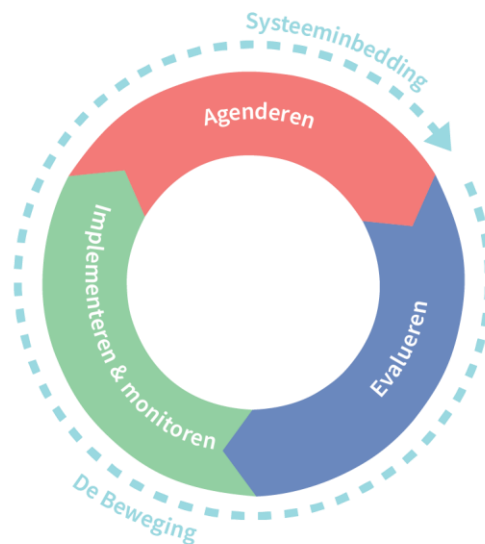


De Cirkel van Gepast Gebruik

Sturen op de bewezen beste zorg in tijden van schaarste

versie 2025



Cirkel van Gepast Gebruik: Rollen van MSZ partijen

	Agenderen			Evalueren			Implementeren & Monitoren	
	Kennisagenda	Prioritering	Co-creatie	Opstart	Inclusiefase	Duiding	Implementatie	Monitoring
	Inschatten effect op patiënt	Vaststellen relevante uitkomstmaten	Stimuleren deelname patiënten			Stimuleren implementatie		
	Identificeren kennisvragen	Inschatten effect op kwaliteit	Vaststellen passend bewijs	Coördineren zorgevaluaties en stimuleren inclusies	Opname in richtlijnen	Aanspreken outliers	Vaststellen UDD's en ambitie	
	Identificeren kennisvragen	Inschatten effect op kosten	Vaststellen passend bewijs		Opname in pakket	Bespreken, bewaken en stimuleren voortgang	Vaststellen UDD's en ambitie	
		Inschatten effect op arbeidsinzet	Vaststellen haalbaarheid	Project-groepen zorgevaluaties	Includeren van patiënten	Implementeren aanbevelingen	Sturen m.b.v. spiegelinformatie	
	Coördineren uitvoer			Faciliteren MSZ partijen	Identificeren en oplossen (systeem)belemmeringen			

Wat levert het op?



Handreiking Cirkel van Gepast Gebruik

Over het ontstaan van de werkwijze, de rollen en verantwoordelijkheden van de MSZ partijen hierin en hoe zij hier de afgelopen jaren aan hebben gewerkt.

Inhoud

Inleiding	3
Leeswijzer	3
Terminologie	3
Omarming van het Evidence-Based Medicine gedachtengoed	4
Meerwaarde en meetbaarheid	4
Bestuurbaarheid van de sector	5
Geleerde lessen: samenwerking, governance en ondersteuning	5
Theorie Cirkel van Gepast Gebruik	7
Concrete geleerde lessen en aanbevelingen op de onderdelen van de CvGG	8
Bijlagen	15
Bijlage A Suggesties voor te stellen vragen	15
Bijlage B Samenwerkingsprincipes van Common Eye	16

Inleiding

De essentie van de Cirkel van Gepast Gebruik (CvGG) werkwijze is dat er keuzes worden gemaakt welke zorg wel en welke zorg niet te verlenen op basis van kennis over haar effectiviteit. Om deze keuzes mogelijk te maken moet allereerst worden onderzocht welke zorg effectief is. De CvGG werkwijze is de cyclische methode om zorg waarvan we nog onvoldoende weten of het effectief is te onderzoeken, om zorg van bewezen meerwaarde te leveren en zorg die geen meerwaarde heeft niet meer te leveren. Zodat patiënten de bewezen beste zorg krijgen en de beperkt beschikbare mensen en middelen optimaal ingezet worden.

Leeswijzer

Deze handreiking is geschreven op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) door het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) uit de medisch specialistische zorg (MSZ) waarbinnen de CvGG werkwijze is ontwikkeld. De handreiking heeft als doel de geleerde lessen van ZE&GG met de CvGG, te delen met andere sectoren die mogelijk in de toekomst met deze werkwijze aan de slag gaan. Onder sectoren verstaan we andere gebieden waar zorg wordt geboden zoals bijvoorbeeld de GGZ, huisartsenzorg, paramedische zorg, geboortezorg en wijkverpleging. In deze handreiking beschrijven we wat er in de afgelopen decennia in de MSZ is gebeurd met en geleerd over de CvGG werkwijze.

Alvorens echt met de CvGG aan de slag te gaan met heldere rollen en verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen, zijn er een paar essentiële fases die daaraan vooraf moeten gaan. Om die reden is deze handreiking in chronologische volgorde gestructureerd. Eerste komen de essentiële fases aan bod, die nodig zijn voordat een sector conform de CvGG kan gaan werken. De theorie van de CvGG en de in ZE&GG geleerde lessen en aanbevelingen over de CvGG zijn in het tweede deel beschreven. We benadrukken daarmee dat er een volgorde is hoe een sector te werk moet gaan. Ter illustratie: Het is weinig zinvol een infrastructuur bij zorgaanbieders op te bouwen voor het includeren van patiënten in zorgevaluaties als er nog geen of onvoldoende kennis is over evidence-based medicine en de stand van wetenschap en praktijk in een sector.

Terminologie

In deze handreiking spreken we over ‘zorgevaluatie’ als overkoepelende term voor het onderzoek. We spreken over ‘gepast gebruik’ als term voor het handelen naar de uitkomsten van het onderzoek (welke zorg wel en welke zorg niet verlenen, hoe en voor wie). Tevens gebruiken we soms afwisselend de termen ‘effectiviteit’, ‘doelmatigheid’, ‘meerwaarde’ of ‘toegevoegde waarde’ die in essentie allemaal op hetzelfde neerkomen: ‘Heeft de patiënt er echt baat bij?’. Tot slot spreken we over ‘patiënten’ hoewel in sommige sectoren gesproken wordt over ‘cliënten’ en over ‘zorg’ hoewel in sommige sectoren gesproken wordt over ‘hulp’.



Figuur 1. Schematische weergave van de ontwikkelingsfasen in het toewerken naar systeeminbedding van de Cirkel van Gepast Gebruik (CvGG).

Omarming van het Evidence-Based Medicine gedachtengoed

Zorgverleners willen graag zorg verlenen die patiënten helpt en patiënten willen graag zorg ontvangen die werkt. Met andere woorden: zorg moet van meerwaarde voor de patiënt zijn. Maar hoe weet je welke zorg in welke mate voor wie helpt? Veel van de zorg die wordt verleend is historisch ontstaan zonder dat gedegen wetenschappelijk is onderzocht of ze wel meerwaarde biedt voor de patiënt. Via het klassieke leermeester-leerling systeem is de praktijk- en ervaringskennis over zorg van de ene op de andere generatie overgedragen. Aan deze ambachtelijke manier van overlevering kleven echter ook nadelen: ze is gevoelig voor allerlei vormen van bias en de kennis is beperkt tot wat er gedurende het werkzame leven van een individuele zorgverlener wordt opgedaan. Hoewel er allerlei voorbeelden zijn van het daadwerkelijk onderzoeken van de effectiviteit van zorg ruim voor de jaren 80 van de vorige eeuw, was het pas in die periode dat de term 'evidence-based medicine' (EBM) ontstond en met name in de medisch specialistische zorg grote toevlucht nam. Het vak klinische epidemiologie dat hierbij ontstond heeft zich sindsdien sterk ontwikkeld o.a. door vast te stellen welke niveaus van bewijslast er zijn, hoe specifieke vormen van zorg te evalueren en hoe bias te voorkomen. EBM is uiteindelijk ook de basis geworden voor bekostiging van zorg vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw). Zorginstituut Nederland beschrijft met welke methodologie wordt vastgesteld of zorg voldoet aan Stand van Wetenschap en Praktijk (SW&P¹). Deze gedragsovergang van authority-based medicine (de professional weet uit ervaring welke zorg werkt) naar evidence-based medicine (werkzaamheid wordt aangetoond door middel van gedegen onderzoek) vroeg en vraagt veel tijd en is niet in alle sectoren even ver doorontwikkeld. Alvorens te beginnen met het sturen op effectiviteit van zorg is het belangrijk dat het gedachtengoed van EBM door de sector voldoende omarmd wordt. In bijlage A zijn suggesties voor "te stellen vragen" te vinden om te achterhalen wat de stand van zaken van het EBM gedachtengoed is in een sector.

Meerwaarde en meetbaarheid

Om te kunnen vaststellen of bepaalde zorg van meerwaarde is, dient helder te zijn wat het doel van die zorg is. Essentieel hierbij is wat de patiëntrelevante uitkomstmaten zijn. Dat klinkt eenvoudig maar is vaak een uitdaging. Is het doel geruststellen, klachtenvermindering, genezing? Of gaat het om weer aan het werk kunnen, positief in het leven staan, kwaliteit van leven? Vaak is het zo dat er niet één uitkomstmaat is die voor alle patiënten hetzelfde is maar maakt iedere patiënt (en behandelaar) een afweging welke uitkomstmaat voor hem/haar het belangrijkste is. Juist om deze keuze te kunnen maken is het belangrijk dat patiënt en behandelaar een betrouwbare uitspraak kunnen doen wat het effect van bepaalde zorg is op die uitkomstmaten. En de betrouwbaarheid van die uitspraak hangt af van hoe goed het onderzocht is. Afhankelijk van wat het doel van zorg is moet gekeken worden hoe het bereiken van deze doelen te meten is. Sommige uitkomstmaten (zoals leven en dood) zijn eenvoudig vast te stellen terwijl anderen (bv kwaliteit van leven of tevredenheid) in de regel subjectiever zijn. Om goed te kunnen vaststellen of bepaalde zorg meerwaarde biedt is het essentieel om ook daadwerkelijk de uitkomsten betrouwbaar te kunnen

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/04/11/beoordeling-swp-2023>

meten. In sommige sectoren (met name de medisch specialistische zorg) bestaan voor veel ziektebeelden standaard uitkomstensets (zoals de International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) sets). Dit zijn afspraken over welke uitkomstmaten voor welke ziektebeelden belangrijk zijn om te meten als het gaat om het vaststellen van de meerwaarde van deze zorg. Tevens zijn voor veel uitkomsten ook gevalideerde meetinstrumenten of vragenlijsten beschikbaar. Dit maakt het eenvoudiger en betrouwbaarder om losse onderzoeken met elkaar te kunnen vergelijken of om de resultaten van losse onderzoeken te combineren. Voor iedere sector en voor iedere patiëntengroep c.q. ziektebeeld is het dus belangrijk om vast te stellen welk doel de zorg heeft (op welke uitkomsten moet er meerwaarde zijn) en hoe het effect te meten (hoe kwantificeer je die meerwaarde).

In bijlage A zijn suggesties voor “te stellen vragen” te vinden om te achterhalen wat de stand van zaken is m.b.t. meerwaarde in een sector.

Bestuurbaarheid van de sector

Als het EBM-principe omarmd is en je weet op welke uitkomsten je moet toetsen of zorg meerwaarde biedt dan kan je in principe aan de slag met het vaststellen van kennisvragen, het opzetten en uitvoeren van het benodigde onderzoek en het implementeren van de resultaten. Dit zal in eerste instantie veelal gebeuren vanuit onderzoeksgroepen die weten hoe een dergelijk onderzoek uitgevoerd moet worden. In deze fase valt er nog niet veel te sturen omdat er vooral losse projecten zijn die het echt uitvoeren van het EBM-gedachtegoed in de praktijk vormgeven. In die fase van ontwikkeling is dus ook nog geen bestuurlijke sturing nodig/mogelijk. Om uiteindelijk echt te kunnen doorgroeien naar de fase waarbij de relevante sector partijen gaan sturen op de CvGG is het essentieel dat er (koepel)partijen zijn die kunnen sturen. Iedere sector kent vertegenwoordigers van zorgverzekeraars/zorgkantoren, patiënten, aanbieders en zorgverleners. De mate waarin deze verenigd zijn en bestuurd worden verschilt nogal per sector. Als de bestuurbaarheid slecht is, is het lastig zo niet onmogelijk om vanuit koepelpartijen bestuurlijk op de CvGG werkwijze te sturen. Het is immers essentieel dat als er collectief op bestuurlijk niveau afspraken worden gemaakt zodat deze ook in de haarvaten van de praktijk worden doorgevoerd om uiteindelijk tot systeeminbedding te komen van de CvGG werkwijze. Naast tijd en aandacht voor het gedachtegoed, de inhoud van het onderzoek is er dus ook aandacht nodig voor het bestuurlijke aspect van de sector. Deze bestuurlijke benodigdheden moeten zijn geregeld voordat een sector echt met de CvGG aan de slag gaat. In bijlage A zijn suggesties voor ‘te stellen vragen’ te vinden over de bestuurbaarheid van een sector.

Geleerde lessen: samenwerking, governance en ondersteuning

Een governance bedenken en op papier zetten met ieders goedvinden is een stap. Het vervolgens in de praktijk toepassen is de volgende stap. Binnen ZE&GG zijn daar de volgende zaken over geleerd. Mensen vertegenwoordigen een bepaalde koepelpartij. De eigenschappen van die personen en het bekend zijn met de materie zijn zeer bepalend voor de manier waarop een partij kan participeren in een samenwerkingsverband die hoort bij de CvGG.

Een ander aspect is het vertrouwen tussen de partijen én de mensen die samen aan de CvGG werken. Dat vertrouwen is er niet vanzelf en men mag ervan uit gaan dat er tijd nodig is om aan onderling vertrouwen te werken. Behalve vertrouwen is wederzijds begrip voor ieders rol, positie en verantwoordelijkheid van belang. Het is van belang dat er wordt geïnvesteerd in onderlinge relaties, met bovenstaande zaken als thema's die in ieder geval aan bod moeten komen. Als partijen zonder investering in de relatie op inhoudelijk gebied doelen moeten bereiken met elkaar is de kans groot dat dit niet (zo goed) lukt. Denk aan frequente bijeenkomsten waarin mensen elkaar beter leren kennen, met elkaar bespreken wat ze van elkaar nodig hebben, afspraken maken over wat ze van elkaar nodig hebben. Deze fase heeft tijd nodig en tijdsinvesteringen van al deze mensen/partijen. Vraagt ook dat er stabiliteit is in welke mensen in dit samenwerkingsverband zitten. Wisselingen in die samenstelling zijn niet wenselijk. Het zijn namelijk verandertrajecten waarvoor een langere periode (meerdere jaren) staat. Uit dit traject dat ZE&GG heeft doorlopen, is een Werkorganisatie en Projectorganisatie voortgekomen. Bestuurders van alle betrokken partijen vormen de stuurgroep.

Werkorganisatie

In de werkorganisatie (ZE&GG WO) zitten inhoudsdeskundigen op het gebied van zorgevaluatie en gepast gebruik per MSZ partij. Elk lid van de werkorganisatie vertegenwoordigt een MSZ partij en samen geven ze vorm aan het programma. Daarnaast hebben ze een belangrijke rol om hun eigen achterban te raadplegen op inhoud en te mobiliseren om mee te doen op de onderdelen van de CvGG.

Projectorganisatie

De projectorganisatie (ZE&GG PO) bestaat uit een divers team van medewerkers dat fulltime aan het programma werkt. Dit is een mix van medisch inhoudelijke mensen, beleidsadviseurs met verschillende expertises en een klein managementteam. De projectorganisatie ondersteunt de werkorganisatie over de hele breedte van het programma.

Er is een team van mensen nodig, zoals de projectorganisatie voor ZE&GG, die met name in de eerste periode veel werk en ondersteuning verricht. Mensen die kunnen en willen faciliteren, procesmatig sterk zijn, bekend zijn met de zorg/sector, verschillende niveaus van ervaring. Het werk van dit team is in de eerste periode niet altijd goed voorspelbaar/planbaar.

De eerste periode (twee jaar) waarin een sector aan de slag gaat met de CvGG is het nodig om een goede basis te leggen waarin alle direct betrokkenen goed leren wat de CvGG inhoudt. Dat vergt dus veel herhalen, bezoeken brengen, standpunten van alle partijen in de sector goed leren kennen, de kenmerken van de sector goed kennen.

Er moet op alle niveaus (tussen WO en Stuurgroep, tussen WO en PO, tussen WO-lid en de achterban) continu en ruim aandacht zijn voor wat het vraagt om echt samen te werken. Hierbij zijn samenwerkingsprincipes van belang, zoals [Common Eye](#) die beschrijft (Bijlage B).

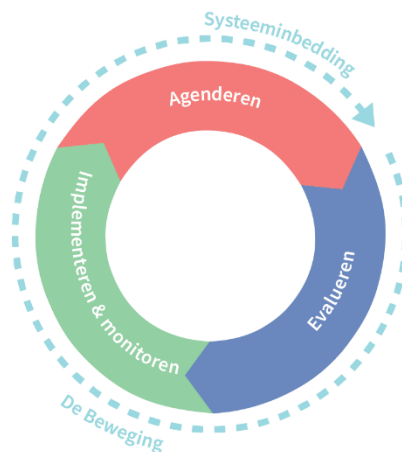


Theorie Cirkel van Gepast Gebruik

De Cirkel van Gepast Gebruik (CvGG) bestaat uit de stappen **agenderen** (kennisvragen over (relatieve) effectiviteit), **evalueren** (onderzoek om bewijs over (relatieve) effectiviteit te verzamelen), **implementeren** van kennis over gepast gebruik die voortkomt uit uitkomsten van zorgevaluaties en het **monitoren** van de mate van implementatie in de praktijk. Hierbij is het belangrijk dat de cirkel continu blijft draaien en dat alle onderdelen van de cirkel op elkaar aansluiten.

Het is bij de CvGG belangrijk dat de term effectiviteit goed wordt geïnterpreteerd. Zo spelen de factoren kosten, arbeidsinzet en duurzaamheid een rol bij effectiviteit van zorg. Soms moet onderzoek vaststellen of bepaalde zorg überhaupt toegevoegde waarde heeft. Vaak gaat het om keuzes tussen verschillende zorgvormen en een afweging welke het meest effectief is (ook wel relatieve effectiviteit genoemd). Hier rijzen dan vaak vragen die gaan over kosteneffectiviteit/arbeidseffectiviteit/duurzaamheidseffectiviteit. Of vragen over door wie of waar de zorg moet worden verleend ('organisatie van zorg'). Tot slot is het altijd de vraag op welke patiënten (welke indicatie) de uitkomst van het onderzoek betrekking heeft.

Op de ZE&GG [website](#) is veel informatie te vinden over alle onderdelen van de cirkel en definities etc.



Figuur 2. De Cirkel van Gepast Gebruik (CvGG)

Om de CvGG te laten werken hebben alle relevante MSZ partijen vanuit ieders eigen rol, maar met een gemeenschappelijke visie en verantwoordelijkheid, oplossingsgericht samengewerkt. Iedere stap in de Cirkel en alle tussenstapjes worden altijd gezamenlijk gezet. Er moet overeenstemming zijn over de inhoud en het proces. Binnen ZE&GG is dat bereikt door te investeren in de onderlinge relatie waarbij er onderling begrip en vertrouwen én dezelfde taal is ontstaan. Er is een vaste vergaderfrequentie waarin alle MSZ partijen geïnformeerd worden over ontwikkelingen, agendapunten worden besproken en besluiten worden genomen. De ZE&GG werkorganisatie komt iedere twee weken samen en de bestuurders van de MSZ partijen vergaderen ieder kwartaal als stuurgroep. Deze samenwerking en de toepassing van de CvGG noemen wij de CvGG werkwijze.

De CvGG werkwijze kan in principe in iedere (zorg)sectoren worden toegepast. Niet iedere sector zal er klaar voor zijn om die werkwijze direct heel concreet toe te passen zoals hierboven beschreven. De CvGG werkwijze is een methode die een sector kan hanteren als er binnen de sector vragen zijn over effectiviteit van de zorg/hulp die wordt geboden.

Een algemeen advies voor alle andere sectoren: de stappen agenderen, evalueren, implementeren en monitoren blijven gelijk, en altijd in verband met elkaar, als cirkel. Het is per sector of domein noodzakelijk te bepalen wat de stappen in de CvGG daar precies inhouden, wat er al loopt en hoe dat in lijn te brengen met de CvGG werkwijze.

Identificeer de relevante partijen in de betreffende sector, met een open blik. Zorg dat je hierin met name de relevante patiënt/cliëntorganisaties identificeert. Als de partijen bekend zijn en als deze partijen willen meewerken dan zullen zij ook moeten committeren aan de doelstelling. Naast bestuurlijke verankering op de doelstelling, is het nodig dat er per partij minstens een vertegenwoordiger is met specifieke expertise op het gebied van de CvGG voor de betreffende sector. Deze vertegenwoordigers zullen op de inhoud de samenwerking in de uitvoering vorm moeten geven in de 'werkorganisatie'.

Dus allereerst moet de erkenning van het onderliggende probleem en de doelstelling ontstaan in de sector. Vervolgens komt de kennis en ervaring met de werkzaamheid van de CvGG werkwijze. Dan pas komt de fase waarin partijen een bijbehorende infrastructuur gaan neerzetten. Ga het doen en blijf in goed contact met de praktijk. Wees open over de beperkingen die er nog zijn, sta open voor feedback uit de praktijk, laat zien dat je je best doet voor ze, dat zorgt ook voor begrip voor de dingen die nou eenmaal niet veranderd kunnen worden.

Concrete geleerde lessen en aanbevelingen op de onderdelen van de CvGG

Agenderen

Om varianten van gepast gebruik succesvol te kunnen implementeren is het van belang om goed te agenderen. Met agenderen wordt bedoeld: met elkaar ophalen waar kennis over effectiviteit van zorg ontbreekt en daar de juiste kennisvragen voor formuleren.

Kennisvragen

Het ophalen van kennisvragen is een onderdeel dat vaak onderschat wordt. Binnen ZE&GG hebben partijen ervaren dat een goed en strak opgestelde PICO (Patient Intervention Comparison Outcome) een vereiste is. Deze PICO moet ook nauw aansluiten op de praktijk en voorzien zijn van goede systematische literatuursreview. Alleen dan kan vastgesteld worden dat het echt een kennisvraag is (en niet bijvoorbeeld een implementatie probleem) die met een zorgevaluatie opgelost kan worden. Zo voorkomt men duur onderzoek naar problemen die een andere oplossing nodig hebben zoals implementatieproblemen of bekostigingsvraagstukken. Daarnaast moet het oplossen van de kennisvraag impactvol zijn voor de praktijk en maatschappij. Het objectief vaststellen van 'impact' op gezondheid, kosten, arbeidsinzet en duurzaamheid is momenteel nog een uitdaging vanwege het beperkt beschikbaar zijn van betrouwbare data hierover. In ZE&GG verband wordt een methode ontwikkeld om impact objectiever vast te stellen. Kennisvragen kunnen komen uit richtlijnen of kennisagenda's van wetenschappelijke verenigingen of uit

vraagstukken rondom pakketbeheer c.q. –uitvoer en worden formeel aangedragen door de betreffende partij.

^{PM} Deze handreiking wordt in 2025-2026 aangevuld omdat dan de uitkomsten van de co-creatie (die in 2023-2024 heeft plaatsgevonden) te beoordelen zijn.

Vervolgens komt het gezamenlijk opzetten van het juiste onderzoek (volgende paragraaf) zodat er aan het eind ook snel duidelijke aanbevelingen voor de praktijk zullen volgen die via richtlijnen of kwaliteitsdocumenten worden vastgesteld. Deze stap Agenderen leidt niet alleen tot inhoudelijk goede en impactvolle onderzoeksvoorstellen maar ook tot gedeeld eigenaarschap en een breed gedragen aanpak. Wat uiteindelijk moet leiden tot snellere en betere implementatie van de uitkomsten doordat alle partijen gehoord en betrokken zijn en zich verantwoordelijk voelen voor het resultaat van het onderzoek en ook aanspreekbaar worden op hun rol in alle volgende elementen in de cirkel. Om dat te bereiken is zorgvuldig agenderen van belang.

Onderzoeksvoorstel

Op het moment dat partijen met elkaar een goede kennisvraag hebben vastgesteld, is het belangrijk de kennisvraag met alle betrokken partijen en in samenwerking met een objectief geselecteerde projectgroep uit te werken tot een passend onderzoeksvoorstel. Binnen ZE&GG gebeurt dat in co-creatie, waarbij het essentieel is dat alle partijen een even zware stem hebben en goed deel kunnen nemen aan het proces. Dat geldt met name voor de betrokken patiënten(vertegenwoordiging). Het is zorg breed nog geen goede gewoonte om tijdens het formuleren van een kennisvraag en het onderzoeksvoorstel de betreffende patiëntenorganisaties te betrekken. Patiëntrelevante uitkomsten zijn essentieel om mee te nemen in dit proces. Deze aanpak van co-creatie leidt tot een gezamenlijke verantwoordelijkheid en eigenaarschap voor de uit te voeren zorgevaluatie.

Co-creatie

Tijdens de co-creatie stellen de betrokken partijen met elkaar het onderzoek op dat de kennisvraag moet beantwoorden. Hierbij wordt niet alleen gestreefd naar het wetenschappelijk beste onderzoek, maar wordt ook goed gekeken naar wat haalbaar is en wat past bij de praktijk; kortom welk bewijs is er nodig om tot een sterke aanbeveling voor de praktijk te komen? Onafhankelijke begeleiding van het proces en vanuit methodologisch oogpunt is bij de co-creatie zeer aan te raden. Door een onafhankelijke begeleiding wordt bias gedurende en discussie achteraf over het proces voorkomen. Door dat te voorkomen vergroot je de kans dat er draagvlak is voor de uitkomsten van het evaluatieonderzoek. Aan het eind van de co-creatie tekenen alle partijen formeel dat zij het onderzoek steunen en zich in zullen spannen voor de uitvoer van de zorgevaluatie en de implementatie van de resultaten. Specifiek geldt dat de betrokken wetenschappelijke verenigingen ook tekenen voor het feit dat de studieopzet binnen 1 jaar na afronding gededuceerd zal worden en zal leiden tot een sterke aanbeveling in de richtlijn. In situaties waarbij onderwerpen aangedragen vanuit pakketbeheer geldt bovendien dat aansluiting op pakketbeoordelingen geborgd is. Dit betekent dat Zorginstituut Nederland aan het eind van de co-creatie verklaart dat de zorgevaluatie zoals opgesteld voldoende is om na afloop een uitspraak te doen over de pakketwaardigheid van de onderzochte zorg.

Evalueren

Evalueren is onderzoek doen om bewijs over relatieve effectiviteit te verzamelen over zorg die op dagelijkse basis wordt toegepast. We noemen dit zorgevaluatie. Onze ervaringen zijn gebaseerd op zorgevaluaties over diagnostiek, behandelingen, interventies, (digitale) organisatie van zorg en nazorg/follow-up in de medisch specialistische zorg.

Er is een projectgroep met een projectleider per zorgevaluatie. Historisch deed de projectgroep/projectleider alles in en rondom de zorgevaluatie zelf. Zoals een degelijke onderzoeksopzet maken, een volledig onderzoeks dossier samenstellen dat aan alle wetenschappelijke en juridische eisen voldoet, deelnemende centra werven, en continu de betrokkenen aansporen om patiënten te werven. Dit vraagt veel kennis en inspanning waar tijd voor nodig is. De projectleider van een zorgevaluatie is meestal een zorgprofessional die regulier klinisch werk doet in de MSZ. De werkzaamheden voor een zorgevaluatie gebeuren vooralsnog “erbij” en vaak in eigen tijd.

Doordat een ZE&GG zorgevaluatie door alle betrokken partijen in de agenderingsfase is geprioriteerd, wordt er ook inzet gevraagd van deze partijen in de evaluatiefase. Denk aan een infrastructuur bij zorginstellingen waarin er benodigd personeel is die tijd en ruimte krijgen om aan evaluatieonderzoek mee te werken. Hiervoor zijn interne afspraken binnen een zorginstelling nodig en soms ook afspraken tussen een zorginstelling en een zorgverzekeraar.

^{PM} Er komt een pilot waarin wordt geëxperimenteerd met een dergelijke infrastructuur. In 2027 zal deze handreiking worden aangevuld met de geleerde lessen uit die pilot.

De projectgroepen krijgen vanuit ZE&GG gespecialiseerd advies over onderzoeksgelateerde aspecten zoals patiënten informatie en dataverzameling. Het wiel wordt niet meer door iedere projectgroep opnieuw uitgevonden en dat scheelt veel tijd en inspanning.

Om dit te faciliteren, is er gezorgd voor inzicht in de voortgang van de zorgevaluaties. Iedere belanghebbende kan op www.inclusiemonitor.nl zien hoe het staat met de voortgang van zorgevaluaties, welke zorginstellingen en hoeveel patiënten er meedoen. O.b.v. die feiten wordt duidelijk waar er extra aandacht nodig is voor de voortgang van de zorgevaluatie en welke partij daar actie op kan uitvoeren.

Een belangrijke belemmering in de uitvoering van zorgevaluaties was de zware administratieve last en de juridische en/of ethische toetsing. Om de administratieve lasten rondom zorgevaluaties te verlichten, is er door de relevante stakeholders een [veldnorm](#) opgesteld. Deze veldnorm zorgt voor uniforme en proportionele afspraken over de uitvoering van zorgevaluaties o.b.v. wet- en regelgeving².

Er is een netwerk opgezet van medewerkers die in ziekenhuizen werken en daar een centrale rol vervullen in de uitvoering van zorgevaluaties. Dit netwerk helpt bij verdere professionalisering en betere ondersteuning van zorgevaluaties in ziekenhuizen. Via dit netwerk worden onderlinge contacten gelegd en er wordt informatie verspreid.

² <https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/wat-we-doen/evalueren/veldnorm/>

^{PM} In 2026 wordt deze handreiking aangevuld met de geleerde lessen uit de pilot versneld evalueren. In deze pilot krijgt een groep zorginstellingen subsidie om hun interne organisatie rondom zorgevaluatieprocessen te verbeteren om te zien of dit de inclusiefase versneld en het aantal deelnemende patiënten vergroot.

Implementeren

Bewezen effectieve zorg implementeren en stoppen met zorg die geen meerwaarde heeft (de-implementeren), noemen we gepast gebruik implementeren. Er is kennis over gepast gebruik nodig om te weten wat er de zorgpraktijk moet worden geïmplementeerd. Maak een lijstje van gepast gebruik voorbeelden die al bestaan. Een eerste overzicht met gepast gebruik onderwerpen hoeft niet 100% perfect te zijn. Wat wel van belang is bij het uitbrengen van gepast gebruik onderwerpen is dat alle betrokken partijen in de sector het met elkaar eens zijn dat dat de onderwerpen zijn die landelijk geïmplementeerd moeten worden. Ook als het een beperkt aantal is, is het altijd goed om er mee van start te gaan. Een dergelijke lijst of een overzicht met gepast gebruik is de vaste vindplek voor alle partijen. In ZE&GG verband noemen we dat de [implementatieagenda](#).

Om met het implementeren van gepast gebruik aan de slag te gaan in een zorginstelling is nieuw, geeft discussie en soms weerstand bij mensen. Er zal een routine moeten ontstaan bij zorginstellingen en professionals om met het implementeren van gepast gebruik bezig te zijn. Een aanspreekpunt/contactpersoon binnen een zorginstelling t.b.v. de implementatie van alle gepast gebruik onderwerpen, is hiervoor cruciaal. Deze contactpersoon fungeert als aanspreekpunt en als de spil van gepast gebruik binnen de zorginstelling en daarbuiten. Het is raadzaam dat de contactpersoon binnen een zorginstelling een intern proces opzet rondom implementatie van gepast gebruik.

De contactpersoon kan leren van en aan contactpersonen van andere zorginstellingen. Het kan tijd kosten om deze contactpersoon goed op de hoogte te brengen van de CvGG werkwijze.

Implementatiedeskundigen kunnen helpen bij technieken om professionals te begeleiden bij de veranderingen die komen kijken bij gepast gebruik. Bij implementatie van gepast gebruik kan namelijk weerstand worden verwacht. Verandering is moeilijk en ook de dagelijkse zorgpraktijk veranderen kan moeilijk zijn. Niet ieder ziekenhuis heeft per definitie een implementatiedeskundige, er is wel een [Nederlands Implementatie Collectief](#) (NIC) waar kennis kan worden ingewonnen.

Contactpersonen binnen zorginstellingen kunnen het als zeer waardevol ervaren om ook met contactpersonen van andere zorginstellingen in contact te komen. Door dat te faciliteren met (digitale) bijeenkomsten en bijvoorbeeld een forum, wordt dat onderlinge contact sneller gelegd en opgebouwd. Onderlinge informatie en kennisuitwisseling (leren en verbeteren) tussen zorginstellingen vindt daardoor makkelijker plaats en wordt als waardevol beschouwd.

Praktische zaken

- Implementatieplatform de ZE&GG HUB: een besloten samenwerkingsplatform voor alle mensen die in de (zorg)praktijk met het implementeren van gepast gebruik aan de slag zijn. Op de ZE&GG HUB staat praktische informatie, achtergrondinformatie per onderwerp. De HUB heeft ook een forumfunctie waardoor ziekenhuizen en mensen onderling ervaringen en vragen rondom implementatie uitwisselen.
- Webinars in de eerste jaren met thema's rondom implementeren (implementatiestappen, data etc.).
- Vaste digitale bijpraatruutjes voor de contactpersonen binnen de zorginstellingen.
- Plannen van aanpak en implementatierapportages van alle zorginstellingen.

Monitoren

Monitoren hoe het gaat met het implementeren van gepast gebruik in de zorginstellingen is nodig om op landelijk niveau de voortgang van de implementatie te kunnen volgen. Tevens helpt monitoring om in kaart te brengen welke zorgaanbieders al wel succesvol een gepast gebruik onderwerp hebben geïmplementeerd en welke nog niet. Dit soort spiegelinformatie stelt vervolgens partijen (bv WV-en of bestuurders) in staat om het gesprek aan te gaan met de betreffende vakgroep. Bij voorkeur worden hiervoor bestaande landelijk dekkend datasets gebruikt zoals de declaratiedata. Als er geen data voorhanden zijn of het onderwerp is niet in data te vangen dan is het van belang dat er een vorm van rapportage/systeem (bijv. zelfrapportage) komt. Zodat er binnen zorginstellingen toch wordt gecheckt wat de mate van implementatie is. Dit helpt bij de interne bewustwording en die is weer nodig voor een bevorderend effect op implementatie van gepast gebruik. Bovenal geeft het uiteindelijk een beeld van de implementatie van dat onderwerp in de praktijk.

Wanneer je op constructieve wijze op basis van data de voortgang van de implementatie wilt monitoren dan is vertrouwen in de spiegelinformatie waarmee dat gebeurt het allerbelangrijkste. Betrokkenheid van alle partijen die inhoudelijk maar ook politiek bestuurlijk het meeste belang bij deze spiegelinformatie hebben, is een randvoorwaarde. Er wordt één landelijk referentiekader opgesteld, op basis waarvan de voortgang van de implementatie gemeten. Het landelijk referentiekader moet door alle partijen worden onderschreven. Het vertrouwen dat het proces om te komen tot spiegelinformatie over gepast gebruik, zorgvuldig is verlopen is bijna belangrijker dan dat de spiegelinformatie perfect is. Alle belangrijke (inhoudelijke) stakeholders moeten betrokken zijn geweest. Alleen dan kan met redelijke mate van objectiviteit vastgesteld worden of de implementatiegraad verbetert.

Partijen moeten afspraken maken over wanneer ze vinden dat een onderwerp volledig geïmplementeerd is. Zorgprofessionals en zorginstellingen willen weten wanneer ze voldoende inspanning hebben geleverd en de implementatie 'klaar' is. Wanneer een onderwerp met data wordt gemonitord is het belangrijk om een **streefwaarde** (bij welke implementatiegraad is het onderwerp voldoende geïmplementeerd) en een **streeftijd** (binnen welke termijn moet de streefwaarde bereikt zijn) af te spreken.

Inzicht krijgen in de mate van implementatie van gepast gebruik onderwerpen vereist afspraken over **volgordelijkheid**. Ofwel, wie mag wanneer en op welke voorwaarden welke informatie m.b.t. de implementatiegraad per zorginstelling al dan niet transparant bekijken?

De Beweging

Het toepassen van de CvGG werkwijze is een groot verandertraject. Voor de verschillende onderdelen van de cirkel is beschreven wat daar is geleerd in de MSZ. Er is echter ook werk aan de winkel rondom dat verandertraject zelf. Behalve de praktische en operationele benodigdheden die nodig zijn, is het ook noodzakelijk dat er aandacht is voor cultuur. Idealiter ontstaat er een cultuur waarin het maximaal vanzelfsprekend is dat de principes van de cirkel van gepast gebruik worden toegepast. Het belang van deze meer zachte kant van de verandering mag niet onderschat worden: met alleen een logische werkwijze heb je nog geen systeemverandering voor elkaar gekregen.

Zorgprofessionals, patiënten(organisaties), wetenschap en onderzoeksafdelingen, bestuurders en management van zorginstellingen, wetenschappelijke verenigingen, zorgverzekeraars etc. zullen meer of vaker te maken krijgen met het thema gepast gebruik of deelname aan een zorgevaluatie. Hierdoor zal het meer vanzelfsprekend worden en een plek krijgen binnen de zorg- en werkcultuur bij al deze mensen en organisaties.

Een gewenste cultuur- of gedragsverandering is moeilijk af te dwingen. Er is echter wel beleid nodig op dit belangrijke aspect. Mensen in beweging krijgen is alleen mogelijk door ze ook echt daadwerkelijk te betrekken.

Activiteiten gericht op cultuur

Er is een vaste **beleidsadviseur burgerparticipatie** (1 dag p.w.) aangesteld binnen ZE&GG. Op basis van haar adviezen is er een klankbordgroep opgericht met daarin een brede mix van mensen. Via deze klankbordgroep kan getoetst worden hoe mensen in de Nederlandse samenleving tegen CvGG thema's en vraagstukken aankijken. Mede o.b.v die feedback is patiënteninformatie van zorgevaluatieonderzoeken verbeterd.

Voor alle activiteiten op de onderdelen van de CvGG is geleerd om patiënten en of burgers te betrekken.

Er zijn vele digitale bijeenkomsten georganiseerd tijdens de coronacrisis en daarna ook fysieke bezoeken aan en bijeenkomsten met zorgverzekeraars, zorginstellingen, zorgfondsen, patiëntenorganisaties etc. Het menselijke contact zorgt voor dialogen en een beter wederzijds leereffect m.b.t. hoe de CvGG in te bedden.

De CvGG werkwijze houdt in dat de partijen een echt samenwerkingsverband zijn. De mensen die namens de partijen actief zijn binnen ZE&GG hebben ook collega's en een hele achterban die ze vertegenwoordigen. De collega's en de achterban moeten ook goed geïnformeerd zijn over de CvGG werkwijze. Die informatiestroom en interactie moet worden opgezet en onderhouden. Intermenselijk contact is hier van belang. M.b.v. fysieke bezoeken aan zorgverzekeraars, zorginstellingen, patiëntenorganisaties, koepelpartijen etc. is er gelegenheid om goed in gesprek te komen, uitleg te geven en door te denken over zorgevaluatie en gepast gebruik.

Systeminbedding

Systeminbedding is het einddoel voor de samenwerkende MSZ partijen. Systeminbedding betekent dat het vanzelfsprekend is dat zorg wordt geëvalueerd en dat gepast gebruik wordt toegepast.

Om tot systeminbedding te komen

Zijn er nog een aantal belangrijke stappen te zetten. Het belangrijkste is dat alle betrokken partijen in staat worden (gesteld) om **als vanzelfsprekend deel te nemen aan zorgevaluaties**. Dat vergt een beweging:

- van losse projecten naar staande infrastructuur;
- van vrijwilligheid naar vanzelfsprekendheid;
- van projectgroep-verantwoordelijkheid naar verantwoordelijkheid van MSZ partijen.

Ook moeten betrokken partijen in staat worden (gesteld) om **zorg die bewezen effectief is wordt toe te passen en zorg die bewezen niet effectief is te stoppen**.

Dit alles vergt een **samenhangend geheel ofwel systeminbedding** met:

- Infrastructuur bij WV-en.
- Infrastructuur bij zorgaanbieders.
- Professionalisering van patiëntenorganisaties.
- Professionele ondersteuning van projectgroepen die zorgevaluaties uitvoeren.

^{PM} Deze handreiking wordt de komende jaren aangevuld met geleerde lessen over de aansluiting van de CvGG op de richtlijnprocessen en op pakketbeheer. We verwachten ook lessen te trekken uit de verschillende pilots m.b.t. interne afspraken en sturing bij zorginstellingen en welke contractafspraken zorgverzekeraars en zorginstellingen met elkaar maken hiervoor. Deze geleerde lessen zijn relevant voor de lange termijn systeminbedding.

Bijlagen

Bijlage A Suggesties voor te stellen vragen

Te stellen vragen over de stand van zaken van het EBM gedachtengoed in een sector:

- Wordt EBM gedoceerd bij de opleidingen van zorgprofessionals in deze sector?
- Zijn er klinisch epidemiologische onderzoekers actief in deze sector?
- Zijn er veel systematische reviews bekend van zorg die verleend wordt in deze sector?
- Hoe worden richtlijnen in deze sector opgesteld?
 - o Is het systematisch ophalen en wegen van alle beschikbare kennis daar een vast onderdeel van?
 - o Worden aanbevelingen in richtlijnen voorzien van het onderliggend niveau van de bewijskracht?
- Heerst er onder zorgverleners in deze sector een positief gevoel over de bijdrage die EBM kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg?

Te stellen vragen aan de sector over meerwaarde:

- Is er een gedeeld beeld over wat het doel van de zorg is?
 - o En zijn deze doelen dan ook onderdeel van wat we onder 'zorg' verstaan?
- Zijn er standaard uitkomstsets (bv ICHOM) beschikbaar voor (delen van) zorg in deze sector?
- In welke mate zijn patiënten betrokken bij het vaststellen van de relevante uitkomstmaten?
- Voor welke uitkomstmaten zijn betrouwbare meetinstrumenten/vragenlijsten beschikbaar?

Te stellen vragen over de bestuurbaarheid van de sector:

- Hoeveel verschillende zorgprofessionals zijn er?
 - o Is helder welke zorgprofessional over welk deel van de zorg gaat?
 - o Zijn (bijna) alle zorgprofessionals lid van een koepelvereniging?
 - o Hoe professioneel is de koepelvereniging georganiseerd?
- Hoeveel verschillende zorgaanbieders (zorginstelling) zijn er?
 - o Zijn alle zorgaanbieders lid van een vereniging?
 - o Hoe professioneel zijn de verenigingen georganiseerd?
 - o Welke sturingsinstrumenten heeft de koepel over haar leden (bv een kwaliteitskeurmerk, erkenning o.i.d.)?
- Hoe zijn de zorgverzekeraars/zorgkantoren georganiseerd?
 - o Welke sturingsinstrumenten hebben zij richting de zorgaanbieders?
 - o In welke mate is er kennis over de inhoud/kwaliteit van de zorg bij de zorgverzekeraars?
 - o Zijn er veel zorgaanbieders die zonder contract met een zorgverzekeraar zorg verlenen?
- Hoe zijn patiëntenorganisaties georganiseerd?
 - o Is er een collectieve patiëntenvereniging?
 - o Hoe is deze georganiseerd?

Bijlage B Samenwerkingsprincipes van Common Eye

1. Werk aan een gedeelde ambitie

Partijen gaan pas samenwerken wanneer zij geloven dat de samenwerking betekenisvol is en een meerwaarde oplevert voor hun eigen organisatie. Die meerwaarde hoeft ook niet voor iedere organisatie precies hetzelfde te zijn. In de gedeelde ambitie van het samenwerkingsverband moeten alle partijen zich herkennen. Het goede gesprek hierover met elkaar is essentieel.

2. Recht doen aan alle belangen

Er zijn drie soorten belangen: individuele belangen, organisatiebelangen en collectieve belangen. Het gaat erom recht te doen aan al die belangen. Het is de kunst om met respect voor elkaars belangen tot oplossingen te komen. Het is in die zin vooral belangrijk dat er voldoende vertrouwen en openheid is om alle belangen op tafel te krijgen; juist dan kan pas tot oplossingen gekomen worden.

3. Oog voor persoonlijke relaties en groepsdynamiek

Samenwerken is mensenwerk. Persoonlijke verhoudingen en relaties spelen altijd een rol en zijn net zo belangrijk als inhoudelijke argumenten. Je moet dus oog hebben voor de sociaalpsychologische processen en de groepsdynamiek.

4. Professioneel organiseren van de samenwerking

Ieder samenwerkingsverband moet je goed en professioneel organiseren. Een passende organisatievorm sluit één op één aan op de gezamenlijke ambitie en is zo licht mogelijk georganiseerd. Dat geeft de meeste flexibiliteit in het vervolgproces.

5. Een betekenisvol proces

Een belangrijke vraag: hoe pak je zo'n samenwerkingsproces nu aan? Een goed proces geeft antwoord op deze vragen: hoe kunnen we de juiste dingen op het juiste moment doen? Hoe komen we op een goede manier in gesprek en tot overeenstemming? Welke rol heeft eenieder en wie de procesregie?