Eindrapportage versneld evalueren

Datum: 24 november 2025

Pluut Partners
slim en zorgzaam organiseren

SIGNIFICANT PUBLIC

1. Doelstelling

De pilot Versneld Evalueren is ontwikkeld op basis van een onderzoek van ZonMw en een daaropvolgende probleemanalyse van ZE&GG (april 2021).

Op basis daarvan formuleerde ZE&GG aanbevelingen om de uitvoering van zorgevaluaties te verbeteren, waaronder het bieden van voldoende ondersteuning en tijd voor professionals om patiënten te informeren en te betrekken.

In het najaar van 2024 is naar aanleiding van deze aanbeveling door ZonMw een subsidieronde geopend om de pilot 'Versneld Evalueren' te starten. Onze evaluatie richt zich op het inclusieproces binnen deze pilot.

Aanleiding
In het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) werken patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid samen aan de bewezen beste zorg voor patiënten. De Cirkel van Gepast Gebruik vervult hierbij een belangrijke rol. Deze cirkel bestaat uit het agenderen, evalueren, implementeren, monitoren en inbedden van kennis over waardevolle medische zorg.

Voor het onderdeel evalueren heeft het programma ZE&GG de pilot 'Versneld evalueren' ontwikkeld. Deze pilot heeft als doel om de inclusiefase van zorgevaluaties te versnellen door een verbeterde infrastructuur te realiseren die onder andere bestaat uit extra ondersteuning en tijd van researchmedewerkers. Aan deze pilot lag een stimuleringssubsidie ten grondslag waarin systeeminbedding een belangrijk onderdeel is.

Doelstelling en centrale onderzoeksvragen
Wij voeren een evaluatie van de pilot uit bij de 9 deelnemende zorginstellingen waarin we de volgende onderzoeksvragen beantwoorden:

- Hoe kan ondersteuning en tijd voor researchmedewerkers (RM's) bijdragen aan een betere informatievoorziening van patiënten over zorgevaluaties en hoe versnelt dit het inclusieproces?
- In welke mate verhogen de interventies uit de plannen van aanpak de inclusie?

ZE&GG vroeg ons om de benadering van actieonderzoek een centrale plek te geven tijdens de evaluatie. Hierbij bundelen we de inhoudelijke kennis en kracht van de professional met de verwonderende, nieuwsgierige blik van ons als buitenstaander. Het evaluatieonderzoek vond plaats van het najaar 2024 tot het najaar van 2025.

Leeswijzer
Allereerst lichten we de gehanteerde aanpak toe. Vervolgens beschrijven we de werkzame elementen en uitdagingen die we hebben gezien ten aanzien van het inclusieproces.
We beantwoorden de vraag in welke mate de inclusie in de pilotcentra is versneld en welke organisatorische randvoorwaarden dit vraagt.
In deze rapportage gebruiken we de term 'centra' voor zorginstellingen die deelnamen aan de pilot.

2. Onze aanpak

Om inzicht te krijgen in wat nodig is voor een goed lopend inclusieproces is een aanpak nodig die niet alleen onderzoekt wat er gebeurt, maar ook bijdraagt aan verbetering tijdens de uitvoering. Daarom kiezen we voor een lerende evaluatie op basis van actieonderzoek. Deze vorm van onderzoek sluit aan bij de dynamiek van de pilot: door in samenwerking met de betrokken centra te onderzoeken, reflecteren en bijsturen, wordt leren en verbeteren geïntegreerd in het dagelijks handelen.
De voorgestelde activiteiten zijn ontworpen om dit proces van leren en verbeteren te ondersteunen.

Lerende evaluatie met actieonderzoek
We voerden een lerende evaluatie van de pilot uit. Dat deden we met actieonderzoek.
We keken dus niet alleen achteraf – na afronding van de pilot – terug op het verloop van de processen, de mate van doelbereiking, ervaren successen en knelpunten. Maar we reflecteerden tijdens de uitvoering van de pilot met de betrokkenen bij de pilot op deze punten. Met de tussentijdse inzichten die we opdeden, zorgden we ervoor dat de evaluatie een interventie was, die al tijdens de uitvoering van de pilot bijdroeg aan realisatie van de gestelde doelen. Betrokkenen konden immers de tussentijdse inzichten direct toepassen in hun praktijk.

Welke activiteiten hebben we uitgevoerd?
Documentenstudie. De documentenstudie vormde het vertrekpunt van de evaluatie. Door de plannen van aanpak van de negen centra te bestuderen, kregen we inzicht in hoe ieder centrum de pilot had voorbereid, welke keuzes waren gemaakt en welke verwachtingen er leefden. Deze analyse hielp om de context van de uitvoering te begrijpen en om gerichte vragen te formuleren voor het actieonderzoek.

Verzorgen van een training actieonderzoek.
We hebben projectleiders en researchmedewerkers (RM's) uit alle centra die aan de pilot deelnamen uitgenodigd voor een tweedaagse training, waarin we hen hebben laten kennismaken met de beginselen van actieonderzoek.

Selectie van centra voor verdieping. In totaal namen negen centra deel aan de pilot. Wij voerden verdiepend onderzoek uit bij vijf van deze negen centra. Onder *'De verdieping'* lichten we toe hoe dit eruitzag.
De inzichten die we opdeden bij deze vijf centra, bespraken we in gezamenlijke reflectiebijeenkomsten die ZE&GG organiseerde voor alle negen centra. Tijdens deze bijeenkomsten toetsten we onze voorlopige bevindingen aan de ervaringen van de andere centra, met als doel de herkenbaarheid en toepasbaarheid van de inzichten te verifiëren.
Door deze interactieve werkwijze – gebaseerd op principes van member checking en gezamenlijke interpretatie – konden we ons een breder beeld vormen van hoe het inclusieproces in verschillende contexten vorm kreeg.
De centra waar wij verdiepten zijn door ZE&GG geselecteerd, waarbij in de selectie rekening is gehouden met diversiteit in type centrum en thema's waar het betreffende centrum mee aan de gang ging in de pilot..

De verdieping bestond uit de volgende activiteiten:
We voerden als actieonderzoekers maandelijks een gesprek met RM's en projectleiders per centrum. We vroegen de RM's en projectleiders om elke twee weken een reflectiedagboekje in te vullen. Hierin vroegen we naar de trotspunten, de ervaren knelpunten, hun belangrijkste inzicht en de punten die ze graag met ons wilden bespreken.
Ter voorbereiding analyseerden we de input uit de reflectiedagboekjes. Dit bespraken we met hen.
Daarnaast stelden we een aantal gerichte vragen over de wijze waarop ze het proces organiseren, hun tijdsbesteding en hoe ze stakeholders betrokken. Deze gesprekken vonden digitaal of fysiek tijdens een locatiebezoek plaats.

Bijeenkomsten met alle centra die deelnamen aan de pilot. Door ZE&GG werd ieder kwartaal een bijeenkomst georganiseerd voor alle betrokkenen bij de pilots. Tijdens elke bijeenkomst verzorgden wij een interactieve workshop voor de RM's en projectleiders. Deze workshops waren niet alleen bedoeld om ervaringen uit te wisselen, gezamenlijke knelpunten te verkennen en handelingsperspectieven te ontwikkelen, maar ook om de deelnemers uit te dagen zelf ook verschillende werkvormen toe te passen binnen hun centrum.

We gebruikten verschillende werkvormen, zoals een wereldcafé rond vier thema's (ondersteuning van medisch specialisten, inzet van digitale tools, participatie van patiënten en continu leren en verbeteren), een 'crazy 8'-sessie om creatieve oplossingen te bedenken voor het stellen van prioriteiten binnen beperkte tijd, en een dialoog op basis van Covey's 'cirkel van invloed' om deelnemers te laten reflecteren op waar zij zelf verschil kunnen maken.

Door deze werkvormen ontstond een levendige uitwisseling van inzichten tussen de centra, waarmee wij niet alleen informatie verzamelden voor de evaluatie, maar waarmee ook het lerend vermogen binnen en tussen de centra werd versterkt.

Verdiepende interviews gericht op organisatorische randvoorwaarden.
In het najaar van 2025 hebben we de projectleiders uit alle negen centra gesproken om terug te blikken op de pilot en te bespreken welke randvoorwaarden zij zien voor de infrastructuur om inclusie te versnellen. Deze gesprekken boden verdieping op de eerdere, vaak operationele, bevindingen uit het actieonderzoek en verrijkten dit met organisatorische randvoorwaarden.

Daarnaast organiseerden we een groepsinterview met de adviseurs van ZE&GG. De rationale hiervan was om de rode draden uit de interviews met de projectleiders – zoals de behoefte aan structurele bekostiging, een ziekenhuisbrede visie en een centrale poule voor ondersteuning – te spiegelen aan het perspectief van ZE&GG. Tijdens het gesprek bespraken we of de adviseurs deze inzichten herkenden vanuit hun eigen relatie met de centra en of we hier een concretiseringsslag op konden maken.

Inclusieaantallen. ZE&GG leverde tussentijds de inclusie-aantallen per studie aan. Hierin maakten zij een uitsplitsing tussen inclusie-aantallen van de aan de pilot deelnemende centra, de andere centra en de verrichter.

We hebben deze data van ZE&GG ontvangen, geduid en hier in voorliggende rapportage een hoofdstuk aan besteed.

Tussentijdse afstemming met ZE&GG en ZonMw.
Gedurende de uitvoering van het onderzoek hebben we regelmatig met onze opdrachtgevers namens ZE&GG en ZonMw afgestemd en tussentijdse inzichten gedeeld.

Analysemethode. Na de dataverzameling hebben we de bevindingen geordend met behulp van de CIMO-logica. Dat betekent dat we per situatie hebben bekeken in welke context de pilot werd uitgevoerd, welke interventies of aanpakken daarbij zijn ingezet, welke mechanismen in werking traden (bijvoorbeeld samenwerking, tijdsdruk of motivatie), en welke uitkomsten dat opleverde voor het inclusieproces. Door deze elementen naast elkaar te leggen, konden we patronen herkennen: wat werkt, voor wie, en onder welke omstandigheden. Zo ontstond een verdiepend beeld van de werkzame elementen van versneld evalueren, dat recht doet aan de verschillen tussen de deelnemende instellingen.

3. Werkzame elementen en ervaren uitdagingen

In de gesprekken die we voerden met RM's, de reflectiedagboekjes en de input die we ophaalden vanuit de bijeenkomsten van ZE&GG, zagen we verschillende factoren terug die van invloed zijn op het inclusieproces. Deze analyse sluit direct aan bij de doelstelling van de evaluatie om zicht te krijgen hoe ondersteuning en tijd voor researchmedewerkers kunnen bijdragen aan een betere informatievoorziening voor patiënten en hoe de interventies uit de plannen van aanpak het inclusieproces beïnvloeden. Hieronder lichten we onze inzichten toe.

Voortraject

Nog voordat de studie daadwerkelijk van start gaat, zijn er factoren die van invloed kunnen zijn op het toekomstige verloop van de studie. Veelal gaat het hier om factoren die buiten de invloedssfeer van de RM's, of in sommige gevallen de projectleiders, zelf liggen.

Werkzame elementen

De mate van aandacht die wordt besteed aan het bekendmaken van toekomstige studies onder artsen kan bijdragen aan een groter bewustzijn en betrokkenheid bij nieuwe onderzoeken. Deze betrokkenheid helpt in een later traject om de inclusie te versnellen.

Projectleiders kunnen dit ondersteunen door tijdig te communiceren over aankomende studies, bijvoorbeeld via korte updates in vakgroepen, nieuwsbrieven of overzichtslijsten van lopende en geplande onderzoeken.

Ook een goede voorbereiding van de draaiboeken kan helpen om het inclusieproces soepeler te laten verlopen. Door deze vroegtijdig te bespreken met betrokken artsen en ondersteunende diensten, en praktische stappen – zoals patiëntselectie en logistiek – vooraf te testen, worden mogelijke knelpunten eerder zichtbaar.

Ervaren uitdagingen

Wanneer in het voortraject al afspraken worden vastgelegd zonder overleg met de projectleider en/of RM's, kan dit gevolgen hebben voor de uitvoerbaarheid van de studie. Dit betreft vaak praktische of organisatorische keuzes rond het inclusieproces, zoals taakverdeling, personele inzet of werkwijzen.

In één centrum werden bijvoorbeeld halverwege de pilot externe RM's aangetrokken voor bepaalde zorgevaluaties, terwijl de bestaande RM's intensief hadden gewerkt aan de voorbereiding. Juist toen de inclusie van start ging, moesten zij hun taken overdragen. Hierdoor ging waardevolle kennis verloren over de achtergrond van de studie en de patiëntengroepen, en stokte de opgebouwde samenwerking met de artsen. Dat leidde tot vertraging en minder soepele communicatie over welke patiënten in aanmerking kwamen.

Tevens blijken er soms onrealistische inschattingen te zijn gemaakt over het aantal potentiële kandidaten. Wanneer de beoogde inclusie daarmee te hoog is ingeschat voor de start, kan dit demotiverend werken. Anderzijds, wanneer de aantallen zijn onderschat en er zich meer kandidaten aandienen dan verwacht zonder dat de personele bezetting hierop wordt aangepast, kan dit leiden tot een hoge werkdruk.

We hebben nauwkeurig bijgehouden waarom patiënten wel of niet deelnemen aan studies. Dit levert waardevolle inzichten op: de initiële schattingen van potentiële deelnemers bleken te optimistisch.

Zichtbaarheid

Uit de plannen van aanpak voor de pilots concludeerden we dat in alle centra is ingezet op inzet van (afdelingsoverstijgende) RM's.
In vrijwel alle reflectiedagboekjes, gesprekken en bijeenkomsten kwam naar voren hoe belangrijk zichtbaarheid is. Zichtbaarheid van de RM's naar de afdeling en artsen toe in het bijzonder.

Ook horen we terug dat zichtbaarheid van de zorgevaluaties zelf voor zowel artsen als patiënten belangrijk is.

Werkzame elementen

Uit de gesprekken met RM's kwam naar voren dat het helpt wanneer patiënten al weten dat zorgevaluaties bestaan en dat zij hiervoor mogelijk benaderd kunnen worden. Deze bewustwording kan bijdragen aan een positievere houding ten opzichte van deelname. Zorginstellingen kunnen hieraan bijdragen door zichtbaar te maken dat onderzoek onderdeel is van goede zorg. Denk aan posters of flyers in de wachtkamer, korte filmpjes op schermen of de website, of het opnemen van een standaardzin over zorgevaluaties in patiëntenbrieven en portalen.

Daarnaast gaven sommige centra aan goede ervaringen te hebben met het in kaart brengen van het volledige gezondheidspad van de patiënt. Wanneer duidelijk is op welke momenten en door wie de patiënt contact heeft, kunnen RM's gericht bepalen wie op welk moment informatie over deelname kan geven. Zo kan bijvoorbeeld een verpleegkundige het onderwerp kort introduceren tijdens een controle, waarna de arts of RM het verder toelicht. Dit helpt om het gesprek over deelname natuurlijk in te bedden in het zorgproces en te zorgen dat patiënten goed geïnformeerd worden.

Uit de plannen van aanpak blijkt dat verschillende centra tools hebben ingezet om patiënten sneller en gerichter te identificeren voor deelname aan zorgevaluaties. RM's kunnen hierbij een sleutelrol spelen door actief gebruik te maken van systemen zoals CTCue, Qlik of zoekfilters in het EPD. Met deze tools kunnen zij via queries patiënten selecteren die voldoen aan de inclusiecriteria, waardoor handmatig zoeken niet meer nodig is en de kans kleiner wordt dat potentiële deelnemers over het hoofd worden gezien. Dit bespaart tijd en stelt hen in staat om artsen tijdig te informeren over welke patiënten in aanmerking komen - wat het gesprek over deelname voor artsen laagdrempeliger maakt.
Daarnaast kan het helpen om de specifieke bewoording en zoektermen van de queries met andere centra uit te wisselen, zodat instellingen van elkaar kunnen leren hoe zij hun zoekopdrachten in CTCue, Qlik of het EPD het meest effectief formuleren.

Een ander voorbeeld van een werkzame werkwijze komt van een centrum dat een bedrijfsaccount van WhatsApp gebruikte voor contact met patiënten. Dit bleek een toegankelijke manier om patiënten eraan te herinneren dat zij gevraagd waren voor deelname aan een zorgevaluatie, dat er nog ruimte is om hierover vragen te stellen en dat zij bij akkoord het formulier getekend moeten retourneren. RM's gaven aan dat patiënten vaak liever appen dan bellen of mailen. Het benutten van zulke laagdrempelige communicatiemiddelen kan zo bijdragen aan het versneld includeren van patiënten.

Ervaren uitdagingen
Voor RM's is het van groot belang om goed zichtbaar te zijn op de afdeling en voor artsen in het bijzonder. Dit is lastiger wanneer een RM niet vanaf het begin van een zorgevaluatie betrokken is. De RM kent dan nog niet de specifieke routes binnen de afdeling en is nog geen bekend gezicht voor de verpleegkundigen en de betrokken artsen.

Profilering van jezelf als RM-er is belangrijk. Je moet hier proactief in zijn. Bijvoorbeeld door aan te sluiten bij teamoverleggen. Uiteraard helpt het als je dagelijks fysiek op een afdeling zit, maar dat is niet randvoorwaardelijk. Zoek vooral het gesprek en ben zichtbaar."

Samenwerking
Samenwerking tussen het personeel dat betrokken is bij zorgevaluaties, de betrokken onderzoekers en andere centra helpt om het inclusieproces efficiënt en soepel te laten verlopen.

Werkzame elementen
Vrijwel alle RM's geven aan dat zij artsen zoveel mogelijk proberen te ontzorgen in het inclusieproces. Zij nemen waar mogelijk administratieve of logistieke taken over, zoals het invoeren van data in systemen, het voorbereiden van studiedocumentatie of het bijhouden van inclusielijsten. Door deze ondersteunende rol actief op te pakken, houden artsen meer tijd over voor het gesprek met de patiënt en neemt de drempel af om deel te nemen aan zorgevaluaties.

Artsen zijn druk, uitloop in schema, et cetera. Wat helpt is het ontlasten van artsen. Dat doen we bijvoorbeeld door een screening uit te voeren welke patiënten in aanmerking komen voor de studie. En door de follow up na het gesprek met de patiënt uit handen te nemen.

Een ander werkend principe is het inzetten van 'sleutelfiguren' binnen de organisatie: mensen die de brug slaan tussen het onderzoeksteam, artsen en andere afdelingen. Deze persoon kent de taal en de routines van de verschillende betrokkenen en kan daardoor makkelijker draagvlak en samenwerking organiseren. Voor een effectieve invulling van deze rol is het belangrijk dat de sleutelfiguur hier ook structureel tijd voor krijgt, zodat verbinding en afstemming echt onderdeel worden van het werkproces.

In dezelfde lijn werkt het volgens enkele RM's goed om in gesprek te gaan met medewerkers die een potentiële inclusie hebben gemist. Door dit op een constructieve manier te bespreken – gericht op leren en verbeteren in plaats van corrigeren – ontstaat bewustwording en groeit het gezamenlijke verantwoordelijkheidsgevoel voor het inclusieproces. Hoewel er soms enige terughoudendheid of weerstand is, ervaren RM's dat deze directe en collegiale aanpak overwegend positief uitpakt.

Vaardigheden
Wanneer duidelijk is dat een patiënt voldoet aan de inclusiecriteria en deze informatie ook bekend is bij het includerend personeel, komt er veel aan op de vaardigheden van degene die het gesprek met de patiënt hierover voert. Op basis van de plannen van aanpak van de pilots zien we dat twee centra hier expliciet op hebben ingezet door trainingen of workshops aan te bieden aan de RM's gericht op het voeren van inclusiegesprekken.

Werkzame elementen
Eén centrum experimenteerde met een training gespreksvaardigheden voor medewerkers die patiënten benaderen voor deelname aan zorgevaluaties. De training die ingaat op het adequaat kunnen herkennen en bespreken van mogelijke belemmeringen die patiënten ervaren bij hun beslissing al dan niet te willen participeren in studie, werd positief ervaren. Deelnemers leerden nieuwe manieren om het gesprek aan te gaan en twijfels van patiënten te bespreken. Het bleek echter lastig om voldoende deelnemers te werven; sommigen zagen het niet als onderdeel van hun rol of vonden het te tijdsintensief. Heldere communicatie over doel en nut, en het goed inplannen van de training, zijn daarom belangrijk.

Het bleek lastig om medewerkers aan de workshop te laten deelnemen. Het is een hap uit de agenda voor medewerkers. Tijd maken en prioriteit geven om bij overleggen aan te sluiten blijkt lastig in de praktijk.

Een ander centrum koos voor kwartaalbijeenkomsten waarin medewerkers ervaringen uitwisselden over het voeren van inclusiegesprekken. Deze informele en praktijkgerichte vorm sloot beter aan bij de behoefte aan leren van collega's dan een formele training.

Incentives
Een belangrijk thema is de manier waarop medewerkers binnen een zorgaanbieder gemotiveerd worden om in te zetten op inclusie voor een bepaalde studie.

Werkzame elementen
Binnen enkele centra zien we dat researchteams werken met kleine, motiverende incentives om betrokkenheid te vergroten. Zo neemt één projectleider bijvoorbeeld taart mee bij elke tiende inclusie. Zulke initiatieven helpen om successen zichtbaar te maken, het teamgevoel te versterken en daarmee de motivatie voor het werven en includeren van patiënten hoog te houden.

Daarnaast blijkt draagvlak vanuit het bestuur belangrijk voor het creëren van een context waarin deelname aan zorgevaluaties wordt gestimuleerd. Wanneer een zorgevaluatie aansluit bij de visie en strategische doelen van de zorginstelling, zorgt dat niet direct voor motivatie bij projectleiders of artsen, maar wel voor randvoorwaarden die deelname vergemakkelijken – zoals bestuurlijke steun, ruimte in roosters of prioritering binnen afdelingen. Deze factoren kunnen er indirect toe bijdragen dat artsen meer mogelijkheden en bereidheid ervaren om patiënten te includeren. RM's kunnen dit ondersteunen door de relevantie van studies te verbinden aan bredere beleidsdoelen en dit zichtbaar te maken richting leidinggevenden en artsen.

Het moet logisch zijn dat we aandacht besteden aan de zorg voor morgen. Niet alleen enkele artsen moeten graag aan een studie mee willen doen, maar iedereen binnen een zorginstelling moet het belang ervan op het netvlies hebben staan: bestuur, management, artsen, assistenten, et cetera. Iedereen moet er tijd en aandacht aan geven. Dit vraagt soms nog om een cultuuromslag.

4. Inclusieaantallen pilot Versneld Evalueren

Wat is er gemeten en bij welke zorgaanbieders?
In de periode van april 2024 tot en met mei 2025 zijn de inclusie-aantallen bij de verschillende deelnemende centra bijgehouden door ZE&GG voor de zorgevaluaties die zijn geselecteerd voor de pilot Versneld Evalueren. De pilots zijn van start gegaan in de zomer van 2024.

ZE&GG maakte de vergelijking tussen de inclusie-aantallen van de deelnemende centra met de inclusie-aantallen van centra die niet hebben deelgenomen aan de pilot Versneld Evalueren. Hierbij hield ZE&GG in de duiding rekening met de inclusieaantallen van de verrichter, omdat ZE&GG uit ervaring weet dat het aantal inclusies bij de verrichter vaak hoger is dan de inclusies bij andere aanbieders.

Kanttekening bij de data analyse door ZE&GG
Twee studies zijn veel later opgestart dan verwacht (SAFEST en REPEAT). Een studie was veel sneller afgerond dan verwacht (Oxykids). Om die reden zijn van deze studies geen inclusie-aantallen meegenomen in de duiding.
De studies waarvan wel inclusie-aantallen met ons zijn gedeeld, kennen relatief lage patiëntenaantallen.

Conclusies
Voor alle zorgevaluaties valt op dat er geen duidelijke versnelling te zien is in het aantal inclusies binnen de aan de pilot deelnemende centra ten opzichte van de centra die geen deel hebben genomen aan de pilot.

Niettemin is er bij de FOiL-studie wel enige versnelling te zien bij de centra die deelnamen aan de pilot ten opzichte van de niet-deelnemende centra. Waar het aantal inclusies bij de centra die niet deelnamen aan de pilot min of meer gelijk blijven over de tijd, neemt het aantal inclusies bij de centra die wel deelnamen consistent toe over de tijd heen.

Een zelfde patroon is te zien bij de Pneumotrial, hoewel het hierbij gaat om relatief kleine aantallen. Dit heeft te maken met het lage aantal potentiële patiënten dat geïncludeerd kan worden voor deze studie.

Wanneer de vergelijking wordt gemaakt tussen het aantal inclusies als percentage van de potentiële patiënten tussen de centra die (niet) deelnamen aan de pilot en verrichter, valt op dat voor de FOiL- en Promise-P-studie eenzelfde patroon te zien is. De verrichter heeft hier zoals verwacht duidelijk de meeste inclusies. De centra die deelnamen aan de pilot hebben daarnaast relatief meer inclusies dan de centra die niet hebben deelgenomen aan de pilot. Bij de FOil-studie is dit verschil groter dan bij de Promise-P-studie.

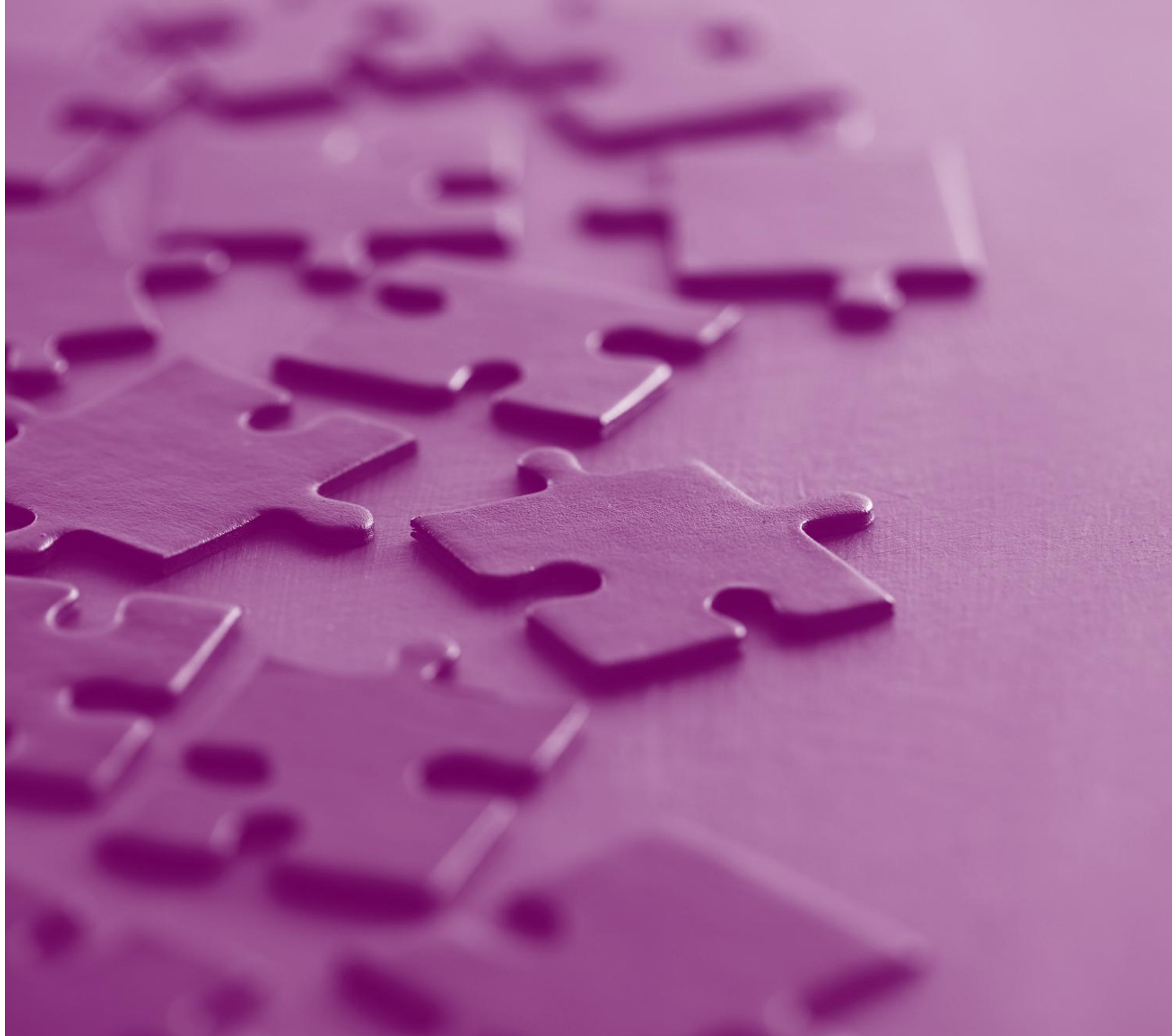
Bij de Pneumotrial is een ander patroon te zien. Hier hebben de centra die niet deelnamen aan de pilot relatief de meeste inclusies gevolgd door de verrichter. De centra die wel deelnamen aan de pilot hebben daarentegen juist de minste inclusies. Hierbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat de absolute verschillen tussen de verschillende type centra bij de Pneumotrial kleiner zijn dan voor de FOiL- of Promise-P-studie.

Kanttekeningen

Niet alle verschillen in inclusie-aantallen kunnen worden gerelateerd aan het wel/niet deelnemen aan de pilot. Andere factoren die mee kunnen spelen in de verschillen zijn:

- Verschillen in hoe vaak aandoeningen voorkomen in bepaalde regio's, zorginstellingen en/of in de periode van meten.
- De aanwezigheid van de in hoofdstuk 3 benoemde werkzame elementen of belemmerende factoren.
- Het aantal patiënten dat openstaat voor deelname, ongeacht de inspanningen van een researchmedewerker.

In dit kader is het bovendien belangrijk om te benoemen dat we in interviews met RM's en projectleiders van een deel van de deelnemende centra hebben gehoord dat zij geen potentiële inclusies hebben gemist. Dit kunnen zij concluderen doordat zij de potentiële inclusies identificeren met behulp van HiX of CTCue.



Organisatorische randvoorwaarden

Aan het eind van de pilot hebben wij in september 2025 interviews gevoerd met de projectleiders van de centra die deelnamen aan de pilot. Met deze verdiepende interviews gaven we verdieping aan onze onderzoeksvragen over de randvoorwaarden en ondersteuningsvormen die nodig zijn om het inclusieproces te versnellen. Ze boden inzicht in hoe de opgedane ervaringen kunnen worden ingebed in de organisatie en welke structurele factoren — zoals tijd, draagvlak en cultuur — bepalend zijn voor het duurzaam verbeteren van inclusie.

In dit hoofdstuk presenteren we de belangrijkste inzichten die uit deze interviews naar voren kwamen.

Centrale of regionale pool met decentraal behoud van wat goed gaat

In meerdere centra bestaan al goed functionerende onderzoeksteams of R&D-afdelingen die hun vakgroep kennen, korte lijnen hebben en precies weten hoe “de hazen lopen”. Deze teams moet je niet weghalen of volledig centraliseren, omdat dat zou leiden tot verlies van betrokkenheid en opgebouwde kennis.

Tegelijkertijd is er tijdens de pilot ervaren dat een centrale of regionale poule een belangrijke aanvulling kan zijn. Zo’n pool maakt het mogelijk om flexibel capaciteit bij te schakelen bij kleine vakgroepen, tijdelijk weggevallen medewerkers te vervangen of op korte termijn extra slagkracht te organiseren bij lopende zorgevaluaties. Daarbij is kruisbestuiving tussen afdelingen en zorgaanbieders als een groot voordeel genoemd: RM’s die breder ingezet worden, brengen nieuwe inzichten mee en versterken elkaars expertise. Binnen de pilot hebben twee centra geëxperimenteerd met een (regionale) uitwisseling van RM’s. Beide partijen kijken hier positief op terug. Ook omdat “vreemde ogen dwingen”.

Een ander centrum experimenteerde intern met een hybride model, waarbij een deel van de RM’s vast bij afdelingen werkt en een deel flexibel centraal wordt ingezet. Zij hebben hier goede ervaringen mee omdat hiermee de combinatie ontstaat van ervaring met veelvuldig RM-werkzaamheden uitvoeren én kennis over stakeholders en routes binnen een afdeling.

Een belangrijk aandachtspunt blijft de binding met de (externe) afdeling: medewerkers die te ver afstaan van een zorgaanbieder of de afdeling verliezen sneller hun effectiviteit en betrokkenheid.

Samengevat: De toekomst lijkt te liggen in een hybride model waarin decentraal goed functionerende manieren van werken behouden blijven, maar waarin een centrale of regionale poule als flexibele schil wordt ingericht om pieken op te vangen, kennisuitwisseling te stimuleren en ongelijkheden tussen vakgroepen te verkleinen.

Een breed gedragen visie op zorgevaluaties

Vrijwel alle geïnterviewde projectleiders benadrukken het belang van een heldere, ziekenhuisbrede visie. In veel gevallen werd de pilot vooral bottom-up gedragen door enthousiaste professionals, maar zonder een strategisch kader of bestuurlijk commitment blijft dit kwetsbaar.

Wanneer bestuur en medische staf expliciet uitspreken dat zorgevaluatie onderdeel is van hun strategie, verandert de dynamiek: het krijgt meer prioriteit, tijd en middelen worden vrijgemaakt. RM’s voelen dan dat hun werk betekenisvol is voor de hele organisatie. Een brede visie helpt bovendien om versnippering tegen te gaan.

Belangrijk hierbij is dat een visie van bovenaf doorwerkt naar alle lagen van de organisatie: van bestuur en management tot artsen, verpleegkundigen en researchmedewerkers. Het vraagt om een cultuur waarin zorgevaluaties niet worden gezien als “extra hobby” van enkele artsen, maar als integraal onderdeel van passende zorg.

Samengevat: Zonder bestuurlijk commitment en een overkoepelende visie blijft zorgevaluatie een versnipperd en soms zelfs vrijblijvend onderdeel.
Een ziekenhuisbrede strategie, verankerd in beleid en cultuur, kan helpen om zorgevaluaties duurzamer te integreren.

Structurele bekostiging

De derde rode draad uit de interviews met projectleiders is geen nieuw geluid maar wel een bevestiging dat structurele financiering een absolute voorwaarde is. Vrijwel alle zorgaanbieders benadrukken dat tijdelijke subsidies, hoe waardevol ook, vaak onvoldoende zijn om een robuuste infrastructuur op te bouwen. Wanneer financiering wegvalt, valt ook de opgebouwde capaciteit weg en moeten teams weer van voren af aan beginnen.

Daarnaast ontstaat er een ongelijk speelveld ten opzichte van industrie geïnitieerd onderzoek. Farmaceutische studies leveren meer geld op voor researchondersteuning, waardoor afdelingen vaak eerder daarvoor kiezen dan voor een zorgevaluatie, waar de ondersteuning onzeker of tijdelijk is. De farmaceutische studies krijgen dus voorrang “omdat de industrie personeel betaalt”. Dit werkt remmend op de bereidheid om breed aan zorgevaluaties deel te nemen.

Verschillende projectleiders pleiten daarom voor een structurele bekostigingssystematiek, bijvoorbeeld gebaseerd op aantallen screenings of inclusies, zodat zorgaanbieders weten waar ze op kunnen rekenen en capaciteit duurzaam kunnen organiseren. Alleen zo kan zorgevaluatie een gelijkwaardige plaats krijgen naast andere vormen van onderzoek en kan het maatschappelijk belang ervan echt worden geborgd.

Samengevat: Structurele bekostiging is de randvoorwaarde om continuïteit en een gelijke positie ten opzichte van farmaceutische studie’s te waarborgen. Zonder structureel geld blijft zorgevaluatie afhankelijk van incidentele impulsen en concurreren ziekenhuizen met industrie geïnitieerd onderzoek, waardoor de maatschappelijke ambitie onvoldoende tot bloei komt.

Eindconclusie

De drie thema’s zijn onderling sterk verweven: een centrale/regionale poule kan alleen functioneren binnen een ziekenhuisbrede visie die prioriteit en draagvlak creëert, en beide zijn afhankelijk van structurele bekostiging om duurzaam effect te hebben. De pilot heeft aangetoond dat betere ondersteuning mogelijk is, maar dat de opgebouwde infrastructuur kwetsbaar blijft zonder stevige basis.

Bijlage: verdiepende uitvraag op verzoek van ZE&GG

Op verzoek van ZE&GG hebben we in voorjaar van 2025 een verdiepende uitvraag gedaan bij de centra die deelnamen aan de pilot. We vroegen hen naar de capaciteit die zij beschikbaar hebben voor de uitvoering van de pilot, het aantal studies waarbij ze betrokken zijn en hun tijdsbesteding. Ook vroegen we hen naar het gewenste profiel van een RM (generalist of specialist). In deze bijlage beschrijven we de inzichten van deze verdiepende uitvraag

Verdiepende uitvraag ZE&GG

Op verzoek van ZE&GG hebben we naar alle centra die deelnemen aan de pilot een vragenlijst verstuurd, waarin we hen vroegen naar de tijd die ze besteden aan het proces van includeren van patiënten en in welke mate ze zich een generalist of specialist voelen. In totaal vulden 15 RM's en 11 projectleiders de vragenlijst in.

Ervaring

De RM's hebben gemiddeld 7,4 jaar ervaring in het vak. Zij werken gemiddeld 24,75 uur per week als RM, waarvan 14 uur aan ZE&GG-zorgevaluaties. Projectleiders besteden gemiddeld 6,9 uur per week aan ZE&GG-zorgevaluaties.

Aantal zorgevaluaties

De figuren laten zien bij hoeveel zorgevaluaties de RM's momenteel betrokken zijn, en hun inschatting van het maximale aantal zorgevaluaties waarbij zij betrokken kunnen zijn binnen de beschikbare uren. Beide uitkomsten zijn uitgesplitst naar de drie fasen van een zorgevaluatie.

Capaciteit van research medewerkers

RM's geven aan dat zij met name in de opstart- en afrondende fase bij méér zorgevaluaties betrokken zouden kunnen zijn dan nu het geval is.

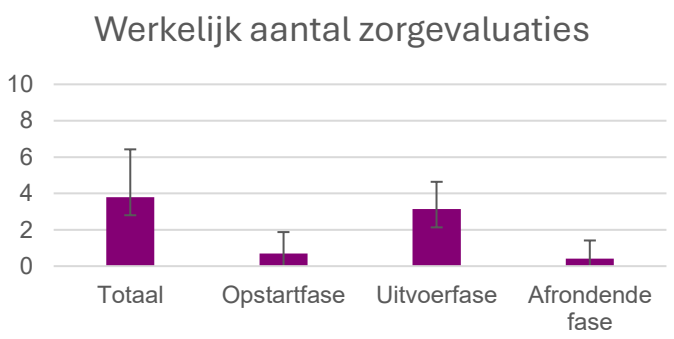
Gemiddeld zijn zij nu betrokken bij 3,8 zorgevaluaties; zij geven aan bij maximaal 5 evaluaties betrokken te kunnen zijn.
De individuele antwoorden lopen sterk uiteen:
- zeven RM's geven aan dat zij bij meer zorgevaluaties betrokken kunnen zijn,
- drie geven aan dat dit er juist minder zouden moeten zijn, en
- vijf geven aan dat zij momenteel bij het juiste aantal evaluaties betrokken zijn.

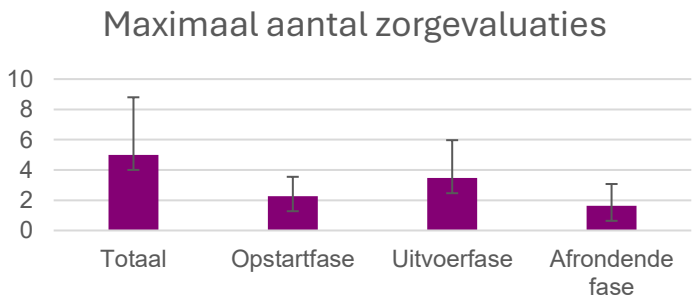
De figuren tonen dit met paarse balkjes (gemiddeld aantal zorgevaluaties) en zwarte balken (standaarddeviatie). De spreiding is groot: veel betrouwbaarheidsintervallen overlappen elkaar.

Uit gesprekken met RM's blijkt dat de opstartfase de meeste tijd vraagt, omdat daarin onder andere de studie breed kenbaar moet worden gemaakt en werkprocessen worden opgezet.

Capaciteit van projectleiders

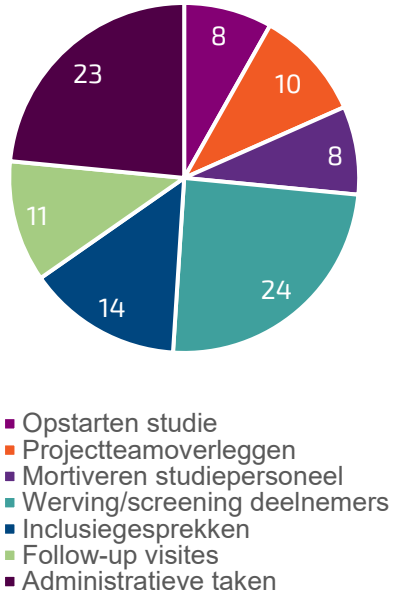
Ook bij projectleiders komt een vergelijkbaar beeld naar voren. Zij begeleiden gemiddeld 3,8 zorgevaluaties, terwijl zij aangeven er maximaal 6 te kunnen doen. Dit verschil wordt mede beïnvloed door twee extreme uitschieters; hier kunnen dus geen harde conclusies aan worden verbonden.





Tijdverdeling over werkzaamheden

We hebben de RM's gevraagd hoe zij hun werktijd verdelen over de verschillende taken die komen kijken bij een zorgevaluatie. Wat opvalt in onderstaande figuur, is dat een aanzienlijk deel van hun tijd opgaat aan het werven en screenen van deelnemers, gevolgd door administratieve werkzaamheden.



Taken zoals het voeren van inclusiegesprekken en het uitvoeren van follow-up bezoeken nemen ook een belangrijk aandeel in beslag. Daarentegen blijkt dat RM's relatief weinig tijd besteden aan het motiveren van studiepersoneel en het opstarten van de studie.

RM's geven aan dat de verdeling sterk afhankelijk is van de fase waarin de studie zich bevindt en van de complexiteit van het protocol. Bij een eenvoudige evaluatie ziet het plaatje er immers heel anders uit dan bij een intensieve, meerlagige studie.

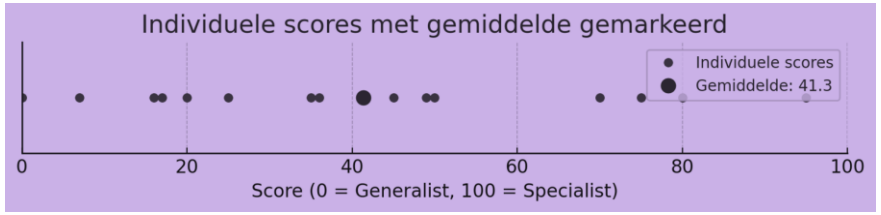
Fte per zorgevaluatie

De projectleiders is gevraagd een inschatting te geven hoeveel fte aan RM's er nodig is voor één zorgevaluatie. De helft van de projectleiders geeft aan dat dit erg afhankelijk is van de studie. Vier projectleiders geven aan dat dit tussen de 0,1 en 0,3 fte ligt. Een ander verwoordt dit als: "1,2 fte voor 6 zorgevaluaties tegelijk."

Op de vraag met hoeveel studies één fulltime werkende RM tegelijk bezig kan zijn, komt een gemiddelde van 6,4 studies. Projectleiders geven wel meermaals aan dat dit sterk afhankelijk is van de studie en de benodigde werkzaamheden.

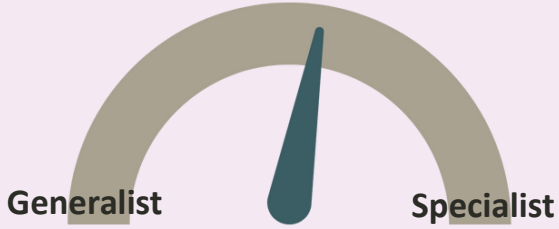
Generalist of specialist

Wat voor type RM is eigenlijk het meest passend in een zorgevaluatie? We vroegen RM's waar zij zichzelf plaatsen op een schaal van generalist tot specialist. De meeste RM's blijken zich overwegend als generalist te typeren, met een gemiddelde score van 41 op een schaal van 0 (helemaal generalist) tot 100 (helemaal specialist). In onderstaande figuur is de spreiding te zien.



Ook projectleiders hebben hierover nagedacht. Hun voorkeur blijkt niet zwart-wit: een enkeling kiest expliciet voor een generalist of een specialist, maar de meerderheid geeft aan dat het afhangt van de evaluatie zelf - en dat een gemengd team van beide profielen in de praktijk vaak het beste werkt.

Op de volgende pagina's geven we drie persona's van RM's weer, waarin de verschillen tussen generalistische en specialistische profielen concreet worden gemaakt.



David werkt al vijftien jaar in hetzelfde centrum als researchmedewerker en heeft daardoor veel kennis opgedaan over de gang van zaken rondom zorgevaluaties. Hoewel hij sinds het begin verbonden is aan zijn vertrouwde vakgroep neurologie, waar hij het reilen en zeilen precies kent, werkt hij de laatste jaren steeds vaker mee aan studies buiten zijn oorspronkelijke vakgebied. Doordat hij al aan zoveel zorgevaluaties heeft meegewerkt, doorziet hij snel verschillende protocollen en kan hij zich deze snel eigen maken.

Hij voelt zich echter te veel verbonden met zijn eigen vakgroep om de keuze te maken om zich volledig in te zetten als generalistische researchmedewerker. Hoewel hij het leuk vindt om nieuwe kennis en ervaringen op te doen, hecht hij ook veel waarde aan de vertrouwde gang van zaken op zijn eigen afdeling. Dit biedt hem ook de kans om zijn specialistische kennis goed in te zetten voor de complexere studieprotocollen waarop hij als ervaren researchmedewerker bij zijn eigen onderzoeksgroep vaak wordt ingezet.

David werkt per week 20 uur aan zorgevaluaties. Samen met zijn collega, die 16 uur werkt, doen ze 6 zorgevaluaties tegelijk. Doordat er in de opstartfase een goede basis is gelegd, is het voor hen mogelijk deze studies naast elkaar te doen. David vindt het fijn om dit samen met een collega te doen zodat ze kunnen sparren en de studies niet enkel van David afhankelijk zijn.

Persoonskenmerken:

Flexibiliteit

Inhoudelijke kennis

Werkervaring

Jamie heeft een grote passie voor zijn vakgebied oncologie. Al tijdens zijn studie volgde hij hier specifiek vakken over en kon hij na een stage aan de slag als verpleegkundige op dezelfde afdeling. Nog altijd zit hij goed op zijn plek en is hij blij dat hij inmiddels als researchmedewerker bij dezelfde vakgroep betrokken is.

Jamie is iemand die altijd van alles precies de hoed en de rand weet. Hij begrijpt het vakjargon van de artsen, is inhoudelijk goed op de hoogte van de studies en is vertrouwd met de systemen waar de afdeling mee werkt. Dit is met name van grote meerwaarde in studies waarin het inclusieproces uit veel verschillende stappen bestaat en grote aantallen patiënten in korte tijd moeten worden geïncludeerd. Nieuwe researchmedewerkers maakt hij hierdoor snel wegwijs, terwijl de kwaliteit van de data altijd in orde is.

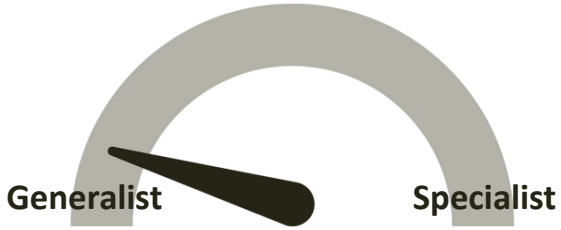
Op termijn zou Jamie mogelijk ook voor andere afdelingen aan de slag willen. Op dit moment werkt hij parttime, waarvan 8 uur als researchmedewerker. Hierdoor is het een te grote uitdaging om zich een grote diversiteit aan studieprotocollen en inhoud van de studies eigen te maken. Jamie werkt in die 8 uur aan 2 zorgevaluaties tegelijk. Dit past net, want de studies vragen meer van zijn tijd dan van tevoren ingeschat.

Persoonskenmerken:

Flexibiliteit

Inhoudelijke kennis

Werkervaring



Talia is iemand die altijd al een grote diversiteit aan onderwerpen interessant heeft gevonden. Hoewel ze nog maar een paar jaar werkt als researchmedewerker, viel ze bij haar coördinator al vroeg op door haar proactieve en leergierige houding en werd ze gevraagd om afdelingsoverstijgend aan zorgevaluaties mee te werken.

Hoewel dit in het begin best een uitdaging was voor Talia, hielp het enorm dat ze voor al haar vragen laagdrempelig terechtkon bij haar zeer ervaren coördinator. Ook was ze bij twee zorgevaluaties al bij het aanvraagproces betrokken, waardoor ze zich snel de materie eigen kon maken. Bovendien is Talia iemand die gemakkelijk contact legt met verschillende mensen en weet ze dat ze altijd kan terugvallen op haar collega researchmedewerkers.

Inmiddels heeft Talia steeds meer ervaring als generalistische researchmedewerker opgedaan en is zij makkelijk inzetbaar over een grote diversiteit aan studies. Ze brengt vaak vernieuwende perspectieven in doordat ze veel ervaring met andere studies heeft opgedaan. De zorgaanbieder waar Talia werkzaam is, is bezig met het opzetten van een centrale researchpool. Dit lijkt Talia echt iets wat goed bij haar past.

Talia en haar collega werken samen 20 uur per week aan zorgevaluaties. Op dit moment werken zij aan 4 studies tegelijk. Deze zijn verdeeld over verschillende fasen, wat mooi uitkomt, want zo is het voor haar behapbaar.

Persoonskenmerken:

Flexibiliteit

Inhoudelijke kennis

Werkervaring