



# Passende zorg:

Achterliggende principes en  
toepassing bij zorg rondom het  
levenseinde



# Passende zorg:

## Achterliggende principes en toepassing bij zorg rond het levenseinde

Iris Beijer Veenman | 6207545

Utrecht, 27 Juli 2023

Master Medical Humanities, Cursuscode MHUM10822  
Universiteit Utrecht en UMC Utrecht

Eerste begeleider: Dr. G.J.M.W. (Ghislaine) van Thiel  
Tweede begeleider: Prof. dr. E.E.S. (Edward) Nieuwenhuis  
Derde begeleider: Drs. T.I. van Rijssel



## Samenvatting

Deze masterscriptie onderzoekt (de implicaties van) het concept van passende zorg in de context van de Nederlandse gezondheidszorg, met een specifieke focus op zorg rondom het levenseinde. Het doel van het onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de principes van passende zorg en de uitdagingen die zich voordoen bij de implementatie ervan.

Deze scriptie analyseert diverse relevante rapporten en ontrafelt de betekenis van vier centrale principes van passende zorg: 'waardegedreven', 'samen met en rondom de patiënt', 'de juiste zorg op de juiste plek', en 'gezondheid in plaats van ziekte'. Het onderzoek identificeert spanningsvelden binnen passende zorg, waaronder bijvoorbeeld de belangentegenstellingen tussen kostenbesparing en kwaliteitsverbetering.

Op basis van de resultaten van de analyse wordt passende zorg toegepast op het zorgdomein van zorg rondom het levenseinde. Hierbij worden belangrijke aspecten geïdentificeerd, waaronder de lessen die kunnen worden getrokken uit de expertise van palliatieve zorg, de uitdagingen van kostenbesparing bij zorg rondom het levenseinde, de impact van passende zorg op medicalisering van ouderdom en sterven, de verwachtingen ten aanzien van gespreksvoering door zorgverleners, en de specifieke kenmerken van de gemiddelde oudere in Nederland die interacteren met de implementatie van passende zorg.

De uitgebreide evaluatie van de uitdagingen van passende zorg biedt inzicht en vormt een basis voor het aanpakken van knelpunten. Tevens dient het als een springplank voor verdere evaluatie van passende zorg in de toekomst, met als uiteindelijke doel het waarborgen van duurzame en kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg in Nederland.

## Inhoudsopgave

<b>Samenvatting .....</b>	<b>3</b>
<b>Inhoudsopgave.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Inleiding .....</b>	<b>6</b>
1.1. Relevante instituties .....	7
<b>2. Onderzoeksvraag .....</b>	<b>9</b>
2.1. Aansluiting bij Medical Humanities uitdaging .....	9
<b>3. Interdisciplinariteit.....</b>	<b>10</b>
3.1. Waarom een interdisciplinaire aanpak vereist is .....	10
3.2. Mogelijk relevante disciplines .....	10
3.3. Eigen disciplinaire achtergrond .....	11
3.4. Uiteindelijke disciplines .....	11
<b>4. Theoretisch kader .....</b>	<b>13</b>
4.1. Zorg in Nederland.....	13
4.2. De historische context van zorgbeleid.....	14
4.3. De zorg onder druk.....	17
4.4. Ontstaan van druk op de zorg .....	18
4.5. Passende zorg.....	21
<b>5. Methode .....</b>	<b>23</b>
<b>6. Wat is passende zorg?.....</b>	<b>25</b>
6.1. Definities van passende zorg .....	25
6.2. Achterliggende principes en de toepassing daarvan .....	27
6.3. Randvoorwaarden .....	42
6.4. Reflectie op passende zorg.....	45
<b>7. Passende zorg rond het levenseinde.....</b>	<b>50</b>
7.1. Het definiëren van ‘zorg rondom het levenseinde’ .....	50
7.2. De functioneringsvraag van de patiënt centraal.....	51

7.3. Kostenbesparing rond het levenseinde .....	52
7.4. Medicalisering van ouderdom en sterven .....	54
7.5. Passende zorg bij patiënten van oudere leeftijd.....	56
7.6. Het goede gesprek in de spreekkamer .....	57
<b>8. Discussie .....</b>	<b>59</b>
8.1. Beperkingen van dit onderzoek.....	59
8.2. De term ‘passende zorg’ .....	59
8.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek .....	60
<b>9. Conclusie.....</b>	<b>62</b>
<b>10. Bronnen .....</b>	<b>63</b>
10.1. Literatuur.....	63
10.2. Rapporten .....	64
10.3. Websites.....	66
<b>11. Bijlage .....</b>	<b>69</b>

## 1. Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg is een van de beste ter wereld.<sup>1</sup> Zorg in Nederland is van hoge kwaliteit en in hoge mate toegankelijk. Iedereen betaalt hieraan mee, op basis van een solidair systeem van belastingen en de verplichte basiszorgverzekering.<sup>2</sup> Zo zorgen we ervoor dat iedereen kan rekenen op goede zorg wanneer dat nodig is. Dit lijkt dan ook een vanzelfsprekendheid, maar blijft dat wel zo? De kosten van de gezondheidszorg in Nederland blijven groeien. Dit komt aan de ene kant doordat mensen steeds vaker en langer zorg nodig hebben; door toename van het aantal chronisch zieken en ouderen in Nederland neemt de vraag naar zorg toe in zowel omvang als complexiteit.<sup>3</sup> Aan de andere kant komen de toenemende zorgkosten ook doordat er steeds meer dure geneesmiddelen en nieuwe technologieën op de markt komen.<sup>4</sup> Daarbij is er mede door de groeiende zorgvraag sprake van een toenemend tekort aan zorgmedewerkers. Uit een rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) uit 2021 bleek dat als er niets verandert, dat over 40 jaar 1 op de 3 mensen in de zorg zou moeten werken om de zorgvraag aan te kunnen: nu is dat 1 op de 7.<sup>5</sup> Echter, in werkelijkheid krimpt het aantal mensen dat in de zorg wil werken juist.<sup>6</sup>

Om ook in de toekomst de kwaliteit en de houdbaarheid van de zorg in Nederland te waarborgen, wordt door de overheid, instituties en de zorgsector ingezet op een gezamenlijke beweging richting passende zorg.<sup>7</sup> Passende zorg vloeit voort uit ontwikkelingen die in de afgelopen jaren zijn ingezet, zoals waardegedreven zorg, uitkomstgerichte zorg, samen beslissen, de juiste zorg op de juiste plek en positieve gezondheid.<sup>8</sup> Echter gaat het verder dan deze programma's. Passende zorg gaat namelijk niet alleen over de inhoud van zorg, maar ook om passende organisatie van zorg. De verandering naar passende zorg is grootschalig en diepgaand.<sup>9</sup> In de afgelopen paar jaar zijn verschillende rapporten en adviezen uitgebracht over passende zorg en hoe dit geïmplementeerd moet worden. Ondanks deze vele verschillende bronnen, of wellicht mede doordat er zo veel verschillende bronnen zijn, blijft het concept passende zorg voor velen nog ongrijpbaar, en de vervolgstappen om passende zorg te bereiken blijven hierdoor onduidelijk.

In deze scriptie zal een conceptuele analyse worden verricht van het begrip passende zorg. Dit houdt in dat aan de hand van bestaande literatuur het begrip passende zorg en de toepassing ervan nader

---

<sup>1</sup> "Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly". *Commonwealth Fund*, augustus 2021, <https://doi.org/10.26099/01dv-h208>.

<sup>2</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. "Zvw-algemeen: Hoe werkt de Zorgverzekeringswet?" *Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland*, 19 september 2022, [www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet#:~:text=Het%20Nederlandse%20zorgstelsel%20is%20gebaseerd,mee%20via%20premies%20en%20belastingen](http://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet#:~:text=Het%20Nederlandse%20zorgstelsel%20is%20gebaseerd,mee%20via%20premies%20en%20belastingen).

<sup>3</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa]. *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú: Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg*. 2020050042, 2020, [www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2020/11/27/advies-samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu](http://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2020/11/27/advies-samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu). Geraadpleegd 17 juni 2023. (p.6)

<sup>4</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR]. *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. nr. 104, 15 september 2021, [www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg](http://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg). Geraadpleegd 17 juni 2023.

<sup>5</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*.

<sup>6</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN]. *Passende Zorg | Werkagenda | Zorginstituut Nederland*. [www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg](http://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg). Geraadpleegd 17 juni 2023.

<sup>7</sup> ZonMw. "Passende zorg". *ZonMw*, 19 december 2022, [www.zonmw.nl/nl/passende-zorg](http://www.zonmw.nl/nl/passende-zorg).

<sup>8</sup> Ibidem.

<sup>9</sup> "Passende Zorg - Zorgvisie". *Zorgvisie*, 15 juni 2023, [www.zorgvisie.nl/congressen/passende-zorg-oktober-2023](http://www.zorgvisie.nl/congressen/passende-zorg-oktober-2023).

worden omschreven. Om te illustreren welke mogelijke implicaties en spanningsvelden passende zorg kan oproepen, wordt dit concept vervolgens toegepast een voorbeeldcontext: zorg rond het levenseinde. Dit is met name een interessant domein, omdat zorg rond het levenseinde al vaker is geïdentificeerd als een primaire kandidaat voor kostenbesparing in de zorg.<sup>10</sup> Tegelijkertijd wegen in die kwetsbare fase bepaalde ethische overwegingen sterk mee. Door passende zorg toe te passen op zorg rond het levenseinde kunnen dilemma's, tegenstrijdigheden en spanningsvelden worden uitgelicht.

Aan de ene kant heeft deze scriptie academische waarde: door het creëren van een overzicht van passende zorg, het identificeren van de achterliggende principes en deze te verbinden aan toepassingen faciliteert een diepgaand begrip op basis waarvan verder onderzoek gestart kan worden. Ook zal deze scriptie richting geven aan mogelijke onderwerpen voor verder onderzoek, door aspecten te identificeren die mogelijke problemen zullen veroorzaken en verdere aandacht verdienen. Aan de andere kant heeft deze scriptie ook praktische, bestuurlijke waarde: door het vroeg signaleren van mogelijke knelpunten zal deze scriptie bijdragen aan het effectief tot uitvoering brengen van passende zorg, zodat ook in de toekomst iedereen verzekerd blijft van goede zorg in Nederland.

## 1.1. Relevante instituties

Gedurende deze scriptie zullen verschillende instituties die een rol hebben in de Nederlandse gezondheidszorg voorbijkomen. De volgende lijst is een kort overzicht van deze instituties en hun functies.

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)** Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is een Nederlands ministerie dat in de eerste plaats zorgdraagt voor de volksgezondheid. Zij zetten zich in voor goede, betaalbare, duurzame zorg en ondersteuning, stimuleren een gezonde levensstijl, voldoende beweging en goede voeding. Ze werken hiervoor samen met de zorgsector, gemeenten, sportorganisaties, het bedrijfsleven, wetenschappers en burgers.<sup>11</sup>

**Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)** De Nederlandse Zorgautoriteit is een zelfstandig bestuursorgaan van de Nederlandse overheid. De NZa maakt regels voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars en houdt toezicht op de naleving hiervan. Ook doen zij onderzoek en adviseren het ministerie van VWS, en gaan in gesprek met zorgaanbieders en zorgverzekeraars.<sup>12</sup>

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu (RIVM)** Het RIVM is een kennis- en onderzoeksinstituut in Nederland gericht op bevordering van volksgezondheid en een gezond en veilig leefmilieu. Dit

<sup>10</sup> Jennings, Bruce, en Mary Morrissey. "Health Care Costs in End-of-Life and Palliative Care: The Quest for Ethical Reform". *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, vol. 7, nr. 4, oktober 2011, pp. 300–17. <https://doi.org/10.1080/15524256.2011.623458>.

<sup>11</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. "Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport". *Rijksoverheid.nl*, 16 juni 2023, [www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport](http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport).

<sup>12</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZA]. NZA. 2 mei 2023, [www.nza.nl](http://www.nza.nl). Geraadpleegd 17 juni 2023.

doen zij op basis van onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek. Ze geven advies aan overheid, professionals en burgers.<sup>13</sup>

Wetenschappelijke  
raad voor het  
regeringsbeleid (WRR)

De wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid is een onafhankelijke denktank en adviesorgaan voor de Nederlandse regering. De WRR informeert en adviseert de regering en het parlement over grote maatschappelijke vraagstukken. De adviezen zijn wetenschappelijk onderbouwd en gericht op de lange termijn.<sup>14</sup>

Zorginstituut  
Nederland (ZiN)

Het Zorginstituut Nederland is een zelfstandig bestuursorgaan van de Nederlandse overheid dat erop toeziet dat Nederlandse burgers verzekerd zijn en blijven volgens de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Op die manier moet worden gewaarborgd dat iedereen die recht heeft op zorg dat ook krijgt.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> "Over RIVM". *RIVM*, [www.rivm.nl/over-het-rivm](http://www.rivm.nl/over-het-rivm). Geraadpleegd 17 juni 2023.

<sup>14</sup> "Over de WRR". *WRR*, 22 november 2022, [www.wrr.nl/over-de-wrr](http://www.wrr.nl/over-de-wrr). Geraadpleegd 17 juni 2023.

<sup>15</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN]. *Over ons*. 17 januari 2022, [www.zorginstituutnederland.nl/over-ons](http://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons). Geraadpleegd 17 juni 2023.



## 2. Onderzoeksvraag

Op basis van bovenstaande overwegingen is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:  
*Welke betekenis heeft het concept passende zorg voor de Nederlandse gezondheidszorg?*

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zullen de volgende deelvragen worden beantwoord:

1. *Wat betekent het concept passende zorg?*
  - a. *Welke principes liggen ten grondslag aan passende zorg?*
  - b. *Welke concrete acties en veranderingen worden voorgesteld?*
  - c. *Welke mogelijke spanningsvelden ontstaan hierbij?*
2. *Welke overwegingen en keuzen roept passende zorg op bij zorg rond het levenseinde?*

### 2.1. Aansluiting bij Medical Humanities uitdaging

Dit onderzoek wordt gedaan in het kader van de eindscriptie van de master Medical Humanities (Universiteit Utrecht en UMC Utrecht). Bij Medical Humanities (MH) volgen studenten uit de faculteiten geneeskunde en geesteswetenschappen gezamenlijk onderwijs waarbij zij uitdagingen in de gezondheidszorg bestuderen en analyseren, om interdisciplinair tot innovatieve oplossingen te komen. De master is opgebouwd rondom zes grote uitdagingen of problemen in de Nederlandse gezondheidszorg: 1) de arts-patiëntrelatie, 2) de rol van de (medische) wetenschap in de samenleving, 3) sociaaleconomisch bepaalde gezondheidsverschillen, 4) medisch technologische ontwikkelingen in praktijk en samenleving, 5) grenzen en beheersbaarheid van de gezondheidszorg, en 6) de toenemende achteruitgang in geestelijke gezondheid.<sup>16</sup>

Hoewel het onderwerp van deze scriptie raakt aan alle zes de grote uitdagingen, is het vooral gericht op uitdaging 5: 'grenzen en beheersbaarheid van de gezondheidszorg'. Deze uitdaging beschrijft hoe er geen grens lijkt te zijn aan wat de geneeskunde kan bereiken, en wat de overheid lijkt te willen besteden aan gezondheidszorg. Toch is het budget eindig, en is er dus sprake van schaarste. Dit dwingt ons tot keuzes: waar moet het geld naartoe? Wie bepaalt dat, en volgens welke criteria? Wat zijn eigenlijk de doelen van de gezondheidszorg? Passende zorg is een poging om dit soort vraagstukken aan te pakken en de gezondheidszorg in Nederland toekomstbestendig te maken. Het nader onderzoeken van deze mogelijke innovatieve oplossing, het helder krijgen van de achterliggende principes, en de praktische toepassing ervan bestuderen zal bijdragen aan het oplossen van dit complexe probleem.

---

<sup>16</sup> Charldorp, T. van, Milota, M., Siebinga, V., Brillenburg Wurth, K., Sanders, T., & Geelen, S. van. "Medical Humanities: Interdisciplinaire samenwerking voor het gezondheidsdomein van de toekomst." In S. van Geelen & M. Milota (Red.), *De Nieuwe Utrechtse School*, Universiteit Utrecht, HKU Hogeschool voor de Kunsten & Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2022, pp. 221-29. <https://www.uu.nl/onderzoek/de-nieuwe-utrechtse-school>.

## 3. Interdisciplinariteit

### 3.1. Waarom een interdisciplinaire aanpak vereist is

Passende zorg is een poging tot een oplossing van een ‘wicked problem’; een probleem waar geen simpele oplossing voor bestaat.<sup>17</sup> Het is moeilijk oplosbaar, doordat er verschillende, mogelijk tegenstrijdige belangen spelen. Wat zien zorginstellingen, zorgverzekeraars, zorgverleners of patiënten als de belangrijkste problemen in de zorg, en op welke manier kunnen deze op een goede manier aangepakt worden? Passende zorg is een poging om tegenstrijdige belangen te verenigen in één grote veranderingsagenda. Ook spelen het probleem van de gezondheidszorg en de mogelijke oplossing van passende zorg zich af tegen de achtergrond van een veranderende samenleving, die weer invloed heeft op de aard en ernst van het probleem en de effectiviteit van de oplossing. Deze achtergrond wordt later in het theoretisch kader nader toegelicht. Al met al betekenen deze kenmerken dat ook het beoordelen van de toepassingsagenda van passende zorg ingewikkeld is, en niet slechts vanuit één perspectief benaderd moet worden.

### 3.2. Mogelijk relevante disciplines

Er zijn verschillende mogelijke relevante disciplines geïdentificeerd bij dit vraagstuk: de geneeskunde, de medische ethiek, rechten en bestuurskunde.

#### *Geneeskunde*

De discipline van de geneeskunde bestaat niet alleen uit biomedische kennis, maar ook uit een professionele praktijk. Met name dat tweede is een belangrijk perspectief om mee te nemen in dit onderzoek. Dit geneeskundig perspectief is nodig om te kunnen beoordelen wat overheidsbeleid betekent voor de dagelijkse praktijk van zorgverleners en de medische zorg aan patiënten. Vanuit deze discipline kan ook de uitvoerbaarheid van passende zorg worden beoordeeld.

#### *Medische ethiek*

Bij medische ethiek wordt nagedacht over een zo goed mogelijke uitvoering van de geneeskunde, waarbij ethische vragen worden gesteld. Hierbij wordt veel gebruik gemaakt van de vier principes van medische ethiek van Beauchamp & Childress: respect voor autonomie, weldoen, niet schaden, en rechtvaardigheid.<sup>18</sup> Om te kunnen kijken naar de betekenis van passende zorg is het belangrijk om vanuit ethisch perspectief te doorgronden en evalueren welke achterliggende gedachten passende zorg heeft, en welke consequenties dit mogelijk heeft.

#### *Rechten*

Passende zorg is ook verweven met het juridische perspectief. Burgers hebben recht op een bepaalde standaard van zorg; hoe verhoudt passende zorg zich tot dit recht? Krijgen mensen nog wel waar ze recht op hebben? Ook moet passende zorg zich verhouden tot allerlei bestaande juridische kaders.

---

<sup>17</sup> Rittel, Horst W. J., en Melvin M. Webber. “Dilemmas in a general theory of planning”. *Policy Sciences*, vol. 4, nr. 2, Springer Science + Business Media, juni 1973, pp. 155–69. <https://doi.org/10.1007/bf01405730>.

<sup>18</sup> Beauchamp, Thomas L., en James F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. 5de ed., Oxford UP, 2001.

### *Bestuurskunde*

Bestuurskunde gaat over problemen in de samenleving en het oplossend vermogen van de samenleving. Ook gaat het over dingen die daarbij mis kunnen gaan en waarom.<sup>19</sup> Bestuurskunde is daarom een relevante discipline om mee te nemen bij passende zorg, omdat het op bestuurlijk niveau de betekenis en uitvoerbaarheid van passende zorg kan meenemen.

### *Medische geschiedenis*

Het historische perspectief is belangrijk om te kunnen reflecteren op de huidige situatie. De medische geschiedenis stelt in staat om te onderzoeken hoe de problemen zijn ontstaan die passende zorg probeert op te lossen. Welke eerdere beleidsveranderingen hebben soortgelijke problemen gepoogd op te lossen, en welke lessen kunnen hieruit getrokken worden voor de huidige tijd?

## 3.3. Eigen disciplinaire achtergrond

Ik ben met name biomedisch opgeleid, met enige geesteswetenschappelijke achtergrond. Tijdens mijn bachelor Liberal Arts & Sciences heb ik mijn major heb behaald in Biology en Medicine, maar tegelijk ook een minor in History gevolgd. Ik heb mijn opleiding vervolgd bij de Selective Utrecht Medical Master (SUMMA), waar ik verder ben opgeleid in de geneeskundige discipline. Echter heb ik daar een vak en een onderzoeksproject afgerond in de medische ethiek. Ook breng ik mijn interdisciplinaire blik vanuit de Master Medical Humanities naar dit project.

Mijn eerste scriptiebegeleider, dr. G.J.M.W. van Thiel, is associate professor en heeft ruim 25 jaar ervaring als gezondheidswetenschapper, medisch ethicus, leidinggevende en bestuurder in de gezondheidszorg. Ze vertegenwoordigt daarmee de discipline van medische ethiek. Echter heeft zij met ervaring in de verpleegkunde ook weet van het geneeskundige perspectief. Mijn tweede scriptiebegeleider, prof. dr. E.J.J. Nieuwenhuis, is professor in Biomedical and Life Sciences bij University College Roosevelt, waar hij ook Dean is, en is professor Kindergeneeskunde bij het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Met meer dan 30 jaar ervaring in de Nederlandse gezondheidszorg vertegenwoordigt hij de discipline van geneeskunde. Echter, als betrokken onderwijzer bij de master Medical Humanities is hij ook bekend met geesteswetenschappelijke perspectieven. De derde begeleider van deze scriptie is drs. T.I. van Rijssel. Zij is PhD kandidaat in onderzoeksethiek bij de vakgroep Bioethics & Health Humanities van het Julius Centrum van het UMC Utrecht en heeft een achtergrond in filosofie en psychologie, waardoor zij ook een geesteswetenschappelijke perspectief inbrengt in dit project.

## 3.4. Uiteindelijke disciplines

Uiteindelijk is besloten om dit complexe en interdisciplinaire onderwerp aan te vliegen vanuit de disciplines van de geneeskunde en de medische ethiek. Hiervoor zijn inhoudelijke en praktische

---

<sup>19</sup> Radboud Universiteit. *Bestuurskunde*. [www.ru.nl/afdelingen/faculteit-der-managementwetenschappen/bestuurskunde#:~:text=Bestuurskunde%20gaat%20over%20de%20problemen,het%20oplossen%20van%20maatschappelijke%20problemen](http://www.ru.nl/afdelingen/faculteit-der-managementwetenschappen/bestuurskunde#:~:text=Bestuurskunde%20gaat%20over%20de%20problemen,het%20oplossen%20van%20maatschappelijke%20problemen). Geraadpleegd 17 juni 2023.

redenen. Aan de ene kant zijn deze twee disciplines geïdentificeerd als essentieel om passende zorg te kunnen begrijpen en analyseren. De discipline van de geneeskunde vormt het speelveld waarin deze veranderingen plaats moeten vinden en komt overeen met de achtergrond van veel van de stakeholders deze maatschappelijke uitdaging. De medische ethiek is onmisbaar voor het doorgronden van de achterliggende principes van passende zorg, en bij het afwegen van mogelijke gevolgen van de toepassing ervan. Ook had deze beslissing praktische overwegingen: deze twee disciplines zijn al vertegenwoordigd in mijn achtergrond en de inschatting is dat ik goed in staat zal zijn deze perspectieven aan te nemen. Dr. G.J.M.W. is vanaf het begin af aan betrokken geweest bij dit project en vertegenwoordigde al het perspectief van de medische ethiek. Prof. dr. E.S.S. Nieuwenhuis is gevraagd als tweede begeleider en vertegenwoordigt vooral het geneeskundige perspectief. Drs. T.I. van Rijssel vertegenwoordigt ook het geesteswetenschappelijke perspectief. Hoewel de geneeskunde en de medische ethiek de twee dominante disciplines zijn in deze scriptie, zullen hier en daar mogelijk ook inzichten uit de andere relevante disciplines worden gebruikt.

## 4. Theoretisch kader

De context waarin de problemen en oplossingen van passende zorg zich afspelen is de Nederlandse gezondheidszorg. Dit is een complex stelsel met een relevante geschiedenis van veranderend zorgbeleid. Veel problemen waar vandaag de dag mee gekampt wordt zijn niet nieuw; ze zijn onderdeel van langer bestaande problemen of het product van veranderingen in de samenleving of in zorgbeleid. In het volgende hoofdstuk zal relevante theoretische achtergrond worden gegeven, zodat de analyse van passende zorg en toepassing van passende zorg op zorg rondom het levenseinde in de juiste context kunnen worden geplaatst.

### 4.1. Zorg in Nederland

Het is in Nederland gebruikelijk om een brede opvatting aan te houden van het concept ‘zorg’ of ‘gezondheidszorg’. Hieronder worden onder andere preventie, curatieve zorg, langdurige zorg, maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg geschaard.<sup>20</sup>

- *Preventieve zorg* heeft tot doel het bevorderen en beschermen van gezondheid en het voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium opsporen van ziekten en complicaties op bevolkingsniveau, vaak gericht op specifieke doelgroepen;<sup>21</sup>
- *Curatieve zorg* is zorg die gericht is op de genezing en de behandeling van acute en chronische lichamelijke en psychische aandoeningen;
- *Langdurige zorg* is doorlopende, intensieve zorg gericht op het verbeteren van of het behoud van gezondheid van ouderen, chronisch zieken, mensen met een beperking en mensen met langdurige psychische problemen;<sup>22</sup>
- *Maatschappelijke ondersteuning* omvat alle vormen van niet-medische ondersteuning en begeleiding ter herstelling of bevordering van de zelfredzaamheid en/of het sociaal functioneren van mensen;<sup>23</sup>
- *Jeugdzorg* omvat alle preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jongeren van minder dan 18 jaar en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen.<sup>24</sup>

Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit: iedereen betaalt via premies en belastingen mee aan toegankelijke zorg voor iedereen. Dit is geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Alle burgers in Nederland worden met deze wet verplicht om een zorgverzekering af te sluiten, wat ook wel een basisverzekering wordt genoemd. Mensen zijn vrij om zelf hun zorgverzekeraar uit te kiezen, en zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen te accepteren, ongeacht diens gezondheid. De premie moet

<sup>20</sup> Sociaal-Economische Raad [SER]. *Zorg voor de toekomst: Over de toekomstbestendigheid van de zorg*. nr. 02, juni 2020, [www.ser.nl/nl/Publicaties/zorg-voor-de-toekomst](http://www.ser.nl/nl/Publicaties/zorg-voor-de-toekomst). Geraadpleegd 17 juni 2023.

<sup>21</sup> “Preventie | Wat is preventie?” *Volksgesondheid en Zorg*, [www.vzinfo.nl/preventie/wat-is-preventie](http://www.vzinfo.nl/preventie/wat-is-preventie).

<sup>22</sup> “Wlz-algemeen: Hoe werkt de Wet langdurige zorg?” *Zorginstituut Nederland*, [www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wlz-algemeen-hoe-werkt-de-wet-langdurige-zorg#:~:text=De%20Wet%20langdurige%20zorg%20\(Wlz,niet%20alleen%20kan%20worden%20gelaten](http://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wlz-algemeen-hoe-werkt-de-wet-langdurige-zorg#:~:text=De%20Wet%20langdurige%20zorg%20(Wlz,niet%20alleen%20kan%20worden%20gelaten). Geraadpleegd 17 juni 2023.

<sup>23</sup> Ministerie van Algemene Zaken. “Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)”. *Zorg en ondersteuning thuis | Rijksoverheid.nl*, 3 februari 2022, [www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015).

<sup>24</sup> Ministerie van Algemene Zaken. “Jeugdhulp”. *Rijksoverheid.nl*, 20 december 2022, [www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp).



ook voor iedereen hetzelfde zijn; premiedifferentiatie op basis van gezondheid, leeftijd of inkomen is niet toegestaan. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht: zij moeten ervoor zorgen dat alle zorg in het basispakket beschikbaar is voor alle verzekerden.<sup>25</sup> Om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars kunnen overleven in een systeem waarin premiedifferentiatie is verboden en acceptatieplicht geldt, bestaat een risicovereveningssysteem, waarbij zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor verliesgevende verzekerden.<sup>26</sup>

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet zitten anders in elkaar. Gemeenten zijn verplicht om relevante voorzieningen te leveren, maar kunnen zelf de inhoud, reikwijdte en het budget hiervan bepalen. Financiering loopt via algemene middelen, via het Gemeentefonds. Hierdoor kan de mate van solidariteit bij deze vormen van zorg tussen verschillende gemeenten verschillen. Gemeenten hebben ook de rol van inkoper van zorg wat betreft maatschappelijke ondersteuning en Jeugdzorg.<sup>27</sup>

Zorg wordt vergoed uit het basispakket, zodra zorgpartijen het erover eens zijn dat de zorg effectief is. Ongeveer 90% van de verzekerde zorg behoort tot het open gedeelte van het basispakket: hierbij wordt niet standaard een toetsing gedaan voor toelating, maar wordt het vergoed als het aan een aantal criteria voldoet. De overige 10% van het basispakket is een gesloten systeem: hierbij wordt altijd door het ZiN getoetst en gelden strengere wettelijke criteria.<sup>28</sup>

## 4.2. De historische context van zorgbeleid

De huidige problemen in de Nederlandse gezondheidszorg komen niet uit het niets. Deze zijn het gevolg van beslissingen die zijn gemaakt over de indeling van het Nederlandse zorgstelsel. Om te begrijpen hoe het huidige systeem tot stand is gekomen, is het relevant om te kijken naar de geschiedenis van het Nederlandse zorgbeleid. Het Nederlandse zorgbeleid na 1941 laat zich grofweg verdelen in drie periodes: 1941-1968, 1968-1987 en 1987-2017. Elk van deze drie periodes laat zich kenmerken door een dominant beleidsparadigma. Dit houdt in dat er in die periode een bepaalde samenhangende collectie van onderliggende kernwaarden en overkoepelende beleidsdoelen golden, waarbij bepaalde praktische beleidsinstrumenten hoorden om die doelen te verwezenlijken.

### Nieuwe sociale zekerheid (1941-1968)

Het idee dat de staat voor haar burgers het recht op zorg moet garanderen kreeg in Nederland pas praktische betekenis na de Tweede Wereldoorlog.<sup>29</sup> Vóór 1941 was er geen centraal geregelde gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen: gezondheidszorg was voornamelijk een gunst, verleend

<sup>25</sup> "Zvw-algemeen: Hoe werkt de Zorgverzekeringswet?" *Zorginstituut Nederland*, 19 september 2022, [<sup>26</sup> Sociaal-Economische Raad \[SER\]](http://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet#:~:text=De%20verzekerde%20betaalt%20maandelijks%20een, van%20het%20verplichte%20eigen%20risico.Geraadpleegd 17 juni 2023.</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

<sup>27</sup> ZonMw. *Eerste evaluatie Jeugdwet: Na de transitie nu de transformatie*. Januari 2018, [www.zonmw.nl/nl/artikel/eerste-evaluatie-jeugdwet](http://www.zonmw.nl/nl/artikel/eerste-evaluatie-jeugdwet). Geraadpleegd 17 juni 2023.

Sociaal en Cultureel Planbureau [SCP]. *De Wmo in de praktijk*. Januari

2018, [www.scp.nl/publicaties/publicaties/2018/01/31/de-wmo-2015-in-praktijk](http://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2018/01/31/de-wmo-2015-in-praktijk). Geraadpleegd 17 juni 2023.

<sup>28</sup> Zorginstituut Nederland, "Zvw-algemeen: Hoe werkt de Zorgverzekeringswet?"

<sup>29</sup> Vonk, Robert, en T. E. D. Van Der Grinten. "Gezondheidszorg en de verzorgingsstaat: financiering, organisatie en bestuur". *Medische Geschiedenis*, januari 2018, [https://doi.org/10.1007/978-90-368-2169-8\\_17](https://doi.org/10.1007/978-90-368-2169-8_17).

door gemeenten, liefdadigheidsorganisaties en instellingen, en verschillende particuliere verzekeraars.<sup>30</sup> Dit veranderde in 1941, toen de Duitse bezetter de ziektekostenverzekering gelijktrok met Duitsland. Vanaf dat moment ontstond een collectief zorgstelsel met verplichte zorgverzekering voor een aanzienlijk deel van de bevolking. Het eerste beleidsparadigma werd gekenmerkt door brede toegang tot gezondheidszorg, terwijl nog steeds het beeld heerste dat de staat zoveel mogelijk op de achtergrond moest blijven.<sup>31</sup> In tegenstelling tot bijvoorbeeld Engeland, waar de staat de gezondheidszorg volledig naar zich toetrok, werd in Nederland de verantwoordelijkheid gedeeld door de overheid, verzekeraars, artsen en instellingen.<sup>32</sup> In de jaren na de oorlog was de overheid nog in staat om prijzen en volume van de zorg te beperken, maar vanaf de jaren vijftig kwam ook deze verantwoordelijkheid bij veldpartijen. Hierdoor nam de grip van de overheid op premies af. Gezien de uitzonderlijk snelle economische groei na de oorlog was het stelselmatig beheersen van de zorguitgaven echter ook niet noodzakelijk.<sup>33</sup>

### Grenzen van de verzorgingsstaat (1968-1987)

In 1968 bereikte de uitbouw van de verzorgingsstaat een hoogtepunt, maar diende zich ook een nieuwe uitdaging aan: de kostenexplosie van de zorg.<sup>34</sup> Vanaf dit punt begon de ontwikkeling van kostenbeheersing als hoofddoel van de overheid. In de jaren zestig en zeventig werd al onderkend dat de zorgsector dermate hard groeide dat deze andere publieke uitgaven kon gaan verdringen. Hierdoor zou de overheid zich meer sturend opstellen, om zo de kostenontwikkeling te beheersen terwijl de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg gewaarborgd bleven. Echter, pogingen tot grote stelselveranderingen zoals de Structuurnota Gezondheidszorg stuitten op veel weerstand. Daarom gingen deze over in meer stapsgewijze beleidsveranderingen, die daarentegen niet minder effectief waren. Veranderingen richtten zich op het doelmatiger financieren en organiseren van de zorg, wat voornamelijk neerkwam op het begrenzen van uitgaven en capaciteiten. Terwijl de overheid steeds meer directie nam stuitten zij echter op twee problemen: de ingewikkelde gezondheidszorg bleek moeilijk te structureren, en de maatschappij bleek weerbarstig te staan tegenover beleidsveranderingen. Het lukte de overheid niet om deze meningsverschillen te overstijgen en breed draagvlak te creëren. Deze problemen vroegen om een nieuwe visie op het bestuur van zorg.<sup>35</sup>

### Meer markt en meer staat (1987-2017)

Een nieuwe visie werd gepresenteerd in 1987, als het toonaangevende rapport *Bereidheid tot verandering*, beter bekend als het plan-Dekker. Dit rapport kwam tot stand in een context waarin de verzorgingsstaat afbreuk had gedaan en deregulering en privatisering belangrijke thema's waren. Het uit Amerika overgewaaid idee van gereguleerde concurrentie werd omarmd.<sup>36</sup> Hierdoor gingen veldpartijen weer een belangrijkere rol spelen in het beheersen van de kosten. De daadwerkelijke uitvoering van het plan-Dekker kostte nog zo'n 20 jaar aan politiek onderhandelen, maar zodra de kernelementen in werking traden was het duidelijk dat een nieuw paradigma was begonnen. In de jaren

---

<sup>30</sup> Vonk en Van der Grinten, *Gezondheidszorg en de verzorgingsstaat*.

<sup>31</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief, 1941-2017*. Working paper nr. 45, 2021, [www.wrr.nl/publicaties/working-papers/2021/09/14/nederlandse-zorgbeleid-in-historische-perspectief](http://www.wrr.nl/publicaties/working-papers/2021/09/14/nederlandse-zorgbeleid-in-historische-perspectief). Geraadpleegd 17 juni 2023.

<sup>32</sup> Vonk en Van der Grinten, *Gezondheidszorg en de verzorgingsstaat*.

<sup>33</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief, 1941-2017*

<sup>34</sup> Ibidem. Vonk en Van der Grinten, *Gezondheidszorg en de verzorgingsstaat*.

<sup>35</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief, 1941-2017*

<sup>36</sup> Vonk en Van der Grinten, *Gezondheidszorg en de verzorgingsstaat*.

negentig werd concurreren tussen verzekeraars en zorgaanbieders mogelijk. Tegelijk werd voor het eerst daadwerkelijk een brede volksverzekering ingevoerd; een project dat in de geschiedenis al vaker was voorgesteld, maar nog nooit tot resultaat had geleid. De brede volksverzekering en de marktwerking zorgden ervoor dat inmiddels breed gedragen principes van solidariteit en toegankelijkheid verenigd werden met een minder dominante rol voor de overheid ten gunste van veldpartijen in de zorg, die volgens gereguleerde concurrentie zouden opereren. De minder dominante rol van de overheid bleek echter schijn. Hoewel er ruimte werd gecreëerd voor marktelementen zoals prijsonderhandelingen, blijft de overheid nog steeds sturend.<sup>37</sup>

### Lessen uit deze geschiedenis

Deze geschiedenis laat goed zien hoe de oplossingen van de ene periode hebben geleid tot nieuwe vraagstukken in het daaropvolgende tijdperk. Allereerst kwam na decennialange discussies voor het eerst het idee dat de staat een rol moest krijgen in de verzekering van zorg tot uiting. Het Ziekenfondsenbesluit was echter zo ontworpen, dat de collectieve financiering van zorg grenzeloos kon doorgroeien. Dat leidde tot stringent financieel beleid in de jaren zeventig. Dit beleid stuitte echter weer op stevig verzet vanuit veldpartijen en de maatschappij, zodanig dat het aanleiding gaf tot de ontwikkeling van een nieuw beleidsplan: een grote stelselwijziging waarin gereguleerde concurrentie de kosten moest inperken en tegelijkertijd de verantwoordelijkheden van de overheid moest terugdringen. De politiek en het veld keken echter inmiddels met sterke argwaan naar dat soort ingrepen van bovenaf. Pas na de wachtlijstencrisis en de uitgavenexplosie die daarop volgde was er genoeg politieke steun voor stelselherziening. In 2006 werd hierdoor het huidige zorgstelsel ingevoerd, met marktordening en brede basisverzekering als belangrijkste pijlers.<sup>38</sup>

Een aantal belangrijke lessen kunnen uit deze geschiedenis worden opgedaan met betrekking tot politieke en maatschappelijk debatten over de wenselijkheid en haalbaarheid van toekomstig beleid.

- Vanaf 1941 is de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse zorg voortdurend uitgebreid. Hiermee werd uiting gegeven aan de groeiende culturele notie dat solidariteit in de zorg een belangrijk goed is, dat mede door de overheid gefaciliteerd moet worden.
- De gezondheidszorg is altijd zeer complex en lastig te besturen geweest. Zowel verzet vanuit het zorgveld als breder cultureel verzet vanuit de maatschappij speelt een rol, waardoor grote hervormingen het doorgaans hebben afgelegd tegen bescheidener, meer stapsgewijs beleid.
- Het idee dat de introductie van de gereguleerde marktwerking gepaard is gegaan met een terugtrekkende overheid is misleidend. Hoewel de rol van de staat anders is geworden, is deze niet wezenlijk kleiner geworden.
- Goed begrip van de fundamentele waarden die achterliggend zijn aan historische of huidige beleidsparadigma zijn essentieel om een zinvolle discussie te kunnen voeren over belangrijke beleidsproblemen en alternatieve beleidsopties.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief, 1941-2017*

<sup>38</sup> Ibidem.

<sup>39</sup> Ibidem.

### 4.3. De zorg onder druk

De Nederlandse gezondheidszorg staat in toenemende mate onder druk, en deze druk heeft drie dimensies: toenemende kosten, arbeidsmarktproblematiek, en maatschappelijke draagkracht. Deze aard van deze dimensies van druk zal eerst worden toegelicht, waarna verder zal worden uitgewerkt hoe de druk tot stand is gekomen.

#### Toenemende kosten

De kosten van de zorg zijn in Nederland al relatief hoog, en deze kosten blijven maar groeien. Tussen 2000 en 2018 zijn de zorguitgaven per hoofd van de bevolking in Nederland meer dan verdubbeld.<sup>40</sup> In 2021 is bijna 125 miljard euro uitgegeven aan zorg; een stijging van 7,6 procent ten opzichte van het jaar ervoor.<sup>41</sup> Afspraken die gemaakt worden tussen overheid, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn tot nu toe niet of nauwelijks in staat deze groei te remmen. Het RIVM verwacht in 2040 bijna een verdubbeling van de huidige uitgaven in de zorg, wat zal uitkomen op zo'n 16.4% van het bbp.<sup>42</sup> De zorguitgaven zullen sterker groeien dan de economische groei, waardoor andere overheidsuitgaven worden verdrongen.<sup>43</sup> Op deze manier heeft de zorgproblematiek ook zijn uitwerking buiten het domein van de zorg: door de steeds verder stijgende zorguitgaven is het denkbaar dat er straks ook niet genoeg geld meer is voor andere belangrijke sectoren en het oplossen van belangrijke maatschappelijke vraagstukken.<sup>44</sup>

#### Arbeidsmarktproblematiek

Zelfs wanneer de overheidsfinanciën de groeiende zorg zouden kunnen bijbenen, zou het grote beroep op de arbeidsmarkt niet houdbaar zijn. Door de groeiende zorgvraag neemt namelijk ook het benodigde aantal mensen dat in de zorg werkt toe.<sup>45</sup> Dit zorgt nu al voor verminderde toegankelijkheid van de zorg in Nederland, bijvoorbeeld in de vorm van lange wachtlijsten. Door de toenemende zorgvraag wordt nu al een groot beroep gedaan op zorgprofessionals. Daarom speelt ook al het probleem dat zorgmedewerkers in toenemende mate mede vanwege hoge druk en zware werktijden de zorg willen of al hebben verlaten.<sup>46</sup>

#### Maatschappelijke draagkracht

Mensen in Nederland zijn doorgaans positief over de kwaliteit van de zorg en met name over hun zorgverleners. Tegelijkertijd staat de afgelopen tien jaar de zorg bijna altijd in de top 3 van beleidsterreinen waar mensen zich zorgen over maken.<sup>47</sup> Mensen maken zich met name zorgen over of de zorg wel voor iedereen toegankelijk blijft en over de toenemende kosten via hoge premies, eigen risico's en bijbetalingen. De helft van de bevolking vindt dat de zorg nu al te duur is.

<sup>40</sup> Sociaal-Economische Raad [SER], *Zorg voor de toekomst: Over de toekomstbestendigheid van de zorg*.

<sup>41</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek. "Zorguitgaven stegen in 2021 met 7,6 procent". *Centraal Bureau voor de Statistiek*, 6 juli 2022, [www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/27/zorguitgaven-stegen-in-2021-met-7-6-procent#:~:text=Zorguitgaven%20in%202021%20stijgen%20met,euro%20meer%20dan%20in%202020.&text=Vooral%20door%20de%20extra%20uitgaven,16%20procent%2C%20ongeveer%20243%20euro](https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/27/zorguitgaven-stegen-in-2021-met-7-6-procent#:~:text=Zorguitgaven%20in%202021%20stijgen%20met,euro%20meer%20dan%20in%202020.&text=Vooral%20door%20de%20extra%20uitgaven,16%20procent%2C%20ongeveer%20243%20euro). Geraadpleegd 17 juni 2023.

<sup>42</sup> Rijksoverheid. *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel: Brede maatschappelijke heroverweging*. BMH2, 20 april 2020, [www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/04/20/bmh-2-naar-een-toekomstbestendig-zorgstelsel](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/04/20/bmh-2-naar-een-toekomstbestendig-zorgstelsel). Geraadpleegd 17 juni 2023.

<sup>43</sup> Ibidem.

<sup>44</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Passende Zorg*

<sup>45</sup> Rijksoverheid. *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel: Brede maatschappelijke heroverweging*.

<sup>46</sup> Ibidem.

<sup>47</sup> Ibidem.

Een belangrijke pijler van het zorgbeleid in Nederland is solidariteit: we betalen allemaal mee zodat er toegang tot goede zorg is voor iedereen. Dit principe heeft veel steun in de samenleving: 70 procent van de Nederlanders vinden dat we allemaal moeten bijdragen aan uitgaven aan zorg zieken. Echter doemen knelpunten op: solidariteit voor leefstijlgerelateerde aandoeningen en voor de zorg voor ouderen is lager, terwijl deze mogelijk in de toekomst juist grotere rollen zullen gaan spelen. Ook vinden mensen het belangrijk dat er meer geld in zorg wordt geïnvesteerd, maar is er maar beperkt draagvlak om dit via verhoging van premies en belastingen zelf te financieren.<sup>48</sup>

#### 4.4. Ontstaan van druk op de zorg

In de literatuur worden een aantal drijvende krachten geïdentificeerd die het gebruik van zorg beïnvloeden. Sommige krachten hebben vooral invloed op de vraag naar zorg, andere vooral op het aanbod. Zowel vraag als aanbod bepalen het uiteindelijke volume, en de kosten van de verrichtte zorg. Daarom is moeilijk de uitwerking van deze krachten afzonderlijk te kwantificeren. Een aantal hier relevante oorzaken van toenemende druk op de zorg worden hier toegelicht.

##### Bekostiging van zorg

Bepaalde aspecten van de manier waarop zorg in Nederland bekostigd wordt zorgen in zichzelf voor stijgende zorgkosten. Zo worden door de gereguleerde marktwerking partijen individueel geprikkeld om in verdienmodellen te denken. Iedere partij moet hun eigen voortbestaan verzekeren, en streeft daarom naar winst. Zorgaanbieders worden beloond voor het vergroten van hun volume aan verleende zorg; dit betekent dat zorgaanbieders meer inkomsten krijgen wanneer zij meer behandelingen verlenen aan meer patiënten. Het verdienmodel is dus hoe meer ziekte, hoe meer zorg, hoe meer inkomsten.<sup>49</sup> Omdat op deze manier het leveren van meer zorg wordt vergoed, loont het niet om te helpen voorkomen dat zorg nodig is. Het loont voor zorgaanbieders niet om te investeren in maatregelen die ziekte voorkomen, heropnames voorkomen of complicaties verminderen, omdat zij hierdoor inkomsten mislopen.<sup>50</sup> Dit soort financiële constructies zorgen ervoor dat het verrichten van meer zorg beloond wordt, waardoor op landelijk niveau de uitgaven blijven toenemen.

##### Kosten van ouderenzorg en zorg rondom het levenseinde

Als gevolg van de geboortegolf van na de Tweede Wereldoorlog, gevolgd door een sterke daling van het geboortecijfer sinds de jaren zeventig neemt het aantal ouderen in de bevolking ten opzichte van het aantal jongeren sterk toe. De verwachting is dat het aantal 65-plussers tussen 2020 en 2040 zal stijgen van 3,1 miljoen naar 4,8 miljoen, waardoor ze 26 procent van de bevolking zullen uitmaken.<sup>51</sup> Het aantal 80-plussers zal naar verwachting in de periode tussen 2020 en 2040 bijna verdubbelen.<sup>52</sup> Dat mensen steeds ouder worden, zal zorgen voor een toenemende zorgvraag. Oudere mensen doen namelijk in relatief grote mate een beroep op de gezondheidszorg. Voor kinderen en volwassenen zijn de

<sup>48</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*.

<sup>49</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZA]. *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*. 16 juli 2020, [www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/16/advies-stimuleren-van-passende-zorg-en-digitale-zorg](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/16/advies-stimuleren-van-passende-zorg-en-digitale-zorg). Geraadpleegd 17 juni 2023.

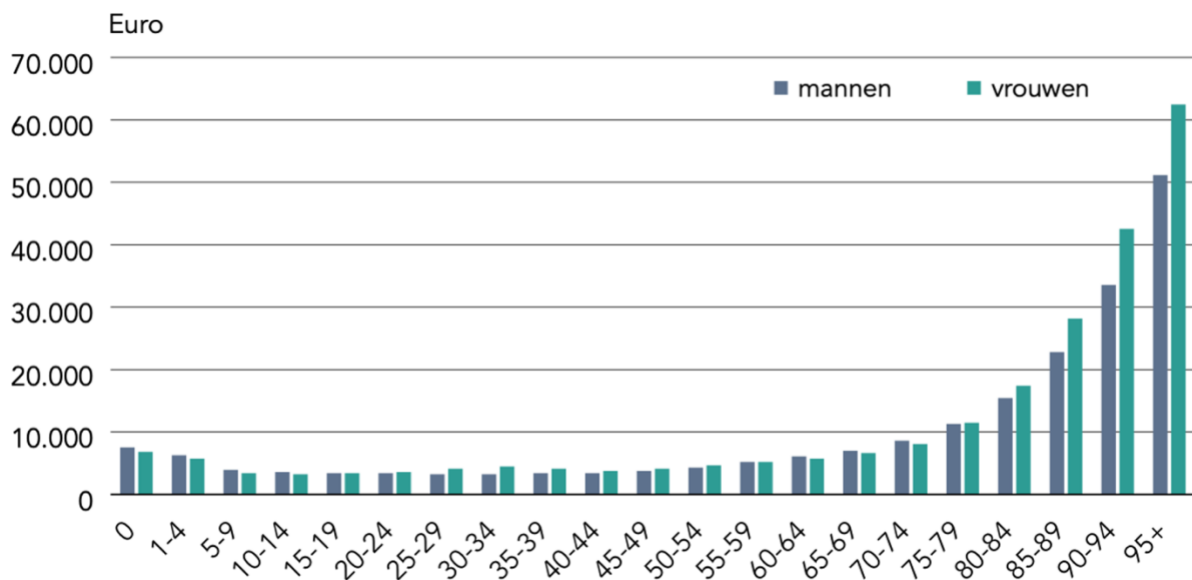
<sup>50</sup> Ibidem.

<sup>51</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*.

<sup>52</sup> Rijksoverheid, *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel: Brede maatschappelijke heroverweging*.



zorguitgaven gemiddeld genomen laag, maar na het vijfenzeventigste jaar stijgen deze sterk (zie figuur 1.1).<sup>53</sup> Dat mensen steeds ouder worden komt niet alleen door de geboortecijfers, maar ook door de hoge kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg. Ziektes die voorheen levens vroegtijdig konden beëindigen worden door innovaties in de zorg chronische ziektes waarmee te leven valt. Mensen leven hierdoor langer, in goede maar ook in slechtere gezondheid, en kunnen ook langer een beroep op de zorg doen. Op die manier zorgt vergrijzing voor een toenemende druk op de formele zorg, maar ook op informele zorg en ondersteuning.<sup>54</sup>



**Figuur 1:** Zorguitgaven per inwoner naar leeftijd en geslacht in 2017.<sup>55</sup>

Echter, er zit in de relatie tussen leeftijd en stijgende zorgkosten een ander effect verborgen. Het zijn namelijk vooral de hoge kosten in het laatste levensjaar waardoor de kosten op hoge leeftijd zo hard stijgen. Oudere mensen hebben namelijk een grotere kans om te overlijden, waardoor zij een grotere kans hebben om hogere zorgkosten te maken. Het is dus niet zozeer die leeftijd zelf die de hoge kosten verklaart, maar vooral de laatste levensfase.<sup>56</sup> Hoewel er dus belangrijke verschillen zijn in zorgkosten op basis van levensfase, is het belangrijk op te merken dat over de gehele levensloop mensen weinig blijken te verschillen in hun zorgkosten.<sup>57</sup> Verder zorgt de vergrijzing van de populatie ervoor dat het aantal werkende mensen per niet werkende, vaker zorgbehoevende oudere afneemt. Hierdoor ontstaat er tegelijkertijd met de toenemende zorgvraag en relatief arbeidstekort.<sup>58</sup>

<sup>53</sup> Sociaal-Economische Raad [SER], *Zorg voor de toekomst: Over de toekomstbestendigheid van de zorg*.

<sup>54</sup> Rijksoverheid, *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel: Brede maatschappelijke heroverweging*.

<sup>55</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM]. *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060: Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (wrr). Deel 1: toekomstprojecties*. Rapport 2020-0059, 2020, [www.rivm.nl/publicaties/toekomstverkenning-zorguitgaven-2015-2060-quantitatief-vooronderzoek-in-opdracht-van](http://www.rivm.nl/publicaties/toekomstverkenning-zorguitgaven-2015-2060-quantitatief-vooronderzoek-in-opdracht-van). Geraadpleegd 17 juni 2023.

<sup>56</sup> Polder. "Zorguitgaven". In P. Jeurissen, H. Maarse en M. Tanke (red.) *Betaalbare zorg*, SDU Uitgevers, 2018, pp. 29–52.

<sup>57</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*.

<sup>58</sup> Ibidem.

### Dure geneesmiddelen en technologieën

Ook wanneer de toename de zorgvraag buiten beschouwing gelaten wordt, nemen de kosten van de zorg per persoon toe. Dit komt onder andere door technologische ontwikkelingen die medische mogelijkheden verruimen. Ontwikkelingen in bijvoorbeeld genterapie, radiotherapie en operatierobots gaan razendsnel, en zorgen ervoor dat eerder onbehandelbare patiënten nu toch behandeld kunnen worden, of dat betere behandelingen beschikbaar zijn. Echter zorgen dit soort innovaties vaak voor een toename van zorgkosten. Allereerst vanwege de prijs van de nieuwe technologie: die is vaak hoger dan die van oudere technologie, met name in het begin als patenten in werking zijn of een monopolie bestaat.<sup>59</sup> Daarnaast zullen zowel zorgaanbieders als patiënten niet snel terughoudend zijn in het toepassen van nieuwe technologieën, behandelmethoden of diagnostiek. Ook zijn dit soort innovaties vaak complementair van aard, en zorgen er dus voor dat er per persoon meer zorg geleverd wordt. Verder zullen vaak meer patiënten zich melden voor zorg: patiënten die voorheen niet behandeld konden worden, maar nu wel mogelijkheden hebben. Als laatste kan de technologische vernieuwing ook zorgen voor langere overleving, waardoor zorgvragen langer blijven bestaan. Kortom: als er meer kan, wordt er ook meer gedaan – en dat kost geld.<sup>60</sup> Er zijn echter ook hooggespannen verwachtingen voor de besparende mogelijkheden van technologie, zoals bijvoorbeeld kunstmatige intelligentie die taken van zorgprofessionals kan overnemen.<sup>61</sup>

Technologische vernieuwingen zorgen er ook voor dat verwachtingen van de zorg in de samenleving toenemen. Zowel patiënten als zorgverleners verwachten dat de zorg steeds meer op kan lossen. Dit zorgt er bijvoorbeeld voor dat ziektes sneller worden behandeld, en tot in een laat stadium door worden behandeld, terwijl de effectiviteit van de vaak zeer kostbare behandelingen in veel gevallen niet vaststaat.<sup>62</sup> Daarbij kunnen de vele technologische innovaties ook bijdragen aan toenemende medicalisatie. In dit proces worden bepaalde zaken die voorheen niet-medisch werden geacht in het medische domein betrokken, door er een medische diagnose of behandeling aan te verbinden. Bepaalde technologische vernieuwingen in bijvoorbeeld pathologie en radiologie hebben ervoor gezorgd dat steeds vroegere ziektestadia gedetecteerd kunnen worden. Hierdoor ontstaat een sterke toename van bepaalde diagnoses, en als gevolg ook een toename van het aantal toegepaste behandelingen. Ook hierdoor nemen de totale kosten van de zorg toe. Wanneer er besloten wordt om hoog specifieke, extreem dure behandelingen niet te vergoeden, zorgt de toegenomen mondigheid van burgers ervoor dat in veel gevallen door middel van *crowdfunding* de kosten toch gedekt kunnen worden. Op individueel niveau is dit zeer te begrijpen, maar op populatieniveau kunnen dit soort fenomenen leiden tot ongelijkheid in de zorg en afname van het vertrouwen in het collectief betaalde deel van de zorg.<sup>63</sup>

---

<sup>59</sup> Hult, Kristopher J., Sonia Jaffe, and Tomas J. Philipson. "How does technological change affect quality-adjusted prices in health care? Systematic evidence from thousands of Innovations." *American Journal of Health Economics* 4.4 (2018): 433-453.

<sup>60</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*.

<sup>61</sup> Mishra, Saurav. "Artificial intelligence: A review of progress and prospects in medicine and healthcare." *Journal of Electronics, Electromedical Engineering, and Medical Informatics* 4.1 (2022): 1-23.

<sup>62</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*.

<sup>63</sup> Jeurissen, e.a. *Betaalbare zorg*. Sdu Uitgevers, 2018.

## Verspilde zorg

Er is in toenemende mate aandacht voor zorg die onterecht verricht wordt, of niet verricht zou moeten worden. In een situatie waarin er te weinig geld en mankracht is om alle zorg te kunnen geven die gevraagd wordt, is het des te meer kwalijk als deze schaarse middelen aangewend worden voor zorg die niet effectief is. Deze zou namelijk zorg kunnen verdringen die wel effectief is. Het leveren van onnodige zorg of verkeerde inzet van zorg wordt ook wel verspilde, niet-passende of onzinnige zorg genoemd. Verspilde zorg gaat ten koste van geld en mankracht, en legt onnodige druk op het systeem.<sup>64</sup>

De exacte omvang van verspilde zorg is niet bekend. Schattingen op basis van onderzoek in het buitenland variëren tussen de 5-25%.<sup>65</sup> Echter is naast de grote hoeveelheid bewezen niet-effectieve zorg ook een groot deel van de zorg (nog) niet bewezen effectief. Dat betekent dat de effectiviteit nog niet is onderzocht. Onderzoek naar de wetenschappelijke onderbouwing van een aantal Nederlandse richtlijnen in de zorg heeft aangetoond dat voor ongeveer de helft van de behandelingen geen sterk bewijs voor effectiviteit bestaat. Het vaststellen van die effectiviteit kan uitdagend zijn, omdat het vaak veel tijd nodig heeft, niet mogelijk is of onethisch is om effectiviteit van een interventie te onderzoeken. Daarbij kan effectiviteit in grote mate afhangen van de indicatie bij een bepaalde patiëntengroep. Bij bepaalde patiënten is een behandeling niet effectief, terwijl bij een specifieke andere groep deze zorg noodzakelijk is.<sup>66</sup>

### Verspilde zorg bij prostaatkanker

Het ZiN geeft een voorbeeld van onnodige en verkeerd ingezette zorg bij zorg bij prostaatkanker. In Nederland is prostaatkanker de meest voorkomende kankersoort bij mannen van 55 jaar en ouder. Uit recent onderzoek is gebleken dat bij 41% van de patiënten in de laatste drie maanden voor hun overlijden nog intensief is doorgegaan met behandeling. Deze behandelingen zullen de levensduur niet verlengen, en hebben daarentegen wel zware bijwerkingen. Hierdoor hebben deze patiënten in hun laatste levensfase juist een slechtere kwaliteit van leven. Er wordt in deze situatie dus veel geld uitgegeven aan zorg die niet zinnig is.

## 4.5. Passende zorg

De huidige stand van zaken in de zorg vraagt om een groot, samenhangend plan om de problemen het hoofd te bieden. Sinds 2020 is passende zorg geïntroduceerd als sleutelbegrip voor de reorganisatie van de gezondheidszorg met het oog op het bewaken van de houdbaarheid van de zorg. De term komt oorspronkelijk uit de koker van de NZa. Passende zorg gaat verder dan de eerdere termen 'zinnige zorg' en 'gepast gebruikt', omdat het niet alleen om de inhoud van zorg gaat, maar ook om de reorganisatie van zorg.<sup>67</sup> Passende zorg is een beweging geworden die ervoor moet gaan zorgen dat ook in de toekomst de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit blijft.

Passende zorg gebruikt veel ideeën die niet nieuw zijn. Zo worden ideeën gebruikt van het programma 'zinnige zorg', maar ook het meer op microniveau opererende 'zorg op maat' waarin de patiënt meer

<sup>64</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Passende Zorg*

<sup>65</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*

<sup>66</sup> Ibidem.

<sup>67</sup> Kiers, Bart. "Van zinnige zorg naar passende zorg." *Zorgvisie* 52.3 (2022): 44-47.

centraal gesteld werd,<sup>68</sup> en het concept van 'waardegedreven zorg', waarmee afhankelijk van de persoon financieel en maatschappelijk haalbare of meer uitkomstgerichte zorg kan worden bedoeld.<sup>69</sup> Ook zijn er ideeën van Health in All Policies (HiAP, ook wel integraal gezondheidsbeleid) in terug te vinden, een beweging die beoogt dat er meer energie en middelen worden gestoken in het verbeteren van onderbelicht factoren die bijdragen aan de gezondheid van burgers, zoals de fysieke omgeving, leefstijl, sociale en biologische elementen.<sup>70</sup>

Inmiddels zijn er vele adviezen en rapporten geschreven over passende zorg. Ondanks deze vele verschillende bronnen, of wellicht mede doordat er zo veel verschillende bronnen zijn, blijft het concept passende zorg voor velen nog ongrijpbaar. Wat het nu precies betekent en wat we moeten doen om passende zorg te bereiken, blijft vaak onduidelijk. Er wordt nog veel in gegeneraliseerde termen en beleidstermen gesproken, waarbij het voor verschillende partijen, zoals zorgverleners, patiënten, en verzekeraars, onduidelijk blijft wat er precies voor hen gaat veranderen. Hierdoor is het moeilijk te doorgronden wat passende zorg precies betekent, welke uitgangspunten erbij horen, hoe deze zich vertalen in concrete acties en veranderingen, en welke mogelijke uitdagingen hierbij komen kijken.

### **Passende zorg bij prostaatkanker**

Als voorbeeld werd hierboven beschreven hoe bepaalde zorg bij prostaatkanker niet passend is. Als passende zorg echter de norm was, zou het volgens het ZiN anders gaan. Dan zouden deze patiënten samen met hun arts goede gesprekken voeren met aandacht voor hun persoonlijk situatie en behoeften. De verwachting is dat patiënten in die situatie zullen kiezen voor meer levenskwaliteit in de laatste fasen, waardoor het aantal intensieve doorbehandelingen zal afnemen. In plaats daarvan zullen zij kiezen voor ondersteunende zorg, die pijn en andere klachten verlicht. Op die manier worden minder kosten gemaakt, én beter passende zorg geleverd. Volgens welke principes en op welk manieren dit bereikt moet worden, zal in hoofdstuk 6 worden onderzocht. In dit hoofdstuk zullen ook deze blauwe voorbeeldkaders terugkomen.

---

<sup>68</sup> Centraal Planbureau. *Solidariteit onder druk?: Zorg op maat heeft toekomst*. CPB Policy Brief, januari 2013.

<sup>69</sup> Kiers, Bart. "Value based healthcare is een buzzwoord". *Zorgvisie* 48.10 (2018): 10-14.

<sup>70</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM]. *Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing*. 270851003, 2007, [www.rivm.nl/publicaties/integraal-gezondheidsbeleid-theorie-en-toepassing](http://www.rivm.nl/publicaties/integraal-gezondheidsbeleid-theorie-en-toepassing). Geraadpleegd 17 juni 2023.

## 5. Methode

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is een conceptuele analyse uitgevoerd van passende zorg. Deze conceptuele analyse moet duidelijkheid scheppen over de verschillende belangrijke achterliggende principes die ten grondslag liggen aan passende zorg. Om de bovenstaande vragen te kunnen beantwoorden, is het ook belangrijk om de verschillende manieren waarop passende zorg bereikt moet worden te bestuderen. Om deze analyse te kunnen uitvoeren is een selectie gemaakt van de belangrijkste documenten die betrekking hebben op de betekenis en invulling van passende zorg in Nederland. Om ervoor te zorgen dat alleen de meest relevante rapporten meegenomen werden in de analyse zijn een aantal inclusiecriteria aangehouden: het document (1) heeft in het geheel, of wat betreft één of meer hoofdstukken, directe betrekking op de betekenis van passende zorg; (2) geeft een toepassingsgerichte invulling van hoe passende zorg in de praktijk bereikt moet worden; (3) komt van een gezaghebbende (zorg)instantie; (4) is gepubliceerd in 2020 of recenter. Deze datum is aangehouden omdat in 2020 de term ‘passende zorg’ voor het eerst werd gebruikt om een nieuwe strategie voor het hervormen van de zorg aan te duiden.<sup>71</sup> Documenten zijn met name verzameld op basis van *snowballing*. Deze methode, waarbij in de bibliografie van al bekende bronnen wordt gezocht naar nieuwe relevante bronnen, is met name nuttig bij nieuwe concepten zoals passende zorg. De literatuur is aangevuld met bronnen die bekend waren bij de eerste begeleider, G.J.M.W van Thiel. Met aanhouding van bovenstaande criteria heeft dit uiteindelijk geleid tot de identificatie van vijf relevante rapporten die zijn meegenomen in de analyse:

- Advies: Samenwerken aan passende zorg (ZiN, NZa)
- Advies: Stimuleren van passende zorg en digitale zorg (NZa)
- Integraal zorgakkoord (Ministerie van VWS en vele anderen)
- Kader passende zorg (ZiN)
- Rapport: Kiezen voor Houdbare Zorg; mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak (WRR)

Door middel van een schema zijn verschillende thema's bijgehouden. Het raamwerk van dit schema is te vinden als bijlage aan het einde van deze scriptie. Deze thema's werden opgedeeld in vier categorieën: *Achtergrond en motivatie*, *definitie*, *achterliggende principes* en *randvoorwaarden*. Bij achtergrond en motivatie werd alle tekst bijgehouden die betrekking had op de relevante context waarin passende zorg moet gaan plaatsvinden en de argumentatie die gegeven werd als legitimatie van de noodzaak voor passende zorg. Bij *definitie* werd bijgehouden welke definities verschillende documenten voor passende zorg aanhielden. Onder *achterliggende principes* werd bijgehouden welke achterliggende concepten en ideeën werden aangevoerd als grondvesten waar passende zorg op gebouwd moet worden. Concrete toepassingen werden bijgehouden naast de bijbehorende achterliggende principes. Gedurende dit proces werd een splitsing duidelijk in het soort actiepunten: enerzijds waren er actiepunten die inhoudelijk directe betrekking hadden op het creëren van zorg die passend is, anderzijds acties die nodig zijn om voorwaarden te creëren in het zorgsysteem die passende zorg (blijvend) mogelijk maken. Deze tweede categorie is apart genomen onder de noemer *randvoorwaarden*. Op deze manier is een overzicht gecreëerd op basis waarvan meer duidelijkheid geschept kon worden over wat passende zorg betekent. Op basis van dit schema werden conclusies getrokken over de achterliggende principes van passende zorg en de concrete acties die hieruit

---

<sup>71</sup> Bart Kiers, *Van zinnige zorg naar passende zorg*



voortvloeden. Vervolgens zijn verschillende spanningsvelden, conflicten en ontbrekende thema's uitgelicht in een reflectie. De bevindingen van deze conceptuele analyse zijn vervolgens toegepast op de specifieke context van zorg rondom het levenseinde. Vervolgens zijn aspecten van deze toepassing die aanleiding gaven tot vragen, conflicten benadrukten of op andere wijze belangrijk waren, verder onderzocht met behulp van relevante literatuur.

## 6. Wat is passende zorg?

### 6.1. Definities van passende zorg

Allereerst geven de verschillende beleidsdocumenten elk hun eigen definitie aan het concept passende zorg. Het vroegst gepubliceerde rapport dat in deze analyse is meegenomen, het Advies stimuleren van passende zorg en digitale zorg van de NZa uit 2020, definieerde passende zorg als volgt:

*Onder passende zorg verstaan we zorg die nodig is, waarde toevoegt en bijdraagt aan kwaliteit van leven, en die aansluit bij behoeften en omstandigheden van de individuele patiënt.<sup>72</sup>*

Hieruit blijkt dat passende zorg van toepassing is op daadwerkelijke zorg die plaatsvindt tussen patiënt en zorgverlener. Interventies waartoe besloten wordt moeten voldoen aan bepaalde voorwaarden om de zorg passend te maken. Later dat jaar hebben ZiN en de NZa hier in een gezamenlijke definitie nog de voorwaarde ‘tegen en redelijke prijs’ aan toegevoegd.<sup>73</sup> Ook voegden zij hier later aan toe dat passende zorg zowel gepast gebruik van zorg, als gepaste organisatie is:

*‘Tot nu toe zijn deze twee zaken veelal als losstaande onderwerpen behandeld. Volgens ons zijn het twee kanten van dezelfde medaille die elkaar versterken: passende zorg kan pas ontstaan als deze in samenhang met de organisatie ervan wordt benaderd.’<sup>74</sup>*

Hierdoor worden verschillende dimensies van passende zorg duidelijk gemaakt: aan de ene kant vindt deze plaats zorgverlener en patiënt, waarbij effectiviteit en doelmatigheid van interventies en de persoonlijke situatie van het individu centraal staan. Aan de andere kant speelt binnen de organisatie van zorg de samenwerking tussen verschillende zorg-gerelateerde partijen en de samenwerking met andere domeinen.<sup>75</sup> Een derde kenmerk dat naar voren komt is de toekomstbestendigheid van de zorg:

*‘Met passende zorg kijken we ook naar de invloed van het uitvoeren van medische interventies op de toegankelijkheid en de algehele betaalbaarheid van zorg, omdat we vinden dat de gezondheidszorg ook toekomstbestendig moet zijn. We willen dat iedereen ook in de toekomst toegang heeft tot zorg van goede kwaliteit tegen een aanvaardbare prijs.’<sup>76</sup>*

Hoewel als laatste voorwaarde genoemd, komt in dit kenmerk het duidelijkst de aanleiding voor het rapport naar voren: de hierboven beschreven huidige en toekomstige houdbaarheidsproblematiek van de zorg in Nederland. Naar aanleiding van deze problematiek is ook het Integraal Zorgakkoord geschreven, waarin passende zorg net anders gedefinieerd wordt:

---

<sup>72</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 8.

<sup>73</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 7.

<sup>74</sup> Ibidem.

<sup>75</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 20.

<sup>76</sup> Ibidem.

*‘Passende zorg is waardegedreven, komt samen met en rondom de patiënt tot stand, vindt plaats op de juiste plek en gaat over gezondheid in plaats van ziekte. Om de groeiende zorgvraag te kunnen opvangen, moet deze passen binnen de beschikbare mensen en middelen.’<sup>77</sup>*

Er is veel overlap tussen de definitie die het IZA aanhoudt en die van het NZa en ZiN: passende zorg geeft richting aan wat voor soort zorg verleend moet worden, en houdt rekening met beperkingen in beschikbare mensen en middelen. Echter, er is ook een belangrijk verschil: het IZA lijkt een smallere definitie aan te houden voor passende zorg, waar de organisatie van de zorg geen deel van uitmaakt. In juni 2022 formuleerde het ZiN in het Kader Passende zorg de meest uitgebreide definitie, die alle bovenstaande aspecten integreert:

*‘Passende zorg is zorg die waarde toevoegt aan het leven van mensen en oog heeft voor de maatschappelijke opgaven waarvoor we staan. Het is daarmee een individueel en collectief begrip, gebaseerd op professionele waarden van zorgverleners, persoonlijke waarden van mensen en maatschappelijke waarden van de samenleving. Passende zorg gaat over de gezamenlijk af te leggen weg om de Nederlandse gezondheidszorg toekomstbestendig te maken, met aandacht voor zowel passend gebruik als passende organisatie en bekostiging van zorg.’<sup>78</sup>*

Alle bovenstaande definities komen samen: passende zorg is zorg die waardevol is voor de individuele patiënt, rekening houdt met bekostiging, op grotere schaal verandering vraagt in de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg en oog heeft voor toekomstbestendigheid. Er wordt echter nog een nieuwe dimensie geëxpliciteerd: nieuwe, passende zorg moet in lijn zijn met maatschappelijke waarden. Dit wordt ook in het Rapport Kiezen voor houdbare zorg van de WRR naar voren gebracht. De WRR heeft het over ‘houdbare zorg’, maar in uiteindelijk lijkt de WRR dezelfde doelen voor ogen te hebben die het IZA, de NZa en ZiN bij passende zorg hebben:

*‘Het uitgangspunt van dit rapport is dat alleen als de drie dimensies van houdbaarheid – de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid – op de lange termijn geborgd en in balans zijn, we kunnen spreken van een houdbaar zorgstelsel. Alleen dan kunnen we als samenleving goede en toegankelijke zorg in de toekomst voor iedereen blijven garanderen.’<sup>79</sup>*

Hieruit blijkt dat het WRR veelal dezelfde kenmerken voor ogen heeft, zoals effectiviteit, toegankelijkheid en toekomstbestendigheid. Echter komt ook een rol voor de maatschappij naar voren: een belangrijke voorwaarde voor de toekomstbestendigheid van zorg is dat deze ook maatschappelijk houdbaar is. Dit houdt in dat er maatschappelijke draagkracht is voor keuzes die gemaakt worden, waardoor het, net als bij de definitie van het NZa, rekening gehouden moet worden met maatschappelijke waarden. De verschillende aspecten van passende zorg zijn gevisualiseerd in onderstaande figuur.

<sup>77</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*. September 2022, [www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg). Geraadpleegd 17 juni 2023, pp. 8.

<sup>78</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN]. *Kader Passende zorg*. 2022025552, 28 juni 2022, [www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg](http://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg). Geraadpleegd 17 juni 2023, pp. 4.

<sup>79</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 26.



**Figuur 2:** Visualisatie van verschillende aspecten van passende zorg.

## 6.2. Achterliggende principes en de toepassing daarvan

De NZa en het ZiN houden voor passende zorg vier centrale principes aan, die veelal terugkomen in het IZA en het rapport van de WRR: (1) waardegedreven, (2) samen met en rondom de patiënt, (3) de juiste zorg op de juiste plek, en (4) gezondheid in plaats van ziekte. Deze resultatensectie is gestructureerd naar die principes. Eerst zal de betekenisgeving van het principe volgens de verschillende rapporten besproken worden, gevolgd door de manieren waarop het principe in de praktijk vorm moet gaan krijgen bij het bewerkstelligen van passende zorg.

### 6.2.1. Waardegedreven

#### *Principe*

De NZa en ZiN hebben in hun Advies Samenwerken aan Passende zorg vier achterliggende principes voor passende zorg geformuleerd, waarvan de eerste ‘waardegedreven’ is.<sup>80</sup> Dit wordt weer opgedeeld in drie onderdelen:

- Voor de patiënt relevante winst in gezondheid en functioneren tegen een redelijke prijs;
- Effectief op basis van de stand van de wetenschap en praktijk;
- Doelmatige inzet van middelen, mensen en materialen.<sup>81</sup>

Allereerst wordt gesteld dat passende zorg waardegedreven is wanneer de voor de patiënt relevante winst in gezondheid en functioneren centraal staat, zolang dit tegen een redelijke prijs mogelijk is. Dit idee komt ook duidelijk terug in het IZA, waarin als doel wordt gegeven zorg ‘vanuit de patiënt uit’.<sup>82</sup> Qua tijd, plaats en inhoud van de zorg wordt uitgegaan van de behoeften van de patiënt. Ook in het Kader Passende zorg stelt het ZiN dat passende zorg gaat over ‘uitkomsten die voor de patiënt relevant zijn, proportioneel met de kosten’. Hierbij verduidelijkt het ZiN dat proportionaliteit vereist is wat betreft

<sup>80</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZA], pp. 8.

<sup>81</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZA], pp. 27.

<sup>82</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 30.

inzet van geld, personeel en grondstoffen.<sup>83</sup> Het ZiN beargumenteert hierbij dat passende besluitvorming niet los gezien kan worden van beschikbaarheid van geld en mensen, en dat dit thema daarom dient worden meegenomen in het gezamenlijke besluitvormingsproces.<sup>84</sup>

Als tweede onderdeel komt naar voren dat passende zorg effectief is op basis van de stand van de wetenschap en praktijk. Het ZiN en de NZa vullen aan dat wanneer er onvoldoende bewijs voor effectiviteit is van interventies, deze binnen een bepaalde termijn moet worden opgebouwd. Bewezen niet-effectieve zorg moet verdwijnen.<sup>85</sup> Ook in het IZA komt dit thema terug: passende zorg moet op groepsniveau ‘bewezen effectief en doelmatig’ zijn.<sup>86</sup> Het ZiN vult dit aan met een tweede stap: nadat op groepsniveau effectiviteit is bewezen, komt de vraag of het bij de unieke patiënt in zijn of haar context ook bijdraagt aan de gezondheid.<sup>87</sup>

Als derde wordt door ZiN, de NZa en het IZA aangevoerd dat mensen, middelen en materialen doelmatig ingezet moeten worden.<sup>88</sup> Gezondheidswinst moet in verhouding worden gezien met de kosten van een behandeling, het beslag op medisch personeel, en het gebruik van materialen, inclusief de milieu-impact daarvan.<sup>89</sup> Het IZA vult aan dat passende zorg ook duurzame zorg is: inzetten op het voorkomen van (onnodige) zorg, op het leveren van de juiste zorg op de juiste plek, het afremmen van medicalisering, het stimuleren van gepast gebruik en meer digitaal of hybride gebruik van zorg draagt niet alleen bij aan het bereiken van passende zorg, maar ook aan het leveren van zorg met zo min mogelijk impact op klimaat, milieu en leefomgeving.<sup>90</sup> Ook werken de effecten van klimaatverandering, vervuiling en verminderde biodiversiteit weer door op de gezondheid van mensen, waardoor het des te belangrijker wordt dat ook de zorgsector maximaal inzet op duurzame praktijken.<sup>91</sup>

### Toepassing

Er worden door de verschillende rapporten verschillende manieren aangereikt om waardegedreven passende zorg die voor de patiënt relevante uitkomsten centraal stelt te bereiken. Het ZiN en de NZa stellen dat het nodig is om gezondheidsuitkomsten en de kosten van zorg met elkaar te vergelijken om conclusies te kunnen trekken over proportionaliteit. Hiervoor is het nodig om een goed gesprek te voeren met de patiënt om erachter te kunnen komen wat voor die patiënt waardevol is.<sup>92</sup> Het gesprek met de patiënt komt ook terug in het Kader Passende zorg van de ZiN: hierin wordt toegelicht dat wat voor mensen een relevante bijdrage aan hun gezondheid is kan verschillen per persoon, net als hun notie van wat een goed leven is.<sup>93</sup> Het ZiN vult verder aan dat patiënten het belangrijk vinden dat er in een gesprek met een zorgverlener ruimte is voor persoonlijke situatie en afwegingen; alleen dat voegt zorg waarde toe aan hun leven.<sup>94</sup> Verder zijn er financiële manieren om de voor patiënten relevante uitkomsten centraal te stellen. De NZa en het ZiN stellen voor om in de medisch specialistische zorg bekostiging te regelen via DBC-zorgproducten (diagnose-behandelcombinatie). Op die manier staat ook

---

<sup>83</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 6.

<sup>84</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 8.

<sup>85</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], pp. 27.

<sup>86</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 9.

<sup>87</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 6.

<sup>88</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], pp. 27.;

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 9.;

Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 6.

<sup>89</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], pp. 27.;

<sup>90</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 9-10.

<sup>91</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 10.

<sup>92</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], pp. 27.

<sup>93</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 6.

<sup>94</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 6.

in de bekostiging van de zorg de zorgvraag (met bijbehorende diagnose en behandeling) centraal.<sup>95</sup> Verder moet in de chronische zorg niet langer aangestuurd worden op zorgproductie, maar op goede uitkomsten voor de patiënt.<sup>96</sup>

Om te kunnen voldoen aan de voorwaarde van effectiviteit op basis van de stand van wetenschap en de praktijk, moet duidelijk zijn wat de effectiviteit van behandelingen is. Om dit te kunnen bereiken stellen ZiN en de NZa een systeem voor van continue kwaliteitsverbetering, waar het stimuleren en agenderen van de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten, het stimuleren van de implementatie ervan, en het beschikbaar maken van gegevens over de kwaliteit van de geleverde zorg onderdeel van zijn. Ook het versnellen van actualiseren van richtlijnen wordt geadviseerd, waardoor nieuwe kennis en innovaties sneller toegepast kunnen worden in de zorg. Het doel is dat deze principes van waardegedreven zorg verankerd zullen worden in de wetgeving over kwaliteitsstandaarden (Wkkgz).<sup>97</sup> Verder zal kwaliteitsverbetering continue bewaakt worden door onder andere voortzetting van het programma Zinnige Zorg van het ZiN. Hierin wordt het basispakket systematisch doorgelicht, waardoor door middel van verbeterafspraken met zorgverzekeraars, zorgverleners, wetenschappelijke verenigingen, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties niet-passende zorg uit het verzekerde pakket moet verdwijnen.<sup>98</sup> Ook zal het ZiN actief werken aan het in stand houden van een lerend systeem: zorgaanbieders en wetenschappelijke instituten zal worden gevraagd verder onderzoek te doen wanneer wetenschappelijke onderbouwing van een behandeling ontbreekt of van lage kwaliteit is, zodat snel inzicht komt in de pakketwaardigheid van de interventie.<sup>99</sup> Het beoordelen van welke zorg passend is vraagt een breed perspectief: kennis uit wetenschap en praktijk moeten verbonden worden, waarbij oog voor complexiteit belangrijk is.<sup>100</sup>

Het IZA doet een belangrijke aanvulling: continue kwaliteitscontrole is niet alleen van belang bij medische interventies, maar ook bij kwaliteit van diagnose en gezamenlijke besluitvorming. Daarbij moet kwaliteit mede beoordeeld worden vanuit het perspectief van de patiënt, door middel van bijvoorbeeld Patient Reported Outcome Measures (PROM's), Patient Reported Experience Measures (PREM's) en aanvullende data die inzicht geven in kwaliteit van leven en het maatschappelijke perspectief op toegankelijkheid en betaalbaarheid.<sup>101</sup> Ook moet het patiëntenperspectief worden opgenomen in het opstellen van professionele richtlijnen. Het IZA geeft ook richting aan prioritering van welke richtlijnen als eerste geactualiseerd moeten worden: die met grote ziektelast, grote arbeidsinzet, veel praktijkvariatie, organisatorische impact, groot financieel beslag en waar bekend ook grote klimaat- en milieuimpact.<sup>102</sup>

Ook de WRR reikt handvatten aan met betrekking tot dit thema. De WRR spoort aan tot het onderzoeken van (kosten)effectiviteit van bestaande zorg, zodat het vergoeden van niet-passende zorg kan worden gestopt.<sup>103</sup> Net als het ZiN en de IZA zien zij een grote rol voor pakketbeheer en een goed doordachte uitstroom van niet-passende zorg uit het pakket. In alle domeinen moet de vergoede zorg systematisch worden doorgelicht op wetenschappelijke onderbouwing. Daarbij wordt door de WRR

<sup>95</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], pp. 49.

<sup>96</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], pp. 55.

<sup>97</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], pp. 45.

<sup>98</sup> Ibidem.

<sup>99</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 46

<sup>100</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 14.

<sup>101</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 35.

<sup>102</sup> Ibidem.

<sup>103</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 20.



aangevoerd dat het vaststellen van kennis over effectiviteit ook daadwerkelijk moet leiden tot het stoppen van niet-passende zorg. Een algemene analyse van de Rekenkamer liet zien dat op basis van vrijwilligheid de uitstroom voldoende lukt; gewoontes en gevestigde belangen zorgen ervoor dat niet-passende zorg veelal geleverd blijft worden.<sup>104</sup> De WRR beargumenteert dat een sterkere rol voor ZiN en de NZa dit probleem zou kunnen aanpakken. Een alternatief is een model van voorwaardelijke toelating of voorwaardelijke uitstroom, waarbij een behandeling tijdelijk wordt toegelaten en na verloop van tijd uitstroomt, tenzij aan bepaalde voorwaarden voor effectiviteit voldaan wordt.<sup>105</sup> Ook ziet de WRR een actievere rol voor de overheid wat betreft het bewerkstelligen van effectieve zorg op macroniveau. De overheid moet ervoor zorgen dat nieuw zorgbeleid beoordeeld wordt op kwaliteit en toegankelijkheid, en dat beleidswijzigingen breed geëvalueerd worden zodat tijdig bijsturen mogelijk is. Ook mag beleidsvoering met als doel financiële houdbaarheid niet gebaseerd zijn op aannames van grotere doelmatigheid; deze moet onderbouwd zijn met overtuigend bewijs dat doelmatigheidswinst te behalen is zonder onacceptabele gevolgen voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg.

Het bereiken van doelmatige inzet van middelen, mensen en materialen is niet hetzelfde als het bewerkstelligen van effectieve zorg: het gaat namelijk om een rechtvaardige verdeling van beschikbare bronnen wanneer er schaarste is. Het IZA vat hun visie op dit thema als volgt samen; ‘zelfstandig als het kan, in de eigen omgeving als het kan en digitaal als het kan’. Arbeidsbesparende interventies moeten prevaleren boven arbeidsintensieve interventies. Medisch ingrijpen kan worden voorkomen door in te zetten op het versterken van eigen regie en eigen netwerk.<sup>106</sup>

ZiN en de NZa stellen onder andere voor om door te gaan met het project ‘Regie op Registers’ van de ZiN, dat moet leiden een helder kader voor het registreren en rapporteren van gegevens over het gebruik van dure geneesmiddelen in de praktijk. Het doel hiervan is dat dure geneesmiddelen zorgvuldig geëvalueerd worden met het oog op gepast gebruik en pakketbeheer. Vanwege de jaarlijkse stijging in uitgaven aan nieuwe geneesmiddelen en toenemende roep om rechtvaardiging van vraagprijzen van geneesmiddelen adviseren de NZa en ZiN dit project te bespoedigen.<sup>107</sup> Ook het IZA stuurt aan op actieve regie van het ZiN wat betreft registratie voor dure geneesmiddelen.<sup>108</sup> Daarbij wil het IZA de (financiële) criteria voor de toepassing van de pakketsluit voor dure geneesmiddelen aanpassen, waarbij het financiële risico van dure geneesmiddelen waarover onzekerheid bestaat met betrekking tot de effectiviteit zoveel mogelijk bij fabrikanten wordt belegd.<sup>109</sup> Een onderdeel hiervan is dat ook in de praktijk wordt geëvalueerd in hoeverre de implementatie van gevonden (in)effectiviteit heeft plaatsgevonden. Barrières voor implementatie worden geïdentificeerd en waar mogelijk beslecht.<sup>110</sup> Ook moeten er verschillende maatregelen komen om de prijzen van nieuwe geneesmiddelen aanvaardbaar te houden, waarbij het financiële risico van onvoldoende effectiviteit

---

<sup>104</sup> Algemene Rekenkamer. *Verzekerd van Zinnige Zorg*. oktober 2020, [www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/10/13/verzekerd-van-zinnige-zorg#:~:text=Samen%20met%20huisartsen%2C%20medisch%20specialisten,meerwaarde%20hebben%20voor%20de%20patiënt](http://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/10/13/verzekerd-van-zinnige-zorg#:~:text=Samen%20met%20huisartsen%2C%20medisch%20specialisten,meerwaarde%20hebben%20voor%20de%20patiënt).

<sup>105</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 369-70.

<sup>106</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 30.

<sup>107</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 46.

<sup>108</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 36.

<sup>109</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 37.

<sup>110</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 38-39.

moet worden ondergebracht bij de fabrikant. Vanwege het internationale karakter van de ontwikkeling en het op de markt brengen van geneesmiddelen is goede samenwerking nodig op Europees niveau.<sup>111</sup>

Een andere manier om tot goede verdeling van middelen te komen is het doorvoeren van een nieuw bekostigingssysteem. Het ZiN en de NZa beogen een gedifferentieerd bekostigingsmodel, met verschillende systemen per sector: beschikbaarheidsbekostiging voor acute zorg; bundelbekostiging voor electieve zorg, en netwerkbekostiging voor chronische zorg.<sup>112</sup> De bekostiging van de acute zorg op basis van beschikbaarheid zorgt ervoor dat het lonend is voor zorgaanbieders om zorgverlening (gezamenlijk) optimaal in te richten, waardoor samenwerking makkelijker tot stand komt. Bij electieve zorgvragen is continue beschikbaarheid van capaciteit of zorg niet direct van belang, waardoor bekostiging via zorgbundels geadviseerd wordt. Omdat electieve zorg planbaar is, en niet acuut of chronisch van aard, is er een duidelijk begin- en eindpunt. Zorgbundels zetten door een andere verdeling van verantwoordelijkheden uitkomsten centraal, doorbreken schotten tussen sectoren en stimuleren innovatie.<sup>113</sup> De NZa geeft als voorbeeld van zo'n pakketbundel de bundel heup- en knie vervanging.<sup>114</sup> Door op deze manier opnieuw te heroverwegen hoe geld verdeeld wordt, wordt zoveel mogelijk doelmatig omgegaan met beschikbare middelen. De WRR ziet een actieve rol voor de overheid in het bewaken van de verdeling van middelen en mensen over verschillende sectoren. Zo kan de overheid bijvoorbeeld toezicht op hoe wachttijden verdeeld over verschillende sectoren, en welke effecten heeft dat op de toegankelijkheid van zorg voor met name kwetsbare groepen.<sup>115</sup> ZiN en de NZa benadrukken ook de verantwoordelijkheid van zorgorganisaties; deze moeten alle hun financiële middelen, infrastructuur en mensen doelmatig inzetten, investeren in passende innovaties en vrijgespeelde capaciteit afbouwen.<sup>116</sup> De NZa expliciteert hierbij dat zorgverzekeraars financiële prikkels moeten krijgen om passende zorg te stimuleren.<sup>117</sup>

Doelmatige inzet van middelen houdt in dat er rekening gehouden wordt met de kosten van behandelingen. Echter, binnen deze kosten moet ook de impact op het milieu meegewogen worden.<sup>118</sup> Er is nieuwe kennis nodig om kosteneffectiviteit te bepalen de rekening houdt met niet alleen acceptabele inzet van geld en mensen, maar ook acceptabele inzet van grondstoffen en vervuiling.<sup>119</sup> Zorginstellingen moeten ambitieuze duurzaamheidsdoelen stellen en de voortgang ervan monitoren. Onder meer door minder gebruik van medische gebruiksmaterialen, minder energieverbruik en minder reisbewegingen van patiënten en medewerkers kunnen afvalstromen en uitstoot van klimaatgassen worden gereduceerd. Producenten kunnen inzetten op het voorkomen van onnodige reisbewegingen van producten.<sup>120</sup>

---

<sup>111</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 38.

<sup>112</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 49.

<sup>113</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 52-53.

<sup>114</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 22.

<sup>115</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 358-59.

<sup>116</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 13.

<sup>117</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 27.

<sup>118</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 9-10.

<sup>119</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 6.

<sup>120</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 14.

### Waardegedreven passende zorg bij de patiënt met prostaatkanker

Patiënten met vergevorderde prostaatkanker zullen, wanneer passende zorg volgens het principe waardegedreven is toegepast, allereerst met hun arts bespreken wat voor hen het meest waardevol is. Op basis daarvan zal worden overwogen wat de beste behandeling is. Op hoger niveau is nagedacht over de kosten van verschillende zorgpaden. Wanneer er onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit van mogelijke behandelingen voor prostaatkanker wordt dit onderzocht. Wanneer er bewijs is voor ineffectiviteit van behandelingen, zijn deze uit de bekostiging en uit de richtlijnen verdwenen. Wanneer een nieuw, duur geneesmiddel voor prostaatkanker wordt gemaakt, is het risico van onvoldoende behandeling belegd bij de fabrikant en zijn er stappen gezet om de prijs van het geneesmiddel beperkt te houden. Op breder niveau wordt nagedacht over welke belasting op het milieu bepaalde zorg en behandelingen mogen leggen in relatie tot hun opbrengsten. Dit geldt ook voor behandelingen voor prostaatkanker. Hoewel bij een individuele patiënt het lastig is om iets collectiefs als het milieu mee te laten wegen, kan, wanneer op hoger niveau wordt nagedacht over de kosteneffectiviteit van een behandeling, de belasting op het milieu meegenomen worden als een van de kosten van de behandeling.

## 6.2.2. Samen met en rondom de patiënt

### Principe

Het ZiN heeft als tweede principe van passende zorg ‘samen met en rondom de patiënt’. Dit bestaat weer uit drie onderdelen:

- Samen beslissen; de functioneringsvraag van de patiënt staat centraal;
- Meenemen van de sociale context van de patiënt;
- Multidisciplinair kijken naar de functioneringsvraag.<sup>121</sup>

Het ZiN, de NZa en het IZA voeren aan dat samen beslissen een kenmerk is van passende zorg.<sup>122</sup> Samen beslissen moet ervoor zorgen dat de zorg past bij de persoonlijke situatie, behoeften en wensen van de patiënt.<sup>123</sup> Dit begint, volgens het ZiN, begint bij zelfzorg; als dit voldoende bijdraagt, wordt formele zorg betrokken.<sup>124</sup> Samen beslissen heeft veel overeenkomsten met het eerste onderdeel van het principe ‘waardegedreven’. Echter is de kern van waardegedreven zorg het centraal stellen van doelen die voor die patiënt relevante gezondheidswinst zouden kunnen opleveren; het houden van een goed gesprek werd als middel aangevoerd om te kunnen ondervinden wat voor die patiënt relevante gezondheidswinst is. Bij ‘samen beslissen’ staat juist centraal dat besluiten die worden gemaakt over de zorg, wat die besluiten dan ook mogen zijn, in samenwerking met de patiënt worden gemaakt. Toch is er veel overlap; ook hier wordt door het ZiN en de NZa aangevoerd dat de functioneringsvraag van de patiënt centraal moet staan.<sup>125</sup>

Het meenemen van de sociale context van de patiënt wordt als volgende principe door het ZiN en de NZa aangevoerd. Deze sociale context bestaat uit naasten en de gemeenschap rondom de patiënt.

<sup>121</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 27.

<sup>122</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 9.

Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 27. Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 7-8.

<sup>123</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 7.

<sup>124</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 8.

<sup>125</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 27.

Het aanwenden van netwerken rondom de patiënt, zoals gezondheidszorg, informele zorg en maatschappelijke ondersteuning kan zorgen voor meer passende zorg en betere continuïteit.<sup>126</sup> Het ZiN voegt in het eigen Kader passende zorg toe dat de persoonlijke context belangrijk is: gezondheidsachterstanden verdienen speciale aandacht. Er moet gekeken worden naar wat een patiënt zelf kan doen, of zijn of haar naasten kunnen bijdragen. Zorg moet zo veel mogelijk dicht bij mensen thuis plaatsvinden, vooral wanneer korte lijnen met bijvoorbeeld de sociale zorg van de patiënt van belang zijn.<sup>127</sup>

Als laatste moet multidisciplinair worden gekeken naar de functioneringsvraag van de patiënt. Om zorg passend te laten zijn moeten verschillende disciplines betrokken zijn. Zo is het bijvoorbeeld al langer duidelijk dat de specialistische GGZ en het sociaal domein elkaar nauw aanvullen, omdat zaken als schuldhulpverlening en werkbegeleiding aantoonbaar bijdragen aan een positieve uitkomst in de GGZ.<sup>128</sup> Ook in het IZA wordt transdisciplinaire zorg benoemd; dit houdt in dat bij het besluitvormingsproces ook antwoorden op zorgvragen vanuit buiten het zorgdomein passend kunnen zijn.<sup>129</sup> In het Kader passende zorg benoemt het ZiN ook dat zorgverleners moeten samenwerken met mensen van buiten het zorgdomein en gepaste bescheidenheid moeten aanhouden over wat een zorgantwoord vermag.<sup>130</sup>

### *Toepassing*

Om goed samen te beslissen is het, volgens het IZA, nodig dat in de spreekkamers een goed gesprek plaatsvindt tussen patiënt en hulpverlener.<sup>131</sup> Om dit te bereiken is voldoende tijd en aandacht voor de patiënt nodig, om diens perspectief te verkennen en de verschillende opties te bespreken.<sup>132</sup> Het IZA benadrukt dat dit met name van toepassing is op Advance Care Planning, waarbij met patiënten wordt besproken hoe zij hun toekomstige zorgplannen willen vormgeven.<sup>133</sup>

Hoewel wordt aangestuurd op het voeren van een goed gesprek, wordt niet toegelicht op welke manier dit bereikt moet worden. De verwachting bij het in toegenomen mate voeren van dit soort gesprekken is dat dit gaat leiden tot meer passende zorg. Met andere woorden, wanneer er een goed gesprek gevoerd wordt, zal een patiënt sneller kiezen voor niet-behandelen wanneer behandelingen niet voldoen aan de standaard van passende zorg. Maar is dat wel zo? Een onderdeel van passende zorg is proportioneel gebruik: de zorg moet in verhouding staan met de kosten. Maar voor een individuele persoon kan een minimale gezondheidswinst toch in verhouding staan met grote kosten. Hierdoor kunnen er conflicten bestaan tussen wat een patiënt en wat een hulpverlener als passend ziet. Het ontbreken van concrete toelichting op hoe dit gesprekken gevoerd moeten worden, en hoe omgegaan kan worden met dit soort conflicten is een gemis in de toepassing van passende zorg.

Het meenemen van de sociale context van de patiënt komt vaak terug als belangrijk principe, maar wordt weinig expliciet omgezet in actiepunten. Impliciet wordt door middel van het stimuleren van samen beslissen en een interdisciplinaire werkwijze wel aangestuurd op het een zorgproces dat de context van de patiënt betreft. Echter, vooral het belang ervan wordt benadrukt, maar op welke manier

<sup>126</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 28.

<sup>127</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 7-8.

<sup>128</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 27.

<sup>129</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 9.

<sup>130</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 10.

<sup>131</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 35.

<sup>132</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 7.

<sup>133</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 36.

zorgverlener of patiënt daadwerkelijk rekening moeten houden met of gebruik moeten maken van deze context blijft onduidelijk.

Het multidisciplinair kijken naar de onderzoeksvraag moet onder andere worden bereikt door het hierboven genoemde systeem van financiering per DBC of doelgroep. Door op zoek te gaan naar typische 'patiënt journeys' kan domeinoverstijgend worden onderscheiden waar bepaalde patiëntengroepen behoefte aan hebben, en ook langs die lijnen vergoed worden. Door op die manier een pakket van zorg rondom een vanuit de patiënten opgestelde zorgvraag te financieren kan het aanbieden van oplossingen die domeinoverstijgend zijn worden vergemakkelijkt en gestimuleerd.<sup>134</sup> De NZa wil dat onderlinge afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een integraal perspectief op de patiënt aanhouden.<sup>135</sup> Het ZiN adviseert aan zorgverleners dat deze professionals buiten de zorg betrekken en nadrukkelijk samen met de patiënt alternatieven buiten het zorgdomein overwegen.<sup>136</sup> Ook zorgverzekeraars kunnen interdisciplinariteit stimuleren, door samenwerking met bijvoorbeeld gemeenten, burgercollectieven en woningcorporaties. Als laatste moeten kennisinstituten bijdragen door professionals breed op te leiden. Passende zorg vraagt om zorgverleners met een breed perspectief, die openstaan voor andere vormen van kennis.<sup>137</sup>

#### **Passende zorg samen met en rondom de patiënt met prostaatkanker**

Een patiënt met prostaatkanker in een vergevorderd stadium die passende zorg ontvangt zal ten eerste een goed gesprek met zijn behandelend arts voeren. Hierbij is voldoende tijd en aandacht voor de patiënt, en wordt uitgebreid stilgestaan bij de (sociale) context van de patiënt, en ook hoe hij zijn toekomstige zorgpad voor zich ziet. De patiënt is een actieve participant in dit gesprek, en heeft makkelijk vindbare en kwalitatief goede relevante informatie tot zich kunnen nemen. Uitdagingen van de patiënt worden breed overwogen: soms is namelijk de beste oplossing niet medisch, maar bijvoorbeeld sociaal of gerelateerd aan veranderingen aan de woonsituatie. De arts is specifiek getraind op het voeren van dit soort gesprekken, en is breed geschoold zodat hij of zij ook denkt aan mogelijke oplossingen buiten het ziekenhuis.

### 6.2.3. De juiste zorg op de juiste plek

#### *Principe*

De NZa en het ZiN willen door het principe 'de juiste zorg op de juiste plek' ervoor zorgen dat zorg past bij wat mensen nodig hebben en waar zij behoefte aan hebben, maar ook bij wat mensen vanuit sociaal, psychisch en lichamelijk perspectief zelf (nog) kunnen en zelf (weer) willen.<sup>138</sup> Dit principe heeft weer drie onderdelen:

- Onnodig dure of overbodige zorg voorkomen;
- Zorg verplaatsen: dichtbij als het kan en verder weg als het moet;
- Zorg vervangen: zorg slim en bijvoorbeeld digitaal aanbieden.<sup>139</sup>

<sup>134</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 50-51.

<sup>135</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 25.

<sup>136</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 12.

<sup>137</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 14.

<sup>138</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 28.

<sup>139</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 28.

Om de grote groei van zorguitgaven te minderen, moet er uiteindelijk minder zorg worden verricht. De zorg die dan moet verdwijnen is logischerwijs zorg die onnodig duur of overbodig is. Het voorkomen van onnodig dure zorg en overbodige zorg is dan ook een rode draad die steeds terugkomt in de verschillende documenten.<sup>140</sup>

Ook het verplaatsen van zorg naar dichterbij de patiënt wordt door de NZa, het ZiN en het IZA aangevoerd als onderdeel van het passend maken van zorg.<sup>141</sup> Echter, vanwege kwaliteitseisen en doelmatige inzet van dure en schaarse infrastructuur en/of personeel kan het in sommige situaties passender zijn om bepaalde zorg te centraliseren. Het is in dat geval belangrijk om na te denken over landelijke spreiding.<sup>142</sup> Digitale infrastructuren en technologie kunnen ervoor zorgen dat zorg die ver weg gelokaliseerd is voor de patiënt heel dichtbij kan zijn.<sup>143</sup>

Passende zorg kan ondersteund worden door nieuwe en andere slimme vormen van zorg, zoals digitale innovaties.<sup>144</sup> Digitale zorg kan in belangrijke mate bijdragen aan het toegankelijk houden van zorg, het bevorderen van zelfmanagement en het doeltreffender en doelmatiger organiseren van de zorg.<sup>145</sup> Ziekenhuisopnames kunnen worden voorkomen, er zijn minder consulten nodig, en patiënten hebben een hogere kwaliteit van leven.<sup>146</sup> Het ZiN voert aan dat digitale en technologische mogelijkheden de dimensie van nabijheid veranderen: op afstand kan zorg door digitale oplossingen soms directer en nabij aanvoelen dat mogelijk is binnen korte fysieke afstand.<sup>147</sup> Het IZA gaat nog een stapje verder: zij vinden dat passende zorg digitaal is wanneer dat kan, en fysiek wanneer het moet. Het implementeren van digitale en technologische innovaties moet volgens het IZA gaan bijdragen om de zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam te maken.<sup>148</sup>

### Toepassing

Het voorkomen van onnodig dure en overbodige zorg kan via verschillende wegen bereikt worden. Een van de mogelijkheden is via het beheer van het basispakket.<sup>149</sup> Het basispakket is voor 90% open, waardoor innovaties makkelijk kunnen instromen. Het ZiN beoordeelt alleen specifieke gevallen, op verzoek van zorgverzekeraars, zorgaanbieders, het ministerie van VWS of op eigen initiatief. Het ZiN brengt adviezen uit over het verzekerde basispakket. Voor ongeveer 10% is het basispakket gesloten: deze middelen moeten eerst beoordeeld worden door het ZiN. Hierbij is steeds meer aandacht voor gepast gebruik van een interventie. Onderdelen hiervan zijn onder andere het bespreken van start- en

<sup>140</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 28.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 9.

Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 8.

<sup>141</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 28.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 9.

Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 8-9.

<sup>142</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 8-9.

<sup>143</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 9.

<sup>144</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 28.

<sup>145</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 61.

Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 31.

Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 13.

<sup>146</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 61.

<sup>147</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 8.

<sup>148</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 9.

<sup>149</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 47-48.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 31-34.

Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 15.



stopcriteria bij dure geneesmiddelen, het doen van een indicatiestelling of kwaliteitscriteria, of door vast te stellen welke gegevens moeten worden verzameld om kosteneffectiviteit van een behandeling te evalueren. Ook wordt het gebruik van interventies in de praktijk gemonitord en geëvalueerd, zodat bewezen niet-effectieve zorg uit het pakket kan verdwijnen. Voor het ZiN om goede beoordelingen te doen, is het belangrijk om gegevens te verzamelen, zodat ook na een aantal jaar goed kan worden beoordeeld wat de kosteneffectiviteit van een geneesmiddel is, en goede afspraken kunnen worden gemaakt over wat gepast gebruik is. Het NZa en het ZiN stellen voor om het ZiN een pro-actievere rol te laten spelen in het open pakket, zodat er strenger wordt gekeken naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van innovaties.<sup>150</sup>

Ook het IZA is voorstander van scherpere keuzes in het pakketbeheer om toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te waarborgen. Er moet meer zorg getoetst worden, en de criteria voor toetsing moeten worden aangescherpt. Zorg die grote impact heeft (bijvoorbeeld door grote ziektelast, grote arbeidsinzet of een groot financieel beslag) moet in deze herziening geprioriteerd worden.<sup>151</sup> Wanneer er onzekerheid is over effectiviteit, kan zorg voor een vooraf te bepalen periode vergoedbaar blijven. Gedurende die periode vindt onderzoek plaats waarmee de pakketwaardigheid beoordeeld kan worden. Ineffectieve zorg moet gedeïmplementeerd worden.<sup>152</sup> Het pakketbeheer moet cyclisch zijn; ook zorg die al in het pakket opgenomen is moet herbeoordeeld worden. Om dit te bereiken moeten alle zorgpartijen hun verantwoordelijkheid nemen: het ministerie van VWS, ZiN, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties.<sup>153</sup>

De NZa ziet ook een rol voor de individuele patiënt in het verminderen van onnodige zorg: patiënten kunnen door middel van thuismonitoring, websites en apps en zelfmanagement bij kleine vragen bijdragen aan vermindering van eigen zorgvraag.<sup>154</sup> Ook het ZiN ziet een rol voor de patiënt: deze moet gaan beseffen dat niet alles meer kan, en niet alles helpt in de zorg. Dit vraagt van patiëntenorganisaties om het gesprek aan te gaan over gezond gedrag en de optie van andere antwoorden op gezondheidsvragen dan zorg.<sup>155</sup> Ook wordt van patiënten verwacht dat zij zelfzorg als belangrijke eerste stap in het proces zien. Hoe dit in toegenomen mate tot stand moet komen, wordt niet toegelicht.

Zorg organiseren rondom de patiënt kan via meerdere wegen bereikt worden. Allereerst wordt door het ZiN en de NZa aangespoord tot het stimuleren van netwerkzorg en zorg in de regio.<sup>156</sup> Er is een rol voor de overheid bij het ondersteunen van regionale samenwerking tussen zorgverleners, zorgorganisaties, patiënten, zorgverzekeraars, en zorgkantoren, burgers en overheden.<sup>157</sup> Bij hoog specifieke zorg moet worden gewerkt in netwerken, waarbij een expertisecentrum samenwerkt met een aantal perifere zorgcentra. Op die manier kan de patiënt terecht in het expertisecentrum wanneer de hoog complexe zorg nodig is, terwijl de rest van de zorg onder begeleiding van het expertisecentrum kan worden uitgevoerd door het perifere centrum.<sup>158</sup>

---

<sup>150</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 47-48.

<sup>151</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 31-32.

<sup>152</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 32.

<sup>153</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 33-34

<sup>154</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 9.

<sup>155</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 12.

<sup>156</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 70-71. Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 14.

<sup>157</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 16.

<sup>158</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 70-71.

Over het algemeen wil het IZA inzetten op meer zorg dicht bij huis.<sup>159</sup> Tegelijkertijd wordt veel gesproken over het toenemend centreren van hoogspecifieke zorg. Hierbij worden patiënten zo veel mogelijk dicht bij huis behandeld, maar hoeven ze alleen voor bijvoorbeeld een ingewikkelde operatie naar een expertisecentrum. Hoewel het centreren van zorg geen doel op zich is, kan het de kwaliteit van de zorg en de houdbaarheid helpen borgen. Door expertisecentra weloverwogen te verspreiden over het land kan toegankelijkheid redelijk behouden blijven.<sup>160</sup> Om goede beslissingen te maken rondom de lokalisatie van zorg is transparantie nodig wat betreft de huidige patiëntenstromen. Daarom zal de NZa overzichtelijk maken welke zorgvragen waar terechtkomen.<sup>161</sup> Eerder onderzoek heeft al uitgewezen dat er vooruitgang bereikt kan worden door redigeren van niet-complexe patiënten vanuit UMC's naar algemene ziekenhuizen. Andersom wordt ook sommige zorg in algemene ziekenhuizen geleverd die meer passend zou zijn in een UMC, of in de eerste lijn.<sup>162</sup> Ondanks dat zorg zo veel mogelijk rondom de patiënt moet worden georganiseerd, geldt voor bepaalde hoog complexe en zeldzame zorg dat verdere centralisatie meer passend is.<sup>163</sup> Door deze zorg verder te centraliseren zijn op minder plekken de hoog specifieke expertise, personeel en faciliteiten nodig, terwijl door de hogere frequentie van die zorg op die plek de kwaliteit van de zorg vooruit gaat.

Als laatste zijn er ook veel ideeën over hoe zorg vervangen kan worden door slimme en/of digitale alternatieven. Digitale zorgoplossingen worden steeds meer integraal onderdeel van reguliere zorg. Verschillende zorggerelateerde partijen kunnen hierin een rol spelen: beroepsgroepen kunnen de inzet van digitale zorg beschrijven in standaarden en richtlijnen; zorgaanbieders kunnen digitale zorg aanbieden en hun processen erop aanpassen; zorgverzekeraars kunnen digitale zorg inkomen en afspraken maken over de implementatie; het ZiN beoordeelt nieuwe digitale interventies en de NZa maakt in de bekostiging ruimte voor digitale zorg.<sup>164</sup> Het IZA hanteert hierbij het doel: digitaal als het kan, en fysiek als het moet: arbeidsbesparende interventies gaan voor op arbeidsintensievere interventies.<sup>165</sup> Het NZa houdt nog een slag om de arm: volgens de NZa moet er meer los onderzoek komen naar de effectiviteit van digitale varianten van zorg. Er is niet altijd duidelijk of digitale varianten wel even effectief zijn als fysieke zorg. Wel moeten daarin ook factoren als wegvallen van reistijd en wachttijd worden meegewogen. Het betrekken van patiënten en zorgverleners bij besluitvorming over digitale of fysieke zorg is belangrijk.<sup>166</sup>

Het inzetten van digitale zorg zou gestimuleerd kunnen worden door het instellen van een maximumtarief op basis van de meest doelmatige (digitale) leveringsvorm van zorg. Echter pleiten het ZiN en de NZa hiertegen: dit zou de mate waarin artsen zich kunnen aanpassen aan individuele patiënten bemoeilijken en geen rekening houden met regionale verschillen. Geschikter zou zijn het aanhouden van een (gewogen) gemiddelde doelmatigheid als norm voor maximumtarieven.<sup>167</sup> Het NZa stelt ook voor een hogere vergoeding te laten gelden wanneer de meest doelmatige zorgoplossing wordt gebruikt.<sup>168</sup> Ook moet actief gewerkt worden aan het wegnemen van belemmeringen voor digitale zorg. Het ZiN zal werken aan informatie over digitale zorg voor zorgaanbieders en

---

<sup>159</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 35.

<sup>160</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 56.

<sup>161</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 68.

<sup>162</sup> *Ibidem*.

<sup>163</sup> *Ibidem*.

<sup>164</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 61.

<sup>165</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 31.

<sup>166</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 10.

<sup>167</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 55-56.

<sup>168</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 30.

zorgverzekeraars: in begrijpelijke taal zal geïnformeerd worden over de mogelijkheid tot het onderzoeken en het vergoeden van digitale innovaties, en in welke gevallen beoordeling van het ZiN nodig is. Ook moet er duidelijkheid komen over wanneer digitale zorgoplossingen wel en niet kunnen worden ingezet, en hoe zorgverleners dit kunnen bepalen. De NZa zal ruimte creëren in bekostiging om meer digitale zorg te kunnen declareren.<sup>169</sup> Echter, niet alleen zorgoplossingen moeten digitaliseren: ook verbetering van digitale gegevensuitwisseling is nodig. Dit moet zorgen voor vermindering van administratieve lasten en betere overdracht van belangrijke gegevens, waardoor er meer tijd is voor de patiënt.<sup>170</sup> De WRR beaamt dat er groot belang is bij een ontwikkeling van technologie zodat deze in toenemende mate schaarste aan personeel kan mitigeren. Echter is het tot op heden nog niet gelukt om de arbeidsproductiviteit door middel van technologische innovaties even hard te laten stijgen als in de rest van de economie, en rapporteert de WRR twijfel wat betreft het potentieel daartoe in de toekomst. Het is belangrijk om op digitale zorg te blijven inzetten, maar daarbij realistische verwachtingen aan te houden over wat digitale zorginnovaties vermogen.<sup>171</sup>

#### **De juiste zorg op de juiste plek bij de patiënt met prostaatcancer**

Op landelijk niveau wordt gewerkt om ook bij behandelingen voor prostaatcancer onnodige of onnodig dure zorg te voorkomen. Nieuwe, dure behandelingen voor prostaatcancer zullen aan strenge criteria moeten voldoen om opgenomen te worden in het basispakket. Ook behandelingen die al langer bestaan en al in het basispakket zijn opgenomen worden onder de loep genomen om zeker te weten dat zij daadwerkelijk effectief zijn. De patiënt met prostaatcancer zal alleen voor ingewikkelde operaties of hoogspecifieke bestraling naar een expertisecentrum moeten komen dat verder van huis is. Voor overige controle is hij onder behandeling bij ziekenhuis in zijn eigen regio. Er is in zijn zorgplan samenwerking met andere zorggerelateerde instanties in de regio. Zo kan het bijvoorbeeld geregeld worden dat gedurende de periode waarin hij een chemokuur heeft een aantal avonden in de week een lokale organisatie gezonde avondmaaltijden langs komt brengen. Samen met zijn behandelend arts heeft de patiënt overlegd of digitale afspraken een mogelijkheid zijn om de last van het reizen te verminderen.

### 6.2.4. Gezondheid in plaats van ziekte

#### *Principe*

Als derde principe hebben de NZa en het ZiN geformuleerd dat passende zorg moet gaan over gezondheid in plaats van ziekte. Hierbij zijn de volgende onderdelen geëxpliciteerd:

- Gezonde bevolking: health in all policies (HiAP);
- Positieve gezondheid: focus op de eigen ervaren gezondheid en functioneren;
- Preventie om ziekte en zwaardere zorg te voorkomen.

Health in all policies is een framework van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) met als doel het inzetten van overheidsbeleid op gezondheidsbevordering en het verkleinen van

<sup>169</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 66.

<sup>170</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 36.

<sup>171</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 337-8.

gezondheidsverschillen.<sup>172</sup> Een voorbeeld is bijvoorbeeld overheidsbreed beleid om roken te verminderen of toegang tot gezonde voeding te verbeteren.<sup>173</sup> Het ZiN benadrukt de baten hiervan over in verschillende domeinen: scholen met fitte kinderen zorgen voor betere leerprestaties, gezonde werknemers zorgen voor minder verzuim, en een hechter sociaal domein leidt tot minder overlast en sociaal-medische problemen.<sup>174</sup> De WRR benadrukt dat deze aanpak juist van belang is wanneer er sprake is van toenemende schaarste, om dat zo'n aanpak verreweg de efficiëntste manier is om in alle lagen van de bevolking gezondheidswinst te genereren.<sup>175</sup>

Positieve gezondheid betekent een focus op de eigen ervaren gezondheid en het functioneren. Het is een bredere benadering, waarin wordt gekeken naar het vermogen van mensen om te kunnen omgaan met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven, en daarbij zoveel mogelijk eigen regie te voeren.<sup>176</sup> Het IZA benadrukt ook dat passende zorg niet alleen biomedische aspecten van gezondheid omvat, maar ook andere levenssterreinen.<sup>177</sup> Het gaat niet primair om de ziekte, maar juist om het leven van mensen, ook wanneer zij in de laatste levensfase zijn. Terreinen die bijvoorbeeld aandacht verdienen zijn de invloed van de fysieke en sociale leefomgeving. Deze bredere blik heeft ook kan er ook weer voor zorgen dat antwoorden op gezondheidsvragen niet vanuit de formele gezondheidszorg kunnen komen.<sup>178</sup>

Verder is een belangrijk kenmerk van de focus op gezondheid een grotere nadruk op het voorkomen van ziekte of het voorkomen van complicaties of verergering van ziekte door middel van preventie.<sup>179</sup> Op die manier wordt de collectieve veerkracht van de samenleving versterkt en kan ook een deel van de toekomstige zorgvraag voorkomen worden.<sup>180</sup> Met name bij mensen met gezondheidsachterstanden en bij mensen met een hoog risico op een bepaalde ziekte moet preventie worden gestimuleerd.<sup>181</sup> Ook is preventie een manier om de maatschappelijke steun voor de zorg te helpen stutten, omdat preventie een dempende werking heeft op de uitgaven voor juist die leefstijl-gerelateerde aandoeningen waardoor solidariteit in de zorg onder druk staat.<sup>182</sup>

### Toepassing

Het belang van health in all policies wordt door de NZa en het ZiN benadrukt, maar de manier waarop dit plaats moet vinden wordt niet verder toegelicht. Wel komen in feite dezelfde ideeën terug wanneer de NZa en het ZiN adviseren het hebben over 'congruentie bij de overheid'. Hierbij wordt benadrukt dat al het overheidsbeleid gezondheidsimplicaties kan hebben, en dat daarom ook in bijvoorbeeld

<sup>172</sup> "Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities". *World Health Organisation*, [www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities#:~:text=Health%20in%20All%20Policies%20\(HiAP,health%20and%20inequities%20in%20health](http://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities#:~:text=Health%20in%20All%20Policies%20(HiAP,health%20and%20inequities%20in%20health). Geraadpleegd 17 juni 2023.

<sup>173</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 29.

<sup>174</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 10.

<sup>175</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 361-2.

<sup>176</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 29.

<sup>177</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 10-11.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 9.

<sup>178</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 10.

<sup>179</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 29.

<sup>180</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 10-11.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 9.

<sup>181</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 10.

Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 8.

<sup>182</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 361-2.

onderwijssystemen en het belastingstelsel meegenomen moet worden hoe gezondheid hierin meespeelt.<sup>183</sup> Ook de WRR pleit voor een structureel grotere inzet op gezondheid vanuit andere beleidsterreinen, met speciale aandacht voor mensen met een lagere sociaaleconomische status omdat daar relatief veel gezondheidswinst is te boeken. Deze andere terreinen zijn bijvoorbeeld zaken als schuldenproblematiek, gebouwde omgeving, huisvesting, onderwijs, landbouw, verkeer, arbeidsmarkt en milieu. Op deze manier kan in bredere zin gezonde leefstijl worden aangeleerd en gestimuleerd, en kunnen tegelijkertijd gezondheidsbedreigende factoren zoals fijnstof, roet en stikstofoxiden worden tegengegaan.<sup>184</sup>

Het concept van ‘positieve gezondheid’ heeft geen uitgebreide toepassingsagenda. Het ZiN draagt voor dat zorgverzekeraars de nadruk moeten verschuiven van beloning voor interventie naar beloning van passende indicatiestelling en besluitvorming, waardoor het uitvoeren van medische interventies als oplossing minder gestimuleerd wordt.<sup>185</sup> Bij andere principes komt dit idee terug dat antwoorden op gezondheidsvragen niet altijd met medische interventies opgelost hoeven te worden.<sup>186</sup> Echter ontbreekt de operationalisering. Hoe moet deze bredere blik ruimte krijgen in de praktijk? In de context van een plan tot zorghervorming vanwege toekomstige onhoudbaarheid lijkt het juist meer tijd, en dus ook meer geld te gaan kosten om bij iedere patiënt breder te benaderen; niet alleen de hulpvraag, maar ook de fysieke, emotionele en sociale context te betrekken. Er wordt niet gespecificeerd hoe positieve gezondheid vorm krijgt in de spreekkamer of hoe zorgverleners dit kunnen stimuleren.

Het toepassen van preventie wordt wel uitgebreid toegelicht. Ten eerste benadrukken de NZa en het ZiN dat preventie in verschillende domeinen moet plaatsvinden. Zo kunnen huisartsen en wijkverpleegkundigen doen aan preventie in de vorm van casemanagement en het signaleren van problemen zoals risico op vallen, ondervoeding en vereenzaming. Ook kunnen verloskundigen preventieve zorg bieden bij de begeleiding van een zwangerschap, en bestaat er preventie in de vorm van preconceptionele dragerschapscreening van erfelijke aandoeningen.<sup>187</sup> Een andere vorm is geïndiceerde preventie. Hierbij wordt juist bij mensen met een hoog risico op een bepaalde ziekte ingezet op het voorkomen van die ziekte.<sup>188</sup> Voorbeelden hiervan zijn de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht en obesitas (GLI) en stoppen-met-rokenprogramma’s. Om ervoor te zorgen dat preventieve zorg meer wordt toegepast is het belangrijk om meer duidelijkheid te creëren over de mogelijkheden in het aanbod en de inkoop van preventie.<sup>189</sup>

Preventie moet financieel worden gestimuleerd. Op dit moment zijn zorgverzekeraars vrij om te besluiten of bepaalde zorgkosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen. Echter zorgen bepaalde kenmerken van preventie ervoor dat er in de praktijk belemmeringen worden ervaren. Zo beperkt preventie zich niet tot een enkel gezondheidsdomein waardoor verantwoordelijkheid onduidelijk is en financiering moeilijk aansluit. Benodigde samenwerking en coördinatie komen moeilijk tot stand, bijvoorbeeld omdat de baten van preventie bij een andere partij terecht komen (het wrong

<sup>183</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 32.

<sup>184</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 361.

<sup>185</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 14.

<sup>186</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 10.

<sup>187</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 64.

<sup>188</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 64.

Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 8.

<sup>189</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 64.

pocket-probleem) of vanwege de lange termijn waarop de baten optreden.<sup>190</sup> Dit soort belemmeringen moeten worden weggenomen.<sup>191</sup> Het ZiN en de NZa willen preventieve interventies lonend maken door nieuwe vormen van bekostiging. Zo zouden bijvoorbeeld meerjarenpolissen ervoor kunnen zorgen dat het voor zorgverzekeraars meer gaat lonen om in te zetten op preventie.<sup>192</sup> Ook willen zij onderzoeken of risicoverevening als instrument kan worden ingezet om preventie te bevorderen.<sup>193</sup> Op dit moment bevat het risicovereveningssysteem nog prikkels die het investeren in preventie en doelmatige zorg in de weg staan. Het ZiN wil in kaart brengen welke andere financiële prikkels preventie mogelijk in de weg staan, en adviseert het VWS om op basis hiervan waar nodig de risicoverevening aan te passen en in te zetten als beleidsinstrument, en niet alleen als verdeelmodel.<sup>194</sup>

Door middel van het ZiN project 'Preventie in de Praktijk' moet verder worden onderzocht wat de rol van het ZiN kan zijn bij het in de praktijk brengen van preventieve zorg.<sup>195</sup> Tegelijkertijd waarschuwt het ZiN dat zorgverzekeraars moeten voorkomen dat toegenomen preventie leidt tot medicalisatie, en moeten blijven stimuleren dat niet iedere gezondheidsvraag een zorgantwoord behoeft.<sup>196</sup> De WRR is van mening dat preventie niet alleen financieel aantrekkelijk gemaakt moet worden, maar ook verplicht onder de aandacht moet komen. Zij willen dat de overheid een langetermijnperspectief afdwingt en inzet op preventie vanuit andere beleidsterreinen.<sup>197</sup> De overheid moet zelf meer middelen inzetten tot preventie, maar ook veldpartijen hiertoe stimuleren of verplichten. De wens is dan ook dat de overheid optreedt als hoeder van de preventieve gezondheidszorg, en niet moet schromen om verplichtende maatregelen in te zetten ten behoeve van preventie. Zo kunnen zij producten met negatieve gezondheidseffecten en productieprocessen reguleren en het aanbod van die producten verminderen of de verkoop ervan belasten. De keerzijde hiervan is dat sommige van deze interventies ervaren kunnen worden als paternalistisch en betuttelend, of als aantasting van persoonlijke vrijheid. Echter bestaan grondslagen om dit toch mogelijk te maken, zoals het voorkomen van gezondheidsschade aan derden, het beschermen van mensen tegen zichzelf, en het voorkomen van zorgkosten die ten laste van de samenleving komen.<sup>198</sup>

Over het algemeen blijkt uit de rapporten een grote potentie voor preventie om veel gezondheidskosten te kunnen voorkomen. Door te investeren in gezondere leefstijl van burgers blijven mensen gezonder, waardoor er minder zorg nodig is en dus minder zorgkosten hoeven worden gemaakt. Echter ontbreekt uit de rapporten de erkenning dat preventief beleid ook juist met grote kosten gepaard kan gaan. In Nederland wordt aan geïndiceerde preventie gedaan door middel van drie bevolkingsonderzoeken: voor borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker. Opgeteld kosten deze ieder jaar 145 miljoen euro.<sup>199</sup> Door risicopopulaties te screenen wordt de ziekte in een vroeger

<sup>190</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 362.

<sup>191</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 64.

<sup>192</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 27.

<sup>193</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 64-65.

<sup>194</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 57-59. Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 15.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 39-40.

<sup>195</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 65.

<sup>196</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 14.

<sup>197</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 361-3.

<sup>198</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 362-3.

<sup>199</sup> NOS. "Experts: bevolkingsonderzoeken naar kanker moeten gerichter". NOS, 19 juni 2022, nos.nl/nieuwsuur/artikel/2432940-experts-bevolkingsonderzoeken-naar-kanker-moeten-gerichter.



stadium ontdekt, waardoor betere behandeling mogelijk is. Volgens het RIVM worden met deze bevolkingsonderzoeken jaarlijks rond de 3.500 levens gered.<sup>200</sup> Echter, hiervoor moeten in enorme aantallen mensen meedoen aan een vaak onprettig onderzoek. Zo wordt slechts bij 0,7% van de bijna een miljoen deelnemers aan de borstkankerscreening ziekte aangetroffen, terwijl al die deelnemers wel een zeer onaangename mammografie moeten ondergaan. Daarbij leveren vals-positieve uitkomsten en daaropvolgende invasieve ingrepen veel onnodige emotionele en fysieke belasting op.<sup>201</sup> Desondanks kan het toch zinnig zijn om de preventie uit te voeren, omdat het belang van het voorkomen van sterfgevallen groter wordt geacht. Daarbij kan ook van dure programma's de doelmatigheid worden verbeterd door de risicogroep te versmallen, het screeningsinterval te verbreden of het minder belastend maken van de screeningsprocedure door bijvoorbeeld technologische innovatie.<sup>202</sup> Al met al kan geconcludeerd worden dat preventie niet per definitie passend is, en er nog steeds een kritische evaluatie moet worden gedaan van de kosten en de baten.

### Gezondheid in plaats van ziekte bij de patiënt met prostaatkanker

Voordat prostaatkanker aan de orde is, is gewerkt aan het verbeteren van de gezondheid vanuit andere disciplines buiten de gezondheidszorg om te voorkomen dat mensen kanker krijgen. Zo wordt hoog ingezet op het voorkomen dat mensen gaan roken, en wordt bij milieubeleid en beslissingen die een effect hebben op de leefomgeving van mensen rekening gehouden op het mogelijke gezondheidseffect. Hierdoor wordt het aantal mensen dat eindstadium prostaatkanker krijgt verlaagd. Voor de patiënten die toch prostaatkanker krijgen ligt de nadruk op positieve gezondheid: wat kunnen zij nog wel, hoe kunnen zij eigen regie blijven voeren in hun leven?

## 6.3. Randvoorwaarden

Onder de noemer 'randvoorwaarden' worden alle actiepunten geschaard die te maken hebben met het bereiken van passende zorg, zonder dit direct te bewerkstelligen. Het betreft daarom vooral veranderingen in beleidsvoering, samenwerking, voorwaarden voor de instandhouding van passende zorg in de toekomst, en veranderingen in maatschappelijke en politieke attitudes.

### 6.3.1. Congruentie en maatschappelijk draagvlak

Om passende zorg breed toe te passen en in stand te houden is het nodig dat er congruentie tussen de verschillende partijen bestaat.<sup>203</sup> Dit houdt in dat alle partijen tegelijkertijd aan dezelfde missie werken. Hierbij blijven deelbelangen legitiem, maar moeten deze ingebed worden in een nieuw gedeeld belang.<sup>204</sup> Deze congruentie wordt door het ZiN en de NZA opgesplitst in gelijkgerichtheid, waarbij

<sup>200</sup> "Nationaal Programma Bevolkingsonderzoek: de cijfers". RIVM, [www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeken-en-screeningen/bevolkingsonderzoek-organisatie/nationaal-programma-bevolkingsonderzoek-cijfers](http://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeken-en-screeningen/bevolkingsonderzoek-organisatie/nationaal-programma-bevolkingsonderzoek-cijfers).

<sup>201</sup> "Nut van borstkankerscreening: toenemende onzekerheid". *Minerva*, [www.minerva-ebm.be/NL/Analysis/10277](http://www.minerva-ebm.be/NL/Analysis/10277). Geraadpleegd 17 juni 2023.

<sup>202</sup> NOS. "Experts: bevolkingsonderzoeken naar kanker moeten gericht".

<sup>203</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 30. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 41.

Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 19.

Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 5.

<sup>204</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 5.

iedereen hetzelfde doel voor ogen heeft, en paralleliteit, wat inhoudt dat ook door verschillende partijen gelijktijdig actie wordt ondernomen.<sup>205</sup> Om hierin te ondersteunen kan het nuttig zijn om dialoogsessies te organiseren tussen zorgaanbieders, waarbij dilemma's en mogelijke oplossingen kunnen worden uitgewisseld.<sup>206</sup> Echter, niet alleen tussen actoren moet gelijkgerichtheid zijn, maar ook in systemen. Financiële prikkels in de bekostiging van zorg moeten in lijn zijn met de idealen van passende zorg, waarbij productie niet leidend moet zijn voor inkomsten.<sup>207</sup> Volgens het IZA is een andere belangrijke voorwaarde voor gelijkgericht werken is dat er één overlegtafel is tussen de raad van bestuur en vertegenwoordiging van medisch specialisten. Zo wordt voorkomen dat afspraken op ziekenhuisniveau niet doorwerken tot in de spreekkamer van medisch specialisten.<sup>208</sup> Ook is het belangrijk dat zorgorganisaties alleen samenwerken met (commerciële) partijen die bijdragen aan het bereiken van passende zorg, en dat zorgverzekeraars in samenhang zorgen dat passende zorg wordt ingekocht.<sup>209</sup> Paralleliteit in het inzetten van concrete activiteiten is een belangrijk onderdeel van de congruentie: individuele partijen hebben weliswaar hun eigen taken en verantwoordelijkheden, maar ze hebben elkaar nodig om zaken in beweging te krijgen. Het ZiN benadrukt dat dit van iedere partij vergt dat zij verbindend leiderschap voeren, effectieve samenwerking onderhouden, elkaar onderling respecteren en elkaar gunnen.<sup>210</sup> Een belangrijke voorwaarde om congruentie mogelijk te maken is dat de rolverdeling duidelijk is.<sup>211</sup>

Niet alleen is gelijkgerichtheid nodig tussen verschillende zorgpartijen, maar ook tussen de zorg en andere aspecten van de maatschappij. Om dit te bereiken wil het ZiN en de NZa een landelijke dialoog organiseren. Ook het IZA stelt dat de dialoog over noodzakelijke veranderingen in de zorg met burger en professional zo snel mogelijk gestart moet worden.<sup>212</sup> Binnen die dialoog kan gepraat worden over principes en doelen van passende zorg, zodat een gemeenschappelijke taal wordt gecreëerd. Dit vergemakkelijkt het uitwisselen van kennis, en ervaringen en het ontwikkelen van ideeën.<sup>213</sup> De WRR heeft als een van haar hoofddoelen het creëren van maatschappelijk draagvlak voor scherpere keuzes in de zorg. Dit lijkt hetzelfde doel te hebben: ervoor zorgen dat de gehele maatschappij gelijkgericht richting passende zorg beweegt. Echter, de WRR benadrukt vooral dat de samenleving onder ogen moet gaan zien dat om de zorg houdbaar te houden, scherpere prioritering plaats moet gaan vinden. Dit vinden mensen ongemakkelijk, maar het vermijden van het maken van dit soort keuzes schaadt de zorg, en de Nederlandse samenleving, alleen maar meer.<sup>214</sup> Het versterken van maatschappelijk draagvlak wordt volgens de WRR bereikt door de samenleving voor te bereiden op schaarste en scherpe politieke keuzes, een maatschappelijk gedragen langetermijnvisie op te stellen op de probleemsectoren van de langdurige ouderenzorg, de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg, en ervoor te zorgen dat keuzes over de zorg maatschappelijke legitimatie hebben, bijvoorbeeld via een burgerforum. De

<sup>205</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 30.

<sup>206</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 69.

<sup>207</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 59-60.

<sup>208</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 19.

<sup>209</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 13-14.

<sup>210</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 16.

<sup>211</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 368-9.

<sup>212</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 40.

<sup>213</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 23.

<sup>214</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 372.

verantwoordelijkheid hiervoor ligt niet alleen bij de overheid en de politie, maar ook bij zorgpartijen zoals zorgaanbieders, verzekeraars en toezichthouders, en bij burgers zelf.<sup>215</sup>

### 6.3.2. Continue cyclus en een lerend systeem

Het IZA en de ZIN en de NZa benadrukken dat het realiseren van passende zorg geen eenmalig proces is. Daarom sturen zij aan op continue evaluatie en bijsturing: passende zorg moet een continue cyclus worden.<sup>216</sup> Wat werkt moet groeien, en wat niet bijdraagt moet verdwijnen.<sup>217</sup> Op basis van zo'n korte leer- en verbetercyclus kan de transformatie naar passende zorg in beweging worden gebracht en gehouden.<sup>218</sup> Voor een dergelijk systeem gebaseerd op feedback is bewijsvoering van belang.<sup>219</sup> Zorgverleners moeten op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van zorg verzamelen en registreren, en zorgverzekeraars moeten in de contracten meer aansturen op het doen van zorgevaluatie.<sup>220</sup> Mogelijk kunnen zij passende zorg stimuleren door middel van een extra vergoeding die uitsluitend beschikbaar is voor bewezen effectieve zorg.<sup>221</sup> Betere bewijsvoering is nodig wat betreft kosteneffectiviteit van zorginterventies en diagnostiek, maar ook op bijvoorbeeld de bekostiging van zorg en het basispakket.<sup>222</sup> Ook zal het NZa een rol spelen in het monitoren van contractafspraken waar het realiseren van passende zorg een onderdeel van moet zijn.<sup>223</sup> Verder kunnen kennisinstituten een belangrijke bijdrage leveren aan het in kaart brengen van passende zorg.<sup>224</sup>

Het IZA en de NZa voegen hieraan toe dat ook een belangrijke voorwaarde is dat er voldoende gegevensuitwisseling plaatsvindt.<sup>225</sup> Momenteel is het uitwisselen van informatie over de lijnen, en soms ook daarbinnen, nog zeer lastig vanwege verschillende systemen en standaarden voor vastlegging.<sup>226</sup> Een belangrijk doel van passende zorg is dat data die eenmalig efficiënt worden vastgelegd meervoudig gebruikt moeten kunnen worden door verschillende partijen. Het ZiN en het IZA sturen daarom ook aan op het transparant maken van kwalitatieve en administratieve gegevens voor zorgaanbieders, zorgprofessionals, patiënten en verzekeraars.<sup>227</sup> Het ZiN benadrukt dat de overheid hier een leidende rol in kan spelen.<sup>228</sup> Het IZA stelt voor dat zorgverleners, patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen afspraken maken over welke informatie structureel transparant moet worden gemaakt.<sup>229</sup> Ook het delen van data door de patiënt moet worden gestimuleerd, met respect voor privacy en zorg dat alle patiënten de informatie goed kunnen begrijpen en gebruiken.<sup>230</sup> Verder moeten

<sup>215</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 350-3.

<sup>216</sup> Zin NZa p.25; Advies NZa p.23; Kader ZiN p.17

Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 25.

<sup>217</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 5.

<sup>218</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 35.

<sup>219</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 32-33.

<sup>220</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 35.

<sup>221</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 25.

<sup>222</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 32-33.

<sup>223</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 26.

<sup>224</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 14.

<sup>225</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 35-36.

Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 24.

<sup>226</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 24.

<sup>227</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 14.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 41.

<sup>228</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 15.

<sup>229</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 37-41.

<sup>230</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 12.

leveranciers van zorgproducten zoals elektronische patiëntendossiers ervoor zorgen dat belemmeringen voor de uitwisseling van data met respect voor privacy worden weggenomen.<sup>231</sup> De WRR beveelt aan dat de eindverantwoordelijkheid voor het systematisch ontwikkelen, bijeenbrengen en ontsluiten van uitkomstgegevens bij één organisatie wordt belegd. De huidige fragmentatie van data zorgt ervoor dat er een gebrek is aan overzicht, waardoor data moeilijk te doorgronden zijn en pas laat tot beleid doordringen. Deze organisatie kan bijvoorbeeld het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) zijn, de NZa of het RIVM.<sup>232</sup>

Verder zorgt het delen en voortzetten van goede voorbeelden van implementatie van passende zorg voor inspiratie en lering.<sup>233</sup> De NZa en het ZiN willen daarom zich inzetten voor het periodiek delen van goede voorbeelden van passende zorg bij zorgverleners, patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheden.<sup>234</sup> Een laatste aspect dat moet bijdragen aan het ook in de toekomst in stand houden van passende zorg is dat dit gedachtegoed opgenomen wordt in opleidingen. Jonge professionals verdienen het om in hun opleiding kennis en vaardigheden bijgebracht te worden die bijdragen aan mensgerichte, houdbare en duurzame zorg.<sup>235</sup>

## 6.4. Reflectie op passende zorg

### 6.4.1. Kostenbesparing versus kwaliteitsverbetering

Over de gehele breedte van verschillende achterliggende principes valt ligt een spanningsveld tussen kostenbesparing en kwaliteitsverbetering. Aan de ene kant is passende zorg bedacht om het hoofd te bieden aan de financiële, materiële en personele druk op de zorg. Er is toenemende schaarste in de zorg, en passende zorg reikt op verschillende manieren handvatten aan om beleidsverandering door te voeren en keuzes te maken ten aanzien van het bepalen waar de schaarse middelen naartoe moeten gaan. De oplossingen voor deze problemen liggen vooral in de organisatie van zorg, op macro-niveau (zie ook figuur 3). Dit geeft een bepaalde betekenis aan het woord ‘passend’: het suggereert passend zorg als ‘gepast’, in lijn met de schaars beschikbare middelen, mensen en materialen. Op deze manier had het ook ‘minderen van zorg’ of ‘scherpere zorg’, of zelfs ‘omgaan met schaarste in de zorg’ kunnen heten.

De andere dimensie van passende zorg streeft ernaar om de kwaliteit van zorg te verbeteren voor de individuele patiënt. Deze wordt geuit in bijvoorbeeld het principe van samen beslissen, de patiënt centraal stellen en zorg rondom de patiënt te organiseren. Dit geeft eigenlijk een andere betekenis aan het woord ‘passend’; passend bij die ene patiënt, aangepast aan diens hulpvraag en omstandigheden. De actiepunten die corresponderen met deze dimensie vinden vooral plaats op micro-niveau, in de spreekkamer, en zijn veranderingen in de aard van de zorg (zie ook figuur 3). Deze verdeling kwam ook naar voren in de definities van passende zorg. Natuurlijk is dit geen toeval: het is

<sup>231</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 14.

<sup>232</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], *Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, pp. 371.

<sup>233</sup> Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*, pp. 9.

Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 72.

Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 5.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 30.

<sup>234</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 72.

<sup>235</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN], *Kader Passende zorg*, pp. 13.

waarschijnlijk juist die dubbele betekenis die ervoor gezorgd heeft dat ‘passende zorg’ een aantrekkelijke naam was voor deze agenda. Echter, er wordt maar weinig aandacht besteedt aan de potentiële conflicten die kunnen opdoemen wanneer deze twee niveaus van passende zorg tegelijkertijd moeten worden geïmplementeerd. Het is interessant dat de WRR als enige het centraal stellen van de patiënt niet als doel heeft. Dit heeft er mogelijk mee te maken dat zij als hoofdonderwerp de houdbaarheid van zorg hebben: er staat dus expliciet voorop het programma dat er bespaard moet gaan worden in mensen, middelen en materialen.



**Figuur 3:** Visualisatie van verschillende aspecten van passende zorg.

Hoewel deze verschillende aspecten zijn samengenomen in de werkagenda van passende zorg, is het helemaal niet duidelijk of deze doelen wel dezelfde richting op duwen. Het is niet eenduidig bewezen of toegenomen patiëntgerichtheid ook gaat leiden tot beslissingen die geld besparen. Integendeel, een onderzoek van de Algemene Rekenkamer naar de effectiviteit van het programma Zinnige Zorg van ZiN tussen 2013 en 2019, waarin ook passende zorg werd nagejaagd, heeft aangetoond dat geen significante kostenbesparing werd bereikt.<sup>236</sup>

Waarom zijn principes als ‘de patiënt centraal’, ‘meenemen van de sociale context van de patiënt’, en ‘samen beslissen’ dan zo’n integraal onderdeel van passende zorg geworden? Dat het niet de focus heeft, blijkt wel uit de nadruk die door de verschillende rapporten wordt gelegd in actiepunten: terwijl veranderingen op het niveau van de organisatie van zorg pagina’s lang worden toegelicht, krijgen de veranderingen op het niveau van de spreekkamer maar weinig aandacht in de toepassing. Hoe moet worden bereikt dat voor de patiënt relevantie uitkomstmaten centraal staan in het beslissingsproces wordt niet verder toegelicht dan het voeren van een goed gesprek. Ook het betrekken van de (sociale) context van de patiënt en het inzetten op zelfzorg wordt niet voorzien van een uitgebreide toepassingsagenda, net als hoe positieve gezondheid gestimuleerd kan worden. Hoe dit soort gesprekken precies gevoerd moet worden en welke thema’s hierin precies aan bod moeten komen wordt niet toegelicht, en al helemaal niet hoe dit soort gesprekken gevoerd kunnen worden in de context van het beteugelen van onnodige zorguitgaven. Daarbij is het, zoals eerder genoemd, geen gegeven dat patiënten bij het voeren van dit soort gesprekken een voorkeur zullen uitspreken voor zorg die passend is. Hoe stimuleer je een individuele patiënt op het maken van beslissingen die de

<sup>236</sup> Algemene Rekenkamer, *Verzekerd van Zinnige Zorg*, pp. 6

houdbaarheid van de zorg als geheel ten goede komen? En is het eigenlijk wel ethisch verantwoord om dat te doen? Op welke mogelijke manieren kunnen zorgverleners omgaan met deze afweging tussen het belang van de individuele patiënt zie zij voor zich hebben, en het collectieve belang van het houdbaar houden van de gezondheidszorg? Het is belangrijk dat dit soort vragen aandacht krijgen in het proces van implementatie van passende zorg, in aanvulling op verder onderzoek naar mogelijke spanningsvelden en tegengestelde belangen binnen het werkplan passende zorg.

Ook is het belangrijk dat er aandacht is voor de mogelijke problemen die deze scheiding in doelen kan hebben voor zorgmedewerkers in de praktijk. Zorgverleners hebben bepaalde ethische plichten aan hun patiënten. Deze zijn door Beauchamp & Childress gevat in de vier principes van medische ethiek: 1) weldoen, oftewel zorg moet bijdragen aan het welzijn van de patiënt; 2) niet schaden, oftewel het handelen van de zorgverlener mag geen schade aan de patiënt aandoen; 3) respect voor autonomie, waarbij de zorgverlener de geïnformeerde wensen van de patiënt moet respecteren; en 4) rechtvaardigheid, wat inhoudt dat mensen met gelijke klachten gelijke kansen hebben op behandelingen daarvoor.<sup>237</sup> Deze plichten corresponderen veelal met de doelen die passende zorg in de spreekkamer stelt waarbij de patiënt centraal moet staan. Bij gezondheidszorg op landelijke schaal gelden andere principes: in Nederland zijn dat met name solidariteit en rechtvaardigheid, waarbij passende zorg door termen als houdbaarheid en proportionaliteit nieuwe invulling geeft aan wat rechtvaardige solidariteit is.<sup>238</sup> Passende zorg vraagt van zorgmedewerkers dat zij de ethische plichten aan hun individuele patiënt verenigen met bredere verplichtingen richting de maatschappij, gevisualiseerd in figuur 4. Binnen de rapporten over passende zorg ontbreekt erkenning van dit spanningsveld en houvast voor zorgmedewerkers over hoe zij deze belangen tegen elkaar kunnen afwegen.



**Figuur 4:** Een schematische weergave van de mogelijke tegenstrijdigheid in de verschillende doelen van passende zorg.

#### 6.4.2. Bepaling van effectiviteit: door wie en waarom?

In het plan om passende zorg te bereiken is het uitbannen van onzinnige en ineffectieve zorg een terugkerend thema. Effectieve zorg betekent voor veel rapporten effectief op basis van de stand van de wetenschap en de praktijk (SW&P). Wanneer voldoende bewijs voor effectiviteit vanuit SW&P onderbreekt, moet binnen een bepaalde termijn dit bewijs worden opgebouwd. Bewezen niet-

<sup>237</sup> Beauchamp, Thomas L., en James F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*

<sup>238</sup> Thiel, Ghislaine van, e.a. *De Pakketsluit voor dure geneesmiddelen: Een ethische evaluatie*. 2022, [www.umcutrecht.nl/nieuws/de-pakketsluit-voor-dure-geneesmiddelen](http://www.umcutrecht.nl/nieuws/de-pakketsluit-voor-dure-geneesmiddelen).



effectieve zorg moet verdwijnen.<sup>239</sup> De hoop is dat dit ook snel zal doorwerken in richtlijnen en standaarden, zodat nieuwe kennis over effectieve of niet-effectieve zorg snel in de praktijk komt.<sup>240</sup>

Maar wat gebeurt er wanneer de wil van de patiënt niet overeenkomt met het effectiviteitsonderzoek volgens de standaard van de wetenschap en de praktijk? In 2016 is een zaak voor de rechter gekomen die dit conflict uitlicht. Het ZiN had geoordeeld op basis van evidence based medicine (EBM) methodiek, de standaard binnen de geneeskunde, dat er geen wetenschappelijk bewijs was voor de werkzaamheid van blaasspoelingen. Daarom heeft het ZiN geadviseerd om deze behandeling niet meer in het basispakket op te nemen. De Interstitiële Cystitis Patiëntenvereniging (ICP) maakte bezwaar, omdat urologen en vooral patiëntervaringen aanwijzingen gaven van positieve effecten van blaasspoelingen. Het ICP beklagde dat het ZiN onderzoeksresultaten onevenredig zwaar mee liet tellen, terwijl klinische expertise en patiëntervaringen niet genoeg waren meegenomen in het oordeel. Het ZiN zet daar tegenover dat zij uitgaan van de volgende hiërarchie van bewijskracht die de principes van EBM volgt, waarbij A1 het zwaarst weegt, en D het minst zwaar:<sup>241</sup>

- A1: Een systematische review van ten minste 2 randomised controlled trials (RCT)
- A2: Een goed uitgevoerde RCT
- B: Overig vergelijkend onderzoek met een controlegroep
- C: Niet-vergelijkend onderzoek (voor- en nameting, zonder controlegroep)
- D: Mening van experts

Hierin valt direct op dat het perspectief van de patiënt niet wordt meegenomen. De klacht van het ICP is dan ook uiteindelijk ongegrond verklaard, en het ZiN is in het gelijk gesteld. In dit paradigma van EBM wegen klinische expertise in mindere mate, en patiëntervaringen helemaal niet mee. Binnen passende zorg spreken de NZa en het ZiN van de standaard van de wetenschap én de praktijk. Er lijkt dus wel degelijk enige ruimte te zijn voor het perspectief van klinische ervaring. Ook wordt er door het IZA enig recht gedaan aan het perspectief van de patiënt, door te adviseren om transparantie aan te houden per zorgaanbieder en vakgroep richting patiënten en verzekeraars door middel van patiënt-reported outcome measures (PROM's). Echter heeft dit weer geen effect op de inhoud van het basispakket.

Concluderend zijn deze rapporten niet duidelijk over hoe de hiërarchie van bewijsvoering tussen EBM en klinische ervaring zit wanneer passende zorg wordt toegepast, en lijkt het perspectief van de patiënt veelal te ontbreken. Dit is met name schrijnend wanneer het principe van effectieve zorg omringd wordt door principes die de hulpvraag van de patiënt centraal stellen en de nadruk leggen op samen beslissen. Hoe kunnen deze verschillende belangen met elkaar worden afgewogen? Het is nodig dat binnen het concept passende zorg meer duidelijkheid geschepd wordt over de achterliggende overwegingen bij ineffectieve en effectieve zorg.

---

<sup>239</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 27. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord*, pp. 9.

<sup>240</sup> Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], *Samenwerken aan passende zorg*, pp. 45.

<sup>241</sup> Moes, Floortje, e.a. "Contested evidence: a Dutch reimbursement decision taken to court". *Health Economics, Policy and Law*, vol. 12, nr. 3, Cambridge UP, november 2016, pp. 325–44. <https://doi.org/10.1017/s1744133116000281>.

### 6.4.3. Ontbreekt de onderzoeksagenda?

Er wordt in de rapporten over passende zorg geschreven over de rol die onderzoek kan spelen in het creëren van een lerend systeem van passende zorg, en de taak die onderzoekers hebben voor het evalueren en bijsturen van herzieningen van zorgsystemen. Echter lijkt er een andere rol voor het academisch onderzoek te zijn blijven liggen. Medisch onderzoek vormt de grondslag voor veel medisch beleid, en kan zeer bepalend zijn voor wat artsen kunnen doen en kunnen voorschrijven. Er gaan ook enorme hoeveelheden geld, middelen en mankrachten om in de medische onderzoekswereld. Het is zonde om binnen de agenda van passende zorg niet ook in deze wieg van de geneeskunde in te grijpen. Door invloed uit te oefenen op waar onderzoeksgelden aan besteed mogen worden kunnen veel hoge kosten voorkomen worden en andere kosten verlaagd worden. Denk bijvoorbeeld aan de grote nadruk die op dit moment ligt op farmaceutisch onderzoek. Omdat er vaak veel meer geld mee te verdienen valt, wordt veel onderzoek gedaan naar farmaceutische behandelingen, terwijl leefstijlinterventies mogelijk een grotere gezondheidswinst opleveren en lagere kosten hebben.<sup>242</sup> Dat is niet geheel onverwachts, omdat hier onder andere vanwege patenten veel geld mee is te verdienen. Maar, wat als elke farmaceut een verplicht aandeel van het onderzoeksgeld moet besteden aan leefstijlverbetering? Op die manier wordt gestimuleerd om meer onderzoek te doen naar behandelingsopties die een minder groot beslag leggen op schaarse (financiële) middelen, en wordt ingezet op het voorkomen van veel dure zorg. Een onderzoeksagenda van passende zorg zou kunnen bijdragen om werkelijke congruentie te bereiken waarbij alle relevante partijen werken richting passende zorg.

---

<sup>242</sup> "Leefstijlgeneeskunde: nodig voor fundamentele omslag in de zorg". *Zorgvisie*, 25 februari 2020, [www.zorgvisie.nl/leefstijlgeneeskunde-nodig-voor-fundamentele-omslag-de-zorg](http://www.zorgvisie.nl/leefstijlgeneeskunde-nodig-voor-fundamentele-omslag-de-zorg).

## 7. Passende zorg rond het levenseinde

Zorg rond het einde van het leven is vaak complex en omgeven door sterke emoties.<sup>243</sup> Er bestaat een ethische verplichting om patiënten in de laatste levensfase, vaak de meest kwetsbare mensen van de samenleving, te beschermen tegen schade, zowel door over- als onderbehandeling.<sup>244</sup> Voor de patiënt en voor de naasten van de patiënt staat er veel op het spel; er bestaat in deze fase een grote afhankelijkheid aan de zorgverlener. Passende zorg interacteert op verschillende manieren met deze professionele ethische plichten. Tegelijkertijd gaat deze levensfase gepaard met relatief hoge zorgkosten, waardoor er voor passende zorg veel winst te behalen valt.<sup>245</sup> In dit hoofdstuk zal worden geëxploreerd welke mogelijke implicaties passende zorg heeft voor zorg rondom het levenseinde. Welke overwegingen en keuzes roept passende zorg op in deze specifieke context? Hiertoe zal als eerste ‘zorg rondom het levenseinde’ worden gedefinieerd, waarna een aantal mogelijke spanningsvelden worden uitgelicht.

### 7.1. Het definiëren van ‘zorg rondom het levenseinde’

Voordat er conclusies getrokken kunnen worden over wat passende zorg gaat betekenen in de context van zorg rondom het levenseinde, is het belangrijk om te definiëren wat wordt bedoeld met ‘het levenseinde’. In elk geval gaat het om een bepaalde fase van het leven waarin mensen de dood naderen.<sup>246</sup> Deze fase kan relatief smal gedefinieerd worden, bijvoorbeeld op basis van een bepaalde diagnose (bijvoorbeeld een bepaald stadium van kanker) of een bepaalde behandeling (zoals palliatieve zorg). Ook kan het iets breder gedefinieerd worden op basis van het voorkomen van bepaalde symptomen, functionele capaciteit, of inschattingen van levensverwachting. De meest brede definitie van het levenseinde duidt een periode aan van onbepaalde tijd waarin patiënten en hulpverleners worstelen met de implicaties van een vergevorderde chronische ziekte.<sup>247</sup> Een vergelijkbare term die veel gebruikt wordt is de ‘palliatieve fase’, waarin palliatieve zorg verleend wordt. Ook hier gaat het om een fase aan het einde van het leven waar naar verwachting de dood op volgt. Echter, de palliatieve fase is sterk gelinkt aan het verlenen van palliatieve zorg; een interdisciplinaire vorm van zorg die het verbeteren van de kwaliteit van leven tegen het levenseinde beoogt. Er is enig debat over of patiënten met geneeslijke ziekten ook onder deze noemer kunnen vallen.<sup>248</sup>

---

<sup>243</sup> Jennings, Bruce, en Mary Beth Morrissey. “Health Care Costs in End-of-Life and Palliative Care: The Quest for Ethical Reform”. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, vol. 7, nr. 4, oktober 2011, pp. 300–17. <https://doi.org/10.1080/15524256.2011.623458>.

<sup>244</sup> Ibidem.

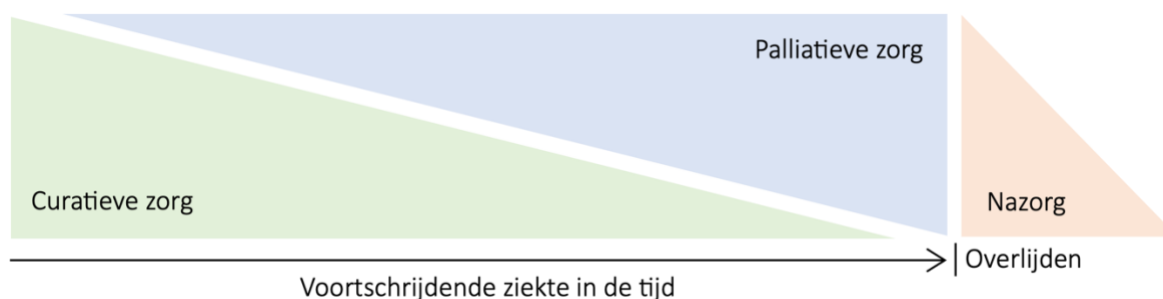
<sup>245</sup> Polder, Johan J., en Albert Wong. “Zorgkosten in de laatste levensjaren”. *NTvG*, maart 2015, [www.ntvg.nl/artikelen/zorgkosten-de-laatste-levensjaren](http://www.ntvg.nl/artikelen/zorgkosten-de-laatste-levensjaren).

<sup>246</sup> Ferrell, Betty. “Overview of the Domains of Variables Relevant to End-of-Life Care”. *Journal of Palliative Medicine*, vol. 8, nr. supplement 1, Mary Ann Liebert, Inc., december 2005, p. s-29. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-22>.

<sup>247</sup> Mularski, Richard A. “Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit”. *Critical Care Medicine*, vol. 34, nr. Suppl, Lippincott Williams en Wilkins, november 2006, pp. S309–16. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000241067.84361.46>.

<sup>248</sup> Hui, David S. C., e.a. “Concepts and definitions for ‘supportive care,’ ‘best supportive care,’ ‘palliative care,’ and ‘hospice care’ in the published literature, dictionaries, and textbooks”. *Supportive Care in Cancer*, vol. 21, nr. 3, Springer Science + Business Media, augustus 2012, pp. 659–85. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1564-y>.

Omdat de palliatieve fase als concept sterk verbonden is met het ontvangen van een bepaalde soort zorg is ervoor gekozen om hier te werken met het concept ‘zorg rond het levenseinde’. Hierbij wordt uitgegaan van een bredere definitie: een fase in het leven waarin moet worden omgegaan met de implicaties van een vergevorderde chronische ziekte die naar verwachting binnen een aantal weken of maanden het overlijden van de patiënt zal veroorzaken. Hoewel deze fase niet leeftijdsgebonden is, zullen er relatief veel ouderen toe behoren. Er is gekozen om ‘chronische ziekte’ aan te houden, omdat bij acuut overlijden (denk bijvoorbeeld aan een verkeersongeluk of een onverwachts hartinfarct) andere vragen spelen. Belangrijk is dat hieronder ook mensen van hoge leeftijd worden geschaard, bij wie wellicht niet één specifieke chronische ziekte speelt, maar multipale morbiditeiten de laatste levensfase bepalen. In deze fase vindt vaak een overgang plaats van waarden en doelen van curatieve zorg naar palliatieve zorg. Waar mogelijk eerst genezing voorop stond, is plaatsgemaakt voor doelen als symptoombestrijding, comfort en zorg voor naasten.<sup>249</sup> Er is hierin geen omslagpunt; er bestaat een continuüm, zoals gevisualiseerd in figuur 5.



**Figuur 5:** Visualisatie van overgang in zorg rond het levenseinde.

## 7.2. De functioneringsvraag van de patiënt centraal

Verschillende onderdelen van passende zorg gaan over het centraal stellen van de patiënt. Onder ‘waardegedreven’ valt onder andere het centraal stellen van de functioneringsvraag van de patiënt. Bij ‘samen met en rondom de patiënt’ wordt gesproken over het samen beslissen en het meenemen van de sociale context van de patiënt. De fase van zorg rondom het levenseinde leent zich goed voor het toepassen van deze principes. Het is zelfs mogelijk dat er in einde-leven zorg inspiratie gehaald kan worden voor het toepassen van deze principes bij andere zorg.

In tegenstelling tot bij andere zorg, is bij zorg rondom het levenseinde genezing vaak geen hoofddoel, en is de kans dat de patiënt binnenkort zal komen te overlijden groot. In de fase waarin de aankomende dood van de patiënt is erkend, speelt de ziekte niet meer de hoofdrol, maar de mens. Wanneer niet meer wordt de strijd aangeboden met de ziekte van de patiënt, komt centraal te staan hoe iemand het beste geholpen kan worden. Er wordt gevraagd wat de patiënt nog graag zou willen doen, zou willen kunnen. Vervolgens wordt formele zorg en behandeling aangewend tot het bereiken van deze doelen. Dit wordt ook wel samengevat in het begrip ‘advance care planning’ (ACP): een proces waarin patiënten worden ondersteund in het delen van hun persoonlijke waarden, doelen en voorkeuren wat betreft toekomstige zorg. Het doel is om er voor te zorgen dat mensen zorg krijgen die

<sup>249</sup> “Kwaliteitskader Palliatieve zorg in Nederland”. *Pallialine*, palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/kernwaarden-en-principes#:~:text=leder%20mens%20is%20uniek.,bereid%20zijn%20deze%20te%20accepteren. Geraadpleegd 17 juni 2023.

aansluit bij hun waarden, doelen en voorkeuren wanneer zij getroffen worden door ernstige en chronische ziekte.<sup>250</sup> Met ACP wordt centraal gesteld wat voor deze patiënt belangrijk is. Op deze manier voldoet ACP aan veel van de doelen van passende zorg.

Hoewel ACP bedoeld is voor mensen bij wie de laatste levensfase is aangebroken of in zicht is, zijn de achterliggende ideeën en gespreksvoering bruikbaar buiten deze context. Wellicht kunnen zorgmedewerkers vanuit alle verschillende domeinen van zorg bij het toepassen van deze principes van passende zorg inspiratie halen uit deze aspecten van zorg rondom het levenseinde.

### 7.3. Kostenbesparing rond het levenseinde

Kostenbesparing is misschien wel het grootste overkoepelende thema binnen passende zorg. De steeds maar stijgende kosten van de gezondheidszorg zijn, zoals eerder toegelicht, samen met het stijgende tekort aan personeel de belangrijkste oorzaken van de noodzaak voor passende zorg. Het is daarom ook niet verwonderlijk dat veel van de principes van passende zorg vrijwel direct kostenbesparing als doel stellen. Denk bijvoorbeeld bij het principe ‘waardegedreven’ aan de specificatie ‘doelmatige inzet van middelen, mensen en materialen’. Binnen dit principe wordt aangevoerd dat gezondheidswinst in verhouding moet worden gezien met de kosten van een behandeling, het beslag op medisch personeel en het gebruik van materialen: er moet een rechtvaardige verdeling worden gemaakt van schaars beschikbare bronnen. Eerder is al toegelicht dat de plichten aan de individuele patiënt verschillen van de plichten jegens de bredere maatschappij. Een zorgverlener moet aan de individuele patiënt weldoen, niet schaden en diens autonomie respecteren. Tegelijkertijd moet de hulpverlener zich verhouden tot de plichten van rechtvaardigheid en solidariteit en het inzetten op houdbaarheid op maatschappelijk niveau. Hulpverleners moeten als het ware met twee verschillende petten op naar de zorg die zij verlenen kijken. Dit is een ingewikkelde positie om in te verkeren bij iedere vorm van zorg, maar de context van zorg rondom het levenseinde leent zich hier bijzonder slecht voor.

Zorg rond het levenseinde is al vaker geïdentificeerd als een primaire kandidaat voor kostenbesparing in de zorg.<sup>251</sup> Echter, tegelijkertijd spelen juist in die fase belangrijke ethische uitdagingen.<sup>252</sup> Zorgverleners hebben een plicht om patiënt en familie optimaal te helpen en diens wensen te respecteren. Daar komt nu ook de plicht om zich te verhouden tot de stijgende kosten van de zorg en de bredere maatschappelijke plicht om schaarse middelen proportioneel te gebruiken. De hulpverlener moet in de ingewikkelde en emotioneel zware context van zorg rondom het levenseinde deze belangen met elkaar zien te rijmen. De wensen van de patiënt en de restricties van deze context kunnen zorgen voor aanzienlijke stress, verergerd door de al aanwezige stress die gepaard gaat met de uitdagingen van zorg rondom het levenseinde.<sup>253</sup> Tegelijkertijd worden patiënten overvallen met een groot verdelingsvraagstuk op een moment dat zij al onder aanzienlijke lijdensdruk verkeren die gepaard gaat met het naderende einde van het leven. Daarbij kan het voorkomen dat de wensen van de familie in

---

<sup>250</sup> Sudore, Rebecca L., e.a. “Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel”. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 53, nr. 5, Elsevier BV, mei 2017, pp. 821-832.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>.

<sup>251</sup> Jennings, Bruce, en Mary Beth Morrissey. “Health Care Costs in End-of-Life and Palliative Care”

<sup>252</sup> Ibidem.

<sup>253</sup> Kirsch, Nancy R. “End-of-Life Ethical Decisions: The Multidisciplinary Team”. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, Lippincott Williams en Wilkins, oktober 2009, <https://doi.org/10.1097/tgr.0b013e3181bdd6fe>.

conflict zijn met de wensen van de behandelaren, wat ethische dilemma's versterkt.<sup>254</sup> Beslissingen over het wel of niet inzetten of staken van behandelingen worden hierdoor niet alleen een individuele morele overweging, maar ook een bredere economische overweging.<sup>255</sup> Dit is zowel voor de hulpverlener als voor de patiënt en diens naasten moeilijk met elkaar te rijmen, omdat de onschatbare waarde van het leven conflicteert met de eindigheid van financiële middelen.<sup>256</sup>

Toch hoeven deze belangen niet altijd tegenstrijdig te zijn. Jennings & Morrissey schreven in 2011 al over het Amerikaanse zorgstelsel dat het mogelijk moet zijn om zorguitgaven bij zorg rond het levenseinde te verminderen en tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg te verbeteren.<sup>257</sup> Het erkennen van de grenzen van medische interventies en technologie is een noodzakelijk onderdeel van zorg rond het levenseinde, en is ethisch gepast. Kirsch licht dit verder toe, door te poneren dat de stijgende zorgkosten niet gezien moeten worden als óf een individueel óf een institutioneel dilemma, maar als een maatschappij-breed probleem. De schaarse middelen behoren iedereen toe, en daarom moet ook iedereen betrokken worden bij overwegingen wat betreft de verdeling van die schaarse middelen.<sup>258</sup> Met name bij zorg rond het levenseinde moet deze overweging betrokken worden, mede omdat hier voor alle betrokkenen winst te behalen is. Door tijdig deze overwegingen te maken, kan overbehandeling worden voorkomen, en kan worden voorkomen dat in een later stadium besloten moet worden over het staken van een al gestarte behandeling: een nog complexere en emotioneel zwaardere overweging.<sup>259</sup> Het begrenzen van zorguitgaven rond het einde van het leven kan op die manier niet alleen moreel acceptabel zijn, maar zelfs moreel juist.<sup>260</sup>

Zorg rondom het levenseinde is kwetsbaar. Echter, dat is geen reden om dit domein van zorg niet te betrekken bij passende zorg. Er moet wel zeer zorgvuldig omgegaan worden met het introduceren van kostenbesparende maatregelen van passende zorg. Hierin moeten de juiste keuzes gemaakt worden. Op populatieniveau moet bewezen niet-zinnige zorg geschrapt worden: deze moet uit bekostigingsstelsels en richtlijnen verdwijnen, zodat er geen prikkels blijven bestaan die aanzetten tot het leveren van niet-zinnige zorg. Het is essentieel dat patiënten en patiëntenverenigingen betrokken worden bij dit proces, zodat in de samenleving draagvlak is voor deze veranderingen. Het is hierbij noodzakelijk dat duidelijk gemaakt wordt dat door het schrappen van de desbetreffende niet-zinnige behandelingen de zorg niet slechter wordt. Door op deze niveaus scherp beleid te voeren, kan voorkomen worden in de laatste levensfase nog uitgebreide discussies gevoerd moeten worden over keuzes in de zorg. Wanneer gesprekken over het wel of niet (door)behandelen gevoerd worden, moet hierbij open communicatie en shared-decision making worden gestimuleerd. Ook kan het helpen om vroeg te verwijzen naar ondersteunende oplossingen zoals palliatieve zorg of zorg in een hospice.<sup>261</sup> Door Jennings & Morrissey wordt ook voorgesteld om artsen te ondersteunen bij het navigeren van dit ingewikkelde dilemma door het oprichten van een discussieforum, waarop zorgmedewerkers hun zorgen kunnen uiten, ervaringen kunnen uitwisselen en kunnen leren van hun collega's.<sup>262</sup>

---

<sup>254</sup> Kirsch, Nancy R. "End-of-Life Ethical Decisions: The Multidisciplinary Team".

<sup>255</sup> Livne, Roi. "Economies of Dying: The Moralization of Economic Scarcity in U.S. Hospice Care". *American Sociological Review*, vol. 79, nr. 5, SAGE Publishing, augustus 2014, pp. 888–911. <https://doi.org/10.1177/0003122414547756>.

<sup>256</sup> Ibidem.

<sup>257</sup> Jennings, Bruce, en Mary Beth Morrissey. "Health Care Costs in End-of-Life and Palliative Care"

<sup>258</sup> Kirsch, Nancy R. "End-of-Life Ethical Decisions: The Multidisciplinary Team".

<sup>259</sup> Kirsch, Nancy R. "End-of-Life Ethical Decisions: The Multidisciplinary Team".

<sup>260</sup> Livne, Roi. "Economies of Dying: The Moralization of Economic Scarcity in U.S. Hospice Care".

<sup>261</sup> Jennings, Bruce, en Mary Beth Morrissey. "Health Care Costs in End-of-Life and Palliative Care"

<sup>262</sup> Ibidem.

## 7.4. Medicalisering van ouderdom en sterven

Medische vooruitgang heeft er mede voor gezorgd dat mensen steeds ouder worden. Mensen van hoge leeftijd kunnen veel gezondheidswinst boeken door uitgebreide medische diagnostiek en behandeling, en het wordt dan ook veelal als onacceptabel gezien om op basis van hun leeftijd oudere patiënten adequate zorg te onthouden.<sup>263</sup> Echter, het streven naar gezondheidswinst heeft ook een keerzijde. Hadler stelt dat veel ouderen onterecht onderworpen worden aan onnodige, vaak onprettige, en soms onbewezen procedures en therapieën.<sup>264</sup> Dit heeft onder andere te maken met het gegeven dat problemen die voorkomen op hogere leeftijd in toenemende mate worden gekarakteriseerd als medische problemen: een proces dat ook wel ‘medicalisatie’ wordt genoemd.<sup>265</sup>

Een voorbeeld van medicalisatie kan gevonden worden in zorg rondom de ziekte van Alzheimer. Gedurende de jaren 70 werd de ziekte van Alzheimer gezien als een zeldzame vroege vorm van dementie, die losstaat van geheugenverlies die hoort bij normaal ouder worden. Echter, neurologen vonden door elektronmicroscopie in bijna iedereen met geheugenverlies dezelfde vorm van hersendegeneratie. Hierdoor werden de meeste vormen van dementie op oudere leeftijd ook gezien als de ziekte van Alzheimer. Omdat door deze veranderingen steeds meer mensen de diagnose Alzheimer kregen, groeide deze patiëntengroep enorm. Het gevolg was dat er ook enorme hoeveelheden geld en middelen gewijd werden aan het bestrijden van deze ziekte. Het biomedische perspectief domineerde, en patiënten met Alzheimer en dementie werden gekaderd als mensen met een tragische aandoening die genezen moet worden.<sup>266</sup> Inmiddels gaan er gigantische hoeveelheden geld en andere middelen om in het ontwikkelen van medicatie tegen de ziekte van Alzheimer. Zo is bijvoorbeeld recent het geneesmiddel aducanumab ontwikkeld: een medicijn dat per patiënt jaarlijks 56.000 dollar kost, ernstige bijwerkingen heeft en een grote belasting op patiënten legt die voor infusen terug moeten keren naar de kliniek.<sup>267</sup> En dat terwijl het geneesmiddel geen aantoonbare effectiviteit heeft.<sup>268</sup> Door de uitbreiding van diagnose van Alzheimer zijn meer en meer mensen door een biomedische blik als ‘ziek’ bestempeld, die voorheen wellicht hun vergeetachtigheid hadden geaccepteerd als onderdeel van het ouder worden. Door de nadruk op het vinden van medische oplossingen van de ziekte van Alzheimer worden ouderen onderworpen aan dure en mogelijk belastende onderzoeken en mogelijk in de toekomst dus ook zware behandelingen zoals aducanumab.<sup>269</sup>

Niet alleen ouder worden, maar ook sterven is gemedicaliseerd. In de geschiedenis van de geneeskunde is de dood veranderd van een onderdeel van het leven dat thuis in bijzijn van naasten

---

<sup>263</sup> Mulley, Graham P. “Stop the medicalisation of old age”. *BMJ*, vol. 344, nr. feb01 2, BMJ, februari 2012, p. e803. <https://doi.org/10.1136/bmj.e803>.

<sup>264</sup> Ibidem.

<sup>265</sup> Van Dijk, Wieteke, e.a. “Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine”. *International journal of health policy and management*, vol. 5, nr. 11, Kerman Medical University, augustus 2016, pp. 619–22. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.121>.

<sup>266</sup> University of California San Francisco. “Reframing Alzheimer's: Book Helps Deepen Understanding of Memory Loss | UC San Francisco”. 12 juli 2010, [www.ucsf.edu/news/2010/07/100969/reframing-alzheimers-book-helps-deepen-understanding-memory-loss](http://www.ucsf.edu/news/2010/07/100969/reframing-alzheimers-book-helps-deepen-understanding-memory-loss).

<sup>267</sup> Alexander, Gideon, en Jason Karlawish. “The Problem of Aducanumab for the Treatment of Alzheimer Disease”. *Annals of Internal Medicine*, vol. 174, nr. 9, American College of Physicians, september 2021, pp. 1303–04. <https://doi.org/10.7326/m21-2603>.

<sup>268</sup> Fick, Donna M. “Aducanumab and the Medicalization (Still) of Alzheimer's Disease: A Challenge to Measure and Act On What Matters”. *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 47, nr. 9, Slack Incorporated (United States), september 2021, pp. 2–4. <https://doi.org/10.3928/00989134-20210806-01>.

<sup>269</sup> Ibidem.

plaatsvond, naar een medisch probleem waar in het ziekenhuis omringd door zorgverleners tegen gevochten wordt.<sup>270</sup> De opkomst van hospice-zorg en palliatieve zorg hebben dit tegengegaan, waarbij met name vanuit de palliatieve zorg zorgmedewerkers werden aangespoord tot het accepteren van de dood.<sup>271</sup> Toch wordt in de geneeskunde de dood vaak nog altijd gezien als iets dat ten alle tijden moet worden geweerd, vertraagd en voorkomen.<sup>272</sup> In 2012 bleek uit onderzoek dat maar liefst 62% van de Nederlandse artsen vindt dat ernstig zieke patiënten in de laatste fase van het leven langer worden doorbehandeld dan wenselijk is.<sup>273</sup> Dit werd onder andere geweten aan dat artsen nu eenmaal ‘van nature’ geneigd zijn om te handelen; niets doen valt hen zwaar. Ook werd genoemd dat patiënten en familie zich niet kunnen neerleggen bij naderend sterven, en erop aangedrongen wordt om het leven te rekken.<sup>274</sup>

Er is al lang een beweging tegen medicalisatie in allerlei aspecten van de zorg. Bepaalde kenmerken van passende zorg kunnen mogelijk een rol spelen in het stimuleren van ‘demedicalisatie’, specifiek in de context van zorg rondom het levenseinde. Allereerst het centraal stellen van de functioneringsvraag: door de focus te verleggen van wat er allemaal gedaan kan worden, naar wat er vooral voor die patiënt belangrijk is om nog te kunnen doen, kunnen onnodige medische behandelingen worden voorkomen. Er wordt gekeken naar wat voor die patiënt betekenisvol is, waarbij de conclusie ook kan zijn dat de vraag helemaal geen medische oplossing behoeft. Ook het concept van positieve gezondheid draagt bij aan demedicalisatie. Hierbij gaat het niet primair om de ziekte, maar juist om het leven van mensen, ook wanneer zij in de laatste levensfase zijn. Juist dan kan er veel bereikt worden door aandacht te besteden niet (alleen) aan fysieke, maar ook emotionele en sociale uitdagingen. Hieraan gerelateerd is ook het meenemen van de sociale context van de patiënt. Door met een brede blik naar het leven van de patiënt te kijken kan ook voorkomen worden dat problemen direct als medische problemen behandeld worden. Het waar mogelijk verplaatsen van zorg naar dichterbij huis kan ervoor zorgen dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen, waardoor het leven van oudere mensen in mindere mate in het medisch domein plaatsvindt. Hieraan gerelateerd is ook het beroep op zelfredzaamheid. Door wanneer mogelijk zelf en met steun van de omgeving omgegaan kan worden met hulpvragen wordt ook voorkomen dat problemen onnodig medisch worden. Als laatste is ook het voorkomen van niet-passende zorg hier ook belangrijk: het voorkomen van zorg die niet effectief is zal met name in de zorg rondom het levenseinde, waar veel niet-bewezen zorg verricht wordt, een relatief groot verschil betekenen simpelweg in de hoeveelheid verrichte zorg. Hierdoor kunnen maatregelen die vooral genomen worden om kosten besparen als neveneffect mogelijk ook demedicalisatie veroorzaken. Al deze onderdelen van passende zorg zijn niet geformuleerd als strategieën van demedicalisatie van zorg rondom het levenseinde. Echter, ondanks dat dit geen expliciet doel is, zou het dit wel tot gevolg kunnen hebben.

---

<sup>270</sup> Hillen, e.a. *Leerboek Medische Geschiedenis*. Bohn Stafleu van Loghum, 2018.

<sup>271</sup> Clark, David. “Between hope and acceptance: the medicalisation of dying”. *BMJ*, vol. 324, nr. 7342, BMJ, april 2002, pp. 905–07. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.905>.

<sup>272</sup> Ibidem.

<sup>273</sup> “Artsen: ‘Wij behandelen te lang door’”. *Medisch Contact*, 25 juli 2016, [www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/artsen-wij-behandelen-te-lang-door](http://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/artsen-wij-behandelen-te-lang-door).

<sup>274</sup> Ibidem.



## 7.5. Passende zorg bij patiënten van oudere leeftijd

De gemiddelde oudere in Nederland leeft in andere omstandigheden dan de jongere generaties. Ouder worden is enerzijds een biologisch proces, waar ouderdomsziektes zoals gezichtsstoornissen, artrose, osteoporose, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, kanker, COPD, gehoorproblemen, dementie en angst- en stemmingsstoornissen bij kunnen komen kijken. Onder ouderen zijn relatief veel chronisch zieken, en vaker multimorbiditeiten. Echter, naast het biologische proces veranderen ook andere aspecten van het leven wanneer mensen ouder worden. Het sociale netwerk kan kleiner worden door het overlijden van geliefden, het wegvallen van werk of het zelf niet meer in staat zijn om activiteiten te ondernemen. Hierdoor kan het ontvangen van sociale steun worden bemoeilijkt, terwijl emotionele steun en praktische hulp vanuit het sociale netwerk juist belangrijk is voor de lichamelijke en psychische gezondheid van ouderen.<sup>275</sup> Eenzaamheid is ook een probleem bij ouderen; 33% van de 75-plussers in Nederland ervaart eenzaamheid, tegenover 26% van de 15-plussers.<sup>276</sup> Daarbij geldt ook dat ondanks dat in Nederland de ouderen gemiddeld genomen de rijkste generatie zijn, er ook een deel van de ouderen leeft in financiële kwetsbaarheid. Zo'n 11% van de Nederlandse 90-plussers leeft zelfs onder de armoedegrens.<sup>277</sup>

De specifieke kenmerken van het leven van ouderen zorgen ervoor dat bepaalde aspecten van passende zorg extra aandacht verdienen wanneer zij toegepast worden op deze populatie. Zo roept passende zorg op tot zelfredzaamheid: er moet gekeken worden naar wat patiënten zelf, in samenwerking met hun naasten en omgeving, kunnen opvangen. Echter, er moet dan wel aandacht zijn voor de mogelijkheid dat een oudere door comorbiditeiten of een verkleind sociaal netwerk veel minder zelfredzaam is. Ook wordt een oproep gedaan tot het digitaliseren van zorg, om op die manier de druk op de zorg te verminderen. Ouderen zijn echter gemiddeld genomen minder goed in staat om digitale hulpmiddelen te gebruiken. Zo gaf in 2018 20% van de mannen, en 41% van de vrouwen boven de 75 aan nooit internet te gebruiken.<sup>278</sup> Wanneer hulpverleners overwegen om een digitaal alternatief voor zorg aan te bieden, moet de mogelijke impact hiervan op een oudere overwogen worden. Verder kunnen problemen op andere gebieden, zoals huisvesting, financiën, of eenzaamheid, zich uiten als hulpvragen aan medische professionals. Het is dan belangrijk dat het daadwerkelijke probleem aan het licht komt, zodat niet-medische oorzaken ook een niet-medische oplossing krijgen. Daarom is het met name bij ouderen van belang dat, volgens het plan van passende zorg, er breed gekeken wordt naar de patiënt; dat de sociale omgeving wordt meegenomen, en dat de focus ligt op de functioneringsvraag, en niet op alle mogelijke medische behandelopties. Verder is het belangrijk dat door hulpverleners domeinoverstijgend wordt gedacht, zodat niet alles een medische oplossing krijgt. Dit kan ook bijdragen aan het in mindere mate medicaliseren van het leven van oudere mensen in Nederland. Het concept van 'positieve gezondheid' kan hierbij ondersteunen, door niet de ziekte, maar het betekenisvol leven van de patiënt centraal te stellen. Door op deze manier speciale aandacht te hebben voor die aspecten

<sup>275</sup> "Ouder en Wijzer | Gezondheid bij het ouder worden". *Reformatrische Maatschappelijke Unie*, [www.rmu.nl/kennisbank/artikelen/ouder-wijzer-gezondheid-bij-het-ouder-woorden#](http://www.rmu.nl/kennisbank/artikelen/ouder-wijzer-gezondheid-bij-het-ouder-woorden#).

<sup>276</sup> CBS. "Hoe eenzaam voelen we ons? - Nederland in cijfers 2020". *Hoe eenzaam voelen we ons? - Nederland in cijfers 2020* | CBS, 18 december 2020, [longreads.cbs.nl/nederland-in-cijfers-2020/hoe-eeenzaam-voelen-we-ons](https://longreads.cbs.nl/nederland-in-cijfers-2020/hoe-eeenzaam-voelen-we-ons).

<sup>277</sup> De Groot, Imre. "Armoede onder ouderen, hoe kan je helpen?" *Vertrouwd Geregeld*, 29 september 2020, [www.seniorenadministratie.nl/armoede-onder-ouderen/#:~:text=Van%20de%2090%20plussers%20in,die%20niet%20geheel%20worden%20vergoed.](http://www.seniorenadministratie.nl/armoede-onder-ouderen/#:~:text=Van%20de%2090%20plussers%20in,die%20niet%20geheel%20worden%20vergoed.)

<sup>278</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek. "Zes procent nooit op internet". *Centraal Bureau voor de Statistiek*, 3 januari 2019, [www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/01/zes-procent-nooit-op-internet#:~:text=Onder%20de%2075%20plussers%20zijn,vrouwen%20die%20niet%20actief%20zijn.](http://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/01/zes-procent-nooit-op-internet#:~:text=Onder%20de%2075%20plussers%20zijn,vrouwen%20die%20niet%20actief%20zijn.)

die kenmerkend zijn voor het leven van een oudere kan passende zorg ook bij deze leeftijdsgroep succesvol worden toegepast.

## 7.6. Het goede gesprek in de spreekkamer

Op meerdere vlakken voert passende zorg het voeren van een goed gesprek in de spreekkamer aan als middel om minder (dure) zorg in te zetten. Zo moet een goed gesprek tussen patiënt en zorgverlener ervoor zorgen dat voor de patiënt relevante uitkomsten centraal staan, en dat er wordt uitgegaan van positieve gezondheid. De focus moet liggen op de eigen ervaren gezondheid en het functioneren, in plaats van de ziekte en welke mogelijke behandelingen allemaal mogelijk zijn. Ook moet een goed gesprek ervoor zorgen dat er breed naar de patiënt wordt gekeken; dat er aandacht is voor de context van de patiënt, zodat ook ingezet kan worden op het versterken van eigen regie en zorg binnen het eigen netwerk in plaats van formele zorg in te zetten. Een goed gesprek moet ervoor zorgen dat beslissingen samen worden genomen, en moet ervoor zorgen dat de patiënt begrijpt dat niet alle zorg meer kan of helpt.

Aan de kant van de patiënt moet dit goede gesprek ertoe leiden dat die begrip heeft van de eindigheid van zorgmiddelen en zowel voor zichzelf als voor de bredere maatschappij de waarde van niet handelen inziet. Het voeren van een goed gesprek moet, in het kort, voor de hulpverlener ervoor zorgen dat diens conflict tussen de plichten aan de individuele patiënt enerzijds en aan de bredere maatschappij anderzijds kunnen worden herenigd. Met andere woorden, het eerder benoemde conflict tussen passende zorg op microniveau en passende zorg op macroniveau moet worden opgelost door er goed over te praten. Hoewel deze gesprekken in ieder geval moeilijk zijn, maakt de context van zorg rondom het levenseinde het nog extra uitdagend. Het is maar de vraag of we überhaupt wel moeten willen dat dit soort gesprekken over individuele en maatschappelijke verantwoordelijkheden in die context gevoerd worden.

Er zijn verschillende redenen dat de context van zorg rond het levenseinde dit soort gesprekken moeilijk maken. Zorgverleners die patiënten helpen in de laatste levensfase hebben iemand voor zich in een kwetsbare positie. Het is emotioneel moeilijk om geconfronteerd te worden met het einde van het leven. Zorgverleners willen op zo'n moment het beste voor deze patiënt doen. Er moet vooral het idee bestaan, bij de patiënt en bij de naasten, dat er goed voor hen gezorgd is. Dat is essentieel voor het aanvaarden van de dood, zowel voor de patiënt als voor de naasten. Om dit gevoel te bereiken staan hulpverleners én patiënten vaak in de 'doen' stand; ze willen graag actie ondernemen om het beter te maken, in plaats van niets doen.<sup>279</sup> Daarbij bestaat onder patiënten een neiging om erg uit te gaan van de oneindige mogelijkheden van de zorg; de dood is geen acceptabel onderdeel van leven, wat het een moeilijk onderwerp maakt om over te praten.<sup>280</sup> Dit alles maakt het voeren van een gesprek over passende zorg, met daarin als ondertoon vooral het overwegen van het minderen van zorg, een moeilijk gespreksonderwerp. Het is al buitengewoon emotioneel en moeilijk wanneer een patiënt moet praten over diens aankomende dood, en dit is niet het moment om een groot vraagstuk over maatschappelijke

---

<sup>279</sup> Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst [KNMG]. *Niet alles wat kan, hoeft.* 2021, [www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/niet-alles-wat-kan-hoeft](http://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/niet-alles-wat-kan-hoeft).

<sup>280</sup> Wichmann, Anne B., e.a. "Advance care planning conversations with palliative patients: looking through the GP's eyes". *BMC Family Practice*, vol. 19, nr. 1, Springer Science+Business Media, november 2018, <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0868-5>.

schaarste en verdeling op tafel te leggen, laat staan een beroep te doen op de patiënt om zich bewust te zijn van de eindigheid van zorg en na te denken over wat ze van de zorg vragen.

Eerder werd al door huisartsen gewaarschuwd voor mogelijke negatieve gevoelens onder patiënten tijdens advance care planning gesprekken. Wanneer wordt aangestuurd op het overwegen van het minderen van zorg, kan dit tot een gevoel van verwaarlozing leiden. Patiënten kunnen zich gaan afvragen wat precies het doel is: goede zorg, of vooral kostenbesparing. Zij kunnen zich afvragen of zij door de overheid als ‘te oud’ worden gezien, of ‘te duur’, en dat zij daarom worden aangestuurd op het verminderen van hun zorgvraag.<sup>281</sup> Het bespreken van de mogelijkheid om niet te behandelen kan worden gezien als een kosteneffectiviteitsmaatregel, die de intenties en daardoor ACP als geheel in kwaad daglicht zet. Het bespreken van dit soort onderwerpen kan voor artsen veel conflict opleveren. Zij hebben bepaalde plichten richting de patiënt tegenover zich: om hem of haar niet te schaden, maar juist weldoen, en respect te hebben voor diens autonomie. Wanneer een arts bredere maatschappelijke thema’s zoals schaarste in de zorg op tafel legt, kan deze arts zich dan nog wel verzekeren van dat hij of zij deze plichten vervult? Wanneer wordt aangestuurd op het houden van dit soort gesprekken om passende zorg te bereiken, moet rekening gehouden worden met de mogelijke implicaties bij zorg rondom het levenseinde. Het is in het algemeen nodig dat hulpverleners meer duidelijkheid krijgen over hoe zij dit soort gesprekken moeten voeren, maar zorg rondom het levenseinde verdient speciale aandacht: niet alleen moet nagedacht worden over hoe artsen dit soort gesprekken kunnen aanpakken, er moet heroverwogen worden of dit soort gesprekken en dit soort verantwoordelijkheden überhaupt wel een plek moeten hebben bij zorg rondom het einde van het leven.

---

<sup>281</sup> Ibidem.

## 8. Discussie

### 8.1. Beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen, waaronder wat betreft de selectie van de rapporten die zijn meegenomen in de conceptuele analyse. Relevante rapporten zijn verzameld door snowballing, wat een nuttige methode is name bij het onderzoeken van nieuwe concepten zoals ook passende zorg. Echter, omdat alle nieuwe literatuur afhankelijk is van de reeds gevonden bronnen, kan snowballing leiden tot vertekening in de verzamelde data. Ook is uitsluitend grijze literatuur gebruikt voor de duiding van het concept passende zorg. Dit is, in het huidige stadium waarin passende zorg nog zeer nieuw en nauwelijks geïmplementeerd is, zinvol. Echter, in de toekomst zou het nuttig zijn om de literatuurzoektocht uit te breiden met ook andere vormen van literatuur over passende zorg. Verder is besloten om deze scriptie te beperken tot het geneeskundige en het medisch ethische perspectief. Zoals in hoofdstuk 3 toegelicht, zijn er ook andere disciplines van belang bij het evalueren van passende zorg. Een dergelijk complex probleem zou nog beter begrepen kunnen worden als inzichten vanuit andere disciplines zoals het gezondheidsrecht, bestuurskunde en medische geschiedenis ook meegenomen worden. Dit zou er ook toe geleid hebben dat er een vollediger beeld was ontstaan van alle mogelijke spanningsvelden in passende zorg, in plaats van de selectie die in deze scriptie is uitgewerkt.

### 8.2. De term ‘passende zorg’

De splitsing in passende zorg op macro- en op microniveau is in meerdere hoofdstukken teruggekomen. Deze wordt al geëxpliciteerd in de definitie die verschillende rapporten aan passende zorg geven: dat passende zorg een verandering in zowel de aard van de zorg, als de organisatie van zorg betekent. Aan de ene kant passende zorg op macro-niveau, waarin over de breedte van de gehele maatschappij gewerkt wordt aan kostenbesparing en houdbaarheid van de zorg, en aan de andere kant passende zorg op micro-niveau, waarin bij een individuele patiënt wordt gezorgd voor effectieve, persoonsgerichte en context-afhankelijke zorg. Deze verschillende vormen van passende zorg bleken niet alleen te bestaan in de definitie, maar bleken in zekere mate los van elkaar te blijven in de principes en de toepassing van passende zorg. Zowel bij passende zorg in zijn geheel als bij de toepassing van passende zorg op zorg rondom het levenseinde kwam het probleem naar boven dat deze twee perspectieven niet goed genoeg zijn geïntegreerd.

Zoals eerder genoemd, is het niet verwonderlijk dat ervoor gekozen is om één woord aan te houden voor het gehele plan. De aard en ernst van de problemen in de huidige en toekomstige gezondheidszorg vroegen om een grote ommezwaai, en daarbij getuigt het van eendracht en daadkracht om de nieuwe visie in één woord samen te kunnen vatten. Echter, het kiezen van één woord, terwijl daarin soms zeer verschillende perspectieven gevat worden, kan ook juist voor verwarring zorgen. Iemand die werkt bij de overheid, een landelijk zorginstituut of een zorgverzekeraar kan een heel ander beeld hebben bij wat passende zorg betekent dan een zorgverlener die dagelijks patiënten ziet. Voor de eerstgenoemde gaat passende zorg namelijk over het maken van scherpe keuzes over vergoedingen en kostenbesparing zodat de zorg betaalbaar blijft. Voor de laatstgenoemde gaat passende zorg over het creëren van zorg die is afgestemd op de functioneringsvraag, de context, en de wensen van de patiënt. Op die manier kunnen mensen verschillende richtingen op werken, en toch

allebei denken dat ze passende zorg aan het implementeren zijn. En dat terwijl één van de voorwaarden voor het slagen van passende zorg gelijkgerichtheid over de hele zorgsector was.

Het is belangrijk te noemen dat er veel gevallen zijn waarin deze perspectieven wel overeen zullen komen. Zo wordt er bijvoorbeeld nog steeds zorg geleverd die én op populatieniveau, én bij individuele patiënten niet zinnig is. Hiervan zullen alle partijen overeenkomen dat deze niet passend is. Er ontstaat juist spanning in de grijze gebieden; wanneer zorg niet bewezen ineffectief is of wanneer patiënten een voorkeur uitspreken voor zorg die als niet-passend gezien wordt. In deze gevallen kunnen de verschillende niveaus van passende zorg een verschillende invulling geven aan wat passend is.

Er zullen altijd grijze gebieden blijven bestaan. Echter, door alles onder de noemer ‘passende zorg’ te scharen, wordt het voeren van een gesprek over conflicterende situaties belemmerd. Tijdens het schrijven van de secties over deze conflicterende perspectieven werd dit ook duidelijk merkbaar: het gebrek aan eenduidige termen bemoeilijkte het onder woorden brengen van het conflict. Daarom was het mogelijk beter geweest om deze perspectieven juist niet te verenigen, maar apart te houden. De reorganisatie van zorg met als doelen ervoor zorgen dat de zorg ook in de toekomst betaalbaar en uitvoerbaar blijft zou dan ‘houdbare zorg’ genoemd kunnen worden, terwijl het beter afstemmen van zorg op de context en de wensen van de patiënt bijvoorbeeld ‘persoonlijke zorg’ zou kunnen worden genoemd.

Door verschillende woorden te geven aan deze verschillende doelen kan ook in het plan geëxpliciteerd worden op welke vlakken deze doelen gelijkgericht zijn, en op welke vlakken mogelijk conflict zou kunnen ontstaan. Wanneer deze spanningsvelden beter geëxpliciteerd zijn, kunnen deze ook beter aangepakt worden, of kunnen in ieder geval handvatten worden aangereikt over hoe dit soort conflicten kunnen worden genavigeerd. Door ‘houdbare zorg’ op populatieniveau aan te houden ontstaat ook meer open communicatie over de doelen van de veranderingen in de zorg. Uiteindelijk is het hoofddoel toch om ervoor te zorgen dat de maatschappij de zorg ook in de toekomst kan blijven dragen. Het is wel belangrijk om hier open over te communiceren richting de maatschappij, en duidelijk te maken dit plan in het voordeel van iedereen is: iedereen wil namelijk ook in de toekomst verzekerd zijn van goede zorg. ‘Persoonlijke zorg’ is hierbij nauw verbonden aan houdbare zorg: het zorgt ervoor dat binnen een nationaal kader van zorg die houdbaar is, individuele patiënten zorg aangeboden krijgen die is afgestemd op hun situatie. Het is belangrijk om duidelijk te maken dat hierdoor de kwaliteit van de zorg niet achteruit zal gaan: er is juist meer aandacht voor wat nu echt belangrijk is, en alleen zorg die niet zinnig zou zijn wordt niet meer aangeboden. Door op deze manier te spreken van houdbare én persoonlijke zorg is het voor patiënten, zorgmedewerkers en andere burgers makkelijker te begrijpen wat er gaat veranderen en waarom het gaat veranderen. Dit creëert duidelijkheid en draagvlak, en daarmee ook de daadkracht die dit plan zo hard nodig heeft.

### 8.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Passende zorg is een breed plan waarin alle verschillende domeinen gerelateerd aan de zorg worden verwacht mee te doen. Deze scriptie is een vroege exploratie van de betekenis van dit plan. Er is speciale aandacht besteed aan een aantal aspecten die opvielen uit deze analyse. Vervolgonderzoek naar andere mogelijke zorgdomeinen waarin passende zorg veel verschil moet gaan maken of mogelijke conflicten kan veroorzaken is nodig, bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg. Ook zou het van waarde zijn om verder onderzoek te vervolgen vanuit meer verschillende disciplines. Dit zou zorgen

voor een nog vollediger beeld van de betekenis die passende zorg voor de maatschappij kan hebben. Als laatste is het cruciaal dat naarmate passende zorg meer en meer geïmplementeerd wordt, er continu evaluatie blijft plaatsvinden. Binnen passende zorg was dan ook een van de randvoorwaarden dat het passende zorg een lerend systeem moet zijn. Dit zorgt ervoor dat de onderdelen van passende zorg die goed werken blijven bestaan, terwijl aspecten die minder goed werken worden aangepast of gestaakt. Door op deze manier te blijven evalueren ontstaat een systeem dat zichzelf ieder jaar beter maakt, en wordt de zorg steeds passender.

## 9. Conclusie

In deze scriptie is het concept passende zorg geanalyseerd. Uit deze analyse is gebleken dat passende zorg een uitgebreide toepassingsagenda heeft, die bijna alle partijen die betrekking hebben op de zorg betreft. Passende zorg gaat echter verder dan een stappenplan met actiepunten: het is een soort paradigma, een stelsel van gezamenlijke waarden en doelen waar vanuit beslissingen gemaakt worden.

Uit het geheel van principes en toepassingen van passende zorg bleken een aantal spanningsvelden. Allereerst blijkt door het gehele plan een tweedeling mogelijk tussen passende zorg op het niveau van organisatie en passende zorg op het niveau van de spreekkamer. Hierbij valt op dat er maar weinig toepassing is uitgewerkt voor passende zorg in de spreekkamer: dit beperkt zich veelal tot het houden van een goed gesprek. Een ander mogelijk spanningsveld doemt op wanneer wordt gesproken over effectiviteit op basis van de stand van de wetenschap en de praktijk; hierbij lijkt onvoldoende rekening zijn gehouden met het perspectief van de ervaring van klinische experts, en nauwelijks met ook zeer belangrijke perspectief van de patiënt. Verder lijkt uit de uitgebreide toepassingsagenda de rol van medisch wetenschappelijk onderzoek te ontbreken: door invloed uit te oefenen op in welke mate bepaalde onderwerpen en soorten onderzoek uitgevoerd moeten en mogen worden zou sneller en congruenter passende zorg kunnen worden bereikt.

Bij de toepassing van passende zorg op zorg rondom het levenseinde vielen verschillende aspecten op. Allereerst leent zorg rondom het levenseinde zich bijzonder goed voor de verschillende principes van passende zorg die de patiënt in brede zin centraal willen stellen. Kostenbesparing bleek daarentegen juist een moeilijk implementeerbaar onderwerp, en zorg rondom het levenseinde bleek een ongeschikt moment om een breed maatschappelijk verdelingsvraagstuk te introduceren. Verder zou passende zorg mogelijk medicalisatie kunnen tegengaan. Ook viel het op hoe vaak passende zorg en goed gesprek in de spreekkamer aanvoert als methode voor het toepassen van passende zorg, zonder toe te lichten hoe zorgverleners dit soort gesprekken aan moeten gaan. Als laatste kunnen bepaalde aspecten van passende zorg specifiek bij mensen van hoge leeftijd voor bepaalde uitdagingen zorgen. Breder kijken naar de functioneringsvraag en domeinoversteigend aan oplossingen werken is daarom bij deze populatie bij uitstek van belang.

Al met al heeft dit onderzoek geleid tot een overzicht van de principes en bijbehorende toepassingen van passende zorg, en tot identificatie en exploratie van mogelijke spanningsvelden van passende zorg in het algemeen en passende zorg in de context van zorg rondom het levenseinde. Ook kunnen er verschillende aanknopingspunten voor verder onderzoek uit worden geput. Als laatste kan ook naar aanleiding van geïdentificeerde spanningsvelden overwogen worden om de term passende zorg te splitsen in verschillende termen voor passende zorg op landelijk niveau versus op individueel niveau. De resultaten van deze scriptie dragen op die manier bij aan het goed kunnen implementeren van verschillende aspecten van passende zorg, en daarmee ook aan het aanpakken van problematiek van de personele en financiële houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg.

## 10. Bronnen

### 10.1. Literatuur

- Alexander, Gideon, en Jason Karlawish. "The Problem of Aducanumab for the Treatment of Alzheimer Disease". *Annals of Internal Medicine*, vol. 174, nr. 9, American College of Physicians, september 2021, pp. 1303–04. <https://doi.org/10.7326/m21-2603>.
- Beauchamp, Thomas L., en James F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. 5de ed., Oxford UP, 2001.
- Charldorp, T. van, Milota, M., Siebinga, V., Brillenburg Wurth, K., Sanders, T., & Geelen, S. van. "Medical Humanities: Interdisciplinaire samenwerking voor het gezondheidsdomein van de toekomst." In S. van Geelen & M. Milota (Red.). *De Nieuwe Utrechtse School*, Universiteit Utrecht, HKU Hogeschool voor de Kunsten & Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2022, pp. 221-29. <https://www.uu.nl/onderzoek/de-nieuwe-utrechtse-school>.
- Clark, David. "Between hope and acceptance: the medicalisation of dying". *BMJ*, vol. 324, nr. 7342, BMJ, april 2002, pp. 905–07. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.905>.
- Ferrell, Betty. "Overview of the Domains of Variables Relevant to End-of-Life Care". *Journal of Palliative Medicine*, vol. 8, nr. supplement 1, Mary Ann Liebert, Inc., december 2005, p. s-29. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-22>.
- Fick, Donna M. "Aducanumab and the Medicalization (Still) of Alzheimer's Disease: A Challenge to Measure and Act On What Matters". *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 47, nr. 9, Slack Incorporated (United States), september 2021, pp. 2–4. <https://doi.org/10.3928/00989134-20210806-01>.
- Hillen, e.a. *Leerboek Medische Geschiedenis*. Bohn Stafleu van Loghum, 2018.
- Hui, David S. C., e.a. "Concepts and definitions for 'supportive care,' 'best supportive care,' 'palliative care,' and 'hospice care' in the published literature, dictionaries, and textbooks". *Supportive Care in Cancer*, vol. 21, nr. 3, Springer Science + Business Media, augustus 2012, pp. 659–85. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1564-y>.
- Hult, Kristopher J., Sonia Jaffe, en Tomas J. Philipson. "How does technological change affect quality-adjusted prices in health care? Systematic evidence from thousands of Innovations." *American Journal of Health Economics* 4.4 (2018): 433-453.
- Jennings, Bruce, en Mary Beth Morrissey. "Health Care Costs in End-of-Life and Palliative Care: The Quest for Ethical Reform". *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, vol. 7, nr. 4, oktober 2011, pp. 300–17. <https://doi.org/10.1080/15524256.2011.623458>.
- Jennings, Bruce, en Mary Morrissey. "Health Care Costs in End-of-Life and Palliative Care: The Quest for Ethical Reform". *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, vol. 7, nr. 4, oktober 2011, pp. 300–17. <https://doi.org/10.1080/15524256.2011.623458>.
- Jeurissen, e.a. *Betaalbare zorg*. Sdu Uitgevers, 2018.
- Kiers, Bart. "'Value based healthcare is een buzzwoord'." *Zorgvisie* 48.10 (2018): 10-14.
- Kiers, Bart. "Van zinnige zorg naar passende zorg." *Zorgvisie* 52.3 (2022): 44-47.



- Kirsch, Nancy R. "End-of-Life Ethical Decisions: The Multidisciplinary Team". *Topics in Geriatric Rehabilitation*, Lippincott Williams en Wilkins, oktober 2009, <https://doi.org/10.1097/tgr.0b013e3181bdd6fe>.
- Livne, Roi. "Economies of Dying: The Moralization of Economic Scarcity in U.S. Hospice Care". *American Sociological Review*, vol. 79, nr. 5, SAGE Publishing, augustus 2014, pp. 888–911. <https://doi.org/10.1177/0003122414547756>.
- Mishra, Saurav. "Artificial intelligence: A review of progress and prospects in medicine and healthcare." *Journal of Electronics, Electromedical Engineering, and Medical Informatics* 4.1 (2022): 1-23.
- Moes, Floortje, e.a. "Contested evidence: a Dutch reimbursement decision taken to court". *Health Economics, Policy and Law*, vol. 12, nr. 3, Cambridge UP, november 2016, pp. 325–44. <https://doi.org/10.1017/s1744133116000281>.
- Mularski, Richard A. "Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit". *Critical Care Medicine*, vol. 34, nr. Suppl, Lippincott Williams en Wilkins, november 2006, pp. S309–16. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000241067.84361.46>.
- Mulley, Graham P. "Stop the medicalisation of old age". *BMJ*, vol. 344, nr. feb01 2, BMJ, februari 2012, p. e803. <https://doi.org/10.1136/bmj.e803>.
- Polder, Johan J., en Albert Wong. "Zorgkosten in de laatste levensjaren". *NTvG*, maart 2015, [www.ntvg.nl/artikelen/zorgkosten-de-laatste-levensjaren](http://www.ntvg.nl/artikelen/zorgkosten-de-laatste-levensjaren).
- Polder. "Zorguitgaven". In P. Jeurissen, H. Maarse en M. Tanke (red.) *Betaalbare zorg*, SDU Uitgevers, 2018, pp. 29–52.
- Rittel, Horst W. J., en Melvin M. Webber. "Dilemmas in a general theory of planning". *Policy Sciences*, vol. 4, nr. 2, Springer Science+Business Media, juni 1973, pp. 155–69. <https://doi.org/10.1007/bf01405730>.
- Sudore, Rebecca L., e.a. "Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel". *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 53, nr. 5, Elsevier BV, mei 2017, pp. 821-832.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>.
- Van Dijk, Wieteke, e.a. "Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine". *International journal of health policy and management*, vol. 5, nr. 11, Kerman Medical University, augustus 2016, pp. 619–22. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.121>.
- Vonk, Robert, en T. E. D. Van Der Grinten. "Gezondheidszorg en de verzorgingsstaat: financiering, organisatie en bestuur". *Medische Geschiedenis*, januari 2018, [https://doi.org/10.1007/978-90-368-2169-8\\_17](https://doi.org/10.1007/978-90-368-2169-8_17).
- Wichmann, Anne B., e.a. "Advance care planning conversations with palliative patients: looking through the GP's eyes". *BMC Family Practice*, vol. 19, nr. 1, Springer Science+Business Media, november 2018, <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0868-5>.

## 10.2. Rapporten

- Algemene Rekenkamer. *Verzekerd van Zinnige Zorg*. oktober 2020, [www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/10/13/verzekerd-van-zinnige-zorg#:~:text=Samen%20met%20huisartsen%2C%20medisch%20specialisten,meerwaarde%20hebben%20voor%20de%20patiënt.](http://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/10/13/verzekerd-van-zinnige-zorg#:~:text=Samen%20met%20huisartsen%2C%20medisch%20specialisten,meerwaarde%20hebben%20voor%20de%20patiënt.)
- Centraal Planbureau. *Solidariteit onder druk?: Zorg op maat heeft toekomst*. CPB Policy Brief, januari 2013.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst [KNMG]. *Niet alles wat kan, hoeft*. 2021, [www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/niet-alles-wat-kan-hoeft](http://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/niet-alles-wat-kan-hoeft).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], e.a. *Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg*. September 2022, [www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg). Geraadpleegd 17 juni 2023.
- Nederlandse Zorgautoriteit [NZA]. *Advies Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*. 16 juli 2020, [www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/16/advies-stimuleren-van-passende-zorg-en-digitale-zorg](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/16/advies-stimuleren-van-passende-zorg-en-digitale-zorg). Geraadpleegd 17 juni 2023.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM]. *Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing*. 270851003, 2007, [www.rivm.nl/publicaties/integraal-gezondheidsbeleid-theorie-en-toepassing](http://www.rivm.nl/publicaties/integraal-gezondheidsbeleid-theorie-en-toepassing). Geraadpleegd 17 juni 2023.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM]. *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060: Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (wrr). Deel 1: toekomstprojecties*. Rapport 2020-0059, 2020, [www.rivm.nl/publicaties/toekomstverkenning-zorguitgaven-2015-2060-kwantitatief-vooronderzoek-in-opdracht-van](http://www.rivm.nl/publicaties/toekomstverkenning-zorguitgaven-2015-2060-kwantitatief-vooronderzoek-in-opdracht-van). Geraadpleegd 17 juni 2023.
- Rijksoverheid. *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel: Brede maatschappelijke heroverweging*. BMH2, 20 april 2020, [www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/04/20/bmh-2-naar-een-toekomstbestendig-zorgstelsel](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/04/20/bmh-2-naar-een-toekomstbestendig-zorgstelsel). Geraadpleegd 17 juni 2023.
- Sociaal en Cultureel Planbureau [SCP]. *De Wmo in de praktijk*. Januari 2018, [www.scp.nl/publicaties/publicaties/2018/01/31/de-wmo-2015-in-praktijk](http://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2018/01/31/de-wmo-2015-in-praktijk). Geraadpleegd 17 juni 2023.
- Sociaal-Economische Raad [SER]. *Zorg voor de toekomst: Over de toekomstbestendigheid van de zorg*. nr. 02, juni 2020, [www.ser.nl/nl/Publicaties/zorg-voor-de-toekomst](http://www.ser.nl/nl/Publicaties/zorg-voor-de-toekomst). Geraadpleegd 17 juni 2023.
- Thiel, Ghislaine van, e.a. *De Pakketsluis voor dure geneesmiddelen: Een ethische evaluatie*. 2022, [www.umcutrecht.nl/nieuws/de-pakketsluis-voor-dure-geneesmiddelen](http://www.umcutrecht.nl/nieuws/de-pakketsluis-voor-dure-geneesmiddelen).
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR]. *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief, 1941-2017*. Working paper nr. 45, 2021, [www.wrr.nl/publicaties/working-papers/2021/09/14/nederlandse-zorgbeleid-in-historische-perspectief](http://www.wrr.nl/publicaties/working-papers/2021/09/14/nederlandse-zorgbeleid-in-historische-perspectief). Geraadpleegd 17 juni 2023.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR]. *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. nr. 104, 15 september

2021, [www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg](http://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg). Geraadpleegd 17 juni 2023.

ZonMw. *Eerste evaluatie Jeugdwet: Na de transitie nu de transformatie*. Januari 2018, [www.zonmw.nl/nl/artikel/eerste-evaluatie-jeugdwet](http://www.zonmw.nl/nl/artikel/eerste-evaluatie-jeugdwet). Geraadpleegd 17 juni 2023.

Zorginstituut Nederland [ZiN] en Nederlandse Zorgautoriteit [NZa]. *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú: Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg*. 2020050042, 2020, [www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2020/11/27/advies-samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu](http://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2020/11/27/advies-samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu). Geraadpleegd 17 juni 2023.

Zorginstituut Nederland [ZiN]. *Kader Passende zorg*. 2022025552, 28 juni 2022, [www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg](http://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg). Geraadpleegd 17 juni 2023.

### 10.3. Websites

“Artsen: ‘Wij behandelen te lang door’”. *Medisch Contact*, 25 juli 2016, [www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/artsen-wij-behandelen-te-lang-door](http://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/artsen-wij-behandelen-te-lang-door).

“Kwaliteitskader Palliatieve zorg in Nederland”. *Pallialine*, [palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/kernwaarden-en-principes#:~:text=leder%20mens%20is%20uniek,bered%20zijn%20deze%20te%20accepteren](http://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland/kernwaarden-en-principes#:~:text=leder%20mens%20is%20uniek,bered%20zijn%20deze%20te%20accepteren). Geraadpleegd 17 juni 2023.

“Leefstijlgeneeskunde: nodig voor fundamentele omslag in de zorg”. *Zorgvisie*, 25 februari 2020, [www.zorgvisie.nl/leefstijlgeneeskunde-nodig-voor-fundamentele-omslag-de-zorg](http://www.zorgvisie.nl/leefstijlgeneeskunde-nodig-voor-fundamentele-omslag-de-zorg).

“Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly”. *Commonwealth Fund*, augustus 2021, <https://doi.org/10.26099/01dv-h208>.

“Nationaal Programma Bevolkingsonderzoek: de cijfers”. *RIVM*, [www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeken-en-screeningen/bevolkingsonderzoek-organisatie/nationaal-programma-bevolkingsonderzoek-cijfers](http://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeken-en-screeningen/bevolkingsonderzoek-organisatie/nationaal-programma-bevolkingsonderzoek-cijfers).

“Nut van borstkankerscreening: toenemende onzekerheid”. *Minerva*, [www.minerva-ebm.be/NL/Analysis/10277](http://www.minerva-ebm.be/NL/Analysis/10277). Geraadpleegd 17 juni 2023.

“Ouder en Wijzer | Gezondheid bij het ouder worden”. *Reformatorische Maatschappelijke Unie*, [www.rmu.nu/kennisbank/artikelen/ouder-wijzer-gezondheid-bij-het-ouder-worden#](http://www.rmu.nu/kennisbank/artikelen/ouder-wijzer-gezondheid-bij-het-ouder-worden#).

“Over de WRR”. *WRR*, 22 november 2022, [www.wrr.nl/over-de-wrr](http://www.wrr.nl/over-de-wrr). Geraadpleegd 17 juni 2023.

“Over RIVM”. *RIVM*, [www.rivm.nl/over-het-rivm](http://www.rivm.nl/over-het-rivm). Geraadpleegd 17 juni 2023.

“Passende Zorg - Zorgvisie”. *Zorgvisie*, 15 juni 2023, [www.zorgvisie.nl/congressen/passende-zorg-oktober-2023](http://www.zorgvisie.nl/congressen/passende-zorg-oktober-2023).

“Preventie | Wat is preventie?” *Volksgezondheid en Zorg*, [www.vzinfo.nl/preventie/wat-is-preventie](http://www.vzinfo.nl/preventie/wat-is-preventie).

- “Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities”. *World Health Organisation*, [www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities#:~:text=Health%20in%20All%20Policies%20\(HiAP,health%20and%20inequities%20in%20health.Geraadpleegd](http://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities#:~:text=Health%20in%20All%20Policies%20(HiAP,health%20and%20inequities%20in%20health.Geraadpleegd) 17 juni 2023.
- “Wlz-algemeen: Hoe werkt de Wet langdurige zorg?” *Zorginstituut Nederland*, [www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wlz-algemeen-hoe-werkt-de-wet-langdurige-zorg#:~:text=De%20Wet%20langdurige%20zorg%20\(Wlz,niet%20alleen%20kan%20worden%20gelaten.Geraadpleegd](http://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wlz-algemeen-hoe-werkt-de-wet-langdurige-zorg#:~:text=De%20Wet%20langdurige%20zorg%20(Wlz,niet%20alleen%20kan%20worden%20gelaten.Geraadpleegd) 17 juni 2023.
- “Zvw-algemeen: Hoe werkt de Zorgverzekeringswet?” *Zorginstituut Nederland*, 19 september 2022, [www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet#:~:text=De%20verzekerde%20betaalt%20maandelijks%20een,van%20het%20verplichte%20eigen%20risico.Geraadpleegd](http://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet#:~:text=De%20verzekerde%20betaalt%20maandelijks%20een,van%20het%20verplichte%20eigen%20risico.Geraadpleegd) 17 juni 2023.
- CBS. “Hoe eenzaam voelen we ons? - Nederland in cijfers 2020”. *Hoe eenzaam voelen we ons? - Nederland in cijfers 2020* | CBS, 18 december 2020, [longreads.cbs.nl/nederland-in-cijfers-2020/hoe-eeenzaam-voelen-we-ons](https://longreads.cbs.nl/nederland-in-cijfers-2020/hoe-eeenzaam-voelen-we-ons).
- Centraal Bureau voor de Statistiek. “Zes procent nooit op internet”. *Centraal Bureau voor de Statistiek*, 3 januari 2019, [www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/01/zes-procent-nooit-op-internet#:~:text=Onder%20de%2075%2Dplussers%20zijn,vrouwen%20die%20niet%20actief%20zijn](http://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/01/zes-procent-nooit-op-internet#:~:text=Onder%20de%2075%2Dplussers%20zijn,vrouwen%20die%20niet%20actief%20zijn).
- Centraal Bureau voor de Statistiek. “Zorguitgaven stegen in 2021 met 7,6 procent”. *Centraal Bureau voor de Statistiek*, 6 juli 2022, [www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/27/zorguitgaven-stegen-in-2021-met-7-6-procent#:~:text=Zorguitgaven%20in%202021%20stijgen%20met,euro%20meer%20dan%20in%202020.&text=Vooral%20door%20de%20extra%20uitgaven,16%20procent%2C%20ongeveer%20243%20euro.Geraadpleegd](http://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/27/zorguitgaven-stegen-in-2021-met-7-6-procent#:~:text=Zorguitgaven%20in%202021%20stijgen%20met,euro%20meer%20dan%20in%202020.&text=Vooral%20door%20de%20extra%20uitgaven,16%20procent%2C%20ongeveer%20243%20euro.Geraadpleegd) 17 juni 2023.
- De Groot, Imre. “Armoede onder ouderen, hoe kan je helpen?” *Vertrouwd Geregeld*, 29 september 2020, [www.seniorenadministratie.nl/armoede-onder-ouderen/#:~:text=Van%20de%2090%20plussers%20in,die%20niet%20geheel%20worden%20vergoed](http://www.seniorenadministratie.nl/armoede-onder-ouderen/#:~:text=Van%20de%2090%20plussers%20in,die%20niet%20geheel%20worden%20vergoed).
- Ministerie van Algemene Zaken. “Jeugdhulp”. *Rijksoverheid.nl*, 20 december 2022, [www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp).
- Ministerie van Algemene Zaken. “Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)”. *Zorg en ondersteuning thuis* | *Rijksoverheid.nl*, 3 februari 2022, [www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. “Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport”. *Rijksoverheid.nl*, 16 juni 2023, [www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport](http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. “Zvw-algemeen: Hoe werkt de Zorgverzekeringswet?” *Verzekerde zorg* | *Zorginstituut Nederland*, 19 september

2022, [www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringwet#:~:text=Het%20Nederlandse%20zorgstelsel%20is%20gebaseerd,mee%20via%20premies%20en%20belastingen](http://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringwet#:~:text=Het%20Nederlandse%20zorgstelsel%20is%20gebaseerd,mee%20via%20premies%20en%20belastingen).

Nederlandse Zorgautoriteit [NZA]. *NZA*. 2 mei 2023, [www.nza.nl](http://www.nza.nl). Geraadpleegd 17 juni 2023.

NOS. “Experts: bevolkingsonderzoeken naar kanker moeten gericht”. *NOS*, 19 juni 2022, [nos.nl/nieuwsuur/artikel/2432940-experts-bevolkingsonderzoeken-naar-kanker-moeten-gericht](http://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2432940-experts-bevolkingsonderzoeken-naar-kanker-moeten-gericht).

Radboud Universiteit. *Bestuurskunde*. [www.ru.nl/afdelingen/faculteit-der-managementwetenschappen/bestuurskunde#:~:text=Bestuurskunde%20gaat%20over%20de%20problemen,het%20oplossen%20van%20maatschappelijke%20problemen](http://www.ru.nl/afdelingen/faculteit-der-managementwetenschappen/bestuurskunde#:~:text=Bestuurskunde%20gaat%20over%20de%20problemen,het%20oplossen%20van%20maatschappelijke%20problemen). Geraadpleegd 17 juni 2023.

University of California San Francisco. “Reframing Alzheimer's: Book Helps Deepen Understanding of Memory Loss | UC San Francisco”. 12 juli 2010, [www.ucsf.edu/news/2010/07/100969/reframing-alzheimers-book-helps-deepen-understanding-memory-loss](http://www.ucsf.edu/news/2010/07/100969/reframing-alzheimers-book-helps-deepen-understanding-memory-loss).

ZonMw. “Passende zorg”. *ZonMw*, 19 december 2022, [www.zonmw.nl/nl/passende-zorg](http://www.zonmw.nl/nl/passende-zorg).

Zorginstituut Nederland [ZiN]. *Over ons*. 17 januari 2022, [www.zorginstituutnederland.nl/over-ons](http://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons). Geraadpleegd 17 juni 2023.

Zorginstituut Nederland [ZiN]. *Passende Zorg*. [www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg](http://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg). Geraadpleegd 17 juni 2023.

## 11. Bijlage

Deze tabel is het raamwerk van een tabel die bijgehouden is voor alle geïnccludeerde rapporten. Relevante stukken werden ingevoerd in volledige citaties.

<b>Algemeen</b>	Naam rapport				
	Auteur(s)				
	Datum				
<b>Achtergrond en motivatie</b>	Doel				
	Achtergrond				
	Motivatie				
<b>Definitie passende zorg</b>					
<b>Achterliggende principes</b>	Waarde-gedreven	Voor de patiënt relevante uitkomsten, gedeeld door de kosten	Principe	Toepassing	
		Effectief op basis van SW&P			
		Doelmatige inzet van middelen, mensen, materialen			
	Samen met en rondom de patiënt	Samen beslissen, functioneringsvraag centraal			
		Meenemen van de sociale context			
		Multidisciplinair kijken naar de functioneringsvraag			
	De juiste zorg op de juiste plek	Onnodig dure of overbodige zorg voorkomen			
		Verplaatsen: zorg rondom de patiënt organiseren			
		Vervangen: zorg slim en bijvoorbeeld digitaal aanbieden			
	Gezondheid in plaats van ziekte	Gezonde bevolking: health in all policies			
		Positieve gezondheid: focus op de eigen ervaren gezondheid en functioneren			
		Preventie om ziekte en zwaardere zorg te voorkomen			
	Overig				
	<b>Rand-voorwaarden</b>	Actiepunten voor specifieke partijen			
		Congruentie			
Lerend systeem					
Overig					