



Federatie  
**Medisch  
Specialisten**

KENNISAGENDA

# Duurzaamheid medisch-specialistische zorg



## Colofon

KENNISAGENDA Duurzaamheid medisch-specialistische zorg  
© 2026 Federatie Medisch Specialisten  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht  
T: 088 505 34 34  
E: [info@demedischspecialist.nl](mailto:info@demedischspecialist.nl)

cover: iStock  
ontwerp: ijzersterk.nu

### **Alle rechten voorbehouden.**

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de Federatie Medisch Specialisten aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

### WERKGROEP

De kennisagenda Duurzaamheid is opgesteld door een werkgroep met afgevaardigden uit twintig wetenschappelijke verenigingen. De werkgroep werd voorgezeten door Dr. Juliëtte Severin (arts-microbioloog, NVMM). De namen van de werkgroepleden zijn opgenomen in de bijlage 1.

### FINANCIERING

Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

### MET ONDERSTEUNING VAN

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten



Federatie  
**Medisch  
Specialisten**

# Inhoud

De onderstaande hoofdstukken zijn clickable, zodat je snel door het document kunt navigeren.

<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>2 Methode</b>	<b>8</b>
2.1 Inventarisatie kennisvragen	8
2.2 Prioritering van kennisvragen	9
<b>3 Resultaten</b>	<b>11</b>
3.1 Top 10 van meest urgente onderzoeksvragen	11
3.2 Toelichting bij geprioriteerde onderzoeksvragen	12
<b>4 Vervolgstappen</b>	<b>24</b>
4.1 Duiding en positionering kennisagenda duurzaamheid	24
4.2 Patiëntenperspectief	24
4.3 Uitvoering van de kennisagenda Duurzaamheid	25
4.4 Conclusie	27
<b>Bijlage 1: Samenstelling van de werkgroep</b>	<b>28</b>
<b>Bijlage 2: Wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties en overige organisaties betrokken bij duurzaamheid in de MSZ</b>	<b>29</b>
<b>Bijlage 3: Richtlijnen</b>	<b>31</b>
<b>Bijlage 4: Steunbrief Patiëntenfederatie Nederland</b>	<b>41</b>
<b>Bijlage 5: Afkortingenlijst</b>	<b>42</b>

## Samenvatting

De relatie tussen milieu en gezondheid is steeds duidelijker zichtbaar. Klimaatverandering, vervuiling en uitputting van grondstoffen hebben directe gevolgen voor de volksgezondheid, terwijl de zorgsector zelf ook bijdraagt aan CO<sub>2</sub>-uitstoot, materiaalgebruik, afvalproductie en milieubelasting. Verduurzaming van de medisch-specialistische zorg is daarmee niet alleen een maatschappelijke opgave, maar ook een belangrijk onderdeel van toekomstbestendige en kwalitatief goede zorg. Deze ambitie sluit aan bij de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 en de Visie Medisch Specialist 2035, waarin verduurzaming en passende zorg nadrukkelijk onderdeel zijn van goede medisch-specialistische zorg.

De kennisagenda Duurzaamheid heeft als doel de belangrijkste kennisvragen op het gebied van duurzaamheid in de medisch-specialistische zorg te identificeren en te prioriteren. De kennisagenda richt zich op specialisme overstijgende kennisvragen die betrekking hebben op bestaande medisch-specialistische zorg, met als doel de CO<sub>2</sub>-uitstoot, milieu-impact, water- en grondstofgebruik en afval te verminderen. Via een brede inventarisatie onder wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties en diverse andere gremia, en een analyse van richtlijnen, zijn 166 kennisvragen verzameld en teruggebracht tot een top 10 meest urgente onderzoeksvragen.

De ontwikkeling van deze kennisagenda weerspiegelt het groeiende bewustzijn en de toenemende betrokkenheid van medisch specialisten bij de verduurzaming van de zorg. Het identificeren en prioriteren van kennisvragen is een eerste stap in het steviger verankeren van duurzaamheid in de dagelijkse praktijk. Onderzoek naar deze kennisvragen draagt bij aan een betere gezondheid en kwaliteit van leven voor patiënten en ondersteunt de ontwikkeling van een meer evidence-based en duurzamere praktijk. De onderzoeksresultaten zullen bijdragen aan betere onderbouwing van richtlijnen en zorgverleners en patiënten ondersteunen bij het maken van duurzame(re) keuzes binnen de medisch-specialistische zorg.

Duurzaamheid raakt daarbij direct aan het principe van passende zorg. Zorg die goed aansluit bij de behoefte van de patiënt voorkomt overbehandeling, vermindert verspilling en draagt bij aan een duurzamer zorgsysteem. Minder onnodige diagnostiek, behandelingen en polikliniekbezoeken leiden tot minder belasting voor mens en milieu en dragen bij aan een gezondere leefomgeving.

### Top 10 kennisvragen:

- Hoe wegen we milieu-impact als parameter van kwalitatief goede medisch-specialistische zorg?
- Hoe kan duurzaam gedrag bij zorgverleners in de medisch-specialistische zorg vergroot worden?
- Hoe kunnen infectiepreventiemaatregelen in de medisch-specialistische zorg worden toegepast op een manier die zowel voldoende effectief is in het voorkomen van infecties en verspreiding van pathogenen als duurzaam ten aanzien van materiaalgebruik en milieu-impact?
- Wat is de milieu-impact van veelgebruikte laboratoriumtesten (zoals urinekweken, diverse bloedtesten) en hoe kunnen duurzamere keuzes op het gebied van de laboratoriumflow, de frequentie en manier van afname gemaakt worden, met behoud van kwaliteit van zorg en gezondheid?
- Welke follow-up (onderzoeken, controle afspraken) kan worden verminderd in frequentie of in intensiteit om milieu-impact te verminderen, met behoud van kwaliteit van zorg?
- Hoe kunnen digitale zorgvormen op afstand (zoals teleconsulten en thuismonitoring) bijdragen aan het verminderen van de milieu-impact zonder verlies van kwaliteit, patiëntveiligheid, patiënttevredenheid?
- Hoe beïnvloedt wetgeving zoals de Medical Device Regulation of de Geneesmiddelenwet het duurzaam gebruik van medische hulpmiddelen of geneesmiddelen in de klinische praktijk, en welke vormen van bewijs zijn nodig om veilige en duurzame alternatieven toe te passen binnen geldende kaders?
- Wat is het effect en de winst van het vervangen van wegwerpmaterialen in de zorg, met name absorberende hygiëneproducten voor urine en fecale incontinentie, of vaginaal bloedverlies of afscheiding, door duurzame, herbruikbare wasbare alternatieven bij verschillende doelgroepen (zoals jonge kinderen, mensen met een verstandelijke beperking, rolstoel-gebonden patiënten en ouderen thuis of in verpleeghuizen)?

- Hoe kan passende zorg rondom geneesmiddelen worden vormgegeven waarbij een integrale afweging gemaakt wordt tussen effectiviteit, werkdruk, kosten en milieu-impact, in samenspraak met de patiënt?
- Welke strategieën kunnen helpen om AI, dataopslag en databeheer op een duurzame manier in te zetten in de zorg? Kunnen we extra milieu-impact hiervan niet alleen minimaliseren, maar duurzaamheid zelfs vergroten door innovatieve, baanbrekende insteken ten opzichte van conventionele zorgprocessen?

Het multidisciplinaire karakter van deze kennisagenda vraagt om regie en afstemming die de grenzen van afzonderlijke wetenschappelijke verenigingen overstijgen. De kennisagenda bevat daarom ook een voorstel voor een afgestemde en doelgerichte uitwerking van de geprioriteerde kennisvragen.

## HOOFDSTUK 1

# Inleiding

De relatie tussen milieu en gezondheid is helder: klimaatverandering en vervuiling hebben directe, meetbare effecten op onze gezondheid. Tegelijkertijd draagt de Nederlandse zorgsector zelf bij aan deze problematiek: in 2020 was de zorgsector verantwoordelijk voor circa 7,3% van de nationale CO<sub>2</sub>-uitstoot en 13% van het grondstoffengebruik<sup>1</sup>. Hiermee draagt de zorgsector significant bij aan gezondheidsschade. Tegen deze achtergrond is in Nederland de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 gesloten, waarin zorgorganisaties, overheid en andere partijen zich committeren aan het verduurzamen van de zorg. Ook de Federatie Medisch Specialisten heeft deze Green Deal ondertekend en onderschrijft daarmee het belang van een duurzame transitie binnen de medisch-specialistische zorg.

Deze ambitie sluit nauw aan bij de visie Medisch Specialist 2035, waarin wordt ingezet op toekomstbestendige zorg die bijdraagt aan gezondheid in brede zin. Binnen deze visie staat niet alleen de behandeling van ziekte centraal, maar ook het bevorderen van gezondheid en het verantwoord omgaan met schaarse middelen en de leefomgeving. 'Vergroening van de zorg' is een van de zeven thema's binnen de visie en daarmee een belangrijk onderdeel van goede en toekomstgerichte medisch-specialistische zorg.

Met de Kennisagenda Duurzaamheid geeft de Federatie Medisch Specialisten, in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen, richting aan toekomstig onderzoek en ondersteunt de ontwikkeling van een meer evidence-based en duurzamere praktijk, met name op thema's waar duurzaamheidsargumenten nu vaak onvoldoende onderbouwd zijn. Het belang van samenwerking tussen verschillende specialismen wordt benadrukt, omdat verduurzaming van de zorg alleen kan slagen met een integrale aanpak en met kennis over waar de grootste duurzaamheidswinst te behalen is. De kennisagenda richt zich op het identificeren en prioriteren van de belangrijkste kennisvragen binnen de medisch-specialistische zorg om de CO<sub>2</sub>-uitstoot, milieu-impact, water- en grondstofgebruik en afval te verminderen.

De ontwikkeling van de kennisagenda weerspiegelt het groeiende bewustzijn en de toenemende betrokkenheid van medisch specialisten bij de verduurzaming van de zorg — een cruciale voorwaarde voor een duurzame toekomst.

Het identificeren en prioriteren van kennisvragen op het gebied van duurzaamheid in de medisch-specialistische zorg is de eerste stap in het steviger verankeren van duurzaamheid in de dagelijkse praktijk. Onderzoek naar deze kennisvragen draagt namelijk bij aan een betere gezondheid en hogere kwaliteit van leven voor patiënten, en versterkt daarmee de duurzaamheid van de zorgsector als geheel. Onderzoeksresultaten van de geprioriteerde kennisvragen zullen leiden tot betere onderbouwing van richtlijnen en goed onderbouwde richtlijnen kunnen zorgverleners en patiënten weer helpen in het maken van duurzame(re) keuzes binnen de medisch-specialistische zorg.

Duurzaamheid raakt direct aan het principe van passende zorg. Zorg die écht aansluit bij de behoefte van de patiënt voorkomt overbehandeling, vermindert verspilling en draagt bij aan een duurzamer zorgsysteem. Minder onnodige diagnostiek, behandelingen of polikliniekbezoeken leiden tot minder belasting voor mens en milieu, en dragen bij aan een gezondere leefomgeving.

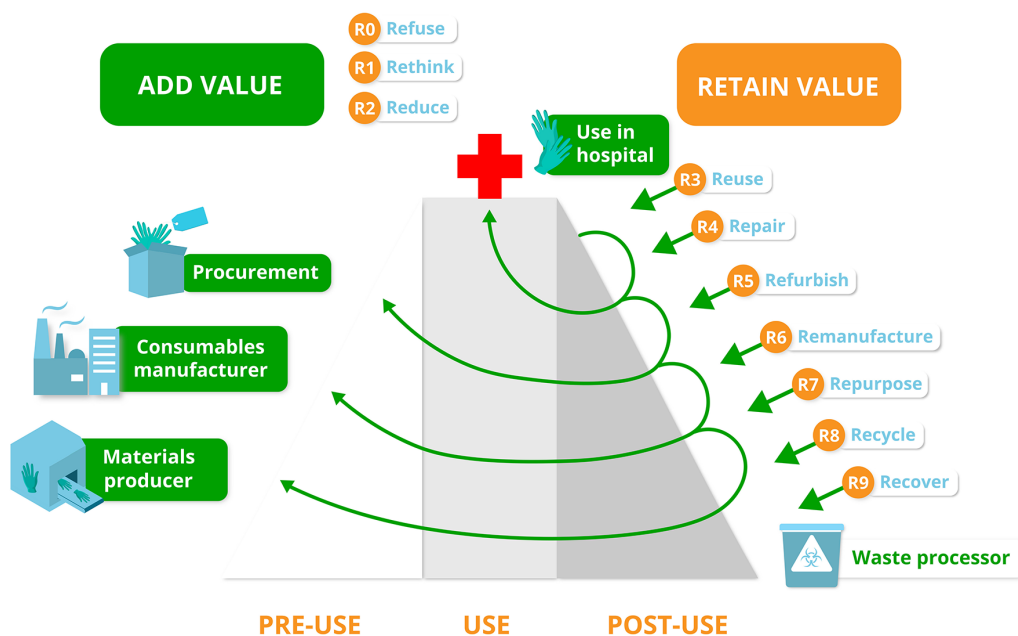
---

1 Steenmeijer, M., Pieters, L.I., Warmenhovenet, N., al. Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu. Methode voor milieuoetafdruck en voorbeelden voor een goede zorgomgeving. RIVM rapport; 2022-0127. 2022. doi: 10.21945/RIVM-2022-0127.

Een bruikbaar hulpmiddel bij onderzoek naar verduurzaming is de R-ladder, die inzicht geeft in de verschillende treden van circulariteit (zie Figuur 1; Huijben, 2025<sup>2</sup>). Hierbij nodigt elke trede uit om kritisch te kijken naar materialen, processen en routines in de zorg. Door de R-ladder systematisch toe te passen én de impact van zorgprocessen te meten en analyseren, kunnen zorgverleners bewustere en duurzamere keuzes maken – zowel in de dagelijkse klinische praktijk als op beleidsniveau.

Dit roept ook een belangrijke vraag op: hoe kan een zorgverlener het gesprek over duurzaamheid in de spreekkamer voeren en dit onderdeel maken van gezamenlijke besluitvorming? Zo is passende zorg een voorbeeld van duurzame zorg en staat het hoog op de R-ladder. Ook mobiliteit van zorgverlener en patiënt, duurzaam medicatiegebruik en andere beslissingen in de spreekkamer kunnen hier onderdeel van zijn.

Door de huidige milieu-impact van zorgprocessen te meten en te analyseren, passende zorg centraal te stellen, de R-ladder te gebruiken én duurzaamheid te verweven in de patiëntenzorg, zetten we concrete stappen richting een groener, efficiënter en toekomstbestendiger medisch-specialistisch zorgsysteem. Dit vraagt om gericht en passend onderzoek, zodat duurzame keuzes steeds beter onderbouwd kunnen worden en effectief kunnen worden toegepast in de praktijk met draagvlak in het veld.



Figuur 1: Prioriteitsvolgorde circulariteit strategieën conform de 'R-ladder (strategieën van circulariteit)' (Huijben, 2025)

2 Huijben J, van Raaij E, Wagelmans A, et al. Accelerating the transition from a linear to a circular healthcare sector: ESCH-R: study design and methodology. *Front Public Health*. 2025 Mar 26;13:1542187. doi: 10.3389/fpubh.2025.1542187. PMID: 40206175; PMCID: PMC11978829.

## HOOFDSTUK 2

# Methode

De methode van deze kennisagenda is opgebouwd uit de volgende onderdelen en wordt hieronder verder toegelicht:

- Inventarisatie van kennisvragen op het gebied van duurzaamheid, en
- Prioritering van de belangrijkste kennisvragen.

### 2.1 INVENTARISATIE KENNISVRAGEN

De openstaande kennisvragen rondom duurzaamheid zijn systematisch geïnterviewd. De openstaande kennisvragen werden opgehaald door een uitvraag onder wetenschappelijke verenigingen, patiënten en overige belanghebbenden (april 2025). Daarnaast werd ook een inventarisatie van kennisvragen over duurzaamheid uit richtlijnen gedaan.

#### 2.1.1 Identificatie van kennisvragen bij wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties en overige organisaties betrokken bij duurzaamheid in de MSZ

Alle wetenschappelijke verenigingen en overige organisaties betrokken bij duurzaamheid in de MSZ zijn per e-mail gevraagd deel te nemen aan een online enquête (zie Bijlage 2). Patiëntenorganisaties zijn via Patiëntenfederatie Nederland per e-mail gevraagd deel te nemen aan een online enquête.

De organisaties zijn gevraagd om maximaal vijf kennisvragen op het gebied van duurzaamheid te benoemen en deze te formuleren als onderzoeksvraag, met daarbij een korte toelichting. De kennisvragen dienden gericht te zijn op duurzaamheid vanuit het perspectief van milieubelasting en milieu-impact, betrekking te hebben op de medisch-specialistische zorg, specialisme-overstijgend te zijn of daartoe gemaakt te kunnen worden, breed gedragen te zijn in het veld, haalbaar en uitvoerbaar te zijn, en te zijn geformuleerd als onderzoeksvraag.

In totaal zijn 110 kennisvragen aangeleverd door 27 wetenschappelijke verenigingen, 12 kennisvragen door drie patiëntenorganisaties en 20 kennisvragen door vijf overige organisaties.

#### 2.1.2 Identificatie kennisvragen in richtlijnen

Voor de identificatie van openstaande kennisvragen uit medisch-specialistische richtlijnen is binnen de Richtlijnen-database gezocht (eind februari 2025) naar richtlijnmodules waarin de woorden 'duurzaam\*' of 'milieu' voorkwamen. Daarnaast zijn de richtlijnen van het Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI) doorgenomen. In totaal zijn 158 richtlijnmodules van de Richtlijnen-database gescreend. Daarnaast zijn in 10 SRI-richtlijnen kennisvragen over duurzaamheid gevonden (zie [Bijlage 3](#)).

De door richtlijnwerkgroepen gedefinieerde kennisvragen en specifieke aanbevelingen voor verder onderzoek op het gebied van duurzaamheid zijn integraal opgenomen in de inventarisatie. In totaal zijn vanuit de richtlijnen 24 kennisvragen gericht op duurzaamheid geïdentificeerd.

#### 2.1.3 Totaal geïdentificeerde kennisvragen

De richtlijnenanalyse en inventarisatie onder wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties en overige organisaties resulteerde in totaal in 166 kennisvragen. De werkgroep heeft de geïdentificeerde kennisvragen via een voorselectie teruggebracht tot 136 vragen. De werkgroep heeft dit gerealiseerd door, waar mogelijk, in drietallen de kennisvragen te beoordelen en te scoren op basis van de onderstaande exclusie criteria:

- Kennisvragen die geen onderdeel zijn van duurzaamheid binnen de medisch-specialistische zorg;
- Kennisvragen die niet specialisme overstijgend zijn of specialisme overstijgend gemaakt kunnen worden;
- Kennisvragen waar momenteel al onderzoek naar wordt gedaan;
- Kennisvragen die zeer moeilijk te onderzoeken zijn en/of waarvan het onderzoek niet haalbaar is.

Kennisvragen die door drie beoordelaars op één of meerdere criteria 'ja' werden gescoord, vielen af en zijn niet meegenomen naar de volgende stap in het prioriteringsproces. Indien consensus ontbrak, of in het geval de beoordeling niet door drie personen was uitgevoerd, zijn de betreffende kennisvragen afzonderlijk binnen de werkgroep besproken. Bij discrepanties tussen werkgroepleden of indien consensus ontbrak, zijn de betreffende kennisvragen afzonderlijk aan de voorzitter voorgelegd. Daarnaast werden overeenkomstige kennisvragen ontdebeld en samengevoegd.

De kennisvragen zijn vervolgens onderverdeeld in verschillende deelgebieden:

- Geneesmiddelen
- Infectiepreventie
- Medische hulpmiddelen/materiaal
- Diagnostiek
- Reisbewegingen
- Zorg op afstand
- Software
- Voeding
- Chirurgie
- Communicatie
- Algemeen

## 2.2 PRIORITERING VAN KENNISVRAGEN

### 2.2.1 Prioriteringsbijeenkomst

Op 28 oktober 2025 is een online prioriteringsbijeenkomst georganiseerd om 136 kennisvragen te prioriteren. Aan deze bijeenkomst namen in totaal 74 mensen deel (63 medisch specialisten namens 28 wetenschappelijke verenigingen, 3 patiëntvertegenwoordigers namens 2 patiëntenorganisaties en 9 afgevaardigden namens 8 andere organisaties), zie Bijlage 1.

De kennisvragen zijn vooraf in vier discussiegroepen ingedeeld, zodat elke groep ongeveer hetzelfde aantal kennisvragen had. Per groep werden de kennisvragen besproken onder leiding van werkgroepleden en adviseurs van het Kennisinstituut. In elke discussiegroep werden kennisvragen van een of meerdere deelgebieden besproken. De volgende groepsindeling werd gehanteerd:

- Groep 1: Geneesmiddelen
- Groep 2: Infectiepreventie / Medische hulpmiddelen / materiaal
- Groep 3: Diagnostiek / Reisbewegingen / Zorg op afstand / Software / Voeding
- Groep 4: Chirurgie / Communicatie / Algemeen

#### **Prioriteringscriteria**

De kennisvragen werden besproken en beoordeeld aan de hand van onderstaande prioriteringscriteria. Deze criteria werden gebruikt om een overkoepelend beeld te krijgen van de prioriteit van kennisvragen ten opzichte van elkaar.

- Milieuwinst: wat is de mogelijk te behalen winst op voor milieu relevante uitkomsten (e.g. CO<sub>2</sub> uitstoot, circulariteit, afval, medicatie in oppervlaktewater)?
- Overall impact: op hoeveel patiënten, behandelingen en/of testen in Nederland heeft de kennisvraag betrekking? Heeft de interventie ook op een andere plaats in de keten van zorg een effect, bijvoorbeeld financieel of qua inzet van personeel?
- Toegevoegde waarde: is het onderzoek nodig om de vraag te beantwoorden? Zijn er lopende en/of afgeronde studies of beschikbaar bewijs vanuit kwaliteitsregistraties die de vraag al kunnen beantwoorden? Wat voegt de studie toe aan de bestaande literatuur?
- Draagvlak: is er sprake van draagvlak in het veld?
- Praktijkvariatie: is er sprake van praktijkvariatie? Worden in verschillende ziekenhuizen verschillende behandelwijzen toegepast?

- Haalbaarheid: zijn er genoeg patiënten/ is er genoeg volume om binnen de gestelde termijn voldoende inclusies te realiseren?
- Multidisciplinariteit: kan het onderzoek met verschillende disciplines worden uitgevoerd?
- Multicenter: kan het onderzoek met verschillende ziekenhuizen worden uitgevoerd?

De discussie vond plaats in twee rondes. In de eerste ronde werd gestreefd naar een **top 10** per groep. De deelnemers zijn in deze ronde willekeurig ingedeeld in een groep. In de tweede ronde werden de deelnemers ingedeeld op basis van hun expertise, de voorkeur kon men bij inschrijving aangeven. In de tweede ronde werd gestreefd naar een **top 5** van de belangrijkste kennisvragen per discussietafel. In beide rondes konden suggesties worden gedaan voor het herformuleren of samenvoegen van kennisvragen. Indien bij aanwezigen onderzoek bekend was dat de kennisvraag (op termijn) helemaal zou oplossen, viel de betreffende kennisvraag af. In totaal werden na de tweede ronde **22 kennisvragen** als meest belangrijk aangemerkt.

### 2.2.2 Prioritering in overkoepelende stemmingsronde

Na de prioriteringsbijeenkomst zijn alle deelnemers verzocht om de vijf meest belangrijke kennisvragen te selecteren uit de 22 overgebleven kennisvragen. Via een digitale enquête konden deelnemers van de prioriteringsbijeenkomst hun top 5 doorgeven (reactietermijn: 1 week).

Indien er per organisatie meerdere deelnemers hun stem hebben uitgebracht, werden de stemmen per organisatie gemiddeld. Afstemming tussen experts over de vijf belangrijkste kennisvragen werd aangemoedigd, maar was niet verplicht. In totaal hebben 65 deelnemers hun stem uitgebracht namens 35 organisaties. Tevens kon men suggesties doen voor het herformuleren of samenvoegen van kennisvragen. De overkoepelende stemmingsronde resulteerde in een rangorde van de 22 kennisvragen.

### 2.2.3 Definitieve keuze geprioriteerde kennisvragen

Na afloop van de prioriteringsbijeenkomst en de overkoepelende stemmingsronde heeft de werkgroep de rangorde van de 22 kennisvragen besproken in een vergadering. Hierbij werden de prioriteringscriteria in acht genomen en zijn tevens de ontvangen suggesties voor herformulering en samenvoegingen, waar mogelijk en relevant, verwerkt. Op basis van bovenstaande heeft de werkgroep gezamenlijk een top 10 vastgesteld. Uiteindelijk is de werkgroep, na soms ook combineren van kennisvragen, uitgekomen op een selectie van 10 kennisvragen die zich goed lenen voor onderzoek in de nabije toekomst. In deze top 10 is **geen rangorde** aangebracht.

Voor de aanvankelijke gekozen top 10 hebben de leden van de werkgroep een oriënterende inventarisatie uitgevoerd via PubMed en (internationale) trialregisters om na te gaan of er reeds lopend (internationaal) onderzoek is dat de betreffende kennisvragen naar verwachting op termijn zal beantwoorden. Indien dit het geval was, is de betreffende kennisvraag niet opgenomen in de top 10 van deze kennisagenda. Op basis hiervan is vervolgens de definitieve top 10 vastgesteld.

Tijdens deze oriënterende inventarisatie is tevens gekeken naar reeds beschikbaar onderzoek en bestaande kennis die aansluit bij de kennisvragen, om deze informatie in de toelichting van de kennisvraag te kunnen benutten en de context van de kennisvragen te versterken en inzichtelijk te maken waar de kennisvraag nog openligt.

## HOOFDSTUK 3

# Resultaten

### 3.1 TOP 10 VAN MEEST URGENTE ONDERZOEKSVRAGEN

Op basis van de prioriteringsbijeenkomst en discussie binnen de werkgroep is een top 10 van de meest urgente onderzoeksvragen samengesteld. De onderzoeksvragen zijn in **willekeurige volgorde** opgenomen in de lijst.

Kennisvraag	Deelgebied
Hoe wegen we milieu-impact als parameter van kwalitatief goede medisch-specialistische zorg?	Algemeen
Hoe kan duurzaam gedrag bij zorgverleners in de medisch-specialistische zorg vergroot worden?	Algemeen
Hoe kunnen infectiepreventiemaatregelen in de medisch-specialistische zorg worden toegepast op een manier die zowel voldoende effectief is in het voorkomen van infecties en verspreiding van pathogenen als duurzaam ten aanzien van materiaalgebruik en milieu-impact?	Infectiepreventie
Wat is de milieu-impact van veelgebruikte laboratoriumtesten (zoals urinekweken, diverse bloedtesten) en hoe kunnen duurzamere keuzes op gebied van de laboratoriumflow, de frequentie en manier van afname gemaakt worden, met behoud van kwaliteit van zorg en gezondheid?	Diagnostiek
Welke follow-up (onderzoeken, controleafspraken) kan worden verminderd in frequentie of in intensiteit om milieu-impact te verminderen, met behoud van kwaliteit van zorg?	Reisbewegingen/ Digitale zorg
Hoe kunnen digitale zorgvormen op afstand (zoals teleconsulten en thuismonitoring) bijdragen aan het verminderen van de milieu-impact zonder verlies van kwaliteit, patiëntveiligheid, patiënttevredenheid?	Zorg op afstand
Hoe beïnvloedt wetgeving zoals de Medical Device Regulation of de Geneesmiddelenwet het duurzaam gebruik van medische hulpmiddelen of geneesmiddelen in de klinische praktijk, en welke vormen van bewijs zijn nodig om veilige en duurzame alternatieven toe te passen binnen geldende kaders?	Medische hulpmiddelen/ materiaal/ Geneesmiddelen
Wat is het effect en de winst van het vervangen van wegwerpmaterialen in de zorg, met name absorberende hygiëneproducten voor urine en fecale incontinentie, of vaginaal bloedverlies of afscheiding, door duurzame, herbruikbare wasbare alternatieven bij verschillende doelgroepen (zoals jonge kinderen, mensen met een verstandelijke beperking, rolstoel-gebonden patiënten en ouderen thuis of in verpleeghuizen)?	Medische hulpmiddelen/ materiaal
Hoe kan passende zorg rondom geneesmiddelen worden vormgegeven waarbij een integrale afweging gemaakt wordt tussen effectiviteit, werkdruk, kosten en milieu-impact, in samenwerking met de patiënt?	Geneesmiddelen
Welke strategieën kunnen helpen om AI, dataopslag en databeheer op een duurzame manier in te zetten in de zorg? Kunnen we extra milieu-impact hiervan niet alleen minimaliseren, maar duurzaamheid zelfs vergroten door innovatieve, baanbrekende insteken ten opzichte van conventionele zorgprocessen?	Software

Om de kennis- en kwaliteitscyclus te kunnen sluiten is het van belang dat onderzoeksresultaten uiteindelijk in een richtlijn worden geduid (zie ook hoofdstuk Vervolgstappen). De onderzoeksresultaten worden dan meegenomen bij het opstellen van aanbevelingen en leiden uiteindelijk tot implementatie in de praktijk.

### 3.2 TOELICHTING BIJ GEPRIORITEERDE ONDERZOEKSVRAGEN



#### Hoe wegen we milieu-impact als parameter van kwalitatief goede medisch-specialistische zorg?

**Toelichting:** Traditioneel worden keuzes in de medisch-specialistische zorg vooral onderbouwd met een afweging tussen gezondheidswinst (effectiviteit) en kosten, bijvoorbeeld via kosteneffectiviteit en QALY's. Tegelijkertijd wordt steeds duidelijker dat zorg ook een substantiële milieu-impact heeft, en dat deze impact relevant is voor (lange termijn) volksgezondheid en planetaire gezondheid. Hierdoor ontstaat de vraag hoe milieu-impact een plek kan krijgen binnen bestaande kaders voor "kwalitatief goede zorg".

Dit onderwerp is een kennisvraag, omdat er op dit moment nog onvoldoende eenduidige en breed toepasbare kennis beschikbaar is over (1) hoe milieu-impact betrouwbaar gemeten en gekwantificeerd kan worden voor behandelopties en zorgpaden, én (2) hoe deze informatie vervolgens verantwoord geïntegreerd kan worden in besluitvorming. Hoewel het aannemelijk is dat milieu-impact in sommige situaties een doorslaggevende factor kan zijn (bijvoorbeeld wanneer behandelopties vergelijkbaar zijn in effectiviteit maar sterk verschillen in mate van uitstoot of materiaalgebruik), ontbreken gestandaardiseerde methoden en normatieve kaders om dit consequent toe te passen.

De actualiteit van deze kennisvraag wordt onderstreept doordat het Zorginstituut Nederland in mei 2025 in een adviesrapport heeft aangegeven milieu-impact (naast personeelsinzet) te willen meewegen in pakketbeslissingen. Daarmee is de opdracht om milieu-impact te betrekken bij zorgkeuzes er al, terwijl de benodigde methoden en besluitvormingskaders nog in ontwikkeling zijn. Ook is nog onvoldoende bekend hoe zorgverleners, patiënten en de maatschappij aankijken tegen deze afwegingen, en welke ethische en juridische randvoorwaarden daarbij horen. Ook het rapport '[Verduurzaming van hulpmiddelen in de zorg](#)' concludeert dat een afweegkader ontwikkeld dient te worden waarin duurzaamheid een plaats heeft naast bestaande waarden van goede zorg.

Een economisch afwegingskader is al eens door Planbureau voor de Leefomgeving gepresenteerd: [Actualisering monetaire milieuschade | Planbureau voor de Leefomgeving](#). In dit rapport wordt een milieuprijs (euro's) toegekend aan een ton CO<sub>2</sub> emissie (in het oorspronkelijke rapport van 2018 was dat €57 per ton CO<sub>2</sub>). Dan kan duurzaamheid worden vergeleken met de kosten die hebben vastgesteld voor een QALY (bijvoorbeeld €50.000-100.000).

Parallel hieraan laat de ZonMw-call 'methodeontwikkeling ecologische duurzaamheid en passende zorg' zien dat er behoefte is aan verdere kennisontwikkeling. De gehonoreerde projecten richten zich enerzijds op het verbeteren en stroomlijnen van methoden (zoals lifetime cycle assessment (LCA)) om milieu-impact van zorginterventies betrouwbaar en praktisch meetbaar te maken, en anderzijds op het ontwikkelen van afwegingskaders en beslismodellen om milieu-impact te integreren naast effectiviteit, kosten, arbeid en maatschappelijke waarden. Dit benadrukt dat de vertaling van milieu-impact naar bruikbare en legitieme besluitvorming nog niet afgerond is en dus verdere onderbouwing vraagt.

Aan de hand van kwalitatief onderzoek (zoals bijvoorbeeld Delphi procedures en vragenlijsten) en methodeontwikkeling (nieuwe methoden om milieu-impact te meten en te wegen) kan deze kennisvraag beantwoord worden.

#### Voorbeeldvragen passend bij deze kennisvraag:

- Is het mogelijk om een gestandaardiseerde maat te ontwikkelen (zoals een Planetary QALY) die milieubelasting integreert in gezondheidswinstmodellen?
- Kan gedeelde besluitvorming worden uitgebreid met informatie over milieu-impact, en hoe beïnvloedt dit keuzes van patiënten en professionals? Deze vraag sluit ook aan bij de kennisvraag over duurzaam gedrag bij zorgverleners in de medisch-specialistische zorg.

- Welke ethische overwegingen zijn van belang en sluit het huidige tuchtrecht daarbij aan?
- Hoe kan milieu-impact worden meegewogen in richtlijnen in de medisch-specialistische zorg, om een afweging te maken in beschikbare behandelopties?

**Oorsprong van kennisvraag:** Bovenstaande kennisvraag is ingediend door NVKF.

**De volgende organisaties hebben in de prioritering op deze kennisvraag gestemd:** NOG, NVA, NVALT, NVIC, NVKF, NVKG, NVMM, NVPC, NVR, NVT, NVVC, NVZA, VRA, Groene Zorg Alliantie, NVSHA



### Hoe kan duurzaam gedrag bij zorgverleners in de medisch-specialistische zorg vergroot worden?

**Toelichting:** Duurzaamheid in de zorg vraagt niet alleen om systeem- en ketenaanpassingen, maar ook om zichtbaar en consistent gedrag van zorgverleners zelf. In de nieuwe visie MS2035 van de Federatie Medisch Specialisten<sup>3</sup> wordt expliciet gesteld dat medisch specialisten hierin een voorbeeldfunctie hebben. Die voorbeeldrol gaat over geloofwaardigheid, normstelling en cultuur: wat medisch specialisten zelf doen en uitdragen, beïnvloedt collega's, organisaties én het maatschappelijke gesprek.

Deze kennisvraag richt zich daarom op: hoe duurzaam gedrag van medisch specialisten (en andere zorgverleners in de medisch-specialistische zorg) vergroot kan worden, los van de inhoudelijke keuzes in diagnostiek en behandeling. Een duidelijke afbakening is dat het niet gaat om "duurzame zorg" in termen van wélke zorg wordt geleverd (bijv. materiaalkeuze, OK-processen, geneesmiddelen of gepast gebruik), maar om het persoonlijke en professionele gedrag van de medisch specialist zelf. Deze kennisvraag sluit aan bij thema 1 van de Green Deal.

#### Enkele voorbeelden van duurzaam gedrag zijn:

Leefstijl en preventie, gezondheidsbevorderende omgeving van zorgverleners: aandacht voor bewegen, gezonde voeding, vitaliteit en preventief gedrag bevorderen.

Woon-werkverkeer: vaker kiezen voor actieve mobiliteit (lopen/fietsen), OV, elektrisch rijden en slimme rooster-/parkeer-/faciliteiten die dit ondersteunen.

Dienstreizen: zoveel mogelijk lage-emissie alternatieven (zoals de trein), digitaal vergaderen waar passend, en beleid dat duurzame keuzes makkelijk maakt en stimuleert.

Voorbeeldgedrag en normstelling: uitspraken en positie in het maatschappelijke debat, de opstelling op de werkvloer, het bespreekbaar maken van duurzaamheid, en veranderbereidheid (bijv. meedoen aan initiatieven, teams meenemen, consistent handelen).

#### Voorbeeldvragen passend bij deze kennisvraag:

De kern van de kennisvraag is welke determinanten (kennis, motivatie, sociale normen, professionele identiteit, tijdsdruk, organisatiecultuur, infrastructuur, financiële prikkels, leiderschap) dit gedrag beïnvloeden, en welke interventies aantoonbaar effectief en haalbaar zijn in de praktijk. Denk aan interventies zoals rolmodel- en leiderschapsprogramma's, peer-to-peer beïnvloeding, teamafspraken, feedbackmechanismen (bijv. mobiliteits- of CO<sub>2</sub>-inzicht), faciliteiten (fiets- en OV-regelingen), aanpassing van reisbeleid, en het verankeren van duurzaamheid in professionele normen en opleiding.

Het beantwoorden van deze kennisvraag levert handvatten op om de voorbeeldfunctie uit MS2035 te vertalen naar dagelijkse routines en professionele cultuur: van individuele intentie naar structureel gedrag. Daarmee kan de medisch-specialistische beroepsgroep zichtbaar bijdragen aan duurzaamheid, mét behoud van focus op kwaliteit en

<sup>3</sup> <https://www.medischspecialist2035.nl/medisch-specialist/visie>

patiëntveiligheid, en met een duidelijke afbakening dat het hier gaat om het gedrag van de professional zelf—niet om de inhoud van de zorgverlening.

Passende onderzoeksdesigns voor deze kennisvraag liggen vooral in het kwalitatieve en mixed-methods domein, eventueel aangevuld met (quasi-)experimentele evaluaties. Kwalitatieve methoden zoals interviews en focusgroepen zijn geschikt om determinanten van duurzaam gedrag (bijv. motivatie, normen en organisatiecultuur) te verkennen. Surveys kunnen deze factoren breder toetsen en patronen zichtbaar maken. Een mixed-methods aanpak combineert beide en biedt zowel diepgang als generaliseerbaarheid. Voor het beoordelen van de effectiviteit en haalbaarheid van interventies zijn voor- en nametingen of pilotstudies binnen vakgroepen of instellingen passend.

**Oorsprong van kennisvraag:** Bovenstaande kennisvraag is ontstaan uit diverse losse kennisvragen die zijn samengevoegd. De originele kennisvragen waren ingediend door NVNG, Groene zorg Alliantie en V&VN.

**De volgende organisaties hebben in de prioritering op deze kennisvraag gestemd:** NIV, NVIC, NVKF, NVKG, NVKNO, NVMDL, NVOG, NVPC, NVR, NVVH, NVZA, VKGN, VRA, Stichting Bekkenbodem4All, Groene Zorg Alliantie, NVSHA, V&VN



**Hoe kunnen infectiepreventie maatregelen in de medisch-specialistische zorg worden toegepast op een manier die zowel voldoende effectief is in het voorkomen van infecties en verspreiding van pathogenen, als duurzaam ten aanzien van materiaalgebruik en milieu-impact?**

**Toelichting:** Infectiepreventie maatregelen zijn erop gericht zorg gerelateerde infecties bij patiënten te voorkomen en verspreiding van pathogene (resistente) micro-organismen tegen te gaan om daarmee patiënten, medewerkers en bezoekers een veilige omgeving te bieden. Hierdoor worden infecties en uitbraken voorkomen en dragen deze maatregelen in belangrijke mate bij aan duurzame zorg. In Nederland krijgt circa 4,5% (2025) tot 7% (2023) van de patiënten in het ziekenhuis een zorginfectie<sup>4</sup>, waarvan een aanzienlijk deel te voorkomen is, met als gevolg minder opnamedagen, (her-)operaties en andere ingrepen en medicatiegebruik. Tegelijkertijd hebben infectiepreventie maatregelen milieu-impact door veelvuldig gebruik van wegwerpmaterialen, energie-intensieve processen bij reiniging, desinfectie en sterilisatie, en gebruik van chemicaliën. Maatregelen worden vaak als “bundel” van maatregelen genomen omdat zorginfecties multifactorieel zijn, waarbij de bundel vaak wel bewezen effectief is, maar klinisch bewijs van de losse elementen van een bundel minder duidelijk is. Infectiepreventie maatregelen zijn daarnaast ook vaak niet goed te onderzoeken in een “randomized control trial” waardoor mogelijkheden voor onderbouwing vanuit het perspectief van traditioneel evidence-based medicine voor deze maatregelen beperkt zijn.

Er is behoefte aan een afweegkader om verschillende voor- en nadelen te wegen bij het inzetten van infectiepreventie maatregelen, bijvoorbeeld t.a.v. proportionaliteit, en effecten op milieu-impact. Ook is er behoefte aan het exploreren van welk bewijs nodig is om deze afwegingen te kunnen maken. Daarnaast worden in de praktijk sommige maatregelen gezien als infectiepreventie maatregelen, terwijl zij dat niet zijn. Het is belangrijk hier onderscheid in te maken.

#### Voorbeeldvragen passend bij deze kennisvraag:

- Welke mate van bescherming (NEN-norm) zou gebruikt kunnen worden bij herbruikbare isolatiejassen en hoe zou het proces van implementeren zo duurzaam mogelijk ingericht kunnen worden *ten opzichte van disposable isolatiejassen op gebied van afval, gebruik van water, gebruik van grondstoffen, CO<sub>2</sub> uitstoot, logistieke processen en infrastructuur, personeelsinzet, gebruikersvriendelijkheid?*

<sup>4</sup> <https://www.vzinfo.nl/zorginfecties/ziekenhuizen/puntprevalentie>

- Bij welke medische hulpmiddelen en medische procedures, waarbij nu reiniging, desinfectie én sterilisatie van deze middelen wordt uitgevoerd, kan worden volstaan met reiniging en sterilisatie of reiniging en desinfectie? Is dit binnen de huidige wet- en regelgeving in te passen?
- Zijn isolatie- en infectiepreventiemaatregelen noodzakelijk voor alle *Clostridioïdes difficile* ribotypes in het voorkomen van *Clostridioïdes difficile* transmissie en infectie? De aparte onderdelen van de bundel moeten daarbij goed in kaart gebracht worden, naast de algemene voorzorgsmaatregelen en infrastructuur (pospoelers etc.). Hierbij is *C. difficile* een micro-organisme welke als “pilot” zou kunnen dienen voor andere micro-organismen. Omdat voor dit micro-organisme mogelijk al veel praktijkvariatie bestaat, kan dit multicenter opgepakt worden, waarbij een observationele cluster “platform” trial vorm gebruikt kan worden.
- Voor gebruik van isolatiejassen bij respiratoire virussen is in het ENVI-GO-PAN project (ZonMw) een review gedaan, met een uitkomst dat virussen overleven op kleding, maar het is onduidelijk of deze transmissie vervolgens ook leidt tot besmetting van de omgeving of tot infecties bij medewerkers of andere patiënten. Dit zou verder uitgewerkt kunnen worden in een simulatiestudie.
- Rondom puncties/biopsies/injecties is aangegeven dat onderzoek nodig is om duidelijker antwoord te geven op de vraag wat de minimale set aan infectiepreventiemaatregelen zou moeten zijn bij het uitvoeren hiervan. Hierbij zou een punctie uit categorie 3 als pilot genomen kunnen worden, bijvoorbeeld orgaanpuncties.
- Om in kaart te brengen welk bewijs, naast randomized controlled trials, gebruikt kan worden om infectiepreventiemaatregelen in richtlijnen beter te onderbouwen, zoals informatie uit simulatiestudies, informatie uit gepubliceerde uitbraken, en basaal microbiologische kennis, kan een Delphi studie opgezet worden. Dit zou mooi aansluiten op het project “Uniforme beoordeling van passend bewijs” van de Federatie Medisch Specialisten.

**Oorsprong van kennisvraag:** Bovenstaande kennisvraag is ontstaan uit diverse losse kennisvragen die zijn samengevoegd tijdens het prioriteringsproces. De originele kennisvragen waren ingediend door NVA, NVALT, NVvH en uit kennisvragen uit de richtlijn ‘Desinfectie huid en Slijmvliezen + Puncties’ en ‘Reiniging, desinfectie, sterilisatie van (herbruikbare) medische hulpmiddelen’.

**De volgende organisaties hebben in de prioritering op deze kennisvraag gestemd:** NOG, NVALT, NVK, NVKF, NVKF, NVMM, NVOG, NVPC, NVR, NVT, NVU, NVVC, NVVH, Niervereniging, Stichting Bekkenbodem4All, VHIG, Groene Zorg Alliantie, V&VN.



**Wat is de milieu-impact van veelgebruikte laboratoriumtesten (zoals urinekweken, diverse bloedtesten) en hoe kunnen duurzamere keuzes op het gebied van de laboratoriumflow, de frequentie en manier van afname gemaakt worden, met behoud van kwaliteit van zorg?**

Toelichting: Laboratoriumdiagnostiek is een essentieel onderdeel van de medisch-specialistische zorg en wordt dagelijks op grote schaal toegepast. Er zijn aanwijzingen dat laboratoriumprocessen bijdragen aan afvalproductie, materiaalgebruik en CO<sub>2</sub>-uitstoot, maar voor veel veelgebruikte testen ontbreken nog voldoende gedetailleerde, vergelijkbare en praktijkgerichte gegevens over de precieze milieu-impact. Daardoor is nog onvoldoende duidelijk welke onderdelen van het diagnostische proces (bijvoorbeeld afnamematerialen, transport, analyseapparatuur, verbruiksmaterialen, energiegebruik, koeling en rapportage) de grootste bijdrage leveren aan deze impact.

Dit onderwerp is een kennisvraag, omdat het huidige inzicht nog onvoldoende is om onderbouwde keuzes te maken over hoe de milieu-impact van laboratoriumtesten kan worden verminderd zonder negatieve gevolgen voor de kwaliteit van zorg. Het is bijvoorbeeld nog niet eenduidig welke testen relatief zwaar wegen in milieubelasting, waar de grootste “hotspots” in de laboratoriumflow zitten, en welke aanpassingen (zoals minder frequent afnemen, alternatieve afnamematerialen, andere logistieke routes, bundeling van aanvragen of aanpassing van indicatiestelling) daadwerkelijk leiden tot milieuwinst én tegelijk veilig blijven voor patiëntuitkomsten. Zonder deze kennis bestaat het risico dat verduurzamingsmaatregelen óf onvoldoende effect hebben, óf onbedoeld leiden tot gemiste diagnoses, vertraging in zorg of extra herhaalonderzoeken.

Het beantwoorden van deze kennisvraag is vooral relevant voor veelvoorkomende testen, omdat juist daar de potentiële milieuwinst groot is door het hoge volume. Met beter inzicht in de milieu-impact en de effectiviteit van mogelijke optimalisaties kunnen laboratoria en zorgverleners gericht sturen op passende diagnostiek die zowel klinisch verantwoord als ecologisch duurzamer is.

#### Voorbeeldvragen passend bij deze kennisvraag:

- Wat is de gemiddelde milieu-impact van de 100 meest gebruikte medische diagnostische lab procedures, en welke onderdelen van het diagnostisch proces dragen het meest bij aan deze impact?
- Hoe kunnen laboratoriumprocessen worden geoptimaliseerd om de milieu-impact te verminderen en kwaliteit van zorg te behouden?
- Wat is de ecologische voetafdruk van het uitvoeren van een urinekweek of andere vaak afgenomen kweken en welke maatregelen kunnen bijdragen aan het verkleinen van deze voetafdruk? Voor de beantwoording van deze kennisvraag is een combinatie van Life Cycle Assessment (LCA) en Health Technology Assessment (HTA) nodig. Daarnaast landelijke inventarisatie van praktijkvariatie, alsmede verzameling van bestaande data van indicaties en uitkomsten van testen. Op basis van epidemiologische analyses kan een beslismodel gemaakt en gevalideerd worden zodat beter gestuurd kan worden op juiste indicatie om zo onnodige diagnostiek te voorkomen.

**Oorsprong van de kennisvraag:** Bovenstaande kennisvraag is ontstaan uit diverse losse kennisvragen die zijn samengevoegd. De kennisvragen waren ingediend door NVKC, NVMM en NVN.

**De volgende organisaties hebben in de prioritering op deze kennisvraag gestemd:** NIV, NVALT, NVK, NVKC, NVMM, NVNG, NVR, NVU, NVVC, NVVH, VKGN, Zorginstituut Nederland



**Welke follow-up (onderzoeken, controle afspraken) kan worden verminderd in frequentie of in intensiteit om milieu-impact te verminderen, met behoud van kwaliteit van zorg?**

**Toelichting:** De medisch-specialistische zorg ontwikkelt zich snel: er komen nieuwe geneesmiddelen (waaronder oncologische) en behandelopties beschikbaar. Deze ontwikkelingen kunnen grote waarde hebben, maar leiden in de praktijk ook tot een groei van het aantal controles, diagnostische onderzoeken (zoals CT-scans), ziekenhuisbezoeken en aanvullende zorgactiviteiten. Dit brengt niet alleen extra kosten en werkdruk met zich mee, maar vergroot ook de milieu-impact van de zorg door onder andere materiaalgebruik, energieverbruik en reisbewegingen van patiënten.

Dit onderwerp is een kennisvraag, omdat momenteel onvoldoende onderbouwd is welke follow-up daadwerkelijk noodzakelijk is voor goede patiëntuitkomsten en waar en onder welke voorwaarden follow-up veilig kan worden afgeschaald (minder vaak, minder intensief of anders georganiseerd). Voor veel groepen patiënten ontbreekt eenduidig bewijs over de minimale follow-up die nodig is om verslechtering of progressie tijdig te signaleren, én over de mogelijke gevolgen van minder controles voor kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid en patiënttevredenheid. Daardoor bestaat er praktijkvariatie en bestaat het risico op zowel overdiagnostiek en overbehandeling als onderbehandeling. Het beantwoorden van deze kennisvraag is essentieel om passende zorg te leveren die medisch verantwoord is én bijdraagt aan het verminderen van onnodige zorg met bijbehorende milieu-impact.

Daarnaast is het van belang om onderscheid te maken tussen situaties waarin daadwerkelijk sprake is van een openstaande kennisvraag die aanvullend (zorgevaluatie)onderzoek vereist, en situaties waarin reeds voldoende bewijs beschikbaar is om over te gaan tot de implementatie van zorg. In dat laatste geval kan direct worden ingezet op het aanpassen van de richtlijn en verantwoord afschalen of anders organiseren van de follow-up, in lijn met de *Less-is-More beweging*. Het expliciteren van dit onderscheid is essentieel om ook de onderzoekscapaciteit doelgericht in te zetten en tegelijkertijd onnodige zorg, met bijbehorende belasting voor patiënten, zorgverleners en het milieu, tijdig terug te dringen.

Voor het beantwoorden van deze kennisvraag is een samenhangend onderzoeksprogramma nodig dat inzicht geeft in de veiligheid, effectiviteit, doelmatigheid en duurzaamheid van verschillende vormen van follow-up in de medisch-specialistische zorg. Allereerst zijn analyses van data en bestaande registraties noodzakelijk om huidige praktijkvariatie in follow-up, zorggebruik en uitkomsten in kaart te brengen en om groepen patiënten met een laag en hoog risico op verslechtering of recidief te identificeren. Aanvullend is onderzoek nodig om risicostratificatiemodellen te ontwikkelen en te valideren, zodat follow-up beter kan worden afgestemd op individuele patiëntkenmerken. Met onder andere identificatie van biomarkers, imaging-parameters, en klinische factoren. Vervolgens zijn gerandomiseerde studies (bv cluster-RCT) nodig om vast te stellen of gepersonaliseerde (beperkte) follow-up of anders georganiseerde follow-up medisch veilig is en niet leidt tot slechtere patiëntuitkomsten. Hierbij dienen naast klinische uitkomsten ook patiëntgerapporteerde uitkomsten, zoals kwaliteit van leven, ervaren veiligheid en tevredenheid, te worden meegenomen. Daarnaast is implementatieonderzoek nodig om te bepalen hoe alternatieve vormen van follow-up, zoals digitale monitoring, taakverschuiving of zorg op afstand, in de praktijk kunnen worden georganiseerd en welke effecten deze hebben op toegankelijkheid, werkdruk en zorggebruik. Tot slot zijn health-economic en milieueffectanalyses (carbon footprint) noodzakelijk om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit en de potentiële reductie van de milieupact van verschillende follow-upstrategieën.

#### Voorbeeldvragen passend bij deze kennisvraag:

- *Watchful waiting* bij slokdarmkanker in geselecteerde patiëntgroepen versus directe chirurgie.
- Pancreascysten: bij welke patiënten kan afgezien worden van surveillance of kan het interval worden verlengd?
- Welke controle-afspraken in de follow-up kunnen telefonisch of op afstand worden gedaan in plaats van fysiek in het ziekenhuis, zonder op kwaliteit van zorg in te leveren?

**Oorsprong van kennisvraag:** Bovenstaande kennisvraag is ontstaan uit diverse losse kennisvragen die zijn samengevoegd. De kennisvragen waren ingediend door de NIV en NVMDL.

**De volgende organisaties hebben in de prioritering op deze kennisvraag gestemd:** NVALT, NVDV, NVIC, NVK, NVKC, NVKF, NVKG, NVMM, NVNG, NVOG, NVVC, NVVH, NVvR, Zorginstituut Nederland, Groene Zorg Alliantie



**Hoe kunnen digitale zorgvormen op afstand (zoals teleconsulten en thuismonitoring) bijdragen aan het verminderen van de milieupact zonder verlies van kwaliteit, patiëntveiligheid, patiënttevredenheid?**

**Toelichting:** Digitale zorgvormen op afstand, zoals teleconsulten en thuismonitoring, worden steeds vaker ingezet in de medisch-specialistische zorg. Er zijn aanwijzingen dat deze zorgvormen kunnen bijdragen aan vermindering van de milieupact, met name door het terugdringen van reisbewegingen van patiënten en zorgverleners en mogelijk ook door efficiënter gebruik van zorgcapaciteit. Van der Zee et al. (2024) tonen aan dat teleconsulten de uitstoot per consult met tientallen procenten tot meer dan 80% kunnen verminderen, afhankelijk van reisafstand, technologie en organisatie van zorgprocessen<sup>5</sup>. Tegelijkertijd vraagt digitale zorg om extra ICT-infrastructuur, energieverbruik en apparatuur, waardoor de totale milieuwinst per situatie kan verschillen.

Dit onderwerp is een kennisvraag, omdat het huidige bewijs nog onvoldoende eenduidig en praktisch toepasbaar is om te bepalen wanneer, voor welke patiëntgroepen en onder welke voorwaarden digitale zorg daadwerkelijk leidt tot duurzaamheidswinst, zónder dat kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid en patiënttevredenheid verminderen. Er is bijvoorbeeld nog onvoldoende duidelijkheid over de netto milieupact wanneer de volledige keten wordt meegenomen (inclusief hardware, dataverkeer en datacenters), en over mogelijke neveneffecten zoals extra

<sup>5</sup> van der Zee C, Chang-Wolf J, Koopmanschap MA, van Leeuwen R, Wisse RP. Assessing the Carbon Footprint of Telemedicine: A Systematic Review. Health Serv Insights. 2024 Aug 11;17:11786329241271562.

contactmomenten ("dubbele zorg"), verschuiving van werkdruk, digitale ongelijkheid of risico's rond privacy en cybersecurity. Ook is er nog veel onduidelijk over de meest passende inrichting van hybride zorgmodellen waarin fysieke en digitale zorg elkaar aanvullen.

Het beantwoorden van deze kennisvraag is van belang om digitale zorg doelgericht en verantwoord in te zetten: niet alleen omdat verduurzaming van de zorg een urgent maatschappelijke opgave is, maar ook omdat digitale zorg alleen waardevol is als de zorguitkomsten minimaal gelijk blijven en de implementatie haalbaar en acceptabel is voor zowel patiënten als professionals.

De kennisvraag vraagt een gedegen analyse van reisbewegingen alsmede en kwalitatief onderzoek onder de patiëntenpopulatie die onderhevig is aan de verandering. Daarnaast zou een RCT een aanvulling komen vormen om ook harde klinische uitkomstmaten als SEH-bezoek te kunnen vergelijken.

#### **Voorbeeldvragen passend bij deze kennisvraag:**

- Wat is de milieubelasting voor aandoeningen die follow-up behoeven? En wat is de mogelijke milieuwinst ten opzichte van fysieke controles?
- Wat is de patiënttevredenheid en risico op SEH-bezoek ten aanzien van digitale na/wondzorg na een ingreep, aangevuld met bijvoorbeeld fotomateriaal via telemonitoring.
- Wat is de gemiddelde reisafstand van een patiënt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis in Nederland en wat is daarmee dus de te verwachten milieuwinst als een fysieke controle wordt afgeschaft?

**Oorsprong van kennisvraag:** Bovenstaande kennisvraag is ontstaan uit diverse losse kennisvragen die zijn samengevoegd. De kennisvragen waren ingediend door NOG, NVKNO, NVKG, NVALT, NVVC, NVKF, NOG, NVKC en Zorginstituut Nederland.

**De volgende organisaties hebben in de prioritering op deze kennisvraag gestemd:** NVDV, NVKNO, NVVC, VRA, Niervereniging, Zorginstituut Nederland, V&VN



**Hoe beïnvloedt wetgeving zoals de Medical Device Regulation of de Geneesmiddelenwet het duurzaam gebruik van medische hulpmiddelen of geneesmiddelen in de klinische praktijk, en welke vormen van bewijs zijn nodig om veilige en duurzame alternatieven toe te passen binnen geldende kaders?**

**Toelichting:** Zo'n 30 procent van het afval dat een ziekenhuis produceert, komt uit de operatiekamers. Het merendeel betreft medische hulpmiddelen (disposables) en verpakkingen. Verder wordt jaarlijks naar schatting voor minimaal €100 miljoen aan ongebruikte geneesmiddelen vernietigd. In werkelijkheid ligt dit getal waarschijnlijk vele malen hoger, omdat alleen cijfers van ingeleverde (ongebruikte) medicatie bij de apotheek onderzocht zijn. Bij de patiënt wordt het merendeel van de ongebruikte medicijnen (gemiddeld 50- 70%) thuis weggegooid.

Medische hulpmiddelen en hun verpakking moeten voldoen aan de Europese Medical Device Regulation. De Medical Device Regulation (MDR) is Europese wetgeving die sinds 2021 van kracht is en als doel heeft de patiëntveiligheid en kwaliteit van medische hulpmiddelen te vergroten. De fabrikanten én zorgverleners noemen regelmatig dat de MDR een sta-in-de-weg is voor duurzamer gebruik. De MDR stelt hogere en strengere eisen aan medische hulpmiddelen dan de eerdere regelgeving. In de praktijk kan dit effect hebben op de mogelijkheden om medische hulpmiddelen duurzamer te gebruiken, bijvoorbeeld door hergebruik, herverwerking of het toepassen van duurzamere verpakkingsmaterialen. Tegelijkertijd bevat de MDR ook ruimte die verduurzaming juist kan faciliteren, mits goed onderbouwd en binnen nationale kaders.

De Nederlandse Geneesmiddelenwet regelt de productie, de handel, het voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen. Deze wetgeving is beperkend voor duurzamer geneesmiddelengebruik, bijvoorbeeld heruitgifte van

ongebruikte medicatie. Dit zou medicatie afval aanzienlijk kunnen verminderen en onderzoek heeft aangetoond dat dit veilig kan. Dit past alleen niet binnen de huidige Geneesmiddelenwet, terwijl zorgverleners en patiënten wel de mogelijkheden zien om geneesmiddelen duurzamer in te zetten.

Dit onderwerp is een kennisvraag, omdat nog onvoldoende duidelijk is hoe de MDR of Geneesmiddelenwet in de praktijk uitwerkt op duurzame innovaties en welke bewijslast nodig is om duurzame alternatieven veilig en verantwoord te kunnen implementeren. Zo biedt de MDR ruimte om hulpmiddelen voor eenmalig gebruik te herverwerken (mits toegestaan binnen nationale wetgeving, zoals het geval is in Nederland), maar is nog niet scherp uitgewerkt welke klinische, organisatorische en juridische voorwaarden daarbij horen. Ook stelt de MDR functionele eisen aan verpakkingen (zoals steriel en passend), maar laat zij ruimte in materiaalkeuze en verpakkingsopbouw (bijvoorbeeld dubbele verpakkingen). Daardoor is er potentieel om duurzamere verpakkingsoplossingen toe te passen, maar ontbreekt vaak het klinische en praktijkgerichte bewijs om veranderingen in beleid, richtlijnen of regelgeving te onderbouwen.

Het beantwoorden van deze kennisvraag is essentieel omdat zonder duidelijke onderbouwing duurzame opties in de klinische praktijk beperkt toepasbaar blijven, terwijl tegelijk patiëntveiligheid geborgd moet zijn. Het vraagt om inzicht in zowel de daadwerkelijke impact van wetgeving op duurzaamheid als in de voorwaarden die nodig zijn om verantwoord te kunnen opschalen naar hergebruik, herverwerking of duurzamere verpakkingen en (her)uitgifte en (her) gebruik van medicatie. Dit is een multidisciplinair vraagstuk (kliniek, infectiepreventie, apotheek, inkoop, logistiek, regelgeving, industrie en toezicht) en vraagt daarom om een gezamenlijke, multidisciplinaire aanpak.

Voor het oplossen van deze kennisvraag is een RCT niet van toepassing. De volgende typen onderzoek zijn onder andere wel geschikt:

- Kwalitatief onderzoek zoals Documentanalyse van MDR-vereisten (o.a. sterilisatie, verpakking, performance/safety, hoe worden duurzame alternatieven benoemd in de MDR-wetgeving) en van Geneesmiddelenwet. Stakeholderanalyse (notified bodies, fabrikanten, ziekenhuizen, apotheken, artsen, toezichthouders).
- Non-inferiority onderzoek of equivalence-benadering (veiligheid/kwaliteit gelijkwaardig)
- Health Technology Assessment
- Microbiologische validatie en steriele-barrière tests (voor verpakkingen)

#### **Voorbeeldvragen passend bij deze kennisvraag:**

- Welke vormen van bewijs (klinisch, procesmatig, organisatorisch) worden als noodzakelijk gezien om duurzame alternatieven te kunnen toepassen?
- Kunnen we een praktische tool ontwikkelen zodat duurzamer gebruik van materialen voor zorgorganisaties makkelijker te implementeren is?
- Welke stappen zijn nodig om de verpakking van een instrument aan te passen en welke kosten zijn daarmee gemoeid? Met behulp van dit stappenplan kunnen gerichter subsidies worden aangevraagd door industrie.
- Kan de MDR of Geneesmiddelenwet worden uitgebreid met wettelijke eisen op het gebied van duurzaamheid (materiaal, energie)?
- Welke duurzame alternatieven voor het (her)gebruik van medische hulpmiddelen of geneesmiddelen worden in de klinische praktijk overwogen of toegepast?

**Oorsprong van kennisvraag:** Bovenstaande kennisvraag is ontstaan uit diverse losse kennisvragen die zijn samengevoegd. De kennisvragen waren ingediend door NVvN, NVKF, NVN, NOV en PFNL.

**De volgende organisaties hebben in de prioritering op deze kennisvraag gestemd:** NOG, NVDV, NVK, NVKC, NVKF, NVKG, NVR, NVT, NVU, NVVC, NVvR, Niervereniging



**Wat is het effect en de winst van het vervangen van wegwerpmaterialen in de zorg met name absorberende hygiëneproducten voor urine en fecale incontinentie, of vaginaal bloedverlies of afscheiding, door duurzame, herbruikbare wasbare alternatieven bij verschillende doelgroepen (zoals jonge kinderen, mensen met een verstandelijke beperking, rolstoelgebonden patiënten, en ouderen thuis of in verpleeghuizen)?**

**Toelichting:** Het gebruik van wegwerpmaterialen in de zorg leidt tot aanzienlijke milieu-impact door grondstoffengebruik, energieverbruik en afvalproductie. Dit laatste betreft jaarlijks naar schatting 160 miljoen kilo disposables, dit is 5% van het huishoudelijk en van het ziekenhuisafval.

Dit onderwerp is een kennisvraag, omdat er op dit moment nog onvoldoende eenduidige en generaliseerbare kennis beschikbaar is over de netto ecologische winst (inclusief wassen, drogen, logistiek en eventuele vervangingsfrequentie), én over de effecten op gezondheid en kwaliteit van leven in verschillende gebruikersgroepen. De doelgroep is bovendien heterogeen: het gebruik en de randvoorwaarden verschillen sterk tussen bijvoorbeeld jonge kinderen, mensen met een verstandelijke beperking, rolstoel-gebonden patiënten en ouderen thuis of in verpleeghuizen. Daardoor is het niet vanzelfsprekend dat één alternatief of één implementatiestrategie voor alle groepen passend is. Daarnaast spelen factoren zoals gebruiksgemak, huidproblemen (irritatie/decubitus), therapietrouw, acceptatie door patiënten en zorgverleners, en de organisatie van vergoeding en voorschrijven een grote rol. Zonder beter bewijs bestaat het risico dat duurzame alternatieven onvoldoende worden benut, óf dat implementatie plaatsvindt zonder voldoende zicht op veiligheid, haalbaarheid en werkdruk. Herziening van de gehele keten van gebruik tot recycling van hygiëneproducten in gezondheidsinstellingen (intramuraal) betreft ook het aanhaken van ketenpartners daarbuiten. Inzicht in de milieueffecten, kosten, gebruiksgemak, compliantie, en praktische toepasbaarheid van hygiëneproducten binnen en buiten de verschillende zorginstellingen is nodig om voorschrijvers vanuit de gezondheidszorg te ondersteunen herbruikbare producten te adviseren. Artsen hebben een richtinggevende rol in hun adviesfunctie, ook als producten niet voorgeschreven worden (onverzekerde zorg) en in het commerciële circuit verworven worden. Onderzoek is nodig om te bepalen onder welke voorwaarden de initiatieven voor recycling van disposables succesvol kunnen zijn, en het gebruik van wasbare producten een duurzaam acceptabel alternatief vormen voor disposables.

#### **Deze kennisvraag kan worden beantwoord met een combinatie van onderzoeksdesigns, zoals:**

- Life Cycle Assessment (LCA) van wasbare alternatieven versus disposables, inclusief scenario's voor wassen, drogen, transport, levensduur en afvalverwerking.
- Pragmatische interventiestudies (bijv. cluster-RCT's, stepped-wedge of voor/na-studies) per doelgroep en setting, met eindpunten zoals huidintegriteit, decubitus, tevredenheid, kwaliteit van leven, therapietrouw en productgebruik.
- Kosten- en impactanalyses (incl. werkdruk en logistiek) om financiële en organisatorische effecten voor patiënten, instellingen en verzekeraars te bepalen.
- Mixed-methods implementatieonderzoek (interviews/focusgroepen) bij patiënten, mantelzorgers en zorgverleners om acceptatie, gebruiksgemak en randvoorwaarden te evalueren.
- Ketenonderzoek met ketenpartners (producenten, wasserijen, afvalverwerkers en recyclinginitiatieven) om voorwaarden voor succesvolle opschaling en systeemwinst vast te stellen.
- Voor de evaluatie van producten onder individuele doelgroepen van patiënten dient gebruik gemaakt te worden van algemeen geaccepteerde en kwalitatieve en kwantitatieve meetbare studie-eindpunten bij gebruikers, zoals incontinentie, tevredenheid en kwaliteit van leven, huidschade (irritatie en decubitus), productgebruik.

#### **Voorbeeldvragen passend bij deze kennisvraag:**

- Welke duurzame hygiëne producten hebben het meest gunstige ecologische profiel?
- Welke factoren zijn van belang bij de keuze van wasbare hygiëne producten bij diverse gebruikersgroepen vanuit het medisch perspectief en vanuit het gebruikersgemak van patiënten?
- Bij welke patiënt-categorie levert het aanbieden van wasbare hygiëne producten het meeste (ecologische) impact op (aantal patiënten x kwantiteit)?
- Hoe kunnen wasbare hygiëne producten verbeterd worden, en welke financiële aspecten kunnen het gebruik bevorderen?

**Oorsprong van kennisvraag:** Bovenstaande kennisvraag is ontstaan uit diverse losse kennisvragen die zijn samengevoegd. De kennisvragen waren ingediend door NVK, NVU, NVOG, PFNL en Stichting Bekkenbodem4all.

**De volgende organisaties hebben in de prioritering op deze kennisvraag gestemd:** NIV, NVA, NVK, NVKG, NVOG, NVU, NVVC, NVVH, Stichting Bekkenbodem4All, VHIG, V&VN



**Hoe kan passende zorg rondom geneesmiddelen worden vormgegeven waarbij een integrale afweging gemaakt wordt tussen effectiviteit, werkdruk, kosten en milieu-impact, in samenspraak met de patiënt?**

**Toelichting:** Geneesmiddelen vormen een van de hoekstenen van de medisch-specialistische zorg en zijn vaak essentieel voor het verbeteren of behouden van gezondheid. In de dagelijkse praktijk is klinische effectiviteit (en patiëntveiligheid) doorgaans de doorslaggevende factor bij behandelkeuzes. Tegelijkertijd is het steeds duidelijker dat geneesmiddelen ook een substantiële milieu-impact hebben, die ontstaat in de gehele keten: van grondstofwinning en productie, via verpakking, transport en opslag, tot gebruik en uitscheiding. Medicijnresten en afbraakproducten kunnen bovendien in het milieu terechtkomen en daar langdurige ecologische effecten hebben. Hierdoor ontstaat de vraag hoe milieu-impact op een verantwoorde manier kan worden meegenomen, zonder dat dit ten koste gaat van kwaliteit van zorg.

Dit onderwerp is een kennisvraag, omdat er momenteel nog geen goed afweegkader beschikbaar is om verschillende voor- en nadelen te wegen bij het gebruik van geneesmiddelen. Hoewel er steeds meer informatie beschikbaar komt over afzonderlijke onderdelen van de keten, ontbreekt het integrale perspectief. Daarnaast is er nog geen breed gedragen afwegingskader waarmee voorschrijvers de relevante aspecten systematisch kunnen wegen, inclusief het perspectief van patiënten en de organisatiecontext (zoals werkdruk, logistiek en uitvoerbaarheid). Het beantwoorden van deze kennisvraag is noodzakelijk om voorschrijvers te ondersteunen bij het maken van een goed onderbouwd besluit in samenspraak met de patiënt: welke medicamenteuze behandeling is passend gegeven de klinische situatie, en hoe kunnen milieu-impact, werkdruk en kosten daarin op een transparante en consistente manier worden meegewogen. Wet- en regelgeving dienen hierbij aan te sluiten en geen barrière te zijn voor initiatieven om geneesmiddelen duurzamer in te zetten.

Er is al onderzoek gedaan naar elementen die bijdragen aan passende farmacotherapie, zoals deprescribing, polyfarmacie, doseerstrategieën, afbouwen en alternatieve toedieningsvormen. Deze studies richten zich echter vaak op één aspect (bijvoorbeeld effectiviteit of kosten) en nemen milieu-impact en werkdruk niet standaard mee. Daardoor blijft onduidelijk welke keuzes in de praktijk zowel klinisch verantwoord als duurzaam zijn, en waar mogelijke trade-offs liggen. Tegelijkertijd groeit de behoefte aan bruikbare informatie en hulpmiddelen, omdat patiënten in toenemende mate willen dat duurzaamheid wordt meegenomen in behandelkeuzes en bereid zijn hieraan bij te dragen, zolang de zorg veilig en effectief blijft.

Er zijn diverse typen onderzoek die bijdragen aan de beantwoording van deze kennisvraag. Dit betreft onder andere het ontwikkelen van een model hoe geneesmiddelen op de gestructureerde wijze met elkaar vergeleken kunnen worden; vergelijkend onderzoek naar effect-, veiligheid, duurzaamheid, kosten, werkdruk; levenscyclusanalyse (LCA); RCT bij om doelmatige inzet te vergelijken; implementatieonderzoek: voor- en nametingen.

#### **Voorbeeldvragen passend bij deze kennisvraag:**

- Hoe kan de milieubelasting van geneesmiddelen, transparant en vergelijkbaar worden gemeten en gerapporteerd, zodat deze informatie bruikbaar is voor inkoop en klinische besluitvorming?
- Hoe zou een keuzehulp met overwegingen voor de meest duurzame medicatie in een bepaalde therapeutische groep eruitzien?
- Wat is de beste methode om duurzaamheid te betrekken in het voorschrijven van geneesmiddelen?

- Kunnen er generieke criteria gedefinieerd worden welke toedieningsvormen (inclusief materialen die nodig zijn bij toediening en het voor toediening gereed maken (VTGM)) duurzamer zijn, om te kunnen bepalen of omzetten duurzamer is?
- Wat zijn de mogelijkheden tot verduurzaming in gebruik oncolytics en biologicals: 'slimme schema's? Dose finding/frequency studies? Als voorbeeld geldt de [SONIA studie](#) inzake mammacarcinoom. Dit concept is uit te breiden naar andere ziekten/ middelen.
- Wat is het effect van systematische (de)prescribing-interventies op de milieu-impact van geneesmiddelgebruik binnen de medisch-specialistische zorg? Kunnen hiervoor voorwaarden worden opgesteld en handvatten voor de voorschrijver?
- Op welke wijze kan het gebruik van (oncologische) geneesmiddelen beter worden afgestemd op de werkelijke gezondheidswinst voor patiënten, met oog voor kostenbeheersing, werkbelasting in de zorg en verlaging van de milieu-impact?
- Is het afbouwen van medicatie waaronder biologicals bij patiënten met chronische inflammatoire aandoeningen (zoals reumatoïde artritis, inflammatoire darmziekten en psoriasis veilig, (kosten)effectief en duurzamer?
- Wanneer is het duurzaam om geneesmiddelen, of bestanddelen (inclusief verpakking) te hergebruiken en welke juridische knelpunten zijn er?
- Kunnen intraveneuze geneesmiddelen doorgebruikt worden bij meerdere patiënten?

**Oorsprong van de kennisvraag:** Bovenstaande kennisvraag is ontstaan uit diverse losse kennisvragen die zijn samengevoegd. De kennisvragen waren ingediend door NVOG, NVvR, ZINL, V&VN, NVZA, NVVC, NVSHA, richtlijnen

**De volgende organisaties hebben in de prioritering op deze kennisvraag gestemd:** NIV, NVKG, NVMM, NVOG, NVVH, NVvR, NVZA, Niervereniging, Groene Zorg Alliantie, Vereniging innovatieve geneesmiddelen



**Welke strategieën kunnen helpen om AI, dataopslag en databeheer op een duurzame manier in te zetten in de zorg? Kunnen we extra milieu-impact hiervan niet alleen minimaliseren, maar duurzaamheid zelfs vergroten door innovatieve, baanbrekende insteken ten opzichte van conventionele zorgprocessen?**

**Toelichting:** AI-toepassingen, dataopslag en databeheer groeien snel, mede door de toename van digitale diagnostiek, monitoring en administratieve processen. Datacenters en AI-modellen vragen aanzienlijke rekenkracht en energie, en ook binnen de zorg wordt steeds meer data geproduceerd, bewaard en verwerkt. Daardoor bestaat de reële mogelijkheid dat het energieverbruik en de milieu-impact van digitale infrastructuur binnen afzienbare tijd een substantieel onderdeel wordt van de totale voetafdruk van de zorg.

Dit onderwerp is een kennisvraag, omdat nog onvoldoende onderbouwd is welke strategieën het meest effectief zijn om de milieu-impact van AI en data-infrastructuur te beperken, én onder welke voorwaarden digitale innovaties juist kunnen leiden tot netto duurzaamheidswinst (bijvoorbeeld door het voorkomen van fysieke zorgprocessen, vermindering van reisbewegingen, efficiëntere diagnostiek of minder onnodige zorg). Het is momenteel vaak onduidelijk hoe de volledige milieu-impact moet worden beoordeeld over de hele keten: van ontwikkeling en training van AI-modellen, tot opslag, gebruik, onderhoud, updates, hardware vervanging en datatransport. Daarnaast ontbreekt nog voldoende inzicht in de trade-offs: een AI-toepassing kan energie kosten, maar tegelijk ook milieu-impact besparen door procesoptimalisatie of betere triage. Zonder systematische methoden en bewijs bestaat het risico dat innovaties worden opgeschaald zonder zicht op de netto-effecten op duurzaamheid, kwaliteit van zorg en patiëntuitkomsten.

Het beantwoorden van deze kennisvraag is daarom essentieel om "technologisch pragmatisch" te kunnen handelen: ruimte bieden aan innovatie, maar besluitvorming baseren op aantoonbare meerwaarde. Daarbij moet duurzaamheid vanaf het begin worden meegenomen als relevante uitkomst, naast klinische uitkomsten, veiligheid, werkdruk, kosten en maatschappelijke waarden. Pas wanneer de consequenties van AI- en datatoepassingen in kaart zijn gebracht—

zowel voor patiëntuitkomsten als voor milieu-impact — kan worden vastgesteld welke inzet daadwerkelijk doelmatig en duurzaam is.

Voor de beantwoording van deze kennisvraag is een combinatie van LCA en HTA nodig. Met LCA's kunnen de duurzaamheidskosten en -baten voor AI en databeheer in kaart worden gebracht. Vervolgens kan impact van de strategische keuzes worden onderzocht met HTA-methodiek, waarin duurzaamheidskosten en -baten worden meegenomen. Om de innovatie te sturen zal hierbij ook moeten worden gekeken naar trends in die uitkomsten. Niet alleen focussen op waarom het nu nog (net) niet lukt, maar de potentiële duurzaamheidswinst zien in de innovaties. Dit is geen standaard onderdeel van LCA of HTA.

**Voorbeeldvragen passend bij deze kennisvraag:**

- Welke medische én technologische keuzes kunnen we maken om opslag van data minder milieu-impact te laten maken?
- Wat is de milieu-impact van training van de AI en van gebruik van AI?
- Is het energie-efficiënter om een generieke AI-model steeds translationeel te hertrainen op een nieuwe taak of situatie? Of is het duurzamer om specifieke modellen voor al die taken direct te trainen?
- Kan de patiënt zelf drager worden van zijn digitale medisch dossier, zodat centrale opslag niet nodig is?

**Oorsprong van kennisvraag:** Bovenstaande kennisvraag is ontstaan uit diverse losse kennisvragen die zijn samengevoegd. De kennisvragen waren ingediend door NVALT, NVKF, VKGN, VRA en NVNG.

**De volgende organisaties hebben in de prioritering op deze kennisvraag gestemd:** NOG, NVKC, NVKF, NVNG, NVR, NVVC, NVvR, VKGN, NVMDL, NVU, NVSHA

## HOOFDSTUK 4

# Vervolgstappen

### 4.1 DUIDING EN POSITIONERING KENNISAGENDA DUURZAAMHEID

Deze multidisciplinaire kennisagenda is opgesteld door de Federatie Medisch Specialisten. Met een werkgroep waarin twintig medische disciplines vertegenwoordigd waren, is beoogd de belangrijkste kennisvragen op het gebied van duurzaamheid bij bestaande medisch-specialistische zorg te inventariseren en met alle belangrijke partijen (zie Bijlage 2) te prioriteren. De kennisvragen die in deze kennisagenda zijn opgenomen betreffen specialisme-overstijgende kennisvragen, die betrekking hebben op bestaande medisch-specialistische zorg.

Deze kennisagenda sluit direct aan bij nationale beleidsdoelstellingen zoals de Green Deal Duurzame Zorg, het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de eigen ambities van de Federatie zoals verwoord in de Visie Medisch Specialist 2035. In deze kennisagenda is inzichtelijk gemaakt welke kennis nodig is om de medisch-specialistische zorg als geheel te verduurzamen. Daarbij ligt de focus niet primair op het evalueren, herontwerpen of afbouwen van afzonderlijke medische handelingen, zoals bijvoorbeeld gebeurt binnen zorgevaluaties in de doorlopende ronde en het Less-is-More-programma van ZE&GG, maar op bredere, overkoepelende vraagstukken die richting geven aan meer kennis over structurele verduurzaming van de medisch-specialistische zorg.

De kennisvragen in deze kennisagenda richten zich bewust op brede thema's en overkoepelende vraagstukken en kunnen doorgaans niet binnen één of twee zorgevaluatieonderzoeken worden beantwoord. Daarmee wijkt deze kennisagenda af van het Standpunt Agenderen (2026). Hoewel de kennisvragen op een hoog abstractieniveau zijn geformuleerd, liggen daaronder concrete deelvragen die richting geven aan zowel onderzoek als toepassing van de nieuwe kennis om de zorg te verduurzamen. De brede thematische kennisvragen fungeren als kapstok waaronder specifieke deelvragen kunnen worden uitgewerkt, zodat de kennisagenda concreet en uitvoerbaar blijft. Op hoofdlijnen maken zij zichtbaar waar de prioriteit binnen de medisch-specialistische zorg ligt. Tegelijkertijd is een volledig uitgewerkte, smalle vraag op zichzelf onvoldoende om richting te geven aan een kennisagenda over duurzaamheid binnen de brede medisch-specialistische zorg. Per kennisvraag is aangegeven met welk type onderzoek de kennisvraag beantwoord kan worden. In veel gevallen betreft dit geen randomized controlled clinical trial, maar juist ook andere soorten onderzoek waarmee de vragen sneller beantwoord kunnen worden.

De eerste kennisvraag in deze rapportage 'Hoe wegen we milieu-impact als parameter van kwalitatief goede medisch-specialistische zorg?' vormt een belangrijke eerste stap in het beantwoorden van de overige kennisvragen. Met deze vraag wordt verkend hoe milieu-impact systematisch en onderbouwd kan worden gemeten en meegewogen. Deze eerste verkenning is noodzakelijk, omdat zij het kader biedt waarbinnen de andere kennisvragen kunnen worden beantwoord. Immers, als een geschikte maat ontbreekt om deze impact te kwantificeren, wordt het vergelijken van strategieën waarbij duurzaamheid in de afweging wordt meegenomen bemoeilijkt.

### 4.2 PATIËNTENPERSPECTIEF

Patiëntenfederatie Nederland geeft aan: 'Patiënten verschillen in de mate waarin zij actief met duurzaamheid bezig zijn. Hierbij vinden patiënten het ook belangrijk dat de zorg toekomstbestendig is (genoeg personeel) en bijdraagt aan het beschermen van de planeet (o.a. grondstoffen voor bijv. medicijnen). Tegelijkertijd verwachten zij dat comfort, veiligheid en kwaliteit van zorg altijd leidend blijven. Tussen deze uitgangspunten kan een spanningsveld ontstaan. Het spanningsveld ontstaat doordat duurzame keuzes in de zorg soms vragen om een andere omgang met materialen, medicatie, behandelvormen of de organisatie van zorg. Wanneer deze keuzes zorgvuldig worden afgestemd op de situatie en wensen van de patiënt, kunnen deze bijdragen aan toekomstbestendige zorg die veilig, van hoge kwaliteit en persoonlijk blijft. Door patiënten te betrekken bij deze afwegingen en ruimte te bieden voor maatwerk, wordt duurzaamheid geen beperking in comfort of behandeling, maar een bewuste keuze die past bij wat voor de patiënt belangrijk is. Immers heeft de patiënt ook het recht te weten wat de impact is van de zorg die verleend wordt en wat de keuzes zijn die hierin gemaakt kunnen worden.'

Daarom zijn transparantie en betrokkenheid voor patiënten essentieel om met dit spanningsveld om te gaan. Zij willen inzicht in welke duurzame keuzes zorgverleners en zorginstellingen maken, waarom deze keuzes worden gemaakt en wat dit betekent voor hun behandeling. Ook vinden patiënten het belangrijk te weten welke mogelijkheden zij zelf hebben om bij te dragen aan duurzame zorg. Het actief betrekken van patiënten bij besluitvorming over duurzaamheid vergroot begrip, vertrouwen en betrokkenheid.

Patiënten zien concrete kansen voor verduurzaming in het verminderen van verspilling van materialen en geneesmiddelen, het inzetten van herbruikbare alternatieven en het uitbreiden van digitale zorg. Digitale zorg kan bijvoorbeeld worden gezien als een mogelijkheid om de milieu-impact te verminderen, bijvoorbeeld door minder reisbewegingen en materiaalgebruik, mits de kwaliteit, veiligheid en patiënttevredenheid behouden blijven.

Kortom, patiënten ondersteunen de verduurzaming van de zorg, mits deze zorgvuldig, transparant en verantwoord wordt vormgegeven. Zij willen actief worden meegenomen in duurzame keuzes, met duidelijke informatie over wie beslissingen neemt en welke afwegingen daarbij worden gemaakt'.

### 4.3 UITVOERING VAN DE KENNISAGENDA DUURZAAMHEID

#### **Opzetten onderzoek**

Om de kennisvragen uit de kennisagenda Duurzaamheid te beantwoorden is het essentieel dat er goede afstemming plaatsvindt over uitwerking van onderzoeksvoorstellen en uitvoering van de onderzoeken. Daarbij moet ook de 'R-ladder' (Figuur 1) nadrukkelijk meegenomen worden. Het multidisciplinaire karakter van deze kennisagenda vraagt om regie en afstemming die de grenzen van afzonderlijke wetenschappelijke verenigingen overstijgt. Hiervoor ligt dan ook een belangrijke rol bij de Federatie (i.e. Raad Wetenschap & Innovatie) en de wetenschappelijke verenigingen, waarbij goede afstemming tussen beroepsgroepen nodig is.

Tijdens de ontwikkeling van deze kennisagenda is verkend welke centra en onderzoeksgroepen passend zouden kunnen zijn voor het uitwerken van onderzoeksvoorstellen rondom de geprioriteerde kennisvragen. Dit heeft echter geen volledig beeld opgeleverd van alle lopende en potentiële initiatieven binnen het veld. Dit benadrukt het belang van goede afstemming binnen, maar vooral ook tussen beroepsgroepen.

#### **Voorstel proces**

Voor een doelmatige en effectieve uitwerking van de kennisvragen adviseert de werkgroep het volgende proces te volgen. De werkgroep adviseert om per kennisvraag één (of meerdere) wetenschappelijke vereniging(en) aan te wijzen als initiatiefnemer. De initiërende vereniging(en) dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor het initiëren en coördineren van onderzoeksvoorstellen passend bij de betreffende kennisvraag, zonder dat zij noodzakelijkerwijs zelf de penvoerder van het onderzoeksvoorstel zijn. Binnen de initiatief nemende vereniging ligt een belangrijke rol voor de groene commissie en/of de Commissie Wetenschap en Innovatie.

Een expliciet commitment van de initiatief nemende vereniging(en) stelt de werkgroep hierbij als randvoorwaarde voor het slagen van de kennisagenda. De betrokken vereniging(en) dienen vooraf duidelijk aan te geven dat zij zich inhoudelijk en organisatorisch verbinden aan de betreffende kennisvraag. Hiermee wordt geborgd dat kennisvragen niet uitsluitend formeel worden belegd, maar ook actief worden vertaald naar uitvoerbare onderzoeksvoorstellen.

De werkgroep acht het belangrijk dat initiatief nemende vereniging(en) nauw samenwerken met andere betrokken wetenschappelijke verenigingen en relevante partners, via een gezamenlijk gestructureerd proces om tot een breed gesteund onderzoeksvoorstel te komen. De actieve betrokkenheid van relevante disciplines en stakeholders zal het proces bevorderen en het multidisciplinaire en overkoepelende karakter van kennisvragen borgen.

Om vast te stellen welke vereniging(en) als initiatiefnemer optreden, doet de Federatie – als initiatiefnemer van deze kennisagenda duurzaamheid – een inventarisatie onder de wetenschappelijke verenigingen om te bepalen welke verenigingen inhoudelijk betrokken willen zijn bij een specifieke kennisvraag en in welke rol. Als uitgangspunt kan

hierbij worden gekeken naar de verenigingen die de betreffende kennisvraag hebben ingediend en/of geprioriteerd. Aangezien kennisvragen gedurende het proces zijn samengevoegd en aangescherpt, ligt betrokkenheid van meerdere verenigingen voor de hand.

Na vaststelling van de initiatief nemende vereniging(en) start de vertaling van de kennisvraag naar één of meerdere concrete onderzoeksvoorstellen. Hierbij wordt toegewerkt naar ontwikkeling en indiening van voorstellen die inhoudelijk aansluiten bij de betreffende kennisvraag en de doelen van deze kennisagenda. Gedurende het gezamenlijke proces van de ontwikkeling van onderzoeksvoorstellen vindt periodieke afstemming plaats met de Federatie, met als doel samenhang tussen kennisvragen te bewaken en kennisuitwisseling te bevorderen. Op deze wijze ontstaat een gestructureerde en transparante werkwijze waarin iedere kennisvraag een duidelijke eigenaar heeft en samenwerking tussen partijen systematisch is georganiseerd. Hiermee wordt de kennisagenda duurzaamheid actief vertaald naar concrete en breed gedragen onderzoeksvoorstellen.

Bijvoorbeeld, de kennisvraag *'Hoe kunnen infectiepreventiemaatregelen in de medisch-specialistische zorg worden toegepast op een manier die zowel voldoende effectief is in het voorkomen van infecties en verspreiding van pathogenen, als duurzaam ten aanzien van materiaalgebruik en milieu-impact?'* benadrukt de werkgroep het belang van actieve samenwerking tussen verschillende verenigingen (zoals bijvoorbeeld NVMM, NIV, NVvH) om tot concrete en gezamenlijke onderzoeksvoorstellen te komen.

### **Patiëntenparticipatie en uitvoering**

Bij de uitwerking van kennisvragen is het essentieel om relevante patiëntenorganisaties vroegtijdig te betrekken. Op deze manier wordt geborgd dat de onderzoeksvoorstellen aansluiten bij de behoeften en perspectieven van patiënten. Dit vergroot niet alleen de maatschappelijke relevantie van het onderzoek, maar draagt ook bij aan betere inclusie en een effectievere implementatie van onderzoeksresultaten in de praktijk. Bovendien stellen veel financiers patiëntenparticipatie nadrukkelijk als voorwaarde, waarbij patiënten niet uitsluitend als onderzoeksdeelnemer maar ook als inhoudelijke gesprekspartner worden betrokken.

Naast de inhoudelijke focus op duurzaamheid is het van belang dat ook de uitvoering van het onderzoek zelf ook duurzaam wordt ingericht. Dit betreft onder andere de keuze voor passende onderzoeksdesigns, het beperken van onnodige dataverzameling, het efficiënt inzetten van middelen en het benutten van bestaande data en infrastructuren waar mogelijk. Door duurzaamheid expliciet mee te nemen in de opzet en uitvoering van onderzoek, wordt voorkomen dat onderzoek naar duurzame zorg zelf onbedoeld een hoge ecologische of organisatorische belasting kent.

### **Financiering**

De uitwerking van de kennisagenda Duurzaamheid vraagt om substantiële, structurele en langjarige financiering. Multidisciplinaire onderzoeksprojecten kunnen alleen effectief bijdragen aan de doelstellingen van de Green Deal wanneer zij worden ondersteund door financiers die zich inhoudelijk verbinden aan de ambities van het onderzoeksthema. Hierbij kan gedacht worden aan overheidsorganisaties, ZE&GG, particuliere onderzoeksfondsen, gezondheidsfondsen en - waar passend - de industrie.

Een brede en gezamenlijke financieringsbasis lijkt noodzakelijk om voldoende schaal, continuïteit en slagkracht te realiseren voor relevante onderzoeksuitkomsten en succesvolle implementatie in de praktijk.

### **Scenario voor samenwerkingsverbanden**

Vanuit de wetenschappelijke verenigingen en de Raad Wetenschap & Innovatie van de Federatie dient actief te worden gestuurd op het vormen van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden rondom de geprioriteerde kennisvragen. Aansluiting bij bestaande gremia en netwerken (zowel met als zonder duurzaamheidsfocus; e.g. de Groene Zorg Alliantie, het Landelijk Netwerk de Groene OK, de Groene IC, de Groene Poli) wordt aangemoedigd, maar om het nog breder te laten leven kunnen er ook samenwerkingen met andere gremia en netwerken gezocht worden, bijvoorbeeld op het gebied van digitalisering. Het aanwijzen van initiatief nemende verenigingen vanuit de Federatie vergroot de zichtbaarheid van de kennisagenda en versterkt de positie richting potentiële financiers.

### **Implementatie van onderzoeksresultaten in de klinische praktijk**

De geprioriteerde kennisvragen zijn afkomstig uit de dagelijkse praktijk. De vertaling van onderzoeksresultaten naar de klinische praktijk vraagt echter om inspanning waarbij ook aandacht nodig is voor gedragsverandering in het dagelijks handelen, zoals een van de geprioriteerde kennisvragen ook benadrukt. De opname van onderzoeksresultaten in medisch-specialistische richtlijnen vormt een belangrijke eerste stap in de implementatie in de praktijk. Aanvullend kan actieve communicatie bijdragen aan implementatie, waarbij wetenschappelijke verenigingen, hun groene commissies en de Federatie een belangrijke rol kunnen vervullen via bestaande communicatie- en scholingskanalen.

### **Evaluatie en actualisatie**

De kennisagenda duurzaamheid wordt ingezet als startpunt voor onderzoek naar een duurzame medisch-specialistische zorg. Het advies is om de voortgang, opbrengsten en knelpunten te monitoren. De Raad Wetenschap & Innovatie van de Federatie kan hierin een faciliterende rol vervullen en op basis van deze reflectie bepalen of en wanneer een herziening of vervolg van deze kennisagenda wenselijk en noodzakelijk is. Op deze manier blijft de kennisagenda actueel, richtinggevend en bruikbaar als fundament voor toekomstige onderzoeksprogrammering en samenwerking met financiers en andere partners.

## **4.4 CONCLUSIE**

De totstandkoming van deze kennisagenda heeft laten zien dat samenwerking tussen wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties en andere betrokken partijen essentieel is om complexe en overkoepelende vraagstukken rondom duurzaamheid in de zorg te adresseren. De werkgroep beschouwt deze kennisagenda nadrukkelijk als een gezamenlijk gedragen startpunt: een kader dat richting geeft aan toekomstig onderzoek en het gesprek faciliteert tussen beroepsgroepen, financiers en beleidsmakers. Hiermee wordt gezamenlijk richting gegeven aan het onderzoek om duurzame zorg wetenschappelijk te onderbouwen en structureel te verankeren in de medisch-specialistische zorg.

## BIJLAGE 1

# Samenstelling van de werkgroep

- Dr. Juliëtte Severin, arts-microbioloog, NVMM (voorzitter)
- Prof. dr. Chris Bangma, uroloog, NVU
- Dr. Anyck Berk, AIOS Cardiothoracale Chirurgie, NVT
- Dr. Gea Beunders, klinisch geneticus, VKGN
- Drs. Mara van den Bogaert, klinisch geriater, NVKG (vanaf september 2025)
- Dr. Ilse Boudewijn, longarts, NVALT
- Dr. Jessica Burggraaff, neuroloog, NVN
- Dr. Heleen Dekker, radioloog, NVVR
- Dr. Eveline Dieleman, KNO-arts, NVKNO
- Dr. Pim van Egmond, orthopedisch chirurg, NOV
- Dr. Sjoerd Elferink, oogarts, NOG
- Drs. Marijke van Gerwen, internist, NIV
- Prof. dr. Wouter Hehenkamp, gynaecoloog, NVOG
- Dr. Linda Hoevenaren, kinderarts, NVK
- Drs. Judith Jonker, klinisch geriater, NVKG (vanaf april – september 2025)
- Dr. Marleen Kemper, ziekenhuisapotheker, NVZA
- Prof. dr. Schelto Kruijff, chirurg, NVVH
- Dr. Arjon van Lange, AIOS klinische fysica, NVKF
- Dr. Niek Sperna Weiland, anesthesioloog, NVA
- Dr. Hugo Touw, intensivist, NVIC
- Dr. Pier Woudstra, cardioloog, NVVC

Met ondersteuning van:

- Dr. Evelien Belfroid, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Drs. Marlies Bennema, senior adviseur, Federatie Medisch Specialisten
- Dr. Anja van der Hout, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Dr. Charlotte Michels, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

## BIJLAGE 2

# Wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties en overige organisaties betrokken bij duurzaamheid in de MSZ

Onderstaande wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties en overige organisaties betrokken bij duurzaamheid in de medisch-specialistische zorg zijn benaderd om kennisvragen aan te leveren en aanwezig te zijn bij de prioriteringsbijeenkomst.

Organisaties met een \* waren aanwezig op de prioriteringsbijeenkomst.

### Wetenschappelijke verenigingen

- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)\*
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)\*
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)\*
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)\*
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)\*
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC)\*
- Nederlandse Vereniging van Keel-Neus-Oorheelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO)\*
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)\*
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC)\*
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF)\*
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)\*
- Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGn)\*
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)\*
- Nederlandse Vereniging van Maag, Darm-Leverartsen (NVMDL)\*
- Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)\*
- Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN)
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)\*
- Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG)\*
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)\*
- Nederlandse Vereniging voor Oogheelkunde (NOG)\*
- Nederlandse Vereniging voor Orthopedie (NOV)\*
- Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP)
- Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)\*
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)\*
- Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)\*
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO)
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)\*
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)\*
- Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)
- Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT)\*
- Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)\*
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA)\*

### **Patiëntenorganisaties**

Via Patiëntfederatie Nederland (PFNL) zijn alle patiëntenorganisaties uitgenodigd.

- Niervereniging Nederland & Nierstichting Nederland\*
- Stichting Bekkenbodem4All

### **Overige organisaties betrokken bij duurzaamheid in MSZ**

- Huisartsen (NHG)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)\*
- Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ)
- Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG)
- Groene zorg Alliantie\*
- Zorginstituut NL (ZiNL)\*
- Netwerk groene OK (niet gevraagd voor de prioriteringsbijeenkomst)
- De CO<sub>2</sub>-assistent
- Nederlandse Vereniging voor SEH (NVSHA)\*
- Technische geneeskunde (NVvTG)
- Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG) *(alleen gevraagd voor de prioriteringsbijeenkomst)\**

## BIJLAGE 3

# Richtlijnen

Onderstaande richtlijnen en modules van de richtlijndatabase zijn gebruikt voor de inventarisatie van de openstaande kennisvragen.

Richtlijn	Link naar betreffende module
Aneurysma van de abdominale aorta (AAA)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/aneurysma_van_de_abdominale_aorta_aaa/overige_aaa_gerelateerde_problemen/overige_vormen_entiteiten_van_aaa.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/aneurysma_van_de_abdominale_aorta_aaa/overige_aaa_gerelateerde_problemen/overige_vormen_entiteiten_van_aaa.html</a>
Aneurysma van de abdominale aorta (AAA)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/aneurysma_van_de_abdominale_aorta_aaa/overige_aaa_gerelateerde_problemen/geïnfecteerd_mycotisch_aaa.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/aneurysma_van_de_abdominale_aorta_aaa/overige_aaa_gerelateerde_problemen/geïnfecteerd_mycotisch_aaa.html</a>
Aneurysma van de abdominale aorta (AAA)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/aneurysma_van_de_abdominale_aorta_aaa/behandeling_van_het_juxtarenaal_aaa.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/aneurysma_van_de_abdominale_aorta_aaa/behandeling_van_het_juxtarenaal_aaa.html</a>
Aneurysma van de abdominale aorta (AAA)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/aneurysma_van_de_abdominale_aorta_aaa/electieve_behandeling_van_het_aaa/behandeltechnieken_en_peri-_en_peroperatieve_zorg_bij_het_aaa.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/aneurysma_van_de_abdominale_aorta_aaa/electieve_behandeling_van_het_aaa/behandeltechnieken_en_peri-_en_peroperatieve_zorg_bij_het_aaa.html</a>
Angst- en Dwangstoornissen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/angst-_en_dwangstoornissen/ondersteunende_interventies_ter_bevordering_van_maatschappelijke_participatie_bij_rl_angst_en_dwangstoornissen_2023.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/angst-_en_dwangstoornissen/ondersteunende_interventies_ter_bevordering_van_maatschappelijke_participatie_bij_rl_angst_en_dwangstoornissen_2023.html</a>
Arbeidsparticipatie voor medisch-specialistische richtlijnen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/arbeidsparticipatie_voor_medisch_specialistische_richtlijnen/algemene_bepaling_van_arbeidsgerichte_zorg_-_generieke_module_arbeidsparticipatie_voor_medisch_specialistische_richtlijnen_2024.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/arbeidsparticipatie_voor_medisch_specialistische_richtlijnen/algemene_bepaling_van_arbeidsgerichte_zorg_-_generieke_module_arbeidsparticipatie_voor_medisch_specialistische_richtlijnen_2024.html</a>
Astma bij kinderen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/astma_bij_kinderen/inhalatiestero_den_met_extrafijne_deeltjes.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/astma_bij_kinderen/inhalatiestero_den_met_extrafijne_deeltjes.html</a>
Astma bij kinderen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/astma_bij_kinderen/ltra_vs_ics_bij_recidiverend_piepen_bij_rl_astam_kinderen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/astma_bij_kinderen/ltra_vs_ics_bij_recidiverend_piepen_bij_rl_astam_kinderen.html</a>
Audiologische zorg voor slechthorende kinderen van 0 tot 4 jaar	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/audiologische_zorg_voor_slechthorende_kinderen_van_0_tot_4_jaar/organisatie_van_zorg.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/audiologische_zorg_voor_slechthorende_kinderen_van_0_tot_4_jaar/organisatie_van_zorg.html</a>
Audiologische zorg voor slechthorende kinderen van 0 tot 4 jaar	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/audiologische_zorg_voor_slechthorende_kinderen_van_0_tot_4_jaar/realiseren_hoorbaarheid.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/audiologische_zorg_voor_slechthorende_kinderen_van_0_tot_4_jaar/realiseren_hoorbaarheid.html</a>
Autismespectrumstoornissen bij volwassenen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/autismespectrumstoornissen_bij_volwassenen/psychosociale_behandeling_bij_ass/familieleden_van_volwassenen_met_ass.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/autismespectrumstoornissen_bij_volwassenen/psychosociale_behandeling_bij_ass/familieleden_van_volwassenen_met_ass.html</a>
Autismespectrumstoornissen bij volwassenen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/autismespectrumstoornissen_bij_volwassenen/psychosociale_behandeling_bij_ass/cognitieve_gedragstherapie_bij_ass.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/autismespectrumstoornissen_bij_volwassenen/psychosociale_behandeling_bij_ass/cognitieve_gedragstherapie_bij_ass.html</a>

Richtlijn	Link naar betreffende module
Beeldvorming met ioniserende straling	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/beeldvorming_met_ioniserende_straling_risico_s_communicatie_en_afscherming/stralingsrisico_s_bij_medische_beeldvorming.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/beeldvorming_met_ioniserende_straling_risico_s_communicatie_en_afscherming/stralingsrisico_s_bij_medische_beeldvorming.html</a>
Bone Conduction Devices (BCD)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/bone_conduction_devices_bcd/informatieverstrekking_aan_de_patient_bij_bcd.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/bone_conduction_devices_bcd/informatieverstrekking_aan_de_patient_bij_bcd.html</a>
Botmetastasen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/botmetastasen/nucleaire_behandeling_bij_rl_botmetastasen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/botmetastasen/nucleaire_behandeling_bij_rl_botmetastasen.html</a>
Botmetastasen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/botmetastasen/type_chirurgie_bij_rl_botmetastasen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/botmetastasen/type_chirurgie_bij_rl_botmetastasen.html</a>
Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cardiovasculair_risicomanagement_cvrmm/organisatie_van_zorg_bij_cvrmm/interventies_op_populativeniveau_bij_cvrmm.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cardiovasculair_risicomanagement_cvrmm/organisatie_van_zorg_bij_cvrmm/interventies_op_populativeniveau_bij_cvrmm.html</a>
Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cardiovasculair_risicomanagement_cvrmm/risicofactor_interventie_bij_cvrmm/leefstijladviezen_bij_cvrmm/voeding_bij_cvrmm.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cardiovasculair_risicomanagement_cvrmm/risicofactor_interventie_bij_cvrmm/leefstijladviezen_bij_cvrmm/voeding_bij_cvrmm.html</a>
Cataract	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cataract/zorg_op_afstand_bij_cataract.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cataract/zorg_op_afstand_bij_cataract.html</a>
Cervixcarcinoom	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cervixcarcinoom/diagnostiek/laboratorium_onderzoek/is_het_zinvol_om_stand_aard_op_hiv_te_testen_bij_een_nieuwe_diagnose_cervixcarcinoom.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cervixcarcinoom/diagnostiek/laboratorium_onderzoek/is_het_zinvol_om_stand_aard_op_hiv_te_testen_bij_een_nieuwe_diagnose_cervixcarcinoom.html</a>
Chirurgische behandeling van obesitas	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chirurgische_behandeling_van_obesitas/medische_nazorg_follow-up_na_chirurgische_behandeling_van_obesitas.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chirurgische_behandeling_van_obesitas/medische_nazorg_follow-up_na_chirurgische_behandeling_van_obesitas.html</a>
Chirurgische behandeling van obesitas	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chirurgische_behandeling_van_obesitas/leefstijltraject_rondom_een_metabole_chirurgie_bij_behandeling_van_obesitas.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chirurgische_behandeling_van_obesitas/leefstijltraject_rondom_een_metabole_chirurgie_bij_behandeling_van_obesitas.html</a>
Chirurgische behandeling van obesitas	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chirurgische_behandeling_van_obesitas/indicatiestelling_bij_chirurgische_behandeling_van_obesitas/algemene_indicatiestelling_bij_chirurgische_behandeling_van_obesitas.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chirurgische_behandeling_van_obesitas/indicatiestelling_bij_chirurgische_behandeling_van_obesitas/algemene_indicatiestelling_bij_chirurgische_behandeling_van_obesitas.html</a>
Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronisch_vermoeidheidssyndroom_cvs/interventies_gericht_op_participatie_bij_cvs.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronisch_vermoeidheidssyndroom_cvs/interventies_gericht_op_participatie_bij_cvs.html</a>
Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronisch_vermoeidheidssyndroom_cvs/gedragsinterventies_bij_cvs.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronisch_vermoeidheidssyndroom_cvs/gedragsinterventies_bij_cvs.html</a>
Chronische beademing	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronische_beademing/apparatuur_en_disposables_bij_chronische_beademing/vervanging_van_onderdelen_van_het_beademingscircuit_bij_chronische_beademing.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronische_beademing/apparatuur_en_disposables_bij_chronische_beademing/vervanging_van_onderdelen_van_het_beademingscircuit_bij_chronische_beademing.html</a>
Chronische Pijnrevalidatie	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronische_pijnrevalidatie/nazorg_bij_chronische_pijnrevalidatie_2024.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronische_pijnrevalidatie/nazorg_bij_chronische_pijnrevalidatie_2024.html</a>
Constitutioneel eczeem	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/constitutioneel_eczeem/zorg_op_afstand_bij_psooriasis_of_constitutioneel_eczeem.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/constitutioneel_eczeem/zorg_op_afstand_bij_psooriasis_of_constitutioneel_eczeem.html</a>
Contourherstellend post-bariatrisch chirurgie	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/contourherstellend_post-bariatrisch_chirurgie/voorlichting_contourherstellende_chirurgie.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/contourherstellend_post-bariatrisch_chirurgie/voorlichting_contourherstellende_chirurgie.html</a>
COPD	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/copd/aanvullende_behandelingsmogelijkheden_bij_gevorderd_copd/bronchoscopische_longvolumereductie.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/copd/aanvullende_behandelingsmogelijkheden_bij_gevorderd_copd/bronchoscopische_longvolumereductie.html</a>

Richtlijn	Link naar betreffende module
Dementie	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dementie/besluitvorming_bij_dementie/rijgeschiktheid_bij_dementie.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dementie/besluitvorming_bij_dementie/rijgeschiktheid_bij_dementie.html</a>
Depressie	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/neuromodulatie_met_rtms_1_bij_depressie_2024.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/neuromodulatie_met_rtms_1_bij_depressie_2024.html</a>
Depressie	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/psychotherapie_n_van_eerste_keuze_bij_volwassenen_bij_depressie_2024.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/psychotherapie_n_van_eerste_keuze_bij_volwassenen_bij_depressie_2024.html</a>
Depressie	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/organisatie_van_de_zorg_voor_depressie_2024/dagklinische_zorg_en_of_3e_lijns_top-ggz_bij_depressie_2024.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/organisatie_van_de_zorg_voor_depressie_2024/dagklinische_zorg_en_of_3e_lijns_top-ggz_bij_depressie_2024.html</a>
Depressie	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/beloopskenmerken_en_-indeling_van_depressie_2024.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/beloopskenmerken_en_-indeling_van_depressie_2024.html</a>
Developmental Coordination Disorder (DCD)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/developmental_coordination_disorder_dcd/dcd_en_ouderparticipatie.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/developmental_coordination_disorder_dcd/dcd_en_ouderparticipatie.html</a>
Developmental Coordination Disorder (DCD)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/developmental_coordination_disorder_dcd/dcd_psychosociale_aspecten.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/developmental_coordination_disorder_dcd/dcd_psychosociale_aspecten.html</a>
Diabetes mellitus	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetes_mellitus/zorg_op_afstand.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetes_mellitus/zorg_op_afstand.html</a>
Diabetes mellitus type 2 in de tweede lijn	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetes_mellitus_type_2_in_de_tweede_lijn/farmacotherapie_bij_dm2_in_de_tweede_lijn/glp-1_receptor_agonist_versus_bolus_insuline.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetes_mellitus_type_2_in_de_tweede_lijn/farmacotherapie_bij_dm2_in_de_tweede_lijn/glp-1_receptor_agonist_versus_bolus_insuline.html</a>
Diabetes mellitus type 2 in de tweede lijn	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetes_mellitus_type_2_in_de_tweede_lijn/farmacotherapie_bij_dm2_in_de_tweede_lijn/glp-1_receptor_agonist_versus_basaal_insuline.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetes_mellitus_type_2_in_de_tweede_lijn/farmacotherapie_bij_dm2_in_de_tweede_lijn/glp-1_receptor_agonist_versus_basaal_insuline.html</a>
Diabetische voet	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetische_voet/behandeling/wondbehandeling_diabetisch_voetulcus.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetische_voet/behandeling/wondbehandeling_diabetisch_voetulcus.html</a>
Duchenne spierdystrofie (DMD)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/duchenne_spierdystrofie_dmd/maatschappelijke_participatie_bij_dmd.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/duchenne_spierdystrofie_dmd/maatschappelijke_participatie_bij_dmd.html</a>
Dwarslaesierevalidatie	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dwarslaesierevalidatie/voorkomen_pneumonie_bij_hoge_dwarslaesie.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dwarslaesierevalidatie/voorkomen_pneumonie_bij_hoge_dwarslaesie.html</a>
Eerste opvang van brandwondpatiënten in de acute fase	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/eerste_opvang_van_brandwondpatiënten_in_de_acute_fase/primaire_opvang_en_lichamelijk_onderzoek_op_de_spoedeisende_hulp_bij_brandwonden.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/eerste_opvang_van_brandwondpatiënten_in_de_acute_fase/primaire_opvang_en_lichamelijk_onderzoek_op_de_spoedeisende_hulp_bij_brandwonden.html</a>
Extracorporele membraanoxygenatie (ECMO)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/extracorporele_membraanoxygenatie_ecmo/extracorporeal_cardiopulmonary_resuscitation.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/extracorporele_membraanoxygenatie_ecmo/extracorporeal_cardiopulmonary_resuscitation.html</a>
Fertiliteitsbehoud bij vrouwen met kanker	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/fertiliteitsbehoud_bij_vrouwen_met_kanker/interventies_voorafgaand_aan_behandeling/protectie_van_de_ovaria/ovariele_suppressie_bij_protectie_van_de_ovaria.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/fertiliteitsbehoud_bij_vrouwen_met_kanker/interventies_voorafgaand_aan_behandeling/protectie_van_de_ovaria/ovariele_suppressie_bij_protectie_van_de_ovaria.html</a>
Geïstrumenteerde wervelkolomchirurgie	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/geïstrumenteerde_spinaalchirurgie/patienteninformatie_bij_spinaalchirurgie.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/geïstrumenteerde_spinaalchirurgie/patienteninformatie_bij_spinaalchirurgie.html</a>

Richtlijn	Link naar betreffende module
Hepatocellulair carcinoom	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hepatocellulair_carcinoom_2023/diagnose_hepatocellulair_carcinoom_2023/ct_versus_mr_bij_hepatocellulair_carcinoom_2023.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hepatocellulair_carcinoom_2023/diagnose_hepatocellulair_carcinoom_2023/ct_versus_mr_bij_hepatocellulair_carcinoom_2023.html</a>
Hersenmetastasen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hersenmetastasen/behandeling_-_hersenmetastasen/systemische_therapie_bij_hersenmetastasen_longcarcinoom.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hersenmetastasen/behandeling_-_hersenmetastasen/systemische_therapie_bij_hersenmetastasen_longcarcinoom.html</a>
Hyperemesis gravidarum	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hyperemesis_gravidarum/sondevoeding_bij_hyperemesis_gravidarum.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hyperemesis_gravidarum/sondevoeding_bij_hyperemesis_gravidarum.html</a>
Hyperemesis gravidarum	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hyperemesis_gravidarum/rehydratie_behandelingen_bij_hyperemesis_gravidarum.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hyperemesis_gravidarum/rehydratie_behandelingen_bij_hyperemesis_gravidarum.html</a>
Invaginaties op kindereleeftijd	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/invaginaties_op_kindereleeftijd/klinisch_zorgpad_bij_invaginaties.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/invaginaties_op_kindereleeftijd/klinisch_zorgpad_bij_invaginaties.html</a>
Kinderwens en Zwangerschap bij Chronische Nierschade	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kinderwens_en_zwangerschap_bij_chronische_nierschade/beleid_bevalling_bij_zwangere_vrouwen_met_chronische_nierschade.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kinderwens_en_zwangerschap_bij_chronische_nierschade/beleid_bevalling_bij_zwangere_vrouwen_met_chronische_nierschade.html</a>
Kleine vaten vasculitis	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kleine_vaten_vasculitis/vasculitis_op_het_kno-gebied.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kleine_vaten_vasculitis/vasculitis_op_het_kno-gebied.html</a>
Laboratoriumdiagnostiek van intestinale parasieten	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lab-diagnostiek_van_intestinale_parasieten/diagnostisch_pakket_parasitologisch Onderzoek.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lab-diagnostiek_van_intestinale_parasieten/diagnostisch_pakket_parasitologisch Onderzoek.html</a>
Leeftijdsgebonden Maculadegeneratie (LMD)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/leeftijdsgebonden_maculadegeneratie_lmd/followup/behandelstrategie_voor_anti-vegf_medicatie.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/leeftijdsgebonden_maculadegeneratie_lmd/followup/behandelstrategie_voor_anti-vegf_medicatie.html</a>
Leidraad Duurzaamheid in richtlijnen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/leidraad_duurzaamheid_in_richtlijnen/luchtbehandeling.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/leidraad_duurzaamheid_in_richtlijnen/luchtbehandeling.html</a>
Leidraad Duurzaamheid in richtlijnen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/leidraad_duurzaamheid_in_richtlijnen/afdekmaterialen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/leidraad_duurzaamheid_in_richtlijnen/afdekmaterialen.html</a>
Leidraad Duurzaamheid in richtlijnen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/leidraad_duurzaamheid_in_richtlijnen/reusables_versus_disposables.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/leidraad_duurzaamheid_in_richtlijnen/reusables_versus_disposables.html</a>
Leidraad Duurzaamheid in richtlijnen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/leidraad_duurzaamheid_in_richtlijnen/operatietechnieken.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/leidraad_duurzaamheid_in_richtlijnen/operatietechnieken.html</a>
Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/beoordelingsfase_bij_levensbeëindiging/vrijwillig_en_weloverwogen_verzoek.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/beoordelingsfase_bij_levensbeëindiging/vrijwillig_en_weloverwogen_verzoek.html</a>
Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/verzoekfase_bij_levensbeëindiging/bespreken_van_het_verzoek_met_de_patient.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/verzoekfase_bij_levensbeëindiging/bespreken_van_het_verzoek_met_de_patient.html</a>
Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/uitgangspunten_bij_levensbeëindiging.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/uitgangspunten_bij_levensbeëindiging.html</a>
Luchtbehandeling in operatiekamers en behandelkamers	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers/luchtbehandelingsystemen_in_de_operatiekamer/voorkomen_van_postoperatieve_wondinfecties_powi_s_in_de_operatiekamer.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers/luchtbehandelingsystemen_in_de_operatiekamer/voorkomen_van_postoperatieve_wondinfecties_powi_s_in_de_operatiekamer.html</a>

Richtlijn	Link naar betreffende module
Lymfoedeem	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lymfoedeem_herziening_2023/leefstijlinterventies_preventie_ondersteunende_zorg_en_voorlichting_bij_lymfoedeem_2023.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lymfoedeem_herziening_2023/leefstijlinterventies_preventie_ondersteunende_zorg_en_voorlichting_bij_lymfoedeem_2023.html</a>
Lymfoedeem	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lymfoedeem_herziening_2023/risicofactoren_bij_lymfoedeem_2023.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lymfoedeem_herziening_2023/risicofactoren_bij_lymfoedeem_2023.html</a>
Maagcarcinoom	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/maagcarcinoom/voeding/postoperatief_beleid.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/maagcarcinoom/voeding/postoperatief_beleid.html</a>
Mammareductie	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/mammareductie/tepelsteeltechniek.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/mammareductie/tepelsteeltechniek.html</a>
Medische begeleiding van kinderen met downsyndroom	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/medische_begeleiding_van_kinderen_met_downsyndroom/onderdeel_a_-_begeleiding_van_kinderen_met_downsyndroom/communicatieve_ondersteuning_bij_kinderen_met_downsyndroom.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/medische_begeleiding_van_kinderen_met_downsyndroom/onderdeel_a_-_begeleiding_van_kinderen_met_downsyndroom/communicatieve_ondersteuning_bij_kinderen_met_downsyndroom.html</a>
Mild Cognitive Impairment (MCI)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/mild_cognitive_impairment_mci/behandeling_en_begeleiding_mci/voorlichting_over_rijvaardigheid_bij_mci.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/mild_cognitive_impairment_mci/behandeling_en_begeleiding_mci/voorlichting_over_rijvaardigheid_bij_mci.html</a>
Minimaal Invasieve Chirurgie (MIC)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/minimaal_invasieve_chirurgie_mic/duurzaamheid_bij_mic.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/minimaal_invasieve_chirurgie_mic/duurzaamheid_bij_mic.html</a>
Multiple Sclerose (MS)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/multiple_sclerose_ms/symptomatische_behandeling_van_ms/behandeling_van_de_gevolgen_van_ms/niet-medicamenteuze_behandeling_van_vermoeidheid_bij_ms.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/multiple_sclerose_ms/symptomatische_behandeling_van_ms/behandeling_van_de_gevolgen_van_ms/niet-medicamenteuze_behandeling_van_vermoeidheid_bij_ms.html</a>
NAH en arbeidsparticipatie	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/nah_en_arbeidsparticipatie/geen_werkgever_bij_nah/personen_in_de_bijstand_bij_nah.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/nah_en_arbeidsparticipatie/geen_werkgever_bij_nah/personen_in_de_bijstand_bij_nah.html</a>
NAH en arbeidsparticipatie	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/nah_en_arbeidsparticipatie/sociale_zekerheid_bij_nah.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/nah_en_arbeidsparticipatie/sociale_zekerheid_bij_nah.html</a>
Necrotiserende wekedeleninfecties	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/necrotiserende_wekedeleninfecties/hyperbare_zuurstoftherapie_bij_nwdi.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/necrotiserende_wekedeleninfecties/hyperbare_zuurstoftherapie_bij_nwdi.html</a>
Nierfunctievervangende therapie bij kritisch zieke IC- patiënten	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/nierfunctievervangende_therapie_bij_kritisch_zieke_ic-pati_nten/filteroverleving.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/nierfunctievervangende_therapie_bij_kritisch_zieke_ic-pati_nten/filteroverleving.html</a>
Niet-obstetrische perioperatieve zorg bij zwangeren	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/niet-obstetrische_perioperatieve_zorg_bij_zwangeren/uteruscontracties_bij_rl_nop_bij_zwangeren.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/niet-obstetrische_perioperatieve_zorg_bij_zwangeren/uteruscontracties_bij_rl_nop_bij_zwangeren.html</a>
Niet-obstetrische perioperatieve zorg bij zwangeren	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/niet-obstetrische_perioperatieve_zorg_bij_zwangeren/anesthesietechniek_algehele_anesthesie_vs_locoregionale_of_neuraxiale_anesthesie_bij_rl_nop_bij_zwangeren.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/niet-obstetrische_perioperatieve_zorg_bij_zwangeren/anesthesietechniek_algehele_anesthesie_vs_locoregionale_of_neuraxiale_anesthesie_bij_rl_nop_bij_zwangeren.html</a>
Obstructief slaapapneu (OSA) bij volwassenen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/osa_bij_volwassenen/behandeling_van_osa/behandeling_met_mra_bij_osa.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/osa_bij_volwassenen/behandeling_van_osa/behandeling_met_mra_bij_osa.html</a>
Oesofaguscarcinoom	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/oesofaguscarcinoom/behandeling/adjuvante_immunotherapie.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/oesofaguscarcinoom/behandeling/adjuvante_immunotherapie.html</a>
Opiaatverslaving	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/opiaatverslaving/opiaten_behandeling_gericht_op_abstinentie/opiaten_klinische_behandeling.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/opiaatverslaving/opiaten_behandeling_gericht_op_abstinentie/opiaten_klinische_behandeling.html</a>
Opiaatverslaving	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/opiaatverslaving/opiaten_diagnostiek_en_indicatiestelling/opiaten_urineonderzoek.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/opiaatverslaving/opiaten_diagnostiek_en_indicatiestelling/opiaten_urineonderzoek.html</a>

Richtlijn	Link naar betreffende module
Otitis Externa	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/otitis_externa/chirurgie_chronische_otitis_externa_2023.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/otitis_externa/chirurgie_chronische_otitis_externa_2023.html</a>
Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/diagnostiek_ondersteuning_en_zorg_voor_kinderen_met_obesitas/aanpakken_psychosociale_factoren_versus_gli_bij_obesitas_bij_kinderen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/diagnostiek_ondersteuning_en_zorg_voor_kinderen_met_obesitas/aanpakken_psychosociale_factoren_versus_gli_bij_obesitas_bij_kinderen.html</a>
Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/diagnostiek_ondersteuning_en_zorg_voor_kinderen_met_obesitas/gedragsveranderingstechnieken_bij_obesitas_bij_kinderen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/diagnostiek_ondersteuning_en_zorg_voor_kinderen_met_obesitas/gedragsveranderingstechnieken_bij_obesitas_bij_kinderen.html</a>
Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/diagnostiek_ondersteuning_en_zorg_voor_kinderen_met_obesitas/gli_versus_eeen_of_twee_losse_componenten_bij_obesitas_bij_kinderen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/diagnostiek_ondersteuning_en_zorg_voor_kinderen_met_obesitas/gli_versus_eeen_of_twee_losse_componenten_bij_obesitas_bij_kinderen.html</a>
Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/diagnostiek_ondersteuning_en_zorg_voor_kinderen_met_obesitas/kenmerken_van_eeen_succesvolle_gli_bij_obesitas_bij_kinderen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/diagnostiek_ondersteuning_en_zorg_voor_kinderen_met_obesitas/kenmerken_van_eeen_succesvolle_gli_bij_obesitas_bij_kinderen.html</a>
Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/volwassenen/gepersonaliseerde_zorg.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/volwassenen/gepersonaliseerde_zorg.html</a>
Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/volwassenen/gespecialiseerde_gli.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/volwassenen/gespecialiseerde_gli.html</a>
Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/volwassenen/gecombineerde_leefstijl_interventie_gli.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/volwassenen/gecombineerde_leefstijl_interventie_gli.html</a>
Perioperatief traject	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perioperatief_traject/muziek_rondom_de_operatie/muziek_tijdens_het_postoperatieve_proces.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perioperatief_traject/muziek_rondom_de_operatie/muziek_tijdens_het_postoperatieve_proces.html</a>
Perioperatief traject	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perioperatief_traject/muziek_rondom_de_operatie/muziek_tijdens_het_intraoperatieve_proces.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perioperatief_traject/muziek_rondom_de_operatie/muziek_tijdens_het_intraoperatieve_proces.html</a>
Perioperatief traject	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perioperatief_traject/muziek_rondom_de_operatie/muziek_tijdens_het_preoperatieve_proces.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perioperatief_traject/muziek_rondom_de_operatie/muziek_tijdens_het_preoperatieve_proces.html</a>
Perioperatief traject	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perioperatief_traject/muziek_rondom_de_operatie/muziek_tijdens_het_perioperatieve_proces.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perioperatief_traject/muziek_rondom_de_operatie/muziek_tijdens_het_perioperatieve_proces.html</a>
Persoonlijkheidsstoornissen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/persoonlijkheidsstoornissen/systeeminterventies_en_naasten_bij_persoonlijkheidsstoornissen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/persoonlijkheidsstoornissen/systeeminterventies_en_naasten_bij_persoonlijkheidsstoornissen.html</a>
Persoonlijkheidsstoornissen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/persoonlijkheidsstoornissen/herstel_rehabilitatie_en_werk_bij_persoonlijkheidsstoornissen/werk_bij_persoonlijkheidsstoornissen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/persoonlijkheidsstoornissen/herstel_rehabilitatie_en_werk_bij_persoonlijkheidsstoornissen/werk_bij_persoonlijkheidsstoornissen.html</a>
Persoonlijkheidsstoornissen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/persoonlijkheidsstoornissen/herstel_rehabilitatie_en_werk_bij_persoonlijkheidsstoornissen/herstel_en_rehabilitatie_bij_persoonlijkheidsstoornissen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/persoonlijkheidsstoornissen/herstel_rehabilitatie_en_werk_bij_persoonlijkheidsstoornissen/herstel_en_rehabilitatie_bij_persoonlijkheidsstoornissen.html</a>
Persoonlijkheidsstoornissen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/persoonlijkheidsstoornissen/psychotherapie_bij_persoonlijkheidsstoornissen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/persoonlijkheidsstoornissen/psychotherapie_bij_persoonlijkheidsstoornissen.html</a>
Persoonlijkheidsstoornissen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/persoonlijkheidsstoornissen/indicatiestelling_bij_persoonlijkheidsstoornissen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/persoonlijkheidsstoornissen/indicatiestelling_bij_persoonlijkheidsstoornissen.html</a>

Richtlijn	Link naar betreffende module
Postnatale zorg in de algemene kindergeneeskunde	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/postnatale_zorg_in_de_algemene_kindergeneeskunde/screening_preventie_en_behandeling_van_neonatale_hypoglycemie/indicaties_voor_routinematige_screening_op_neonatale_hypoglycemie.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/postnatale_zorg_in_de_algemene_kindergeneeskunde/screening_preventie_en_behandeling_van_neonatale_hypoglycemie/indicaties_voor_routinematige_screening_op_neonatale_hypoglycemie.html</a>
Preventie van postoperatieve wondinfecties	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/surveillance_bij_rl_powi.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/surveillance_bij_rl_powi.html</a>
Preventie van postoperatieve wondinfecties	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/pati_ntbetrokkenheid_bij_rl_powi.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/pati_ntbetrokkenheid_bij_rl_powi.html</a>
Preventie van postoperatieve wondinfecties	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/chirurgische_handschoenen_bij_rl_powi/vervangen_en_type_handschoenen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/chirurgische_handschoenen_bij_rl_powi/vervangen_en_type_handschoenen.html</a>
Preventie van postoperatieve wondinfecties	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/chirurgische_afdekmaterialen_en_operatiejassen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/chirurgische_afdekmaterialen_en_operatiejassen.html</a>
Preventie van postoperatieve wondinfecties	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/preoperatief_verwijderen_van_haar_bij_rl_powi.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/preoperatief_verwijderen_van_haar_bij_rl_powi.html</a>
Preventie van postoperatieve wondinfecties	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/preoperatief_douchen_bij_rl_powi.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/preoperatief_douchen_bij_rl_powi.html</a>
Preventie van postoperatieve wondinfecties	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/wondbeschermers_bij_laparotomie_bij_rl_powi.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/wondbeschermers_bij_laparotomie_bij_rl_powi.html</a>
Preventie van postoperatieve wondinfecties	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/antimicrobi_le_afdichtingsmiddelen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/antimicrobi_le_afdichtingsmiddelen.html</a>
Preventie van postoperatieve wondinfecties	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/glykemische_controle_bij_rl_powi.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/glykemische_controle_bij_rl_powi.html</a>
Preventie van postoperatieve wondinfecties	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/immunosuppressieve_middelen_bij_rl_powi.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/immunosuppressieve_middelen_bij_rl_powi.html</a>
Preventie van postoperatieve wondinfecties	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/normothermie.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/preventie_van_postoperatieve_wondinfecties/normothermie.html</a>
Prikkelbaredarmsyndroom	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prikkelbaredarmsyndroom/organisatie_van_zorg_randvoorwaarden_bij_de_zorg_van_pati_nten_met_pds.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prikkelbaredarmsyndroom/organisatie_van_zorg_randvoorwaarden_bij_de_zorg_van_pati_nten_met_pds.html</a>
Primaire Idiopathische Klompvoet	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/primaire_idiopathische_klompvoet/behandeling_van_klompvoet/ponseti_met_gipsredressies_vs_kunststof_gips.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/primaire_idiopathische_klompvoet/behandeling_van_klompvoet/ponseti_met_gipsredressies_vs_kunststof_gips.html</a>
Psoriasis	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psoriasis/zorg_op_afstand_bij_psoriasis_of_constitueel_eczeem.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psoriasis/zorg_op_afstand_bij_psoriasis_of_constitueel_eczeem.html</a>
Psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrisch_onderzoek_en_rapportage_in_strafzaken/organisatie_en_samenwerking_rondom_de_psychiatrische_rapportage_in_strafzaken.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrisch_onderzoek_en_rapportage_in_strafzaken/organisatie_en_samenwerking_rondom_de_psychiatrische_rapportage_in_strafzaken.html</a>
Psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrisch_onderzoek_en_rapportage_in_strafzaken/gezondheidsrechtelijke_context.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrisch_onderzoek_en_rapportage_in_strafzaken/gezondheidsrechtelijke_context.html</a>
Psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrisch_onderzoek_en_rapportage_in_strafzaken/risicoanalyse_en_communicatie_over_het_recidiverisico.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrisch_onderzoek_en_rapportage_in_strafzaken/risicoanalyse_en_communicatie_over_het_recidiverisico.html</a>

Richtlijn	Link naar betreffende module
Psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrisch_onderzoek_en_rapportage_in_strafzaken/het_advies_over_toerekenen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrisch_onderzoek_en_rapportage_in_strafzaken/het_advies_over_toerekenen.html</a>
Psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrisch_onderzoek_en_rapportage_in_strafzaken/bijzondere_diagnostiek_in_strafzaken_weigeren_ontkennen_en_geheugenverlies/onderzoek_bij_personen_die_het_deels_of_geheel_weigeren_om_mee_te_werken.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrisch_onderzoek_en_rapportage_in_strafzaken/bijzondere_diagnostiek_in_strafzaken_weigeren_ontkennen_en_geheugenverlies/onderzoek_bij_personen_die_het_deels_of_geheel_weigeren_om_mee_te_werken.html</a>
Psychiatrische diagnostiek	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrische_diagnostiek/verslaglegging_bij_psychiatrische_diagnostiek.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrische_diagnostiek/verslaglegging_bij_psychiatrische_diagnostiek.html</a>
Psychiatrische diagnostiek	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrische_diagnostiek/persoonlijke_diagnostiek_bij_psychiatrie.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrische_diagnostiek/persoonlijke_diagnostiek_bij_psychiatrie.html</a>
Psychosespectrum	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychosespectrum/psychosociale_interventies_voor_chronische_symptomen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychosespectrum/psychosociale_interventies_voor_chronische_symptomen.html</a>
Psychosespectrum	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychosespectrum/diagnostiek_-_psychosespectrum/categoriale_diagnostiek_psychose_bij_mensen_met_een_lichte_verstandelijke_beperking.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychosespectrum/diagnostiek_-_psychosespectrum/categoriale_diagnostiek_psychose_bij_mensen_met_een_lichte_verstandelijke_beperking.html</a>
Psychosespectrum	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychosespectrum/diagnostiek_-_psychosespectrum/zwakbegaafdheid_en_lichte_verstandelijke_beperking_als_kenmerk_in_een_individueel_profiel.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychosespectrum/diagnostiek_-_psychosespectrum/zwakbegaafdheid_en_lichte_verstandelijke_beperking_als_kenmerk_in_een_individueel_profiel.html</a>
Psychosespectrum	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychosespectrum/samenwerking_tussen_patiënt_naastbetrokkene_n_en_zorgprofessional_s/richtlijnen_en_ervaringkennis_in_de_behandelrelatie_bij_elkaar_brengen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychosespectrum/samenwerking_tussen_patiënt_naastbetrokkene_n_en_zorgprofessional_s/richtlijnen_en_ervaringkennis_in_de_behandelrelatie_bij_elkaar_brengen.html</a>
PTEN Hamartoom Tumor Syndroom	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/pten_hamartoom_tumor_syndroom/voorlichting_en_communicatie.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/pten_hamartoom_tumor_syndroom/voorlichting_en_communicatie.html</a>
Richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/richtlijn_persoonlijke_beschermingsmiddelen/overschoenen_en_laarzen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/richtlijn_persoonlijke_beschermingsmiddelen/overschoenen_en_laarzen.html</a>
Richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/richtlijn_persoonlijke_beschermingsmiddelen/beschermende_hoofdbedekking.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/richtlijn_persoonlijke_beschermingsmiddelen/beschermende_hoofdbedekking.html</a>
Richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/richtlijn_persoonlijke_beschermingsmiddelen/oogbescherming.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/richtlijn_persoonlijke_beschermingsmiddelen/oogbescherming.html</a>
Richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/richtlijn_persoonlijke_beschermingsmiddelen/chirurgische_mondneusmaskers_en_ademhalingsbeschermingsmaskers/pasvormtest_fittest.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/richtlijn_persoonlijke_beschermingsmiddelen/chirurgische_mondneusmaskers_en_ademhalingsbeschermingsmaskers/pasvormtest_fittest.html</a>
Richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/richtlijn_persoonlijke_beschermingsmiddelen/chirurgische_mondneusmaskers_en_ademhalingsbeschermingsmaskers/ademhalings_en_mondneusmaskers.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/richtlijn_persoonlijke_beschermingsmiddelen/chirurgische_mondneusmaskers_en_ademhalingsbeschermingsmaskers/ademhalings_en_mondneusmaskers.html</a>
Richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/richtlijn_persoonlijke_beschermingsmiddelen/beschermende_kleding_schorten.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/richtlijn_persoonlijke_beschermingsmiddelen/beschermende_kleding_schorten.html</a>
Richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/richtlijn_persoonlijke_beschermingsmiddelen/handschoenen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/richtlijn_persoonlijke_beschermingsmiddelen/handschoenen.html</a>

Richtlijn	Link naar betreffende module
Schildkliercarcinoom	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/schildkliercarcinoom_2024/herstelzorg_bij_kanker_schildkliercarcinoom/module_herstelzorg_-_voorlichting_schildkliercarcinoom.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/schildkliercarcinoom_2024/herstelzorg_bij_kanker_schildkliercarcinoom/module_herstelzorg_-_voorlichting_schildkliercarcinoom.html</a>
Schildkliercarcinoom	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/schildkliercarcinoom_2024/organisatie_van_zorg_schildkliercarcinoom/organisatie_van_zorg_-_overige_aspecten_schildkliercarcinoom.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/schildkliercarcinoom_2024/organisatie_van_zorg_schildkliercarcinoom/organisatie_van_zorg_-_overige_aspecten_schildkliercarcinoom.html</a>
Sedatie en analgesie bij volwassenen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/sedatie_en_analgesie_bij_volwassenen/maximale_duur_sedatie_bij_volwassenen_2024.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/sedatie_en_analgesie_bij_volwassenen/maximale_duur_sedatie_bij_volwassenen_2024.html</a>
Sedatie en analgesie op de IC	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/sedatie_en_analgesie_op_de_ic/inhalatieanesthetica_op_de_ic.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/sedatie_en_analgesie_op_de_ic/inhalatieanesthetica_op_de_ic.html</a>
Sedatie en analgesie op de IC	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/sedatie_en_analgesie_op_de_ic/intraveneuze_sedativa_op_de_ic.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/sedatie_en_analgesie_op_de_ic/intraveneuze_sedativa_op_de_ic.html</a>
Sedatie, Analgesie en niet-farmacologische interventies voor begeleiding van kinderen bij medische procedures	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/sedatie_analgesie_en_niet-farmacologische_interventies_voor_begeleiding_van_kinderen_bij_medische_procedures/farmacologische_interventies_procedurele_sedatie_en_analgesie_bij_kinderen/psa_met_intranasaal_fentanyl_en_lachgasinhalatie_bij_zeer_pijnlijke_procedures_bij_kinderen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/sedatie_analgesie_en_niet-farmacologische_interventies_voor_begeleiding_van_kinderen_bij_medische_procedures/farmacologische_interventies_procedurele_sedatie_en_analgesie_bij_kinderen/psa_met_intranasaal_fentanyl_en_lachgasinhalatie_bij_zeer_pijnlijke_procedures_bij_kinderen.html</a>
Sepsis bij kinderen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/sepsis_bij_kinderen/behandeling_van_sepsis_bij_kinderen/empirisch_antibioticabeleid_bij_sepsis_bij_kinderen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/sepsis_bij_kinderen/behandeling_van_sepsis_bij_kinderen/empirisch_antibioticabeleid_bij_sepsis_bij_kinderen.html</a>
Sinus Pilonidalis	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/sinus_pilonidalis/etiologie_risicofactoren_en_preventieve_adviezen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/sinus_pilonidalis/etiologie_risicofactoren_en_preventieve_adviezen.html</a>
Sinus Pilonidalis	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/sinus_pilonidalis/behandeling_niet_genezende_hypergranulerende_wond.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/sinus_pilonidalis/behandeling_niet_genezende_hypergranulerende_wond.html</a>
SOLK en somatoforme stoornissen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/somatisch_onvoldoende_lichamelijke_verklaarde_klachten/solk_behandeling/solk_ernstige_somatoforme_stoornissen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/somatisch_onvoldoende_lichamelijke_verklaarde_klachten/solk_behandeling/solk_ernstige_somatoforme_stoornissen.html</a>
Standpunt Heruitgifte van orale oncolytica	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/standpunt_heruitgifte_van_orale_oncolytica/heruitgifte_van_orale_oncolytica.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/standpunt_heruitgifte_van_orale_oncolytica/heruitgifte_van_orale_oncolytica.html</a>
Subacromiaal Pijnsyndroom van de Schouder (SAPS)	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/saps/secundaire_preventie_van_saps.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/saps/secundaire_preventie_van_saps.html</a>
Tabaks- en nicotineverslaving	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/tabaks_en_nicotineverslaving/e-sigaret/e-sigaret_als_stoppen-met-rokenmethode_bij_rl_tabaksontmoediging.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/tabaks_en_nicotineverslaving/e-sigaret/e-sigaret_als_stoppen-met-rokenmethode_bij_rl_tabaksontmoediging.html</a>
Tabaks- en nicotineverslaving	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/tabaks_en_nicotineverslaving/niet-medicateuze_ondersteuning/e-health.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/tabaks_en_nicotineverslaving/niet-medicateuze_ondersteuning/e-health.html</a>
Urine-incontinentie (UI) 2e- en 3e-lijnszorg	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_ui_2e_en_3e-lijnszorg/ui_bij_de_kwestbare_ouderen/medicamenteuze_behandeling_ouderen_bij_ui_2024.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_ui_2e_en_3e-lijnszorg/ui_bij_de_kwestbare_ouderen/medicamenteuze_behandeling_ouderen_bij_ui_2024.html</a>
Urine-incontinentie (UI) 2e- en 3e-lijnszorg	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_ui_2e_en_3e-lijnszorg/chirurgische_behandeling_bij_ui_in/chirurgie_bij_refractaire_urge-incontinentie/behandeling_van_refractaire_aandrangincontinentie_met_botox_of_neu-romodulatie_2024.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_ui_2e_en_3e-lijnszorg/chirurgische_behandeling_bij_ui_in/chirurgie_bij_refractaire_urge-incontinentie/behandeling_van_refractaire_aandrangincontinentie_met_botox_of_neu-romodulatie_2024.html</a>

Richtlijn	Link naar betreffende module
Urine-incontinentie (UI) 2e- en 3e-lijnszorg	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_ui_2e-_en_3e-lijnszorg/medicamenteuze_behandeling_bij_ui/b_ta-3_receptor_agonist_bij_ui_2024.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_ui_2e-_en_3e-lijnszorg/medicamenteuze_behandeling_bij_ui/b_ta-3_receptor_agonist_bij_ui_2024.html</a>
Urine-incontinentie (UI) 2e- en 3e-lijnszorg	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_ui_2e-_en_3e-lijnszorg/conservatieve_behandeling_ui_2e-3e_lijnszorg/bekkenfysiotherapie_bij_ui_in_2e-3e_lijnszorg.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_ui_2e-_en_3e-lijnszorg/conservatieve_behandeling_ui_2e-3e_lijnszorg/bekkenfysiotherapie_bij_ui_in_2e-3e_lijnszorg.html</a>
Urine-incontinentie (UI) bij vrouwen	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_bij_vrouwen/medicatie_bij_aandrangincontinentie_set_2_2023.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_bij_vrouwen/medicatie_bij_aandrangincontinentie_set_2_2023.html</a>
Vaattoegang voor hemodialyse	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/vaattoegang_voor_hemodialyse/infectie_van_de_vaattoegang_bij_hemodialyse.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/vaattoegang_voor_hemodialyse/infectie_van_de_vaattoegang_bij_hemodialyse.html</a>
Vaattoegang voor hemodialyse	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/vaattoegang_voor_hemodialyse/flow_disfunctie_bij_vaattoegang_voor_hemodialyse.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/vaattoegang_voor_hemodialyse/flow_disfunctie_bij_vaattoegang_voor_hemodialyse.html</a>
Veneuze pathologie / Varices	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/veneuze_pathologie_varices/varices-behandeling_bekkenvarices.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/veneuze_pathologie_varices/varices-behandeling_bekkenvarices.html</a>
Wondzorg bij acute (traumatische en chirurgische) wonden	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/wondzorg_bij_acute_traumatische_en_chirurgische_wonden/wondmaterialen/wondmateriaal_voor_een_donorplaats_wond.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/wondzorg_bij_acute_traumatische_en_chirurgische_wonden/wondmaterialen/wondmateriaal_voor_een_donorplaats_wond.html</a>
Ziekte van Parkinson	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ziekte_van_parkinson/psychosociale_en_maatschappelijke_aspecten_bij_de_ziekte_van_parkinson/rijgeschiktheid_en_de_ziekte_van_parkinson.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ziekte_van_parkinson/psychosociale_en_maatschappelijke_aspecten_bij_de_ziekte_van_parkinson/rijgeschiktheid_en_de_ziekte_van_parkinson.html</a>
Zorg voor patiënten met brandwonden	<a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/zorg_voor_patiënten_met_brandwonden/behandeling_van_brandwonden/wondbehandeling_bij_brandwonden.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/zorg_voor_patiënten_met_brandwonden/behandeling_van_brandwonden/wondbehandeling_bij_brandwonden.html</a>

Onderstaande richtlijnen van [www.sri-richtlijnen.nl](http://www.sri-richtlijnen.nl) zijn gebruikt voor de inventarisatie van de openstaande kennisvragen:

- Clostridioides difficile
- Desinfectie huid en slijmvliezen plus puncties
- Hemodialyse
- Infectiepreventie op het OK-complex
- Invasieve beademing
- Isolatie
- Persoonlijke beschermingsmiddelen
- Preventie van postoperatieve wondinfecties
- Reiniging, desinfectie en sterilisatie (herbruikbare) medische hulpmiddelen
- Reiniging en desinfectie van ruimten

## BIJLAGE 4

# Steunbrief Patiëntenfederatie Nederland



Datum 7-4-2026  
Onderwerp Kennisagenda Duurzaamheid

Geacht bestuur,

Middels deze brief geven wij een steunverklaring af voor de kennisagenda Duurzaamheid. De kennisagenda is tot stand gekomen met betrokkenheid van Patiëntenfederatie Nederland.

Voor een toekomstige herziening van de kennisagenda zullen er nieuwe afspraken worden gemaakt over het proces rondom de patiëntbetrokkenheid.

Namens Patiëntenfederatie Nederland,

## BIJLAGE 5

# Afkortingenlijst

- AI – Artificial Intelligence
- AIOS – Arts in Opleiding tot Specialist
- CO<sub>2</sub> – Koolstofdioxide
- Federatie – Federatie Medisch Specialisten
- HTA – Health Technology Assessment
- IZA – Integraal Zorgakkoord
- LCA – Life Cycle Assessment
- MDR – Medical Device Regulation
- MS2035 – Visie Medisch Specialist 2035
- MSZ – Medisch-specialistische zorg
- NEN – Nederlandse norm (normeringsinstituut)
- NFU – Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- NHG – Nederlands Huisartsen Genootschap
- NOG – Nederlandse Vereniging voor Oogheelkunde
- NOV – Nederlandse Orthopaedische Vereniging
- NVA – Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
- NVALT – Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
- NVIC – Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
- NVKC – Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde
- NVKF – Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica
- NVKG – Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- NVKNO – Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde van het Hoofd-Halsgebied
- NVK – Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- NVMDL – Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
- NVMM – Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
- NVN – Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- NVNG – Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde
- NVOG – Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- NVPC – Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
- NVRO – Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
- NVR – Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
- NVU – Nederlandse Vereniging voor Urologie
- NVVC – Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
- NVvH – Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- NVvN – Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie
- NVvP – Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- NVvR – Nederlandse Vereniging voor Radiologie
- NVvTG – Nederlandse Vereniging voor Technische Geneeskunde
- NVVP – Nederlandse Vereniging voor Pathologie
- NVZA – Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
- NVSHA – Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen
- NVT – Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie
- OK – Operatiekamer
- PFNL – Patiëntenfederatie Nederland
- QALY – Quality-Adjusted Life Year
- RCT – Randomized Controlled Trial

- RIVM – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- R-ladder – Model voor circulariteitsstrategieën
- SEH – Spoedeisende Hulp
- SKMS – Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten
- SRI – Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie
- STZ – Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen
- V&VN – Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- VIG – Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen
- VKGN – Vereniging Klinische Genetica Nederland
- VRA – Vereniging van Revalidatieartsen
- VSG – Vereniging voor Sportgeneeskunde
- VHIG – Vereniging Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg
- WWS – Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- ZE&GG – Zorgevaluatie en Gepast Gebruik
- ZINL – Zorginstituut Nederland
- ZKN – Zelfstandige Klinieken Nederland

**Bezoekadres:**

Federatie Medisch Specialisten  
Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

**Postadres:**

Postbus 20057  
3502 LB Utrecht

[www.demedischspecialist.nl](http://www.demedischspecialist.nl)



Federatie  
**Medisch  
Specialisten**