

> Verkenning herinrichting academische hclv-kindzorg

Spoorboekje

Versie 13 juli 2026 - Let op: het spoorboekje kan gedurende de verkenning worden geactualiseerd of aangevuld.
Op de [webpagina](#) vindt u altijd de meest recente versie.

UMCNL wil verkennen of verdere herinrichting van academische hclv-kindzorg mogelijk is en meerwaarde kan opleveren

Aanleiding verkenning



- In de bestuurlijke afspraken tussen VWS en UMCNL over de zorg voor kinderen met aangeboren hartafwijkingen (AHA), is ook een afspraak opgenomen over het bredere landschap van hoogcomplexiteit laagvolume (hclv) kindzorg in de umc's.
- Artikel 29 van deze afspraken bepaalt dat de umc's gezamenlijk een verkenning uitvoeren naar academische hclv-kindzorg buiten het AHA- en oncologiedomein.
- Deze afspraak komt mede voort uit de wens van umc's om proactief te werken aan een toekomstbestendig zorglandschap, ingegeven door zorgen over continuïteit en de ambitie om hoge kwaliteit te borgen.

Context en doel verkenning



- De meeste hclv-kindzorg wordt geleverd in de umc's en de umc's werken al regelmatig samen voor academische hclv-kindzorg. In sommige gevallen betekent dit dat de zorg alleen in enkele umc's geleverd wordt. Maar het kan ook betekenen dat de academische hclv-kindzorg in een netwerk of via shared care geleverd wordt.
- Het doel van de verkenning is om te onderzoeken of en zo ja, op welke wijze verdere herinrichting van academische hclv-kindzorg in Nederland nodig is en/of van meerwaarde kan zijn.

De verkenning leidt tot een advies aan UMCNL over de mogelijkheden, effecten en randvoorwaarden voor eventuele herinrichting

De verkenning leidt tot een advies aan het UMCNL-bestuur (de opdrachtgever)

- Het advies schetst de eventuele mogelijke varianten voor herinrichting van academische hclv-kindzorg en brengt in kaart wat de effecten hiervan zijn en welke voorwaarden hiervoor nodig zijn.
- Als uit de verkenning blijkt dat er geen verdere herinrichting wenselijk en/of nodig is, bevat het advies een heldere onderbouwing hiervan.

Het advies gaat in op de volgende vragen

- Voor welke academische hclv-kindzorg is herinrichting van meerwaarde en/of nodig?
- Onder welke voorwaarden heeft deze herinrichting meerwaarde?
- Op welke manier (denk aan: zorglevering in een netwerk, shared care, volledige zorglevering in een of enkele umc's) is het wenselijk om deze zorg in te richten?
- Waar (geografisch) is het wenselijk om deze zorg in te richten?
- Wat zijn de verwachte effecten en risico's – waaronder op het behoud van de Rompstructuur 2.0 Academische Kinderziekenhuizen¹ – van de herinrichting? Inclusief keteneffecten op andere delen van de kindzorg?

De verkenning richt zich op academische hclv-kindzorg exclusief AHA²-, oncologische en psychiatrische zorg

Binnen scope

Het gaat om behandelingen die voldoen aan de volgende criteria:

- Academische kindzorg: de zorg rondom de diagnose is op basis van een derdelijnsverwijzing.
- Hoogcomplexiteit kindzorg: het betreft zorg met betrokkenheid van superspecialisten en/of gespecialiseerde faciliteiten.
- Laagvolume kindzorg: het gaat om een relatief beperkt aantal patiënten.³

Buiten scope

- Hclv-kindzorg binnen het AHA- of oncologiedomein.
- Hclv-kindzorg, die niet voorbehouden is aan de academie, waaronder de gehele NICU-zorg en de psychiatrie⁴.

Naast ^xdeze verkenning lopen er ook andere trajecten waarbij gekeken wordt naar eventuele herinrichting binnen de kindzorg

Verkenning academische hclv-kindzorg

APO/UMCNL/SIRM

- Onderzoeken of en zo ja, op welke wijze verdere herinrichting van academische hclv-kindzorg in Nederland nodig is en/of van meerwaarde kan zijn.
- Binnen scope: academische hclv-kindzorg.
- Buiten scope: AHA- en oncologiedomein, hoogcomplex psychiatrie zorg en niet-academische kindzorg, waaronder de gehele NICU-zorg.

Werkgroep hclv-kindzorg

NVK

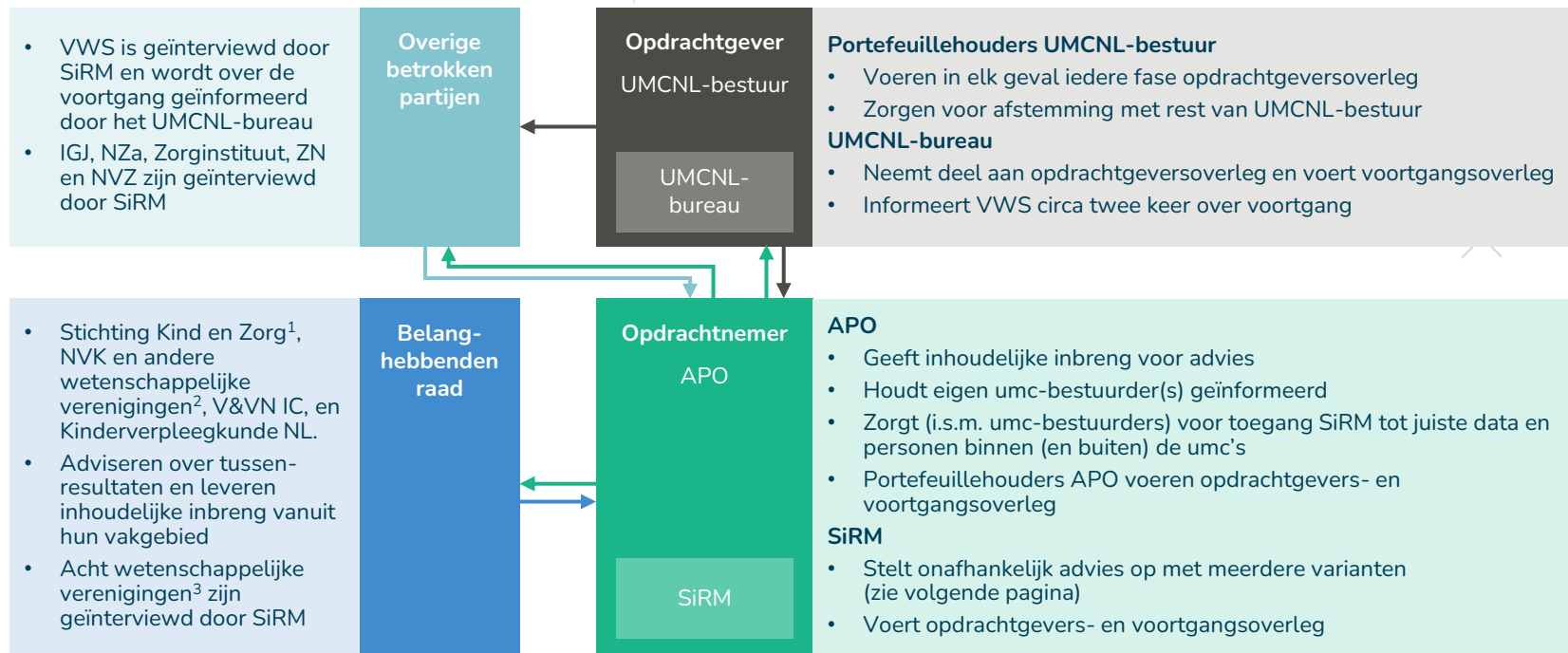
- Werkgroep gericht op de organisatie van hclv-zorg op kindergeneeskundig gebied, zowel op academisch als regionaal niveau.
- In de werkgroep zijn kinderartsen vanuit verschillende ziekenhuissettings (academisch, algemeen, wel/niet opleiding) aangesloten, evenals Stichting Kind & Zorg, een verpleegkundig specialist en een bestuurder vanuit Prinses Máxima Centrum.

Platform Kind (in opstartfase)

FMS

- Overlegstructuur kindzorg tussen alle bij de FMS aangesloten wetenschappelijke verenigingen.
- In deze overlegstructuur kunnen alle zaken aan de orde komen waarover de wetenschappelijke verenigingen onderling afstemming willen zoeken.

We werken met de volgende governance. Deze is aan het einde van fase 1 aangescherpt.



- De governance is gedurende het traject aangescherpt. Vanaf juni 2026 (bijeenkomst 3 belanghebbendenraad) zijn specialismen die 'leidend' zijn in de geselecteerde diagnoses nauwer betrokken. Zij sluiten aan bij (een deel van) de APO-bijeenkomsten.
- Zie de [bijlage](#) voor een overzicht van de specifieke betrokken organisaties en/of personen.

- In 'afstemming' met Patiëntenfederatie Nederland.
- De FMS heeft de vertegenwoordiging van haar leden afgestemd.
- I.o.m. de portefeuillehouders van het APO interviewde SiRM in fase 1 acht wetenschappelijke verenigingen die ook nauw betrokken waren bij het opstellen van de Rompstructuur 2.0 Academisch Kinderziekenhuizen.

SiRM ondersteunt het APO en stelt in nauwe samenwerking met het APO een onafhankelijk advies op

SiRM stelt in nauwe samenwerking met het APO een onafhankelijk advies op over mogelijke herinrichting van academische hclv-kindzorg

SiRM geeft als volgt invulling aan haar ondersteunende rol

SiRM:

- begeleidt het proces, bereidt alle bijeenkomsten en overleggen voor en zit deze voor.
- verzamelt kwalitatieve inzichten door middel van deskresearch, interviews, bijeenkomsten met de belanghebbendenraad en werksessies met het APO en structureert en analyseert deze.
- verzamelt kwantitatieve data bij de umc's en voert analyses uit om de impact van herinrichtingsmogelijkheden in kaart te brengen.
- borgt de medisch inhoudelijke duiding van de analyses via het APO en de belanghebbendenraad.
- borgt vertrouwelijkheid door alleen geaggregeerde inzichten op organisatie- en specialismeniveau terug te koppelen, en daarbij kwantitatieve data uitsluitend niet-herleidbaar tot patiënten te verwerken en interviewdata zo te analyseren dat deze niet tot personen of verbatim-uitspraken te herleiden zijn, cfm NEN 7510¹.

SiRM geeft als volgt invulling aan haar onafhankelijke rol

SiRM:

- waarborgt brede objectiviteit door alle relevante varianten uit te werken en expliciet alle risico's te rapporteren.
- adviseert op basis van feiten door inzichten uit analyses en interviews volledig en zorgvuldig mee te nemen, ook wanneer deze ongemakkelijk zijn of afwijken van verwachtingen.
- bewaakt volledigheid en toetsbaarheid van conclusies en zorgt dat kernbevindingen overeind blijven.
- is transparant over onzekerheden door beperkingen in data expliciet te maken, inclusief impact op robuustheid en benodigde randvoorwaarden.
- erkent verschillende belangen en maakt deze inzichtelijk door de verschillende perspectieven en aangedragen argumenten daarvoor te benoemen.

Het doel is om het definitieve advies in februari 2027 op te leveren aan het UMCNL-bestuur

1

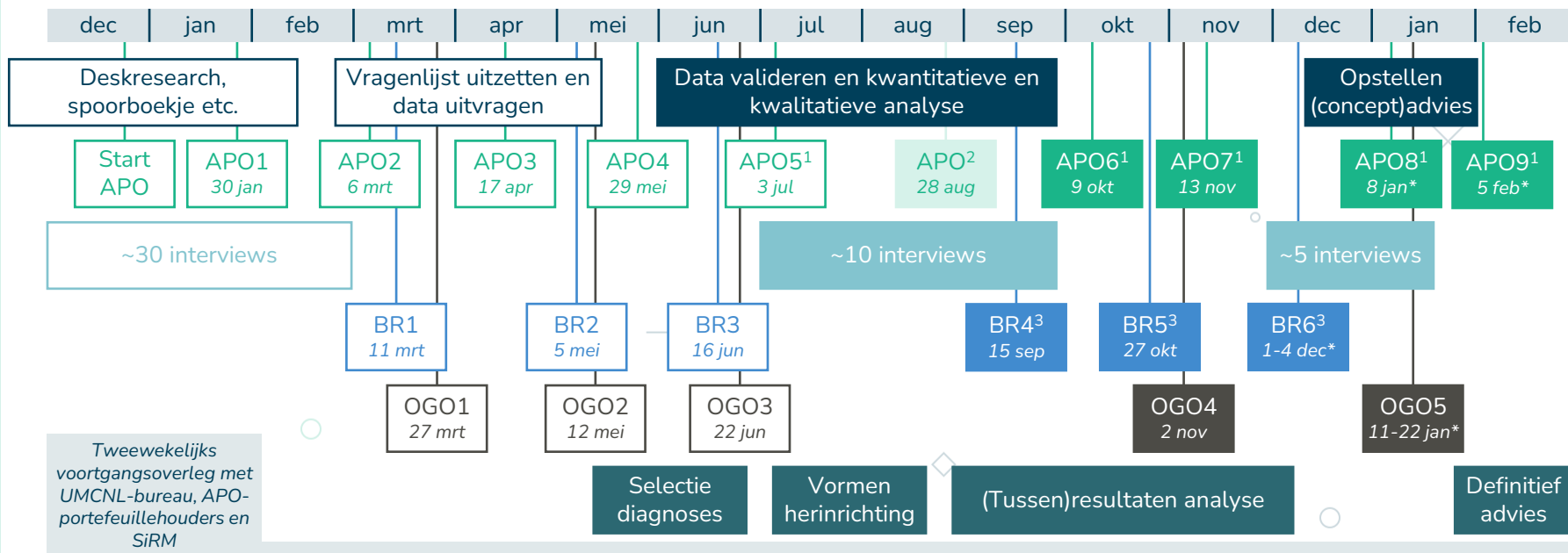
Definiëren en inventariseren

2

Analyseren en selecteren varianten

3

Opstellen advies



Laatste aanpassing: 13 juli 2026

SiRM^x werkt in drie fases samen met het APO en de belanghebbendenraad naar een advies

1

Definiëren en inventariseren

- Creëren gezamenlijk beeld van beoogd eindresultaat en rol SiRM
- Opstellen toetsingscriteria voor de impactanalyse en in kaart brengen mogelijke vormen van herinrichting
- Inventariseren voor welke diagnoses herinrichting meerwaarde zou kunnen hebben, via een vragenlijst onder umc's en wv-en

Interviews/bijeenkomsten

- ~30 interviews
- Startbijeenkomst APO
- 3x werksessie APO
- 2x belanghebbendenraad
- 2x opdrachtgeversoverleg

2

Analyseren en selecteren varianten

- Overzicht maken van voor welke academische hclv-kindzorg umc's al samenwerken (huidig samenwerkingslandschap)
- Uitvoeren impactanalyse per diagnose (kwantitatief en kwalitatief)
- Valideren kwantitatieve data
- Uitwerken hoe zorg heringericht kan worden voor geselecteerde diagnoses

Interviews/bijeenkomsten

- ~10 interviews
- 5x werksessie APO
- 3x belanghebbendenraad
- 2x opdrachtgeversoverleg

3

Opstellen advies

Opstellen advies dat volgende onderdelen bevat:

- of*, en zo ja, op welke wijze herinrichting van academische hclv-kindzorg diagnoses wenselijk en haalbaar is
- wat per variant nodig is om dit te realiseren

**Als uit de verkenning blijkt dat geen verdere herinrichting wenselijk/nodig is, bevat het advies een heldere onderbouwing hiervan.*

Interviews/bijeenkomsten

- ~5 interviews
- 2x werksessie APO
- 1x belanghebbendenraad
- 1x opdrachtgeversoverleg

De werksessies met het APO richten we als volgt in. Na werksessie 2, 3, 4, 6, 7 en 8 is er een bijeenkomst met de belanghebbendenraad.

Werksessie 1 (30 jan)	Werksessie 2 (6 mrt)	★ Werksessie 3 (17 apr)	★ Werksessie 4 (29 mei)	★ Werksessie 5 (3 jul)
• Bespreken beoogd eindresultaat en rol SiRM • Bespreken inhoud en verspreiding spoorboekje • Bepalen aanpak inventarisatie diagnoses waarvoor herinrichting meerwaarde heeft	• In kaart brengen mogelijke vormen van herinrichting (bijv. expertise uit regio naar de patiënt brengen, of patiënt uit regio naar expertise brengen) • Aanscherpen toetsingskader voor impactanalyse¹	• Bespreken resultaten umc-vragenlijst inventarisatie diagnoses waarvoor zorgen bestaan en herinrichting van meerwaarde kan zijn • Bepalen voorlopige selectie diagnoses voor verdere analyse	• Aanscherpen selectie o.b.v. resultaten wv-vragenlijst, data-analyse en inbreng BR • Inventariseren mogelijke herinrichtingsvorm per diagnose	• Vaststellen definitieve selectie diagnoses • Toetsen globale herinrichtingsvorm per diagnose • Toetsen overzicht van huidige samenwerkings-landschap
★ Werksessie 6 (9 okt)	★ Werksessie 7 (13 nov)	★ Werksessie 8 (jan)	Werksessie 9 (feb)	
• Bespreken resultaten impactanalyse per diagnose • Bespreken concept hoofdstuk huidig samenwerkings-landschap	• In kaart brengen risico's en aandachtspunten van eventuele herinrichting per diagnose en aanbevelingen om deze te mitigeren	• Reageren op geannoteerde inhoudsopgave • Bespreken welke keuzes of aanbevelingen nog onvoldoende onderbouwd zijn en welke bronnen we hiervoor het beste kunnen raadplegen	• Bespreken conceptrapport	

In de BR¹ haalden we in de eerste 3 bijeenkomsten inbreng op en toetsen we resultaten. De laatste 3 bijeenkomsten zijn informierend.

Belanghebbendenraad 1 (11 mrt, digitaal)

- Doel en beoogd eindresultaat
- Plan van aanpak
- Governance en rol belanghebbendenraad
- Aanpak (vragenlijsten) inventarisatie diagnoses waarvoor herinrichting van meerwaarde kan zijn

Belanghebbendenraad 2 (5 mei, fysiek in Utrecht)

- Mogelijke vormen van herinrichting
- Toetsingskader voor impactanalyse²
- Resultaten vragenlijsten (umc's en wv-en) inventarisatie diagnoses waarvoor zorgen bestaan en herinrichting van meerwaarde kan zijn

Belanghebbendenraad 3 (16 juni, fysiek in Utrecht)

- Selectie diagnoses voor verdere analyse.
- Mogelijke herinrichtingsvorm per geselecteerde diagnose.
- Beschrijvende statistieken o.b.v. door umc's aangeleverde data

Belanghebbendenraad 4 (15 sep, digitaal)

- Update proces impactanalyse incl. toetsing beschrijving herinrichting
- Overzicht van academische hclv-kindzorg waarvoor umc's al samenwerken
- Vooruitblik proces

Belanghebbendenraad 5 (27 okt, digitaal)

- Update resultaten impactanalyse incl. resultaten patiëntverenigingen
- Vooruitblik proces

Belanghebbendenraad 6 (30 nov, digitaal)

- Overzicht risico's en aandachtspunten van evt. herinrichting per diagnose en aanbevelingen om deze te mitigeren
- Update aanpak opstellen rapport
- Vooruitblik afronding

In de impactanalyse brengen we o.b.v. onderstaande onderdelen de gevolgen van herinrichting en randvoorwaarden daarvoor in kaart

Per onderdeel: Wat gebeurt er als deze zorg niet meer in het umc geboden wordt? Of als het umc deze zorg juist erbij zou krijgen?

- Betrokken patiënten en naasten
 - Toegankelijkheid: reistijd*, financieel*¹, wachttijden, continuïteit zorgpad (inclusief verbinding met volwassenenzorg)
 - Kwaliteit: beschikbaarheid expertise, multidisciplinaire teams, co-morbiditeit, zorguitkomsten²
- Andere patiënten³
 - Kwaliteit (zie hierboven)



- Personele capaciteiten⁴: (expertise in) dagzorg en/of in ANW-zorg (op korte en langere termijn)
- Werkzekerheid
- Werkplezier: inhoud (gevarieerde patiëntpopulatie), samenwerking, reistijd



- Verwijslijnen*, samenwerking tussen umc en andere zorgaanbieders in netwerk
- (Landelijke) opleidings- en onderzoeksstructuur en -mogelijkheden
- Landelijke spreiding voorzieningen en werkgelegenheid



- Draagvlak onder patiënten, zorgverleners en ziekenhuizen, beschikbaarheid medisch leiders met mandaat en organiserend vermogen
- Financiële aspecten: structurele bekostiging en contractering, investerings- en overgangskosten
- Juridische aspecten, zoals hoofdbehandelaarschap
- (ICT-)systemen (interoperabiliteit EPD, data delen) en (kwaliteits)informatie

- Capaciteiten^{4,5}: PICU*, OK*, verpleegdagen*, dagverpleging*, andere specifieke faciliteiten
- Aanpalende zorg (en consequenties daarvan voor patiënten, zorgprofessionals, umc's, netwerk)
- Opleidingen, onderzoekslijnen, innovatie
- Financiën: omzetverschuiving*, kostenverschuiving*²
- Reputatie/positie ziekenhuis, aantrekkelijkheid als werkgever



Bijlage

Namens de opdrachtgever (UMCNL) en opdrachtnemer (APO) zijn de volgende personen betrokken

Opdrachtgever

Portefeuillehouders UMCNL-bestuur

Hans van Goudoever	Amsterdam UMC
--------------------	---------------

Bertine Lahuis	Radboudumc
----------------	------------

UMCNL-bureau

Heleen Tijink	UMCNL
---------------	-------

Opdrachtnemer

APO

Kors van der Ent	Wilhelmina Kinderziekenhuis
------------------	-----------------------------

Edmond Rings	Sophia Kinderziekenhuis
--------------	-------------------------

Eduard Verhagen	Beatrix Kinderziekenhuis
-----------------	--------------------------

Gertjan Driessen	MosaKids Kinderziekenhuis
------------------	---------------------------

Jan Peter Rake	Amalia Kinderziekenhuis
----------------	-------------------------

Lissy de Ridder	Willem-Alexander Kinderziekenhuis
-----------------	-----------------------------------

Willem de Vries	Emma Kinderziekenhuis
-----------------	-----------------------

SiRM ondersteunt het APO, zie volgende pagina voor de betrokken personen

Vanuit adviesbureau SiRM werken deze partner, projectleider en projectmedewerkers aan de verkenning



Saskia van der Erf

Eindverantwoordelijk partner

saskia.vandererf@sirm.nl

06 31 95 94 86



Floor Joustra

Projectleider

floor.joustra@sirm.nl

06 21 69 31 77



Joëlle Groen

Projectmedewerker

joelle.groen@sirm.nl

06 15 42 76 88



Amaya Schilder

Projectmedewerker

amaya.schilder@sirm.nl

06 15 63 02 90

In de belanghebbendenraad nemen de volgende verenigingen deel als vertegenwoordigende vereniging, participierend lid of agendalid

Organisatie	Contactpersoon
Ned. Orthopedische Ver. (NOV)	Heleen Staal
Ned. Ver. v. Heelkunde (NVvH)	Lideke van der Steeg
Ned. Ver. v. Kinderchirurgie (NVKC) ¹	Marieke Witvliet
Ned. Ver. v. Kindergeneeskunde (NVK)	Gijs van Well
Ned. Ver. v. Kindergeneeskunde (NVK)	Nadia Oeij
Ned. Ver. v. Kinderneurologie (NVKN) ¹	Rinze Neuteboom
Ned. Ver. v. Neurochirurgie (NVvN)	Marlien Aalbers
Ned. Ver. v. Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Jeanette van Leeuwen
Ned. Ver. v. Revalidatieartsen (VRA)	Mattijs van Alsem
Ned. Ver. v. Urologie (NVU)	Luitzen Groen
Landelijke Ver. Medische Psychologen (LVMP)	Nienke Maas
Ned. Ver. v. Ziekenhuisapothekers (NVZA)	Hein van Onzenoort
Stichting Kind & Zorg (SKZ)	Hester Rippen

Organisatie	Contactpersoon
Kinderverpleegkunde Nederland (KVNl)	Alice Kock
Ned. Oogheelkundig Gezelschap (NOG)	Carlien Bennebroek
Ned. Ver. v. Anesthesiologie (NVA)	Geeske Ernst
Ned. Ver. v. Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)	Marlies Valstar
Ned. Ver. v. Dermatologie en Venerologie (NVDV)	Suzanne Pasmans
Ned. Ver. v. Intensive Care (NVIC)	Bart Ramakers
Ned. Ver. v. Keel-Neus-Oorheelkunde (NVKNO)	Carlijn Hoekstra
Ned. Ver. v. Klinische Farmacologie (NVKFB)	Saskia de Wildt
Ned. Ver. v. Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie (NVMKA)	Marloes Nienhuys
Ned. Ver. v. Plastische Chirurgie (NVPC)	Corstiaan Breugem
Ned. Ver. v. Psychiatrie (NVvP)	Manouche van Alst
Ned. Ver. v. Radiologie (NVvR)	Willemijn Klein
Ned. Ver. v. Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)	Meys Cohen
Patiëntenfederatie Nederland (PFN)	Lucie Peijnenburg
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland IC (V&VN IC)	Anniek Dik
Ver. Klinische Genetica Nederland (VKGN)	Petra Zwijnenburg

De volgende overige betrokken partijen zijn geïnterviewd in de eerste fase van het project

Organisatie	Afkorting
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ¹	VWS
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	IGJ
Nederlandse Zorgautoriteit	NZa
Zorginstituut Nederland	ZIN
Zorgverzekeraars Nederland	ZN
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen	NVZ