Verslag Passende Zorg Dialoog 31 oktober 2025

Passende richtlijnen

Op vrijdag 31 oktober 2025 vond de 14e passende zorg dialoog plaats in de Domus Medica in Utrecht. De Passende zorg dialogen worden georganiseerd door de speciaal gezant passende zorg, vanuit het ministerie van VWS en in samenwerking met het Zorginstituut. Dit keer ging het gesprek over richtlijnen, een onderwerp dat mensen duidelijk raakt. Richtlijnen hebben de medische praktijk ver gebracht. De vraag dient zich nu aan hoe we richtlijnen ook in afstemming kunnen brengen met de maatschappelijke opgaven waar de zorg voor staat. Meer dan honderd mensen die op verschillende plekken in of aan de zorg werken namen deel en voerden levendige gesprekken.

Dagvoorzitters Jan Kremer en Marlou Smits vroegen het publiek naar hun verwachtingen van de dialoog.

Cas Ceulen, directeur bij VGZ, ziet richtlijnontwikkeling als een aanjager van passende zorg. Hij hoopt vandaag aanknopingspunten te vinden voor de contractering. Lennart Wasmoeth, bestuurder van de Nederlandse vereniging voor Anesthesiologie, is benieuwd hoe richtlijnen de samenwerking tussen disciplines meer kan accommoderen. Fred Krapels, tot voor kort directeur bij het ministerie van VWS, benoemt de acties rondom richtlijnen in het aanvullend zorg en welzijnsakkoord (AZWA). Afspraken daarin betreffen dat zowel het aanpassen van richtlijnen als ook het werken met richtlijnen meer in lijn met passende zorg moet gaan. Roel Bakx, voorzitter van de richtlijnencommissie van de Federatie Medisch Specialisten beschrijft aan de hand van een paar slides hoe hun richtlijnprogramma eruit ziet en wat de volgende stappen zijn.

Keynote Floortje Scheepers

Floortje Scheepers, hoogleraar Innovatieve psychiatrie aan de UMCU en voorzitter van de Kwaliteitsraad, hield een keynote over Passende richtlijnen. Scheepers constateert dat het medisch redeneren in richtlijnen gebaseerd is op een mechanistisch-lineair model van mensen. Maar de zorg is complex geworden met de enorme verscheidenheid aan mensen en hun meervoudige aandoeningen, net zoals het grote aantal mogelijke medische interventies. In werkelijkheid is het leven van mensen één groot complexiteitsmodel zonder begin- en eindpunt, met vele interacties en waar effecten alle kanten uitgaan. Dat besef brengt andere vragen met zich mee. In plaats van 'Wat heb ik?' is de vraag aan mensen/ patiënten: 'Wat heb ik te doen?'. Voor de professional is dan niet zozeer de vraag wat het ontregelde mechanisme is, maar waarom het mechanisme bij deze persoon ontregeld is. En de aandacht van een organisatie gaat dan naar domein-overstijgende netwerken. Hierdoor verandert ook de kijk op wat kwaliteit is. Kwaliteit is namelijk ook een kwestie van duurzaamheid, verdringing van andere zorg, personele inzet en impact op naasten en de samenleving. Scheepers benoemt ook het belang van maatschappelijke kaders per doelgroep, waarin betrokken partijen het Kader Passende zorg vertalen en uitwerken. Richtlijnen, zorgstandaarden en protocollen hangen daaronder en geven verdere invulling aan passende zorg.

Praktijkvoorbeelden

Deelnemers gingen uiteen in zes groepen waarin steeds een praktijkcasus centraal stond. Elk van de zes praktijkcasussen is bezig om het werken aan of met richtlijnen passender te maken.

1. Samen met huisartsen in de regio ontwikkelde **Jettie Bont**, hoogleraar huisartsgeneeskunde, de Spiegelaar. Huisartsen in de regio Amsterdam reflecteren met elkaar op hun eigen praktijk met spiegelinformatie uit het huisartseninformatiesysteem (HIS). Het academisch netwerk huisartsgeneeskunde Amsterdam UMC (ANHA) zet de HIS-data om naar spiegelinformatie en begeleidt de reflectiegesprekken. Die gaan over 'Hoe doe ik het als huisarts?' en 'Waar zit gewenste en ongewenste praktijkvariatie?' Het gaat ook over hoe de huisarts een patiënt in het gesprek kan meenemen om bepaalde handelingen niet te doen. Bont geeft als voorbeeld iemand die met moeheid bij de huisarts komt. "Een vitamine D onderzoek is makkelijk aangevinkt en de patiënt tevreden. Maar zijn relevante omstandigheden uitgevraagd? Dat vraagt meer tijd maar levert wel een completer beeld over de klacht." De gedragsverandering komt tot stand door de intrinsieke motivatie van de professionals. Het doorlopen van de PDCA-cyclus moet dan wel gebeuren zonder dat de baas of financier meekijkt.
De groep was enthousiast over deze werkwijze. Geopperd werd of deelname aan zo'n methode zou kunnen worden opgeschaald door verzekeraars.

2. Al sinds de jaren tachtig werkt kenniscentrum Phrenos samen met richtlijnontwikkelaars in de GGZ om **ervaringskennis in richtlijnen** een goeie plek te geven. Met het oog op duurzaam herstel en maatschappelijke participatie is het belangrijk om naast klinisch herstel ook aandacht te hebben voor persoonlijk herstel, zegt **Dienke Boertien**. Persoonlijk herstel gaat over wat iemand nodig heeft om een goed niveau van welzijn te bereiken, ook als genezing niet mogelijk is. In de praktijk blijkt dat behandelaren het lastig vinden om herstel te ondersteunen dat verder gaat dan het volgen van de richtlijnen. Dat vraagt andere competenties van zorgverleners. Ook van patiënten wordt iets anders gevraagd. Zij moeten stil kunnen staan bij wat zij nodig hebben voor hun welzijn en hierin zelf de regie kunnen nemen. Volgens Boertien is het dan ook nodig om de inzet van ervaringsdeskundigheid een vaste plek te geven in opleidingen en te zorgen dat richtlijnontwikkelaars 'onder ieder kopje' aandacht besteden aan het stilstaan bij wat iemand nodig heeft voor herstel in diens persoonlijke situatie.
In de dialoog kwam de vraag op of een richtlijn de juiste plek is voor ervaringsdeskundigheid. Of dat het beter in een kwaliteitskader zou passen.

3. Het Ziekenhuis Bernhoven heeft een aantal jaren geleden een radicale ommezwaai gemaakt naar passende zorg. In een vervolgslag stellen medisch-specialisten zich de vraag wat passende zorg betekent voor hun werk. **Ronald van den Bosch**, cardioloog en voorzitter van de medische staf, en **Inge Blokzijl**, kinderarts en lid medische staf, merkten dat specialisten het spannend vonden om af te wijken van richtlijnen. Daarop organiseerde Van den Bosch een dialoog met systeempartijen, andere belanghebbenden bij richtlijnen en de staf van het ziekenhuis.
Twijfel kan worden weggenomen door weloverwogen af te wijken, te monitoren en in een lokaal protocol vast te leggen. In veel gevallen worden de wetenschappelijke verenigingen op de hoogte gebracht. Daarbij is rugdekking van bestuur, medische staf en Inspectie heel belangrijk. Ze zien dat richtlijnen (op termijn) veranderen.
Maar waar beredeneerd afwijken van de richtlijn door individuele artsen tot de dagelijkse zorg behoort, levert het gezamenlijk weloverwogen afwijken op vakgroepsniveau tot een lastige kwestie. Mag een vakgroep afwijken vooruitlopend op een eventuele richtlijnwijziging? Wie bepaalt wat een mensen leven waard is? En mag je als vakgroep maatschappelijke waarden eigenlijk wegen tegen die van een individu? Daarover ontstond in de dialoogsessie een pittig gesprek. Van den Bosch geeft aan dat deze ontwikkeling binnen Bernhoven niet op zichzelf staat maar in een cultuur staat van leren en verbeten. Het ziekenhuis is dapperder dan mensen durven zijn, maar velen willen het wel.

4. **Irene van Diem** vertelde geïnspireerd over het moeilijke werk dat wordt gedaan op de intensive care (IC). Vaak betreft het beslissingen over leven en dood. Maar hoe maak je dit soort afwegingen en hoe bespreek je dit met de patiënt of naasten? Hoe voorkom je overbehandeling, en ook onderbehandeling? Het helpt als intensivisten gesteund worden door de beroepsgroep. De NVIC werkt met collega's momenteel aan een **leidraad Passende IC**, die moet helpen bij het beantwoorden van de vraag hoe je besluit om iemand wel of niet op de IC op te nemen, en hoe je behandelbeslissingen neemt tijdens het verblijf op de IC. Deelnemers gingen in op de ethische afwegingen hoe met N=1 om te gaan. De vraag is bijvoorbeeld of een 'harder' kader waar je vanaf kunt wijken behulpzamer is dan een 'zachter' kader dat het afwegen beschrijft. Ook kwam het beeld dat de maatschappij en andere specialismen hebben van IC-zorg ter sprake. Van Diem geeft aan dat mensen vaak nog het beeld van corona voor ogen hebben, van mensen die lang op hun buik beademd werden: "Er is echter ook veel lichtere zorg op de IC mogelijk, met bijvoorbeeld meer monitoring en minder behandeling. Door dat verkeerde beeld zien mensen soms af van opname op de IC, terwijl het echt nog wel kwaliteit van leven had kunnen opleveren." Het gesprek ging ook in op een andere organisatie van zorg, een die vraagt om een andere cultuur, andere verantwoording en ook andere (interne) bekostiging van IC-zorg. Er kwamen voorbeelden langs over de kansen voor betere samenwerking met andere afdelingen en specialismen. De leidraad gaat daar nu niet specifiek op in, maar daar blijkt nog veel verbetering mogelijk, zoals bijvoorbeeld IC-zorg leveren op andere afdelingen ('IC zonder muren'), of het bieden van 'lichte' vormen van IC-zorg aan

patiënten die kortdurend extra monitoring nodig hebben.
Opvallend hierbij was dat de zorgen over passende bekostiging het denken over betere vormen van organisatie van zorg lijken te blokkeren. De organisaties die erin slagen om de zorg echt anders te organiseren, doen dat als noodgreep, en andere organisaties volgen niet, terwijl het concept veel lof oogst.

5. Richtlijnen bieden steun aan zorgverleners. **Sophie Renckens** geeft aan dat verpleegkundige richtlijnen altijd met andere disciplines samen worden gemaakt. Richtlijnen zijn niet altijd het juiste middel om tot passende zorg te komen. En passende zorg vraagt om anders doen én anders verwachten – van professionals, patiënten en de samenleving. De **Beter Doen, Beter Laten** aanbevelingen van V&VN zijn gericht op het verminderen van niet-effectieve (be)handelingen. Cruciaal is dat communicatie met patiënten en de samenleving plaatsvindt over dat 'meer zorg' niet altijd 'betere zorg' is. Taalgebruik is zeer belangrijk. Woorden als 'stoppen' of 'beperken' klinken negatief. Beter is te spreken van 'anders doen' of 'passender behandelen'.
In de dialoog ging het over de grenzen van richtlijnen. Hoe voorkom je dat richtlijnen dienen als dwangmiddel of juridische stok? De groep besprak dat er structureel beleid en financiering nodig is om passende zorg echt in te voeren, ook buiten het ziekenhuis.
Benadrukt werd dat voorlichting en onderwijs over passende zorg al in de opleiding van zorgverleners moeten beginnen.

6. Het **Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan'** is gericht op de kwaliteit van bestaan van mensen met een zorgvraag thuis, in de wijk of in het verpleeghuis, én passend bij de maatschappelijke ontwikkelingen. Waar specifieke informatie over de zorgverlening is uitgewerkt in richtlijnen en standaarden is dit kompas te zien als paraplu. Het integreert het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, het addendum over de Wlz-zorg thuis en het Kwaliteitskader Wijkverpleging. 17 partijen hebben het opgesteld.
Jacqueline Solleveld was vanuit het Zorginstituut bij de totstandkoming betrokken. Grootste verandering is dat het Generiek kompas de vraag van de cliënt volgt, ongeacht waar de zorg geleverd wordt of vanuit welke wet. In het Kompas zijn afspraken vastgelegd over samenwerking voor het organiseren van goede zorg over alle domeinen heen. Ook is er een ingerichte leer- en verbetercyclus. Zo is er een Kompasraad ingericht die zich bezighoudt met de implementatie en actualisatie van het kompas. Discussie tussen partijen was er met name over wat je wilt weten/meten en het wel of niet vasthouden aan specifieke indicatoren. Het resulteerde in een nieuwe vorm van werken en van verantwoorden.
Zorgorganisaties leveren jaarlijks kwaliteitsbeelden aan, een combinatie van tellen en vertellen. De regie ligt meer bij mensen en hun netwerk. Dat draagt volgens de zeventien partijen bij aan de kwaliteit.
De dialoog in de groep ging over de vraag in hoeverre een kompas een middel voor kwaliteitszorg kan zijn in de medisch specialistische zorg.

Deelsessies in specifieke groepen: wat betekent dit voor ons werk?

In de tweede ronde van deelsessies kwamen deelnemers bijeen binnen hun eigen ‘geleding’ in de zorg: client- en patiëntorganisaties, zorgverzekeraars, zorgprofessionals, zorgbestuurders, onderzoekers en kennis-instituten, en overheidspartijen. Centraal stond de vraag wat hen raakt in de voorbeelden, wat dit betekent voor hun eigen werk en wat zij nodig hebben om stappen voorwaarts te zetten. Tijdens de plenaire afsluiting deelden de groepen welke acties zij gaan ondernemen.

Het gesprek bij **zorgverleners** ging over dat niet alles wat kan, ook moet. Huisarts Pieter Barnhoorn: “Je kunt ervoor kiezen om moreel ambitieus te zijn. Door patiënten en mensen in hun omgeving te durven aanspreken. Maar ook collega’s: ‘Waarom doe jij dit? Waarom doe je het zo?’” Jettie Bont verwoordde acties die zorgverleners kunnen nemen naar passende zorg: “Kijk naar de context van de patiënt. Breng de hulpvraag goed in beeld; dat kost tijd maar is belangrijk. En zoek naar passende taal; heb het niet over ‘stoppen met behandelen’ maar over ‘anders behandelen’. Het gaat om het goede gesprek en het leven lang leren met elkaar. Dat hoort bij je verantwoordelijkheid nemen.”

Overheidspartijen moedigen aan dat professionals met hun ziekenhuizen ruimte nemen om het anders te doen, zegt Birgit ten Cate van VWS. De IGJ kan aan de voorkant aangeven onder welke voorwaarden er ruimte en vertrouwen is voor ziekenhuizen om te pionieren. Maar, zegt coördinerend inspecteur Hugo Solleveld: “Doe het niet geïsoleerd en doe het zorgvuldig.” Een deel van onze medische staf had deze steun van de overheid nodig om het gezamenlijk te kunnen doen, bevestigt Ronald van den Bosch, van Ziekenhuis Bernhoven.

Ilse van Ee van Patiëntenfederatie Nederland, een van de aanwezige **patiëntvertegenwoordigers**, is blij met het meekijken door de IGJ. Ze benadrukt het belang om vertrouwen te houden in de medische aanbevelingen in richtlijnen. Maar in de spreekkamer gaat het ook om het perspectief van de patiënt. “Ik hoop dat mijn zorgverlener met mij kijkt en zegt: ‘Dit is de aanbeveling in de richtlijn. Maar wat is voor jou belangrijk?’” Soms zijn niet-medische keuzes voorliggend. “MIND werkt mee aan richtlijnontwikkeling en brengt in dat er ruimte moet zijn voor ervaring en context van patiënten.” zegt Aukje Eggenhuizen.

Internist en bestuurder bij het Gelreziekenhuis Martiene Riedijk vindt dat richtlijnen zeker nut hebben, maar dat er moet ruimte komen om richtlijnen passender te maken op patiënten in hun eigen context. Namens **zorgaanbieders** wierp Edwin van der Meer, bestuurder van BovenIJ Ziekenhuis, de vraag op of verzekeraars niet kunnen afwijken van de huidige financiering om professionals de ruimte te geven te kunnen doen wat hun zorghart hun ingeeft.

Op tal van plekken doen **verzekeraars** dat, zeg Cas Ceulen van VGZ: “Maar het blijven pilots of experimenten omdat het ontbreekt aan een ‘passende zorg meter’. Een indicator waarmee de waarde kenbaar wordt van iets niet doen. Als we dat hebben, dan gaan we daarop vergoeden.” Het liefst zouden verzekeraars niet passende zorg niet contracteren. Maar zij hebben geen instrumentarium om zorgprofessionals te bewegen die zich onttrekken aan passende zorg. Passend gebruik van richtlijnen, d.w.z. afwijken als dat nuttig is, is belangrijk. Al vraagt dat drive en stimulans, weet Cas Ceulen. Goed opgeleide professionals zoals in Nederland zijn ertoe geëquipeerd. VGZ helpt afwijkingen van richtlijnen te vertalen in good practices – en deelt dat met de FMS.

Sjoerd Repping, hoogleraar aan Amsterdam UMC en directeur Zorg Evaluatie en Gepast Gebruik (ZEGG) verwoordt waarover de **kennisinstituten** hebben gesproken. Het is van belang om de nuance te benoemen: de ene richtlijn is de andere niet, is er veel bewijs of niet. Ook kwam aan de orde wat ze anders zouden willen doen: vooral het anders gaan *doen* in de praktijk. Ten slotte werd benadrukt dat de verschillende zorgsectoren veel van elkaar kunnen leren.

In zijn slotbeschouwing benoemde Mark Janssen, bestuursvoorzitter van het Zorginstituut, dat de dialoog over richtlijnen helpt om de ‘vloot van olietankers in de zorg’ te helpen wenden. “Er zijn belangrijke vragen opgeroepen. ‘Moeten we het hebben van richtlijnen, of zijn richtlijnen het gouden kooitje dat we willen beschermen in de beweging naar passende zorg?’ Met passende zorg heeft de overheid de richting aangegeven voor de toekomst van de zorg. Door het maatschappelijk perspectief te koppelen aan richtlijnen, brengen we die beweging verder op gang. De overheid moet dan ook de ruimte geven aan professionals om die richting op te gaan. Dat vraagt wel om transparantie. Als we daarin groeien, versterkt dat het vertrouwen om ruimte te geven aan professionals om in interactie met patiënt of cliënt daadwerkelijk passende zorg te bieden.”
De professional die vasthoudt aan zijn/haar professionele overwegingen moet zich gesteund voelen door de overheid. Janssen is ervan overtuigd dat dat binnen het financiële kader past omdat niet-passende zorg wordt aangepakt, denk aan het ‘Less is more’-programma.