

DE-IMPLEMENTATIEAGENDA

Stop ondoelmatigheid



Een nieuwe mindset voor houdbare zorg

APRIL 2026



Inhoud

Cardiologen voelen zich verantwoordelijk dat de zorg in Nederland toegankelijk blijft. Daarom publiceert de NVVC haar eerste de-implementatieagenda met 9 concrete voorbeelden om te stoppen met bepaalde diagnostiek, behandeling, controle of administratielast. De 9 onderwerpen vormen de eerste stap in een doorlopende beweging.

Elke cardioloog kan mee doen en met sommige onderwerpen kun je morgen al aan de slag!

- | | |
|-----------------------------|--|
| 2 Samenvatting | 6 Raakvlakken |
| 3 Inleiding en doel | 10 De-implementatie onderwerpen 2026 |
| 4 Afbanking en focus | 12 Verwante en potentiële onderwerpen |

DE-IMPLEMENTATIEAGENDA

Stop ondoelmatigheid




Een nieuwe mindset voor houdbare zorg

Cardiologen voelen zich verantwoordelijk dat de zorg in Nederland toegankelijk blijft. Daarom publiceert de NVVC haar eerste de-implementatieagenda met 9 concrete voorbeelden om te stoppen met bepaalde diagnostiek, behandeling, controle of administratielast. De 9 onderwerpen vormen de eerste stap in een doorlopende beweging.


Elke cardioloog kan mee doen en met sommige onderwerpen kun je morgen al aan de slag!

Onderwerpen 2026

-  **Groep A:** Stoppen met bewezen niet doelmatige zorg (via richtlijn updates)
-  **Groep B:** Stoppen met mogelijk niet doelmatige of proportionele zorg (projecten)
-  **Groep C:** Minder herhaalzorg of diagnostiek die niet in richtlijnen staat (professionele autonomie)
-  **Groep D:** Minder administratie voor patiëntenzorg

Behandel patiënten met stabiel coronair lijden eerst optimaal met medicijnen, alvorens over te gaan op invasieve behandeling 

Verricht niet routinematig inspannings-ECG voor de diagnostiek van coronair lijden 


Kies bij de keuze tussen eenkamer-ICD of tweekamer-ICD in principe voor het plaatsen van een eenkamer-ICD 

Minder echocardiografie bij analyse cardiale emboliebron na een CVA/TIA 

Minder echocardiografie bij follow up van biologische hartklepprothesen 

Minder echocardiografie bij follow-up van non-syndromale aorta ascendens dilatatie 

Minder routinematige controle op de werking van cardiale implanteerbare elektronische devices (CIED) 

Overweeg jaarlijkse controles één maal per twee jaar te doen 

Lobby NVVC voor minder onnodige ZN formulieren 



Inleiding en doel

De toegankelijkheid van zorg staat onder druk. De NVVC is maatschappelijk betrokken en voelt zich verantwoordelijk ook buiten de spreekkamer. Als oplossing voor de druk op de zorg bepleiten partijen van het Integraal Zorgakkoord en het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord [passende zorg](#). Dit vraagt om een aanpak waarbij iedereen ook in de toekomst goede zorg krijgt.

De [Visie Medisch Specialist 2035](#) heeft als één van de ambities in 2035 toegankelijke zorg te bieden 'van goede kwaliteit voor iedereen die dat nodig heeft, ook in tijden van schaarste'.

Een van de aanbevelingen voor wetenschappelijke verenigingen is kritisch het zorgaanbod te evalueren t.a.v. doelmatigheid. 'Beschrijf in richtlijnen, naast de plaatsbepaling met scherpe indicatiestelling en duidelijke afwegingen, expliciet wat niet te doen. Bevorder de-implementation van zorg die niet doelmatig wordt geacht'. Een andere aanbeveling aan de beroepsgroep is de grenzen van diagnostiek en behandeling duidelijk te maken.

De NVVC schreef in het NVVC Verenigingsplan 2024-2027 al dat de-implementation (stoppen van zorg die geen toegevoegde waarde heeft) kan bijdragen aan het toegankelijk houden van de zorg.

Gefaciliteerd door het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) werkt de commissie Wetenschap & Innovatie hier al concreet aan met zorgevaluatieprojecten en sinds medio 2025 ook met Less is more projecten. Daarnaast kijkt de subcommissie Richtlijnen bij endorsement van ESC richtlijnen al kritisch naar de evidence voor de aanbevelingen. Uitvraag onder leden en werkgroepen heeft nog meer voorbeelden gegeven waar het minder kan. Met deze eerste NVVC de-implementation agenda kunnen alle cardiologen aan de slag.



Verenigingsbeleid voor de-implementation ontwikkelen en uitvoeren. Bewustzijn creëren in de vereniging en op projectbasis stimuleren en monitoren dat bepaalde zorg gestopt is of wordt.

Afbakening en focus

Afbakening van wat de NVVC bedoelt met de-implementatie is noodzakelijk, omdat er veel raakvlakken zijn met andere dossiers in de medisch specialistische zorg die ook bijdragen aan toegankelijkheid van zorg.

Focus van de-implementatie is daadwerkelijk stoppen met bepaalde cardiologische zorg bij bepaalde indicaties, daarbij geleid door de inhoud van het vak cardiologie. Soms zal stoppen van het één, leiden tot vervanging door het ander. Ook dan valt het onder de-implementatie.

De NVVC maakt hierbij onderscheid in vier groepen:



Groep A

Stoppen met bewezen niet doelmatige zorg (via richtlijn updates)

Stoppen met bestaande zorg waarbij uit een update van een ESC richtlijn blijkt dat er geen bewijs (meer) voor is en deze zorg de-implementeren. Een aanbeveling van de ESC met een klasse IIb (may be considered) én level of evidence C (*consensus of opinion of the experts and/or small studies, retrospective studies, registries*) wordt in principe niet opgenomen, tenzij de schrijfgroep een goed onderbouwde reden heeft dit wel te doen. Hierbij wordt rekening gehouden met gevolgen voor zorgconsumptie. Hieronder vallen ook de richtlijnen of leidraden die de NVVC zelf maakt n.a.v. afgeronde zorgevaluatiestudies (ZE&GG, zie 'potentiële onderwerpen').

- Via: identificeren door de schrijfgroep van impactvolle voorbeelden voor de-implementatie bij endorsement van ESC richtlijnen. Waar nuttig en nodig kan de de-implementatie gecombineerd worden met monitoring via een uniforme datadefinitie van ZE&GG.
- Via: in de toekomst ook na afronding van zorgevaluatiestudies (ZE&GG).
- Coördinatie: commissie Kwaliteit - subcommissie Richtlijnen.

Groep B

Stoppen met mogelijk niet doelmatige of proportionele zorg (projecten)

Stoppen met zorg waar geen wetenschappelijk bewijs is van meerwaarde voor de patiënt, maar die nog wel in de richtlijn staat en tijd vraagt van zorgverleners en patiënten. Zowel cardiologen als patiënten vinden het aannemelijk dat deze zorg geen waarde toevoegt voor de patiënt.

Om deze zorg te stoppen wordt in een project eerst de richtlijn aangepast en volgt er een de-implementatieplan. Deze projecten vallen onder het [Less-is-More](#) programma van ZE&GG.

- Via: subsidierondes Less is more en eventueel SKMS projecten.
- Coördinatie: commissie Wetenschap & Innovatie.

Groep C

Minder herhaalzorg of diagnostiek die niet in richtlijnen staat (professionele autonomie)

Minder herhaalzorg of diagnostiek die niet in richtlijnen staat (professionele autonomie) Niet alle zorg is gevat in richtlijnen. Binnen de professionele autonomie van de cardioloog is er ruimte om het interval voor controle te verruimen of minder diagnostiek aan te vragen.

Ook verwijzing beïnvloedt de zorgvraag cardiologie. Tijdig terugverwijzen van stabiele patiënten naar de huisarts voorkomt onnodig herhaalbezoek bij de cardioloog. Transmurale samenwerking, meedenkadvis of e-consult ontlast de spoed/dienstdoende én beantwoordt de vraag van de huisarts dezelfde dag. Goede transmurale samenwerking kan bovendien (her)opnames voorkomen.

- Via: bewustzijn creëren en handvatten bieden (BBC, Connect, e-health en AI). Ook via werkgroepen die geschikte voorbeelden identificeren binnen het eigen deelgebied en aanbevelingen formuleren.
- Coördinatie: initiatief ligt bij cardiologen en vakgroepen. Veel vakgroepen zijn hier al actief mee bezig.

Groep D

Minder administratie voor patiëntenzorg

In 2030 zouden administratieve lasten van zorgverleners gehalveerd zijn tot maximaal 20% van de tijd (AZWA). Zeer gewenst is het terugdringen van onnodige machtigingen, waarbij cardiologen vooraf toestemming vragen aan de zorgverzekeraar voor vergoeding van medicatie of behandeling Deze zijn bedoeld om te toetsen op noodzaak en doelmatigheid, maar zorgen in de praktijk voor administratieve lasten. Een ander voorbeeld is digitaal ZN-formulieren in te vullen via Zneller.nl.

- Via: werkgroep geneesmiddelen en NVVC bestuur. Mogelijk ook via de Federatie Medisch Specialisten bij activiteiten van het landelijk programma Aanpak regeldruk. Zo nodig samen op trekken met NIV/NVIVV richting Zorginstituut of Zorgverzekeraars Nederland.

Raakvlakken

De-implementatie is een nieuw onderwerp in het verenigingsbeleid. Meerdere verenigingsactiviteiten hebben raakvlak met de-implementatie. Sommige (delen) daarvan kunnen binnen de scope van de-implementatie vallen, andere niet.

Verenigingsactiviteiten die **binnen de scope** kunnen vallen van de-implementatie (vooral binnen groep B – Minder herhaalzorg of diagnostiek):

Groene zorg - projectgroep Het Groene Hart

Als ondertekenaar van de Green Deal 3.0 wil de NVVC de impact verbeteren van de zorg op milieu en klimaat (CO₂-emissie, milieubelasting, circulair werken) en omgekeerd. Vanuit het duurzaamheid perspectief is een ambitieuze de-implementatie agenda belangrijk: niet geleverde zorg is immers de meest duurzame zorg. Minder poliklinische controles, maar ook zorg op afstand (telefoon, e-health) vermindert de belasting op ziekenhuis en omgeving, verkleint de ecologische voetafdruk en vermindert reistijd en kosten voor de patiënt.

Transmurale zorg – NVVC Connect

Zorgpaden voor efficiënt (terug) verwijzen van patiënten tussen de lijnen, kunnen bijdragen aan het stoppen met bepaalde cardiologische zorg. Een landelijke impactanalyse (VitaValley, 2025), uitgevoerd in vier Connect-regio's, toont aan dat goede transmurale samenwerking in positieve zin bijdraagt aan het toegankelijk houden van de zorg in de tweede lijn, met name door het voorkomen van (her)opnames, verschuiving van zorg naar de eerste of anderhalve lijn en/of minder SEH-presentaties.

Digitale zorg – werkgroep e-health en AI

Digitale zorg kan bijdragen aan het stoppen met bepaalde cardiologische zorg. Digitale consulten zijn bij uitstek geschikt ter vervanging van fysieke consulten op de polikliniek en schelen ziekenhuiskosten. Ook thuismonitoring kan hieraan bijdragen.

Raakvlakken

Verenigingsactiviteiten die (nog) **buiten de scope** vallen van de-implementatie:

Samen beslissen en proactieve zorgplanning – subcommissie Samen Beslissen

Samen beslissen leidt tot een keuze op korte termijn rond bijv. een interventie. Proactieve zorgplanning kijkt naar wensen en doelen voor toekomstige zorg. Samen beslissen en proactieve zorgplanning gaan niet zo zeer over stoppen met zorg en vallen buiten de scope van de-implementatie.

Medisch ethische en maatschappelijke vraagstukken

De evaluatie van passende zorg voor een groeiende groep van oudere patiënten met cardiologische problemen is een onderwerp dat beroepsgroep overstijgend is en besproken wordt met o.a. klinisch geriaters en internisten. Hier zijn nog veel cardiologische kennishiaten en vakinhoudelijke richtlijnen bieden nog geen handvatten.

Wetenschappelijk onderzoek naar kennishiaten – commissie Wetenschap & Innovatie

Sommige onderwerpen op de Kennisagenda 2024 hebben een kennisvraag over stoppen met zorg. Zolang het nog een kennishiaat is en de onderzoeksvraag niet beantwoord is, valt het buiten de scope van de-implementatie. Van afgeronde studies worden de resultaten geduid; mogelijk leidt dit tot nieuwe de-implementatieonderwerpen.

De-implementatie onderwerpen 2026

Om de zorg in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit te houden, wil de cardiologie scherp blijven op welke zorg echt waarde toevoegt, en welke zorg dat niet doet. Zo dragen cardiologen proactief bij aan passende zorg:

Stoppen met diagnostiek en interventies die onvoldoende bewezen effect hebben.

Alle cardiologen kunnen met (een deel van) de de-implementatie onderwerpen aan de slag.

Vakgroepen en deelspecialismen vragen zich misschien af wat de impact van de-implementatie is op de organisatie en financiering van hun praktijk. De Beroepsbelangen Commissie adviseert om mee te gaan in de beweging van passende zorg. Zorg die niet meer nodig is, wordt immers direct vervangen door nieuwe zorgvragen. Het effect op dbc's hoeft ook niet ongunstig te zijn: zo leidt het stoppen met fietstesten niet tot een minder zware dbc, maar wel tot lagere kosten voor het ziekenhuis.

Mogelijk zijn er ook voorbeelden waarbij de impact groter is. Dan kan overwogen worden eerst een business case te maken. De BBC nieuwsbrieven besteden regelmatig aandacht aan de-implementatie en daarnaast kunnen gerichte vragen gesteld worden via bbc@nvvc.nl.

De-implementatie onderwerpen 2026

Behandel patiënten met stabiel coronair lijden eerst optimaal met medicijnen, alvorens over te gaan op invasieve behandeling

 Groep A: Bewezen niet doelmatig

ESC richtlijn 2024: [Management of chronic coronary syndromes 2024](#)

Uniforme datadefinitie ZE&GG Eerst OMT voor PCI, zie [hier](#).
Volgende analyse begin 2026

Verricht niet routinematig inspannings-ECG voor de diagnostiek van coronair lijden

 Groep A: Bewezen niet doelmatig

ESC richtlijn 2024: [Management of chronic coronary syndromes 2024](#)

Uniforme datadefinitie ZE&GG Ergometrie voor routine diagnostiek bij POB.
In ontwikkeling in 2026

Kies bij de keuze tussen eenkamer-ICD of tweekamer-ICD in principe voor het plaatsen van een eenkamer-ICD

 Groep A: Bewezen niet doelmatig

ESC Richtlijn 2022: [Management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death](#)

Uniforme datadefinitie ZE&GG Eén of twee kamer ICD, zie [hier](#).
Eerste analyse medio 2026

Minder echocardiografie bij analyse cardiale emboliebron na een CVA/TIA

 Groep B: mogelijk niet doelmatig of proportioneel

Bij het overgrote deel van de patiënten die een CVA of TIA hebben doorgemaakt waarbij er geen duidelijke oorzaak is gevonden door de neuroloog en die worden doorverwezen naar de cardioloog voor analyse cardiale emboliebron, hoeft standaard geen echocardiogram gemaakt te worden.

Richtlijn: [Cardiale emboliebron herseninfarct](#)

Less is more project 2025 ronde 1

Minder echocardiografie bij follow-up van biologische hartklepprothesen

 Groep B: mogelijk niet doelmatig of proportioneel

De eerste vijf jaar na implantatie van zowel percutane als chirurgische biologische hartklepprothesen is echocardiografie niet jaarlijks routinematig nodig, maar alleen op indicatie.

ESC richtlijn 2025: [Management of valvular heart disease](#)

Less is more project 2025 ronde 1

Minder echocardiografie bij follow-up van non-syndromale aorta ascendens dilatatie

 Groep B: mogelijk niet doelmatig of proportioneel

Verminderen en mogelijk stoppen van echocardiografische follow-up bij patiënten met geringe tot matige niet-syndromale aorta ascendens dilatatie (zonder aanwijzingen voor bindweefselziekten, vanaf 60 jaar en startdiameter <50 mm).

ESC richtlijn 2024: [Management of peripheral or aortic disease](#)

Less is more project 2025 ronde 2

Minder routinematige controle op de werking van cardiale implanteerbare elektronische devices (CIED)

 Groep C: Herhaalzorg of diagnostiek die niet gevat is in richtlijnen

Overweeg het interval voor CIED controles in het eigen centrum te verruimen. Maak goede afspraken tussen implanterend, controlerend en verwijzend centrum over de controles om dubbele zorg te voorkomen.

De NHRA stelt in 2026 een de-implementation commissie samen die concrete aanbevelingen zal doen om het onderwerp 'controle op de werking van CIED' te faciliteren in de praktijk.

Overweeg jaarlijkse controles één maal per twee jaar te doen

 Groep C: Herhaalzorg of diagnostiek die niet gevat is in richtlijnen

Via: professionele autonomie cardioloog (vakgroep/ kwaliteitsvisitatie)

Lobby NVVC voor minder onnodige ZN formulieren

 Groep D: Administratielast voor patiëntenzorg

1. ZN formulieren voor het voorschrijven van geneesmiddelen

- Behouden, maar omzetten van een arbeidsintensief naar een pragmatisch formulier (2026 Inclisiran, Entresto, GLP analogen)
- Bewaken of het al pragmatische ZN formulier nodig blijft (2026: Finerenone) of afschaffen (2026: geen)
- Lobby (met NIV, NIVV en FMS) voor de mogelijkheid om ZN formulieren digitaal in te vullen (o.a. inbouwen in EPD of Zneller.nl)

2. Specialistenverklaring-verplichting afschaffen voor Evolocumab en Alirocumab

Patiënten moeten na drie jaar voor een herhaalrecept onnodig naar de cardioloog doorverwezen worden, terwijl de controle al bij de huisarts plaatsvindt.

Via: werkgroep geneesmiddelen

Verwante en potentiële onderwerpen

Afname onnodige presentaties op de eerste harthulp voor patiënten met pijn op de borst

Patiënten met tekenen van een acuut hartinfarct op het ECG gaan direct naar het dichtstbijzijnde PCI centrum voor een PCI. Patiënten met pijn op de borst zonder duidelijke tekenen van een infarct op het ECG worden ook naar het ziekenhuis vervoerd alwaar blijkt dat in 90% van de gevallen er geen sprake is van een acuut hartinfarct. De ARTICA studie heeft recent aangetoond dat na prehospitala triage in de ambulance laag risico patiënten veilig thuis kunnen blijven en niet naar het ziekenhuis hoeven. Ook in de URGENT 2.0 studie is onderzocht of middels prehospitala triage met een troponine bepaling patiënten vaker en veilig thuis kunnen blijven. De resultaten hiervan zijn nog niet bekend maar op deze manier worden alleen patiënten met een hoge verdenking naar de eerste harthulp vervoerd. De verwachting van de nationale werkgroep prehospitala triage, waarin ook de ambulancezorg is vertegenwoordigd, is dat deze en andere ontwikkelingen thuis en in de ambulance zullen gaan leiden tot een enorme reductie aan eerste harthulp presentaties en ook eerder beschikbaarheid van de ambulances.

Afname fietsproef, diagnostische hartkatheterisatie en revascularisatie bij patiënten met stabiel coronair lijden

In de diagnostiek en behandeling van patiënten met coronair lijden zijn er recent twee belangrijke veranderingen. De rol van fietsproef en invasieve diagnostische hartkatheterisatie om coronair lijden vast te stellen of te verwerpen, is overgenomen door de nieuwere CT scan voor de diagnostiek van coronair lijden. Waar in de behandeling eerder sneller patiënten voor revascularisatie werden aangeboden, is nu meer bewijs gekomen (Ischemia, Courage, Revived) dat medicamenteuze behandeling een gelijkwaardige behandeling is. Dat betekent dat medicatie (en niet invasieve behandeling) de eerste behandelkeuze is voor patiënten met symptomatisch en obstructief coronair lijden. Deze twee afzonderlijke elementen zijn al in de ESC richtlijnen en hierboven beschreven. In Nederland worden deze twee veranderingen ook nog bestudeerd in de [CLEAR-CAD studie](#) en wachten we op de resultaten.

Verwante en potentiële onderwerpen

ICD implantaties bij patiënten met niet-ischemische cardiomyopathie

Door verbeterde medicamenteuze behandeling van hartfalen is de vraag bij welke patiëntengroepen ICD implantatie toegevoegde waarde heeft als primaire preventie van plotse hartdood. In 2023 heeft de NVVC de [Indicatie richtlijn primaire preventie ICD plaatsing bij NICM](#) vastgesteld. Of deze aanpassing van de Nederlandse richtlijn, die afwijkt van de internationale richtlijnen, terecht patiëntengroepen onderscheidt die al dan niet baat hebben bij een ICD, is niet prospectief onderzocht. Daarom is in 2024 de zorgevaluatie [DUTCH-ICD](#) gestart waarin zal worden onderzocht wat de huidige waarde is van wel of geen ICD-implantatie bij patiënten met een niet-ischemische cardiomyopathie én fibrose.

CT voorafgaand aan klepooperaties in plaats van een coronair angiogram

Bij patiënten die een chirurgische klepbehandeling ondergaan is de kans op concomitant coronair lijden laag. Daarom is deze patiëntenpopulatie bij uitstek geschikt om coronair lijden uit te sluiten met een CT Coronair Angiografie (CTCA) in plaats van de nog vaak voor deze indicatie uitgevoerde invasieve coronair angiografie (ESC /EACTS 2025)



COLOFON

April 2026© NVVC

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 NVVC en met bronvermelding.

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

Adres:

Moreelsepark 1
3511EP Utrecht

Email: bureau@nvvc.nl

www.nvvc.nl