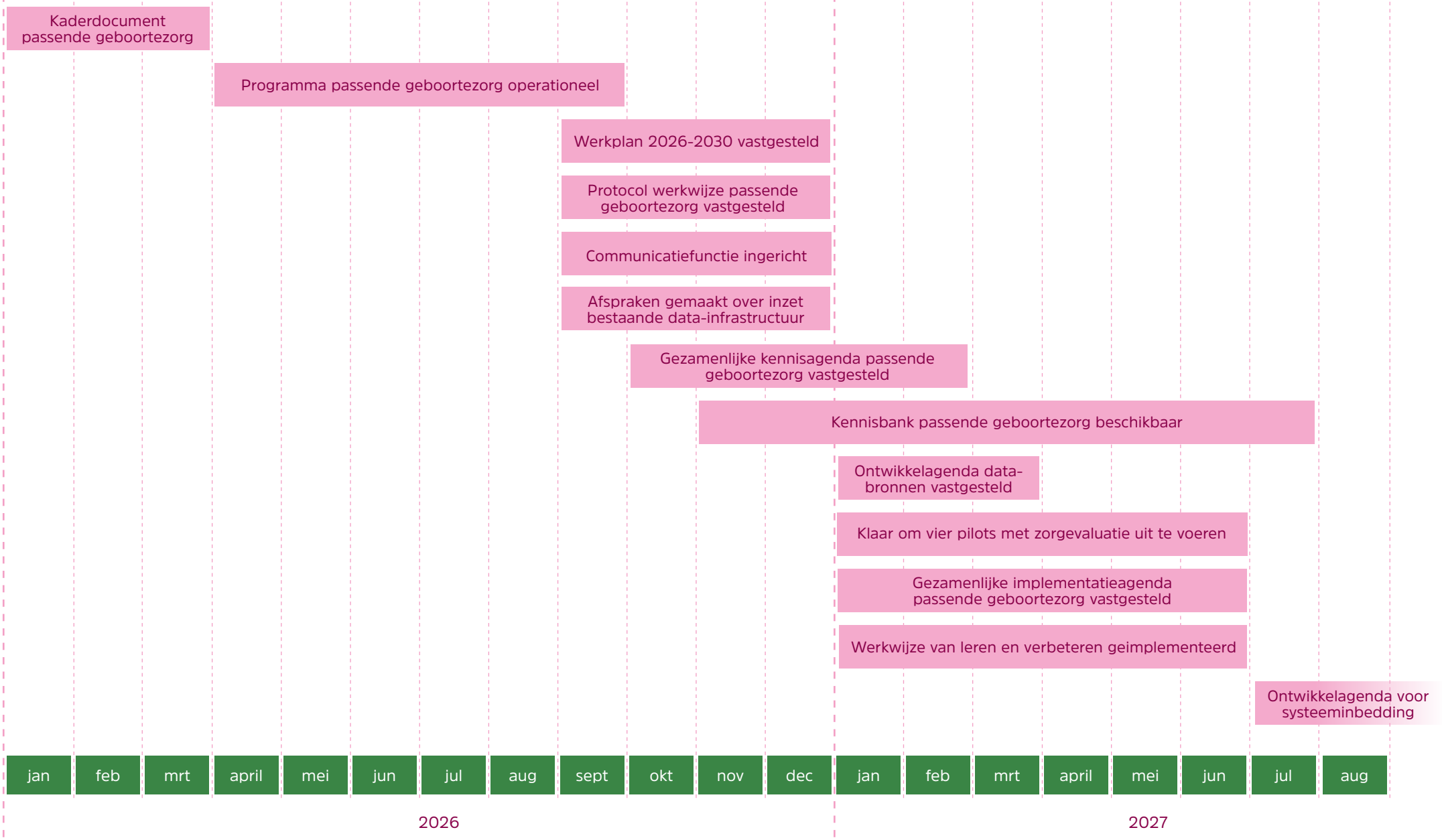
5. Werkpakket en planning

passende zorg geboortezorg

Legenda
A = Algemeen | B = Agenderen | C = Evalueren | D = Implementeren en monitoren | E = Systeeminbedding

Resultaat	Termijn	Deelresultaten	A	B	C	D	E
Ontwikkelagenda voor systeeminbedding.	vanaf jul 2027	Koppeling met pakketbeheer versterkt.				●	●
		Bestaande onderdelen van landelijke onderzoeks-infrastructuur goed op elkaar aangesloten en verrijkt met andere bronnen.				●	●
		ICT bij zorgaanbieders geoptimaliseerd voor deelname aan zorgevaluaties en monitoring.			●	●	●
		Behandel/uitkomst-indicatoren doorontwikkeld.			●	●	●
		Financiële ondersteuning voor de ondersteuning en	●				●
		uitvoering van zorgevaluaties en implementaties geborgd.	●				●
		Landelijke effectmeting in relatie tot doelen.					

5. Werkpakket en planning



6. Organisatie

6.1 Samenwerking

Het voorstel is om op basis van een samenwerkingsovereenkomst (consortium) een programma 'Passende geboortezorg' in te richten dat de invoering van de CvGG in de geboortezorg als doel krijgt. Wij zien voordelen in een programmatische sectorale aanpak. Het benadrukt de gezamenlijkheid van de aanpak, bundelt de krachten zo efficiënt mogelijk en zorgt dat iedereen betrokken blijft. Met een programmatische aanpak zijn en blijven resultaten een prestatie van het veld. Met een programma werken partijen gezamenlijk op een transparante manier naar concrete doelen.

Een programma is het meest succesvol als alle stakeholders actief betrokken zijn en bereid zijn om samen te werken. Deze samenwerking vindt bij voorkeur niet alleen plaats op besluitvormingsmomenten, maar tijdens het gehele ontwikkelproces. Dat creëert een gezamenlijk eigenaarschap, draagvlak en bestendigt de resultaten. In dit programma zal er een samenwerking zijn op alle niveaus: operationeel, tactisch en strategisch. Op al deze niveaus is het belangrijk dat alle stakeholders goed vertegenwoordigd zijn. Elke rol heeft in het programma een eigen verantwoordelijkheid.

- **Patiënt:** niet-passende zorg kan schadelijk zijn voor patiënten, maakt de zorg onnodig duur en leidt tot een ondoelmatige inzet van de schaarse capaciteit. Dit is voor de Patiëntenfederatie een belangrijke motivatie om mee te werken aan programma's rondom Passende zorg en het perspectief van de patiënt in te brengen. Patiënten spelen een belangrijke rol bij het laten landen van de uitkomsten. Ze krijgen een grotere rol in hun eigen zorgproces (samen beslissen, zelfzorg en keuzehulpen).
- **Zorgprofessionals:** zorgprofessionals hebben een belangrijke eigen verantwoordelijkheid om de zorg te leveren zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden. Beroepsverenigingen stimuleren en begeleiden professionals hierin.
- **Zorgaanbieders:** in de geboortezorg verstaan we hieronder integrale geboortecentra, VSV's, ziekenhuizen verloskundige praktijken en aanbieders van kraamzorg.
- **Zorgverzekeraars:** als uitvoerders van de Zvw moeten zij ervoor zorgen dat zorg alleen uit het basispakket wordt vergoed als de zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en alleen wordt geleverd aan patiënten die redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg gezien hun gezondheidssituatie. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten ervoor zorgen dat kwalitatief goede zorg toegankelijk is tegen redelijke kosten.

Naast deze vier veldrollen heeft ook het Zorginstituut een belangrijke rol. Als pakketbeheerder is het verantwoordelijk voor de kwaliteit, toegankelijkheid en houdbaarheid van het pakket. Het Zorginstituut duidt welke zorg wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Door cyclisch pakketbeheer signaleert en agendeert het Zorginstituut 'pakketvraagstukken'.

Als deze rollen zijn ingevuld, ontbreken alleen nog het 'opdrachtgeverschap' en de financiering. Daarvoor zien wij een rol voor de overheid, bij respectievelijk het ministerie van VWS en ZonMw. Met het kaderprogramma Passende Zorg stimuleert ZonMw kennisontwikkeling en onderzoeksinfrastructuur. We gaan in overleg met VWS en ZonMw over de mogelijkheden vanuit het kaderprogramma of andere financieringsbronnen.

6. Organisatie

6.2 Stuurgroep

Eén van de doelen van de landelijke tafel is om versnippering tegen te gaan. Daarom willen wij voor dit programma ook gebruikmaken van de governance van de landelijke tafel.

Aan de landelijke tafel doen mee:
- BO Geboortezorg
- Federatie van VSV's
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Patiëntenfederatie Nederland
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland

Daarnaast is het ministerie van VWS als toehoorder aanwezig. Het College Perinatale Zorg (CPZ) faciliteert de LTIG.

De landelijke tafel vormt de stuurgroep van het programma Passende geboortezorg. Het Zorginstituut is strategisch partner van het programma. Hier geldt dat de precieze invulling en positionering nog moeten worden uitgewerkt. Mogelijk kan het CZP ook de facilitator zijn van het programma.

De andere samenwerkingspartners zijn:
- ZE&GG
- Kwaliteitsregistraties
- Onderwijsinstellingen
- Onderzoeksinstituten

De menskracht en financiën die nodig zijn voor de beoogde opzet, zijn verwerkt in een begroting (bijlage 2).

6.3 Werkorganisatie

De invulling en uitvoering van het programma is in handen van de werkorganisatie met daarin verantwoordelijk medewerkers van de programmapartijen en een programmamanager.

De werkorganisatie geeft invulling en uitvoering aan de gestelde programmadoelen door:
- het programmaplan uit te voeren en daarvoor deelplannen op te stellen
- te sturen op basis van de integrale programmaplanning
- de afstemming tussen deelplannen te bewaken
- werkgroepen in te richten en op te heffen
- resultaten van werkgroepen te bespreken, ook in relatie met andere resultaten
- te monitoren of de doelen worden behaald en hierover aan de stuurgroep te rapporteren
- de relevante activiteiten die de eigen organisaties op dit terrein uitvoeren te volgen

Onder de landelijke tafel functioneren nu al drie werktafels met elk hun eigen aandachtsgebied:

Werktafel Kwaliteit
- Ontwikkeling van (integrale) richtlijnen.
- Opzetten van een kwaliteitscyclus.

Werktafel Data
- Zorgdata toegankelijk maken en visualiseren.
- Ondersteunen van besluitvorming op basis van data.

Werktafel Organisatie
- Juiste randvoorwaarden creëren voor samenwerking en organisatie.

6. Organisatie

De werkorganisatie Passende geboortezorg positioneren we als uitvoeringsorganisatie van het programma Passende geboortezorg naast de drie werkgroepen. Naar verwachting is in de werkorganisatie expertise nodig over kwaliteit, data en organisatie. Er zullen daarom dwarsverbanden worden gelegd met deze drie werktafels.

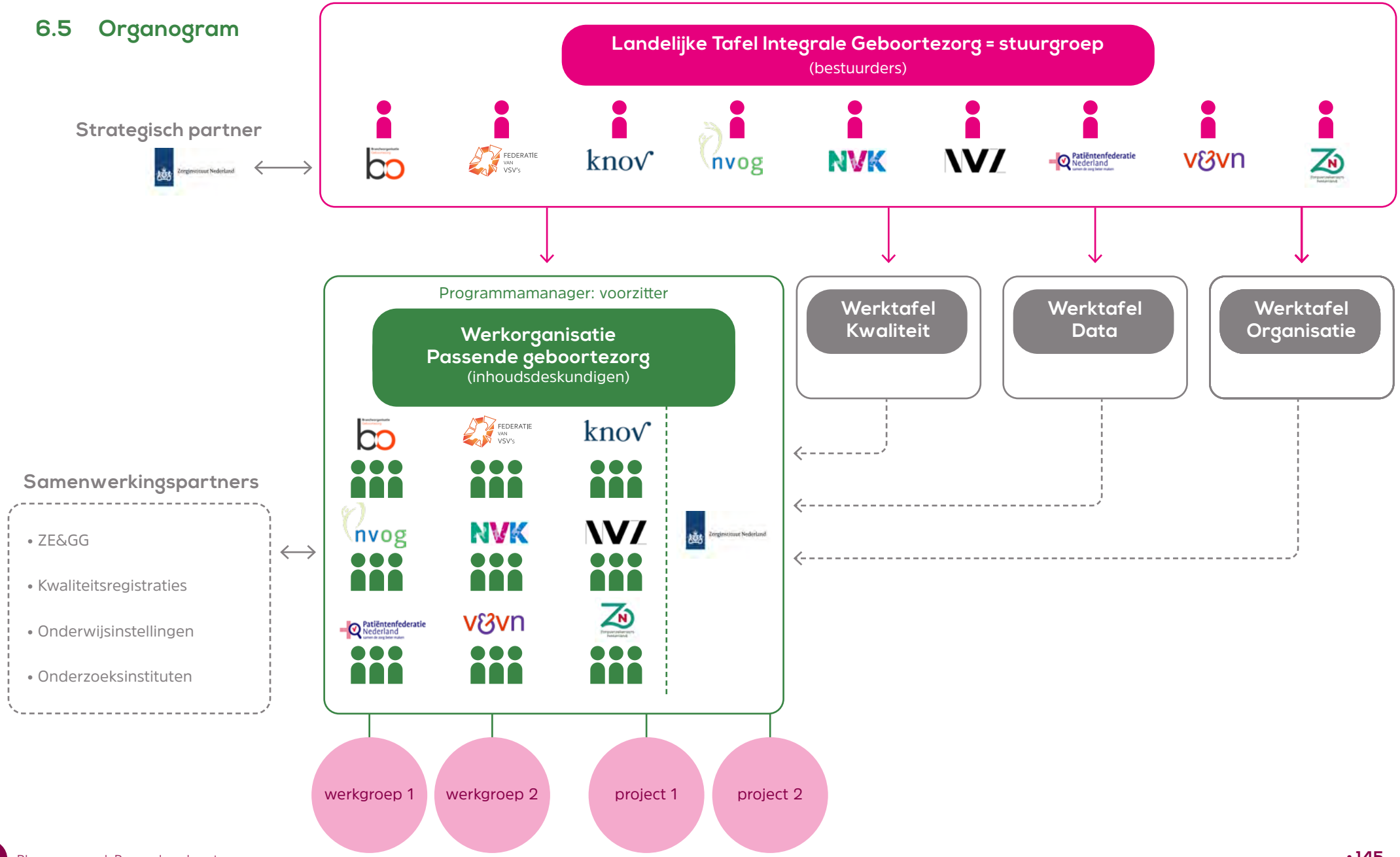
6.4 Programmamanager

Een onafhankelijk programmamanager coördineert het programma en zit de werkorganisatie voor. Deze programmamanager is tevens de verbindende schakel met de stuurgroep. Er is een klein ondersteuningsteam, waarin de functie van programmacommunicatie een belangrijke plek krijgt.

De programmamanager:

- bevordert de samenwerking tussen de programmapartijen
- begeleidt het proces van het programma
- rapporteert aan de stuurgroep over de voortgang van het programma
- bereidt stuurgroepbijeenkomsten en bijeenkomsten van de werk-organisatie voor
- verwerkt resultaten van besprekingen en doet waar nodig proactief voorstellen

6.5 Organogram



Bijlagen

- **Bijlage 1: Relatie met verkenning** 147
- **Bijlage 2: Begroting** 152

B1. Relatie met verkenning

passende zorg geboortezorg

Relatie tussen verkenning en plan van aanpak

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Gedeeld begrip van gepast gebruik/passende zorg	-	Geboortezorg	Opvolging in Plan van Aanpak
Overeenstemming over invulling begrippen	- ●	Het is complex om tot overeenstemming te komen over een gemeenschappelijk begrippenkader en de vertaling daarvan naar de geboortezorg.	Begrippenkader is opgenomen in hoofdstuk 3 van het plan van aanpak. Dat betekent nog niet dat iedereen daar hetzelfde onder verstaat of daar een zelfde invulling en uitvoering aan geeft. Er moet daarom nog gewerkt worden aan het gezamenlijke perspectief op passende zorg. Dit zal landen in een kaderdocument passende geboortezorg. Dit kaderdocument wordt daarna onderdeel van het Plan van Aanpak 2.0. Beide resultaten staan in het werkpakket.
Omarmen van EBM-gedachtengoed	- ●	De gynaecologen participeren in ZE&GG en hebben daarmee het gedachtegoed omarmd. Verloskundigen bestrijden het niet, maar volgens hen is een meer integrale benadering nodig, gericht op gezondheid en welzijn van moeder en kind voor korte en lange termijn.	Begrippenkader is opgenomen in hoofdstuk 3 van het plan van aanpak. Dat betekent nog niet dat iedereen dat hetzelfde onder verstaat of daar een zelf invulling en uitvoering aan geeft. Er moet daarom nog gewerkt worden aan het gezamenlijke perspectief op passende zorg. Dit zal landen in een kaderdocument passende geboortezorg. Dit kaderdocument wordt daarna onderdeel van het Plan van Aanpak 2.0. Beide resultaten staan in het werkpakket.
Gedeelde visie op passende zorg	- ●	De visies op passende zorg verschillen duidelijk, wat te verklaren is gegeven de verschillende achtergronden. Het omgaan met dit paradigmaverschil zal veel van partijen vragen.	Begrippenkader is opgenomen in hoofdstuk 3 van het plan van aanpak. Dat betekent nog niet dat iedereen dat hetzelfde onder verstaat of daar een zelf invulling en uitvoering aan geeft. Er moet daarom nog gewerkt worden aan het gezamenlijke perspectief op passende zorg. Dit zal landen in een kaderdocument passende geboortezorg. Dit kaderdocument wordt daarna onderdeel van het Plan van Aanpak 2.0. Beide resultaten staan in het werkpakket.

B1. Relatie met verkenning

passende zorg geboortezorg

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
Ja (+) Deels (+/-) Nee (-)

Gedeeld begrip van gepast gebruik/passende zorg	-	Geboortezorg	Opvolging in Plan van Aanpak
Passende zorg is onderdeel van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden	+/-	Ja, maar uitleg en toepassing zijn niet uniform.	In het eerder genoemde kaderdocument moet ook worden beschreven hoe bepaald wordt welke onderwerpen onderdeel worden van de ontwikkelagenda voor richtlijnen. Nu blijven soms moeilijke vragen buiten beschouwing vanwege het ontbreken van consensus.
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.	In het eerder genoemde kaderdocument moet ook worden beschreven hoe bepaald wordt welke onderwerpen onderdeel worden van de ontwikkelagenda voor richtlijnen. Nu blijven soms moeilijke vragen buiten beschouwing vanwege het ontbreken van consensus.
Is het pakket helder?	+	Geboortezorg valt onder de basisverzekering. Wel eigen betalingen bij kraamzorg en ziekenhuisbevalling zonder medische noodzaak.	Pakket is helder, maar in de praktijk wordt soms ook vergoed als er geen aanspraak is. Dit is een aandachtspunt bij de systeeminbedding en wordt beschreven in paragraaf 4.5.

B1. Relatie met verkenning

passende zorg
geboortezorg

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Onderzoekscultuur	+/-	Geboortezorg	Opvolging in Plan van Aanpak
Cultuur leren en verbeteren	+/- ●	Wel regionaal, met name in de Verloskundige Samenwerkingsverbanden en Integrale Geboortezorg Organisaties, maar niet landelijk en sectorbreed.	Dit is een aandachtspunt in paragraaf 3.1. De sector zal afspraken moeten maken over hoe breed en werkenderwijs gereflecteerd en geleerd kan worden. Het onderwerp komt ook terug in het werkpakket.
Ervaring met evaluatieonderzoek	+/- ●	Veel onderzoek door gynaecologen vanuit ZE&GG. Ook de verloskundigen hebben ruime ervaring met evaluatieonderzoek. Nog weinig sectorbreed onderzoek.	Er moeten goede afspraken worden gemaakt met ZE&GG, zodat de MSZ en geboortezorg elkaar versterken en er geen sprake is van onnodige dubbelingen.
Samenwerking met wetenschap	+/- ●	Ja, maar vooral vanuit afzonderlijke beroepsgroepen.	In het Protocol werkwijze passende geboortezorg krijgt de gezamenlijkheid van onderzoek en evaluatie extra aandacht. Het opstellen van het protocol is opgenomen in het werkpakket.
Bevorderen opleidingen onderzoekscultuur?	+ ●	Ja, verloskundigen en gynaecologen worden hierin opgeleid.	Geen verdere actie vereist.
Relevante programma's evaluatieonderzoek	+/- ●	Ja, o.a. Actieprogramma Kansrijke Start en ZonMw Zwangerschap & Geboorte	Er moet ook een betere verbinding komen met de regio's en de relevante ontwikkelingen daar op het gebied van passende zorg. Dit is beschreven in paragaaf 4.3.

B1. Relatie met verkenning

passende zorg
geboortezorg

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Bestuurbaarheid sector	+/-	Geboortezorg	Opvolging in Plan van Aanpak
Organisatie(graad) professionals	+ ●	Goed als het gaat om gynaecologen en verloskundigen (NVOG en KNOV).	In de governance moet rekening worden gehouden met de partijen die geen onderdeel zijn van de landelijke tafel. Dit wordt beschreven in hoofdstuk 6.
Organisatie(graad) zorgaanbieders	+ ●	Via Federatie van VSV's, NVZ/NFU, Bo geboortezorg en KNOV.	Geen verdere actie vereist.
Organisatie(graad) patiënten/cliënt	+/- ●	Via de Patientenfederatie en specifieke verenigingen, zoals het buikencollectief.	Dit is een belangrijk aandachtspunt. Partijen zijn van mening dat ook toekomstig zwangeren betrokken zouden moeten worden. Dit wordt beschreven in hoofdstuk 6 en krijgt een plek in het werkpakket.
Contracteringsgraad (verzekerde zorg)	+ ●	Hoog	Geen verdere actie vereist.
Kan zelfstandig handelen en organiseren	+/- ●	Nieuwe structuren zoals de landelijke tafel integrale geboortezorg bieden aanknopingspunt. Samenwerking binnen de sector is een belemmerende factor.	Landelijke tafel (zo nodig aangevuld) wordt aangrijpingspunt voor de organisatie van de samenwerking. Dit is beschreven in hoofdstuk 6.
Commitment op gezamenlijke uitvoering	+ ●	Er is veel bereidheid om aan de slag te gaan. Dat kan echter pas als de paradigmaverschillen zijn aangepakt.	De samenwerking begint met het aanpakken van de paradigmaverschillen. Stap 1 is het formuleren van het gezamenlijke perpectief.
Gestructureerde samenwerkingen	+/- ●	Ja, sinds kort via de landelijke tafel integrale geboortezorg.	Landelijke tafel (zo nodig aangevuld) wordt aangrijpingspunt voor de organisatie van de samenwerking. Dit is beschreven in hoofdstuk 6.
Relevante kwaliteitskeurmerken (niet zijnde ISO/NEN/HKZ)	+/- ●	Er zijn beroepsregisters. Geen kwaliteitskeurmerken bekend.	Geen verdere actie vereist.
Relevante sturingselementen zorgverzekeraars	- ●	Beschikbare uitkomstensets nog niet geschikt als sturingsinstrument.	Er zijn redelijk wat data in de geboortezorg. De data worden beperkt ingezet voor zorgevaluaties en passende zorg. Daarom is een ontwikkelagenda voor de toepasbaarheid van de data opgenomen in het werkpakket.

B1. Relatie met verkenning

passende zorg geboortezorg

Legenda
Kan de werkwijze van de CvGG worden toegepast?
● Ja (+) ● Deels (+/-) ● Nee (-)

Benodigdheden	+/-	Geboortezorg	Opvolging in Plan van Aanpak
Gestandaardiseerde uitkomstsets beschikbaar	+	Er zijn landelijke indicatorensets beschikbaar die ook worden gemonitord.	Er zijn redelijk wat data in de geboortezorg. De data worden beperkt ingezet voor zorgevaluaties en passende zorg. Daarom is een ontwikkelagenda voor de toepasbaarheid van de data opgenomen in het werkpakket.
Betrouwbare meetinstrumenten/vragenlijsten	+	Binnen de geboortezorg veel aanwezig.	Er zijn redelijk wat data in de geboortezorg. De data worden beperkt ingezet voor zorgevaluaties en passende zorg. Daarom is een ontwikkelagenda voor de toepasbaarheid van de data opgenomen in het werkpakket.
Beschikbaarheid data	+/-	Via Perined goede infrastructuur beschikbaar, maar er is achterstand in aanlevering. Data is nog niet op orde. Wel kennisagenda's individuele partijen.	Inmiddels is de aanlevering op orde. Geen verdere actie vereist.
Beschikbaarheid sectorale kennisagenda	-	Niet sectoraal.	Er ontbreekt een gezamenlijke kennisagenda, daarom is dit een belangrijk aandachtspunt in paragraaf 4.2 en het werkpakket.
Infrastructuur	+/-	Geen landelijk dekkende onderzoeksinfrastructuur	Het organiseren van een gezamenlijke en landelijk dekkende infrastructuur is een belangrijk onderdeel van het werkpakket. Dit wordt bespreven in paragraaf 4.3.

Uitvoerbaarheid korte termijn	+/-

B2. Begroting

passende zorg geboortezorg

Interne kosten	Activiteiten	Specificatie	Loon(kosten)
Stuurgroep	• Eindverantwoordelijk voor de uitvoering van het meerjarenplan binnen begroting. • Aansturing van de samenwerking conform samenwerkingsovereenkomst. • Accorderen van wijzigingen in het meerjarenplan. • Vaststellen meerjarenbegroting en eventuele wijzigingen. • Vaststellen inhoudelijk beleid. • Vaststellen resultaten werkorganisatie/kernteam. • Vaststellen communicatie- en publicatiebeleid. • Vaststellen hoe partijen hun kosten periodiek verantwoorden. • Verslag doen aan alle betrokken partijen betrokken bij de samenwerking. • Stakeholdermanagement (strategisch). • Jaarlijks vaststellen werkplan, begroting, jaarverslag en financiële verantwoording.	Vacatie- en onkostenvergoedingen	€ 50.000
Hoofdaannemer	• Monitoren van de voortgang en financiële uitputting binnen het programma. • Coördinatie van de inhoudelijke en financiële verantwoording. • Opstellen jaarverslag en financiële verantwoording. • Communicatie en afstemming met financiers. • Begeleiden proces accountant ten behoeve van goedkeuring financiële verantwoording. • Borgen dat resultaten programma landen in richtlijnen en zorgstandaarden. • Inhoudelijk ondersteunen van het programma op methodologisch gebied. • Praktisch ondersteunen van het programma door het organiseren en voorbereiden.	Senior - 1 fte Junior - 1 fte	€ 120.000 € 80.000
Werkorganisatie	• Opstellen werkplan en begroting. • Vaststellen projectplannen. • Werkgroepen inrichten en opheffen • Monitoren van de inhoudelijke voortgang van het werkplan en projecten. • Toetsen op hoofdlijnen (inhoudelijk en strategisch) van resultaten projecten en werkgroepen. • Formuleren van beleidsvoorstellen voor stuurgroep. • Stakeholdermanagement (tactisch en operationeel). • Coördinatie communicatie en (openbare) kennisdeling binnen gestelde beleidskaders. • Het organiseren van programma-brede faciliteiten. • Sturen op basis van de integrale programmaplanning. • Het werkplan uitvoeren en daarvoor projecten en/of werkgroepen bemensen. • Afstemming tussen projecten en werkgroepen bewaken. • Resultaten van werkgroepen bespreken, ook in relatie met andere resultaten. • Relevante activiteiten die de eigen organisaties op dit terrein uitvoeren volgen.	Medior - totaal 3,5 fte	€ 350.000

B2. Begroting

Externe (materiële) kosten	Activiteiten	Specificatie	Loon(kosten)
Programma-management en ondersteuning	• Algemene coördinatie programma, samenwerking en intern/extern stakeholdermanagement. • Voorbereiding en voorzitten werkorganisatie. • Sturen op en beheren van programmaplanning. • Functioneel aansturen van werkorganisatie.	Externe kosten	€ 150.000
Communicatie en implementatie-ondersteuning	• Coördinatie communicatie-activiteiten programmapartijen. • Implementatie-advies en ondersteuning. • Onderhoud website en kennisbank voor communicatiedoeleinden. • Vormgeving programmaresultaten.	Externe kosten	€ 80.000
Onderzoeks- en vergaderfaciliteiten	• Samenwerkingsomgeving voor organisatie-overstijgende samenwerking hosten en beveiligen . • Vergaderfaciliteiten. • Onderzoeksprogrammatuur en licenties.	Externe kosten	€ 50.000
Totaal			
Kosten per jaar			€ 880.000
Kosten periode 2026-2030			€ 4.400.000

Stand van zaken paramedische zorg en wijkverpleging

Paramedische zorg

In de rapportage over onze verkenning concludeerden wij dat in de sector paramedische zorg voorbereidende stappen nodig zijn om met de CvGG aan de slag te kunnen gaan. Wij bespraken met vertegenwoordigers van de sector hoe de invoering van de CvGG mogelijk zou kunnen worden gemaakt.

Op basis van die besprekingen concluderen wij dat het niet voor de hand lig dat de sector zelfstandig aan de slag gaat met de CvGG. De wil om het onderwerp op te pakken is er zeker, maar de disciplines en hun context zijn te verschillend voor een collectieve aanpak. Men ziet wel kansen in een gezamenlijke aanpak van randvoorwaarden.

Voor de korte termijn zien de afzonderlijke disciplines een betere aansluiting bij passende zorgtrajecten in andere domeinen als het meest haalbare doel. Verder wil elke discipline actief blijven met eigen zorgevaluaties en richtlijnontwikkeling. Daarin hebben de principes van passende zorg volgens de disciplines al een prominente plek en worden domeinen en disciplines met elkaar verbonden.

Paramedische zorg is geen onderdeel van het IZA en AZWA en partijen ervaren dat zij daardoor minder betrokken zijn en worden bij alle ontwikkelingen rond passende zorg.
Partijen vinden het tijd dat ze zich gezamenlijk gaan profileren als een daadkrachtige sector die essentieel is om passende zorg in de ‘andere’ domeinen verder te brengen.
De paramedische zorg werkt daarom graag samen met MSZ, GGZ, wijkverpleging, ouderenzorg en de eerste lijn in de beweging naar passende zorg.

De paramedische zorg voelt de urgentie om gezamenlijk een strategie te formuleren die integraliteit van zorg centraal stelt. Daarbij moet er plek zijn om ‘out of the box’ te zoeken naar oplossingen. Partijen zijn het erover eens dat dit om lef vraagt. Maar ze zien zeker momentum om samen knelpunten op te lossen.
Ze willen dataregistratie uniformeren en verbeteren, de patiëntreis efficiënter en doelmatiger maken en uitkomsten van zorg functioneel beschrijven. Hierbij wordt het gezamenlijk ontwikkelen van richtlijnen als verbindend element tussen de disciplines en de overige sectoren gezien.

Er worden veel knelpunten ervaren in het systeem en de rand-voorwaarden. Het systeem is niet ingericht op de gewenste integrale benadering. De paramedische zorg wordt ‘los’ bekostigd en voornamelijk op basis van handelen. Een aanzienlijk van de zorg wordt niet vergoed door de basisverzekering. Tegelijkertijd wordt van de sector veel verwacht als het gaat om preventie, zorg dicht bij huis en langer thuis wonen.
Paramedici zien hun sector als essentieel in de beweging van ziekte naar gezondheid. Tegelijkertijd geven veel zorgverleners aan dat ze nu al nauwelijks het hoofd boven water kunnen houden.
Al met al er is op dit moment weinig capaciteit om verandering te organiseren. Innovaties en samenwerkingstrajecten lopen vaak vast op bestaande kaders. Een veel gehoord voorbeeld is het bevorderen van leren en zelfzorg in de thuissituatie door online toepassingen. De plannen liggen klaar maar komen niet van de grond omdat ontwikkelkosten niet worden bekostigd of omdat de bekostiging voor de uitvoering niet aansluit.

Wijkverpleging

Sinds 2015 valt wijkverpleging onder de Zvw. De sector kan veranderingen goed absorberen, maar een echte onderzoekscultuur moet nog ontstaan. De beschikbare wetenschap richt zich vaak op verpleging in brede zin; specifieke evidence voor wijkverpleging is nog beperkt. Het nieuwe Kennisinstituut van V&VN kan hierin een rol gaan spelen.

In de verkenning bleek al dat wijkverpleegkundigen in hun dagelijkse praktijk al werken vanuit het principe van zelfredzaamheid bevorderen. Passende zorg wordt hier gezien als: alleen zorg bieden waar nodig, samen met de cliënt en diens naasten. De indicatiestelling door de wijkverpleegkundige sluit goed aan bij het denken volgens de principes van passende zorg. De sector zou graag méér aan preventie en digitale zorg willen doen, maar komt hier nog onvoldoende aan toe, vooral door tijdgebrek en werkdruk.

Registratie gebeurt vrijwel overal geüniformeerde systematiek. Betrouwbaarheid van data is echter beperkt: registraties worden vaak gehaast of achteraf ingevuld, veelal in vrije tekst. Hoewel sommige grotere organisaties een Chief Nursing Information Officer hebben, ontbreekt sectorbreed een volwassen infrastructuur voor zorgevaluatie en datagebruik.

Er zijn veel aanbieders, waarvan een deel niet is aangesloten bij een brancheorganisatie. Dit belemmert gezamenlijke sturing op passende zorg.

Sommige partijen zien de CvGG als kans, anderen twijfelen openlijk of dit instrument past bij de praktijk van de wijkverpleging.

Werkgevers in de wijkverpleging geven aan dat de afweging van wat passend is al wordt gemaakt tijdens de zorgverlening. Dat is volgens hen terug te zien in het steeds lagere aantal uren per patiënt. Het helpt volgens hen de professional niet om hiervoor een standaard werkwijze zoals de CvGG te introduceren. Dat heeft geen toegevoegde en zou juist vertragend werken op wat al in gang is gezet. Het gedachtegoed achter de CvGG sluit volgens de werkgevers onvoldoende aan op de wijkverpleegkundige zorg, omdat elke cliënt, elke context en elke set aan interventies anders zijn.

Evaluatieonderzoek gebeurt al, maar vooral gericht op medisch handelen, niet op bredere vragen rond functioneren en inzet. De verkenning concludeert daarom dat wijkverpleging op dit moment niet klaar is voor een sectorbreed CvGG-programma, vanwege onvoldoende bestuurbaarheid van de sector, de lage contracteringsgraad, beperkte data-infrastructuur en het ontbreken van gestandaardiseerde uitkomstsets.

Vanwege het ontbreken van sectorbreed draagvlak en omdat randvoorwaarden onvoldoende op orde zijn, is nog geen plan van aanpak voor deze sector opgesteld. De invoering van de CvGG zou eerder gefaseerd, regionaal of op onderdelen kunnen worden verkend. Er zijn nog andere redenen zijn waarom het nu gaan toepassen van de CvGG ingewikkeld is. De sector is nog te veel in beweging. Zo komt er een nieuwe bekostiging die onderscheid maakt tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg, waarop de sector zich eerst moet instellen.

De introductie van de CvGG lijkt dus te vroeg te komen en zonder betrokkenheid van de werkgevers zal implementatie van de uitkomsten niet slagen. Ook de wetenschap rond dit relatief jonge domein is nog volop in ontwikkeling en er zijn nog veel vragen over het wegen van de complexiteit van het verpleegkundig handelen. Tot slot blijft de bestuurbaarheid van de sector een belangrijk aandachtspunt.

Wijkverpleging

Zorgmarkten concludeert daarom dat het te vroeg is voor een plan van aanpak voor de introductie van de CvGG in de wijkverpleging. Voor de toekomst lijkt de sector lijkt wel een goede kandidaat voor een sectorale aanpak. Het is een afgebakende sector met duidelijke focus op doelmatige zorg die bewezen heeft snel te kunnen veranderen.

Zorgmarkten beveelt aan met de sector verder te praten over de invulling en uitvoering van de IZA/AZWA afspraken met betrekking tot de beweging naar passende zorg.

Dank aan alle betrokkenen

Wij bedanken iedereen die heeft meegedacht, meegewerkt en meegepraat aan het opstellen van de verkenning en de plannen van aanpak! Deze samenwerking was waardevol en inspirerend. Wij wensen dat het de sectoren lukt om de plannen daadwerkelijk tot uitvoering te brengen.

Verder bedanken wij de leden van de ZonMw-begeleidingsgroep: Rob Dijkstra, Mariken de Koning, Han van Krieken (voorzitter) en Koos van der Velden. Jullie waren voor ons een belangrijk klankbord en dachten constructief mee. De begeleidingsgroep was zo een prettige sparringpartner voor ons op strategisch en tactisch niveau.

Wij danken ZonMw als opdrachtgever. In het bijzonder Mirte Brom (hoofd cluster Doelmatigheidsonderzoek) en Sabine van Dijk (sr. programmanager). Dank voor het vertrouwen in ons team, voor jullie nuttige bijdragen in het hele proces en voor de goede samenwerking.

Zorgmarkten

De kracht van Zorgmarkten is het verbinden van partijen en het komen tot 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.

Deze verkenning en het opstellen van de plannen van aanpak zijn uitgevoerd door een zeer ervaren team van Zorgmarkten:

- Cornelis Jan Diepeveen is de projectleider. Hij is ervaren in het aansturen van landelijke programma's en verandertrajecten in de zorg.
- Hein Abeln is als ervaren bestuursadviseur een belangrijke verbinder op bestuurlijk niveau en weet de juiste partijen makkelijk te vinden.
- Fred Landwaart is lid van het uitvoerende projectteam. Fred maakt van ingewikkelde materie een duidelijk verhaal en zorgt ervoor dat complexe inhoud helder en eenvoudig wordt.
- Lianda van Rossum is de organiserende kracht in het team. Een dergelijk project vraagt om een strakke projectorganisatie en duidelijke planningen.
- Ontwerpbureau Taluut verzorgt de grafische vormgeving.

Contact met Zorgmarkten: programma@passendezorg.nl

passende zorg

ZORGMARKTEN

in opdracht van ZonMw