

ineen

Podcast: online loket
voor ontregelen van
huisartsenzorg in
Zuid-Utrecht

ZORG & INNOVATIE

INSTITUUT VOOR PUBLIEKE WAARDEN:
'MINDER ZORG, MEER BESTAANSZEKERHEID'

CONTINUÏTEIT VAN ZORG

'INZET VS EN PA OP SPOEDPOST
KAN DRUK FLINK VERLICHTEN'

MIRIAM STOKS NAMENS APOTHEKERS AAN DE LANDELIJKE OVERLEGTAfel:

'Laten we niet domein-denken'

Meer zorgkracht in de huisartsenzorg met e-health van Evie

▶ Eén domeinoverstijgend GGZ-platform per regio

▶ Wachtijd = hersteltijd

▶ Betrouwbare modules, preventief & blended

▶ Consultatie, e-health & triage op maat

Ervaar de voordelen zelf

Interesse in hoe e-health van Evie jouw organisatie kan versterken? Neem contact met ons op via **088 201 3851**, info@evie.nl of evie.nl/demo-aanvragen.

Scan de QR-code
en vraag een
demo aan:



evie.nl/demo-aanvragen

Oud en nieuw



De laatste weken voor Kerst zetten velen van ons een eindspurt in om zoveel mogelijk werk gedaan te krijgen en in het nieuwe jaar met een schone lei te kunnen beginnen. Kort na de verkiezingen was dat ook de ambitie van winnaar D66, maar inmiddels is duidelijk dat er voor de kerst geen

nieuw kabinet op het bordes van Paleis Noordeinde staat. Hopelijk lukt dat wel in het begin van het nieuwe jaar en weten we snel wat de zorgambities zijn van de nieuwe coalitie. Een breed scala aan partijen in zorg en welzijn is het eens over de weg naar goede en toegankelijke zorg en ondersteuning en heeft dat bekrachtigd met de ondertekening van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), maar de komst van een nieuw regeerakkoord brengt onzekerheden met zich mee. Er wordt financiële ruimte gezocht voor investeringen in onder meer onderwijs en defensie en we weten dat de meeste politieke partijen die deels zoeken in bezuinigingen op de zorg. Welk effect heeft dat op de financiële middelen voor het AZWA, het versterken van de eerste lijn en het mogelijk maken van de gewenste 'beweging naar de voorkant'? Het goede nieuws is dat organisaties en professionals in zorg en welzijn ondertussen gewoon doorgaan in de praktijk. De

beweging naar de voorkant is in volle gang. Daarvan getuigt het verhaal over de doorbraakmethode van het Instituut voor Publieke Waarden (pag 22). Daarbij wordt een 'perspectiefplan' gemaakt waarin staat wat een gezin zelf kan doen, waar ondersteuning bij nodig is en waar een professional moet helpen. Uit onderzoek blijkt dat dit gezinnen vooruithelpt en het beroep op de zorg aanzienlijk vermindert. Ook de versterking van de eerste lijn krijgt vorm. Bijvoorbeeld in en rond Haarlem, waar de verbinding is gelegd tussen hechte wijkteams (bestaand uit huisarts, apotheker, wijkverpleegkundige en een professional uit het sociaal wijkteam) en 'De buurt als ecosysteem'. Een landelijk initiatief dat inzet op preventie en zorgzame buurten, in verbinding met professionele zorg en ondersteuning in de wijk (zie pag. 10). Regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden (RESV's) gaan de samenwerking in wijken faciliteren. In het artikel op pagina 6 deelt apotheker en bestuurder Miriam Stoks haar visie op de ontwikkeling van RESV's.

Inspirerende ontwikkelingen, voor bestuurders, beleidsmakers en professionals in de wijk, in de regio, landelijk en aan de formatietafel. Veel leesplezier!

Anoeska Mosterdijk, directeur InEen



Op weg naar 2030
Apotheker Miriam Stoks over gelijkwaardig samenwerken in de eerste lijn en de kracht van RESV's.

06



22

Zorg & innovatie
Het Instituut voor Publieke Waarden brengt met zijn 'hyperbureaucratische' doorbraakmethode overzicht in vastgelopen gezinssituaties.

Inhoud

THEMA'S	Zorg & innovatie	
	Digitale zorgapps als vast onderdeel in huisartsenzorg	20
	Instituut voor Publieke Waarden realiseert doorbraken in een vastgelopen systeem	22
	Organisatie & veranderkracht	
	Meer samenwerken vraagt om andere contractering	12
	Aacademische werkplaatsen brengen onderzoek, opleiding en praktijk dichterbij de huisarts	30
	Samenwerking in wijk en regio	
	De Buurt als ecosysteem:	
	de gemeenschap ontlast de zorg	10
	Verkennde gesprekken:	
RUBRIEKEN	'Een mooie driehoeksverhouding'	24
	Continuïteit van zorg	
	Inzet VS en PA op spoedpost kan druk flink verlichten	14
	Zeeland werft met succes nieuwe huisartsen	27
	Nieuws en agenda	4
	Op weg naar 2030	
	De rol van apothekers aan de landelijke overlegtafel	6
	Zorg van binnenuit	
	Stroomz en Thuisarts verlagen samen druk op de zorg	17
	Geluid uit de zorg	
	Minder regeldruk met online loket RegelWijzer: Jij aan zet!	18

COLOFON

4^e jaargang, nummer 4, december 2025

InEen Magazine is een uitgave van InEen, branchevereniging van organisaties voor eerstelijnszorg. Het magazine verschijnt vier keer per jaar in een oplage van 1.500 exemplaren en wordt verstuurd naar de leden van InEen.



Uitgever

Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht

☎ (085) 130 25 00

🌐 www.ineen.nl

✉ info@ineen.nl

🌐 [linkedin.com/company/ineen/](https://www.linkedin.com/company/ineen/)

Bladmanagement

Dock35 Media B.V. in samenwerking met:
Margriet van Lingen, Libby Spreeuw (InEen)

Contentmanagement

Lisette Biesenbeek, Dock35 Media B.V.

Redactie

Anoeska Mosterdijk, Auke de Jong,
Gerben Stolk, Martin Zuithof,
Lisette Biesenbeek, nouk Oosthout,
Berber Bijma

Redactieraad

Jacco Rempe (HONK), Robert Waterreus
(Samergo), Janet Wolffenbuttel (Humo voor
huisartsen), Jan Schaart (Medrie)

Eindredactie

Lisette Biesenbeek, Margriet van Lingen

Fotografie

Ivo Hutten, Mirella Boot, Christina Chouchena

Strip

Herman Roozen

Concept en realisatie

Dock35 Media B.V., Doetinchem

Vormgeving

Dock35 Media B.V.

Druk

Senefelder Misset Doetinchem

Advertentieverkoop

Dock35 Media B.V., Doetinchem

KlaasJan Rosenberg, klaasjan@dock35media.nl

Reageren of vragen?

Mail naar communicatie@ineen.nl

Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd zonder voorafgaande toestemming van de uitgever en/of de redactie. De redactie van InEen Magazine kan niet aansprakelijk worden gesteld voor eventuele druk- of zetfouten.



De huisartsenzorg van de toekomst is hybride

Digitale en hybride zorg is een essentieel onderdeel van de huisartsenzorg van vandaag én morgen. InEen, LHV en NHG pleiten gezamenlijk voor het gedegen inzetten van digitale en hybride zorg, met oog voor kwaliteit, toegankelijkheid en werkplezier. De uitgangspunten daarvoor lees je in het document De huisartsenzorg van de toekomst is hybride. Digitale toepassingen bieden kansen, maar digitale zorg is meer dan techniek, benadrukken de koepels. Het vraagt om vernieuwing van het zorgproces, samenwerking en aandacht voor de vaardigheden van zowel zorgverleners als patiënten. Om huisartsen, huisartsenorganisaties en patiënten te ondersteunen is een werkagenda opgesteld. Acties daarin zijn onder meer het stimuleren van bewezen digitale zorghulpmiddelen en onderzoek, het bevorderen van zelfmanagement en ondersteuning van het zorgproces met digitale triage- en consultvoorbereiding. De uitgangspunten voor digitale en hybride huisartsenzorg sluiten aan bij de Visie huisartsenzorg 2035 van InEen, LHV en NHG.

Download het document De toekomst van de huisartsenzorg is hybride:



Voorbeelden van gegevensuitwisseling rond kwetsbare ouderen thuis

De zorg voor kwetsbare ouderen vindt steeds meer thuis plaats en minder in instellingen. Dat vraagt om andere zorg én om samenwerking tussen zorgverleners in netwerken rond de ouderen. Voor het bieden van passende en continue zorg is het delen van gegevens essentieel. In de praktijk is dat vaak een uitdaging. In het gezamenlijke webdossier Gegevensuitwisseling kwetsbare ouderen thuis delen InEen, ActiZ, Zorgthuis.nl en KNMP informatie over en voorbeelden van mogelijkheden die er wél zijn, juridisch, technisch en organisatorisch. Recent zijn acht nieuwe voorbeelden toegevoegd. Heb je zelf een goed voorbeeld of informatie die je wilt delen, mail dan naar projectleider Steven Stolp, s.stolp@ineen.nl.

Ga naar het webdossier Gegevensuitwisseling kwetsbare ouderen thuis:



Nieuwe InEen Masterclass voor wijkcoördinatoren



Wijkcoördinatoren hebben een sleutelrol in de hechte wijsamenwerking zoals beschreven in de Visie eerstelijnszorg 2030. De nieuwe InEen Masterclass Hechte Wijsamenwerking biedt wijkcoördinatoren praktische

handvatten, kennis en persoonlijke begeleiding om goed invulling te geven aan hun rol. Zowel verbindende, coördinerende, strategische als uitvoerende kanten van de functie komen aan bod. In de vier bijeenkomsten (11 maart, 8 april, 3 juni en 24 juni 2026) op Landgoed de Horst in Driebergen staat steeds een ander thema centraal: rollen en verantwoordelijkheden, sociaal domein en betrekken van inwoners, verbinding, implementeren. Deelnemers moeten werkzaam zijn als wijkcoördinator, beschikken over minimaal hbo-niveau en affiniteit hebben met zowel de huisartsenzorg als het sociaal domein. De masterclass is ontwikkeld voor InEen-leden, maar staat ook open voor medewerkers van andere organisaties in de eerste lijn en het sociaal domein. Kosten bedragen 1800 euro incl. btw. Er is plek voor maximaal 25 deelnemers.

Lees meer en meld je aan:



Bekijk het digitale InEen Magazine:



AGENDA

12 januari – InEen

Training Zorgcontractering in tijden van transitie

⇒ Exclusief voor InEen-leden

Deze 1-daagse training is speciaal ontwikkeld voor directeurs en bestuurders van regionale huisartsenorganisaties, gezondheidscentra en huisartsenspoedposten. Deelnemers krijgen concrete strategieën aangereikt, van slim omgevingsmanagement en framing tot target-setting en concessiebeleid.

15 januari – InEen

Benchmark HAP: samen leren en verbeteren

⇒ Exclusief voor InEen-leden

Hoe kunnen huisartsenspoedposten van elkaar leren en hoe kan benchmarkinformatie worden ingezet voor kwaliteitsverbetering? Tijdens deze online bijeenkomst gaan deelnemers hierover met elkaar in gesprek.

9 februari – InEen

Vragenuur Visie eerstelijnszorg 2030

⇒ Exclusief voor InEen-leden

Ter ondersteuning van de implementatie van de 'Visie eerstelijnszorg 2030' organiseert InEen regelmatig een online vragenuur voor leden.

15 en 16 april – InEen

InEen Tweedaagse

⇒ Exclusief voor InEen-leden

Het vormgeven van de digitale transformatie in de eerstelijns- en huisartsenzorg vraagt om leiderschap. Tijdens de Tweedaagse krijgen bestuurders, managers en medewerkers van InEen-leden handvatten en tools om van regionale visie naar uitvoering te komen, geïnspireerd door praktijkvoorbeelden.

Meer bijeenkomsten, informatie en aanmelden:



Ineke - telt mee

Herman Roozen





*'Het mooie aan de Visie
eerstelijnszorg 2030 is het uitgangs-
punt van gelijkwaardigheid tussen de
verschillende beroepsgroepen'*

De rol van
apothekers aan
de landelijke
overlegtafel

De gunfactor in wijk en regio

Elkaar vertrouwen, gelijkwaardig samenwerken en anderen de ruimte gunnen om te doen waar ze goed in zijn. Dat is volgens Miriam Stoks de weg om doelen te bereiken uit de Visie eerstelijnszorg 2030. Aan de landelijke overlegtafel neemt zij deel namens de apothekers. "Uiteindelijk zijn we er allemaal voor de patiënt, dus laten we niet domein-denken."

Ze noemt het een voorrecht dat apothekers behoren tot de vier kernspelers binnen hechte wijkverbanden en de regionale eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden (RESV's). Tegelijkertijd is die rol volgens haar terecht, gezien de ambities uit de Visie eerstelijnszorg 2030. "Een groot deel van de bevolking komt in een apotheek", legt Miriam Stoks uit. "Dat is een voordeel bij het streven naar zorg dicht bij de burger en het streven naar wijk samenwerking. Het is fijn dat apothekers nu de kans krijgen om mede vorm te geven aan een betere samenwerking."

Stoks, zelf apotheker in Nijmegen, dient haar beroepsgroep als bestuurder op twee niveaus: landelijk en regionaal. Ze is actief voor de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Landelijke Eerstelijns Farmacie (LEF, de vereniging van regionale apothekersorganisaties) en apothekerscoöperatie Nijmegen en omgeving (A-Nimo). Namens laatstgenoemd orgaan is ze betrokken

bij WijkGezond, een samenwerkingsverband van eerstelijnszorg- en welzijnsorganisaties in de regio Nijmegen.

Veel moois

"Als apothekers geloven we heilig in een sterke eerste lijn in de wijk en regio", zegt Stoks. "Daarmee bedoelen we: een sterke multidisciplinaire eerste lijn, want alleen gezamenlijk kunnen we proberen de enorme zorgvraag op te vangen die op ons afkomt. Het mooie aan de Visie eerstelijnszorg 2030 is het uitgangspunt van gelijkwaardigheid tussen de verschillende

SERIE 'OP WEG NAAR 2030'

Landelijk en regionaal werken InEen en InEen-leden met de andere betrokken partijen aan de implementatie van de Visie eerstelijnszorg 2030. In deze serie artikelen belichten we verschillende aspecten daarvan.



'Apothekers doen méér dan de juiste geneesmiddelen aan de juiste patiënt geven'

beroepsgroepen in die eerste lijn, met als kernspelers: huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers en welzijns-/sociaal-domein-professionals. Voorheen werd multidisciplinaire samenwerking vaak georganiseerd vanuit de huisartsen, die hiervoor O&I-gelden kregen. Deze middelen kwamen niet automatisch terecht bij andere beroepsgroepen, waardoor échte samenwerking soms achterbleef. Dankzij de Visie eerstelijnszorg 2030 leren we elkaar nu beter kennen en ontstaat veel moois.

Een voorbeeld? Het afbouwen van opiaatgebruik in Nijmegen, dankzij samenwerking tussen huisartsen en apothekers. Ook vinden de vier kernspelers én fysiotherapeuten elkaar onder meer in valpreventie en multidisciplinaire overleggen over kwetsbare ouderen."

Uitdagingen apothekers

Welke uitdagingen zijn er specifiek voor apothekers bij de realisatie van de Visie eerstelijnszorg 2030? Stoks: "Ten eerste moeten apothekers zich nog beter organiseren op regionaal niveau, zoals de huisartsen al hebben gedaan in regionale huisartsenorganisaties. In de afgelopen twee jaar zijn overigens al op veel plekken stappen gezet

in de professionalisering, meestal nog bemenst door apothekers zelf met weinig ondersteuning. Dat is de tweede uitdaging. Nu zijn in een wijksamenwerkingsverband huisartsen, wijkverpleging en sociaal domein doorgaans vertegenwoordigd door een bestuurder. En zit er namens onze beroepsgroep een apotheker die het bestuurlijk werk doet naast zijn eigenlijke beroep. Het is makkelijk om je voor te stellen dat dat soms wringt. Gelukkig ontstaat verbetering op sommige vlakken. Dankzij monodisciplinaire vouchers van ZonMw kunnen de kosten worden gedekt van bijvoorbeeld de apotheker of een medewerker en kan de governance van de regionale apothekersorganisatie in orde worden gemaakt."

De derde uitdaging is dat apothekers aan de andere kernspelers beter weten te vertellen wat zij kunnen betekenen. Stoks: "Apothekers doen méér dan de juiste geneesmiddelen aan de juiste patiënt geven. We begeleiden mensen bij het gebruik, weten bijvoorbeeld dat oudere mensen vanwege minder goed functionerende nieren misschien gebaat zijn bij een andere medicatiedosis. Of constateren dat in een brede

mix van door medisch specialisten en huisarts voorgeschreven middelen er twee met elkaar conflicteren. Apothekers kunnen patiënten ook adviseren over leefstijl en zelfzorg, en zo bijdragen aan de beweging naar preventie en gezondheid.”

Spannender

Dit thema komt ook aan bod tijdens regionale bijeenkomsten van de KNMP en LEF voor bestuurders van regionale apothekersorganisaties. Stoks: “Wij gaan het land in om bestuurders uitleg en tips te geven over het fenomeen RESV. Soms vertellen bestuurders dat ze wat weerstand voelen bij huisartsenorganisaties. Dan doen wij suggesties om deze kloof te overbruggen vanuit de beroepsinhoud en zo de huisartsen mee te krijgen. Overigens kan ik me tot zekere hoogte verplaatsen in de huisartsen in de regio: zij hebben al een hele organisatie stáán. Dat kan RESV-vorming voor hen spannender maken.”

Het brengt Stoks op een boodschap voor álle partijen die betrokken zijn bij een RESV. “Ik heb weleens het idee dat bestuurders nog te veel voor het belang van hun eigen beroepsgroep staan. Dat is geen verwijt aan de anderen, want het geldt ook voor de apothekers. Ik hoop dat we een modus vinden om optimaal samen te werken: vanuit vertrouwen en gelijkwaardigheid en door de kracht van elkaars vakgebied te erkennen. Gun anderen de ruimte om te doen waarin ze goed zijn. Zo versterken we elkaar en bereiken we het beste voor degene voor wie we het uiteindelijk allemaal doen: de patiënt. Accepteer dat je elkaar nodig hebt. Zoals gezegd: er ontstaat al veel moois. In mijn eigen apotheek komt dan bijvoorbeeld iemand binnen die zich met een vraag over medicatie had gemeld bij een huisarts en daarna is verwezen naar ons.”

Stoks doet ook positieve ervaringen op als bestuurder van de regionale apothekersorganisatie A-Nimo. “Ik heb gemerkt: als beroepsgroepen elkaar leren kennen en met elkaar praten vanuit de inhoud, dus vanuit patiëntenzorg, dan vind je elkaar altijd. Het zou goed zijn om dat voor ogen te houden op beleidsniveau, bij de wijksamenwerking en bij de RESV-vorming. Natuurlijk, het is belangrijk dat zo’n entiteit er komt, maar het gaat uiteindelijk altijd om de zorginhoud.”

‘Ik heb weleens het idee dat bestuurders nog te veel voor hun eigen beroepsgroep staan’

Wijkcoördinatoren

Hoe staat het ervoor met het RESV waarvan A-Nimo deel uitmaakt? “WijkGezond is onder meer verantwoordelijk voor de ondersteuning van hechte wijkverbanden. Bij ons zijn wijken geselecteerd waarvan we denken dat er draagvlak is bij huisartsen, apothekers, de wijkverpleging en ook fysiotherapeuten. Wijkcoördinatoren gaan de wijksamenwerking vormgeven. Het is uitdagender om het sociaal domein erbij te betrekken en nog uitdagender om ook de gemeente erbij te betrekken. Niet gek, want er is geen natuurlijke band tussen de eerste en nulde lijn. Toch zien we nu dat het sociaal domein aansluit bij ons RESV. Vervolgens is het zaak de juiste personen binnen de gemeente te vinden: de medewerkers met soortgelijke taken als onze wijkcoördinatoren. Mensen die de wijk óók goed kennen. Als je die twee soorten wijkcoördinatoren met elkaar kunt verbinden, gaan ze veel van elkaar leren en levert dat meerwaarde op voor de wijk.”

Een andere ambitie is dat de RESV's in Nijmegen en omstreken méér omvatten dan de vier kernspelers. Stoks: “We willen dat ook andere beroepsgroepen meedoen en gemandateerd zijn vanuit hun achterban. Denk aan specialisten ouderengeneeskunde, diëtisten en andere paramedici. En we werken aan bewonersparticipatie, want we geloven in de gedachte van bottom-up.”



De Buurt als ecosysteem: de gemeenschap ontlast de zorg

Een vrijwilliger wandelt regelmatig met een oudere en verkleint zo het risico dat de senior vereenzaamt en gezondheidsklachten krijgt die daaruit kunnen voortvloeien. Dit voorbeeld symboliseert een breed gedragen opvatting in Midden- en Zuid-Kennemerland: verschuiving van het medisch naar sociaal domein vereist een krachtige lokale gemeenschap. Eerstelijnszorgverleners kunnen dan ook gebaat zijn bij het initiatief 'De Buurt als ecosysteem' in Haarlem. "Een sterk buurtnetwerk draagt eraan bij dat de zorg wordt ontlast en overeind blijft in een tijd van vergrijzing."

Noem het een drie-trapsraket. Het eerste streven is dat de inwoner zoveel mogelijk zelf regie houdt. Is dat niet meer mogelijk, dan zijn het bijvoorbeeld familieleden, burens, kerkleden of vrijwilligers van de plaatselijke bibliotheek of sportvereniging die de inwoner bijstaan en zo een zorg- of ondersteuningsvraag voorkomen. En in de derde fase, wanneer professionele ondersteuning of zorg nodig is, werken huisarts, wijkverpleegkundige, apotheker en sociaal werk nauw samen in een kernteam in de wijk. Dit is het ideale plaatje dat op initiatief van regionale huisartsenorganisatie HZK voor Midden- en Zuid-Kennemerland is opgesteld in samenwerking met vertegenwoordigers van de apothekerscoöperatie, thuiszorgorganisaties, gemeenten en welzijnsorganisaties. Binnen dit kader trekken professionals in zorg en welzijn gezamenlijk op in een 'kernteam in de wijk' en in het programma De Buurt als ecosysteem.

Kracht lokale gemeenschap

Het kernteam in de wijk is de invulling van de 'hechte wijkverbanden' die centraal staan in de Visie eersteelijnszorg 2030, een belangrijk onderdeel van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Nicole de Reuver, projectmanager Kernteam in de wijk bij HZK legt uit: "Een kernteam in de wijk heeft vier vaste gezichten: een huisarts, apotheker, wijkverpleegkundige en iemand uit het sociaal wijkteam. Die vastigheid bevordert de samenwerking rondom kwetsbare inwoners. De kernteams zijn onderdeel van het regionale programma Samen Vooruit Kennemerland. Daarbinnen trekken zorg en welzijn samen op om de ondersteuning rond inwoners beter te organiseren en ook de regie meer terug te leggen bij inwoners. En om vaker gebruik te maken van de kracht van de lokale gemeenschap. Op dit punt hebben wij in 2024 De Buurt als ecosysteem ontmoet."



Community

De Buurt als ecosysteem is ook een uitvloeisel van het IZA, maar hier is de aanzet gegeven door een VVT-organisatie: Zorgbalans. Die is regionaal aanjager en aanspreekpunt en werkt samen met de Gemeente Haarlem, Buurts (welzijn), Buurtzorg (thuiszorg), VWC-Buuv (vrijwilligerswerk en burenhulp), HZK en Spaarne Gasthuis (ziekenhuis).

Suzan van Ingen is bij Zorgbalans programma-manager Buurt als Ecosysteem in de regio. Zij zegt: "De Buurt als ecosysteem is een landelijk initiatief van zestien wijkzorgorganisaties op initiatief van Buurtzorg. Het uitgangspunt is de *community* in een wijk. Welke verenigingen, ondernemers, kerk-gemeenschappen en andere maatschappelijke organisaties zijn er? En wat willen individuele buurtbewoners doen voor een ander?"

Ze vervolgt: "Een van de vijf programmalijnen (zie kader 'Lijnen en uitgangspunten', red.) is integrale eerstelijnszorg, onder meer bedoeld om de huisarts te ontlasten. Dikwijls kunnen buurtbewoners elkaar helpen en zo een zorgvraag voorkomen. Vorig jaar zagen we dat de verhalen achter het kernteam in de wijk en De Buurt als ecosysteem deels hetzelfde waren. Sindsdien trekken we met elkaar op." De Reuver: "Deze twee initiatieven kunnen elkaar versterken. Waar het kernteam vooral kijkt naar samenwerking tussen professionals, richt De Buurt als Ecosysteem zich op de kracht van bewoners en netwerken in de wijk."

Haarlem

Haarlem is de eerste gemeente in Midden- en Zuid-Kennemerland waar De Buurt als ecosysteem is opgezet. Dat gebeurde in 2024, in een deel waar 5000 mensen wonen. Van Ingen: "Wekelijks hebben we bijvoorbeeld Uurtje van het Buurtje: inwoners ontmoeten elkaar in een café, in aanwezigheid van een wijkverpleegkundige van Buurtzorg of Zorgbalans en een sociaal makelaar van Buurts. Onlangs boden vaste kroegbezoekers spontaan aan wandelingen te maken met een van de senioren, die had verteld vaak eenzaam te zijn."

'De zorgvraag daalt door de inzet van de community'

'Aan de koffietafel in de supermarkt komen inwoners met een hulpvraag samen met inwoners die vrijwilliger willen zijn'

En aan de koffietafel in de supermarkt komen inwoners met een hulpvraag samen met inwoners die vrijwilliger willen zijn."

Grote animo

De animo in de buurt is groot, mede dankzij het enthousiasmerende uitvoerende team van de sociaal makelaar en twee wijkverpleegkundigen. Van Ingen: "Deelname door andere professionals buiten het projectteam vergt soms wat meer tijd. Begrijpelijk, gezien hun hoge werkdruk, maar juist zij merken gaandeweg dat de samenwerking in de wijk hen ontlast. De zorgvraag daalt door de inzet van de community. En dankzij de onderlinge bekendheid van professionals binnen een kernteam zijn zorgverleners minder tijd kwijt aan geregeld." De Reuver: "Wat in Haarlem begint, vormt de opmaat voor andere wijken in Kennemerland: De Buurt als Ecosysteem en de kernteams in de wijk bouwen samen aan gezonde buurten. En huisartsen merken dat die samenwerking niet alleen hun patiënten, maar ook henzelf helpt."

Lijnen en uitgangspunten

De Buurt als ecosysteem is een initiatief van Jos de Blok, bekend van Buurtzorg. De uitgangspunten:

- dichtbij en persoonlijk;
- vertrouwt professionals en buurtbewoners;
- handelt preventief in plaats van reactief;
- versterkt de lokale gemeenschap;
- zet technologie slim en menselijk in;
- is betaalbaar en houdbaar.

De vijf lijnen:

- preventie als mindset;
- integrale eerstelijnszorg;
- behandeling dichtbij;
- een zorgzame buurt;
- een lerende buurt.

Bekijk de toelichting van Jos de Blok op video:



Meer samenwerken vraagt om andere contractering

Met de toenemende samenwerking in de zorg wordt ook de contractering anders. In plaats van een financiële onderhandeling wordt contracteren steeds meer een strategisch proces. "Contracteren is een kans om vanuit vertrouwen samen de zorg van morgen vorm te geven."

Voor zoveel verrichtingen krijg je zoveel euro en met daarbij soms een zorgplafond. Dat is jarenlang de kern geweest van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgorganisaties. In de zorgakkoorden IZA en AZWA is afgesproken dat problemen in de zorg meer domeinoverstijgend worden aangepakt en gezondheid centraal komt te staan. "Daarmee wordt ook het contracteerproces ingewikkelder dan het al was", zegt Marieke Pronk, directeur van Health Contracting. "Nu hebben alle zorgaanbieders eigen afspraken. Als we problemen als wachtlijsten, overvolle huisartsenpraktijken en personeelstekorten gezamenlijk willen aanpakken, zijn er inhoudelijke én financiële afspraken nodig om die samenhang te organiseren." In de praktijk gebeurt dat nog mondjesmaat. "We staan aan het begin van die transitie. Het is al complex om met één aanbieder inhoudelijke transformatieafspraken te maken, laat staan in een regionaal netwerk."

Effect van afspraken

Mirjam Broekhuizen is directeur-bestuurder van Medicamus, de regionale huisartsenorganisatie voor Noordwest-Veluwe en Zeewolde. Zij herkent de ingezette transitie. "Contractering was voorheen vooral een administratief proces, waarbij je probeerde het best mogelijke tarief voor je achterban te krijgen. Inmiddels stemmen we met onze ketenpartners af wat het effect van onze afspraken is voor hen. Afspraken over bijvoorbeeld GGZ in de eerste lijn raken zowel de huisartsenzorg als de GGZ-instellingen. Daarbij liggen nu ook andere vragen op tafel tijdens het contracteringsproces. Bijvoorbeeld: kunnen we de afgesproken zorg leveren met de mensen die er zijn?" Broekhuizen hoopt dat er landelijke afspraken komen om de regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden (RESV's) goed te faciliteren, "op een manier die contracteringsprocessen niet nog ingewikkelder maakt dan ze al zijn."

Vertrouwen

Hoe ga je om met contractering in een zorgwereld die steeds complexer wordt en waarin samenwerking steeds belangrijker is? Voor Broekhuizen zit dat vooral in transparantie, vertrouwen en het delen van data. "In onze regio bestaat al een jaar of tien Gezond Veluwe, waarin onder meer huisartsen, ziekenhuizen, GGZ, apothekers en sociaal domein samenwerken aan gezamenlijke thema's. De verzekeraar is hier ook bij betrokken. In onze regio is Zilveren Kruis de preferente verzekeraar. Als regio-organisatie leggen wij de analyse van



‘We moeten af van de situatie waarin we allebei het grootste stuk taart proberen te krijgen’

onze data naast die van hen, zodat we samen een completer beeld krijgen van de regio. Dat helpt om te redeneren vanuit de regionale situatie in plaats van vanuit alleen het financiële kader van de verzekeraar.”

“We moeten af van de situatie waarin we allebei het grootste stuk taart proberen te krijgen. In plaats daarvan moeten we kijken hoe we zorg en welzijn samen slimmer kunnen organiseren, zodat de taart groter wordt”, zegt Marieke Pronk. “Contracteren is een kans om vanuit vertrouwen samen de zorg van morgen vorm te geven.” Belangrijk is om inhoudelijke gesprekken niet tijdens de onderhandelingsfase te voeren. Pronk: “Richting zoeken doe je niet in de stress van de onderhandelingen. Je moet juist de rest van het jaar gebruiken om te werken aan vertrouwen, elkaars ambitie en belangen te leren kennen en scherp te krijgen wat er in de regio nodig is.” Broekhuizen herkent dat. “Wij voeren veel inhoudelijke gesprekken tussen juni en september. Maar als je wat met gemeenten wilt, ben je dan al te laat. Zij nemen veel financiële besluiten in juni. Het is dus belangrijk om elkaars beleidscyclus te kennen, zodat je op het juiste moment met de ander in gesprek kunt gaan.”

Contractering als basis

Oog hebben voor wat er speelt bij gesprekspartners en thuisraken in hun beleidscyclus is iets wat Broekhuizen heeft meegenomen uit de 8-daagse Masterclass Health Contracting voor in- en verko-

pers van zorg, die ze afgelopen voorjaar volgde. “Elkaars processen kennen draagt bij aan begrip en voorkomt irritatie. Daardoor wordt samenwerken daadwerkelijk leuker. In mijn geval deed onze eigen inkoper van Zilveren Kruis ook mee aan de Masterclass. We vroegen ons vooraf af of dat handig was, maar het bleek een meerwaarde te zijn. We refereren er nog regelmatig aan. Ik begrijp nu de speelruimte en reflexen en herken de aanpak van het proces. Dat maakt het gesprek constructiever.”

Voor bestuurders van InEen vindt in januari een 1-daagse training plaats (zie kader). Pronk: “De druk op de eerstelijnszorg is enorm en contractering speelt daarin een steeds grotere rol. De transitie waar we voor staan valt of staat met goede afspraken. Wie begrijpt hoe je via goede contractering samenwerking en transformatie kunt versnellen, kan echt het verschil maken in de regio.”

Training Zorgcontractering

Hoe richt je in tijden van transitie een contracteerproces goed in? Hoe zorg je voor draagvlak en goede samenwerking? Deze en andere vragen staan centraal tijdens de 1-daagse training Zorgcontractering voor InEen-bestuurders, verzorgd door Health Contracting. De training biedt ondersteuning, van tactisch inkopen tot strategisch samenwerken, met concrete tools en praktijkvoorbeelden en vindt plaats op 12 januari 2026. Kijk voor meer informatie en inschrijven op het InEen-ledenplatform:



‘Inzet VS en PA op spoedpost kan druk flink verlichten’

Op steeds meer huisartsenspoedposten worden verpleegkundig specialisten en physician assistants ingezet tijdens de spreekuren. De Limburgse regio-organisatie Cohesie is hierin een voorloper en heeft nog verdergaande toekomstplannen. Op het gebied van financiering van het opleiden van VS en PA is nog wel een flinke hobbel te nemen.

Lenneke Kuijpers is verpleegkundig specialist (VS) en praktijkhouder in de Noord-Limburgse dorpen America en Sevenum. Daarnaast werkt ze, via regionale huisartsenorganisatie Cohesie, regelmatig op de huisartsenspoedpost van Noord-Limburg. “In de dagzorg kun je een band opbouwen met patiënten en kun je je verpleegkundige kant kwijt. De spoedpost geeft meer complexiteit. Daarom vind ik de afwisseling interessant.”

De functie van VS is relatief nieuw in de huisartsenzorg, net als die van physician assistant (PA). De VS en PA diagnosticeren en behandelen zelfstandig patiënten op een eigen spreekuur. De VS is daarnaast vaak ook regiebehandelaar voor een bepaalde groep patiënten, bijvoorbeeld ouderen. In Noord-Limburg besloot Cohesie zelf VS'en en PA's op te leiden, vertelt manager acute zorg Carla van Velden. “Wij noemen deze groep gezamenlijk zorgmasters. Aanleiding was de verhuizing

van een zelfstandige huisartsenspoedpost naar een plek bij de spoedeisende hulp in Venlo. Toen is besloten dat ook de zelfverwijzers – zeg maar de binnenlopers – van de spoedeisende hulp op de huisartsenspoedpost gezien zouden worden. Dat betekende natuurlijk extra druk op de spoedpost. Het idee kwam op om daarvoor een nieuwe professional op te leiden. Dat zijn de verpleegkundig specialisten en later ook physician assistants geworden. Ze hebben toegang tot de lijst met aangemelde patiënten en stellen daaruit zelf een spreekuur samen met patiënten die problematiek hebben waarvoor zij competent zijn.”

Minder ANW-druk

Voor een gemiddelde dienst op de huisartsenspoedpost wordt altijd gerekend met een maximale verhouding tussen huisarts en PA/VS, vertelt Van Velden. “In de avonden zijn dat vaak drie huisartsen en één VS of PA. In de weekenden overdag werken er zeven professionals op de spoedpost, waaronder maximaal twee VS'en of PA's.”

Naast de opvang van ‘binnenlopers’ is de inzet van de VS en PA op de post in Venlo inmiddels vooral bedoeld om de dienstendruk voor praktijkhouders te verlichten, vertelt Van Velden. “Door een pool van inmiddels zo'n elf zorgmasters en een aantal basisartsen, kunnen we de diensten beter en stabielier bemensen. In de huisartsenzorg als geheel in onze regio werken we inmiddels met veertig zorgmasters.”

Vertrouwen

Maud van Vlerken werkt als projectleider taakherschikking bij KOH, kwaliteitsorganisatie voor Nascholing en Taakherschikking in de huisartsenzorg. Zij houdt zich onder andere bezig met de inzet van de VS en PA in de huisartsenzorg,

‘De samenwerking berust op vertrouwen, dat moet groeien’



inclusief de spoedposten. Zij ziet Noord-Limburg als voorloper. "In verschillende andere regio's worden veel minder zorgmasters ingezet. Dat komt ook omdat de samenwerking berust op vertrouwen, dat moet groeien. Lenneke heeft inmiddels zoveel ervaring op de huisartsen-spoedpost, dat huisartsen die met haar samenwerken, weten: als zij iemand naar huis stuurt, kán dat. Want als ze zou twijfelen, dan had ze de arts er al lang bij geroepen."

Kuijpers: "Inderdaad, als ik twijfel, vraag ik een huisarts om mee te kijken. Andersom gebeurt trouwens ook, dat huisartsen mij vragen om vanuit een verpleegkundige blik mee te kijken. En als ik tijd over heb, laat een huisarts mij meekijken bij een complexere casus. Zo bouw je gaandeweg ervaring op."

Financieringsgat

In de praktijk doen de VS en PA op een spoedpost vrijwel hetzelfde werk, zegt Van Vlerken. "De achtergrond verschilt wel: een VS is een gespecialiseerde hbo-verpleegkundige, terwijl een PA vanuit verschillende beroepen kan instromen, bijvoorbeeld fysiotherapeut, verloskundige of diëtist." De opleiding van een VS duurt 2 jaar, die van een PA 2,5 jaar.

Een groot probleem van die opleidingen, die in beide gevallen bestaan uit een combinatie van werken en leren, is de financiering, zegt Van Velden. "Er zijn verschillende subsidies voor de opleiding, waaronder de stimuleringssubsidie via KOH, maar zelfs na aftrek van alle subsidies kost de opleiding van een VS of PA nog steeds veel geld. Voorheen konden wij de opleidings-



kosten onderbrengen in de begroting van de huisartsendienstenstructuur (HDS). Verzekeraars worden daar kritischer op, omdat de zorgmasters deels ook worden ingezet in de dagzorg. Een deel van de opleidingskosten zou daarom uit de dagzorg moeten komen, maar binnen de financiering van de dagzorg is er geen potje voor. Er is dus een structureel financieringsgat, waarvoor we in feite nu een andere oplossing moeten vinden.”

Van Vlerken: “De financiering is inderdaad een aandachtspunt, maar dat verschilt per organisatie of per regio.”

‘Als ik twijfel, vraag ik een huisarts om mee te kijken’

Toekomstplannen

Bij Cohesie hopen ze dat de kopzorgen over de financiering snel verleden tijd zijn, want er zijn toekomstplannen genoeg, zegt Van Velden. “We willen onze zorgmasters laten doorgroeien in het bieden van complexere zorg. We zijn bijvoorbeeld in overleg met de SEH van ziekenhuis VieCuri in Venlo om samen in de ANW-uren én overdag anderhalvelijnszorg te bieden voor acute problematiek. Daarin zullen zorgmasters een cruciale rol spelen. En dan praten we in Limburg in het kader van zorgcoördinatie ook nog over de mobiele inzet van de zorgmaster, als aanvulling op de huisartsensites en ambulanceritten.”

Kuijpers deed als proef al een keer mee met zo’n mobiele inzet. Zij heeft er wel oren naar. ‘Wat ik vooral fijn vind, is dat wij als zorgmasters in onze regio zelf mogen meepraten over waar onze kracht zit en hoe wij het beste uit de verf komen. Landelijk praten we niet meer over ‘taakherschikking’ als het over de inzet van zorgmasters gaat. Ook in onze regio nemen we inmiddels gewoon een vaste plek in binnen de huisartsenzorg.”

Stimuleringsubsidie voor de opleiding van VS en PA

Huisartsen of huisartsenorganisaties kunnen een stimuleringsubsidie aanvragen voor het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants. De opleiding begint in september 2026. De aanvraag kan ingediend worden bij KOH, het kenniscentrum voor geaccrediteerde nascholing en taakherschikking in de eerste lijn.

Aanmelden is mogelijk tot 15 januari 2026.

Meer informatie is te vinden op de website van KOH:





'Eindhoven pilotregio voor de rest van Nederland'

Stroomz en Thuisarts verlagen samen druk op zorg

Regio Eindhoven heeft de primeur in Nederland: de 31 huisartsenpraktijken van eerstelijnszorgorganisatie Stroomz en Thuisarts gaan samenwerken. Hun doel: de druk op de zorg verlagen door de zelfredzaamheid van inwoners te vergroten. Judith van Nieuwkerk, programmamanager digitalisering bij Stroomz, over de bijzondere samenwerking.

"Welke vormen van anticonceptie zijn er? Wat kan ik doen bij hooikoorts? Hoe voorkom ik een zonnesteek? Typische vragen die regelmatig bij onze huisartsenpraktijken binnenkomen. Tegelijk zijn het vragen die patiënten met online zelfonderzoek gemakkelijk kunnen beantwoorden. Hierdoor neemt het aantal consulten af en worden onze huisartsenpraktijken minder belast. Dat is hard nodig, want de zorg staat ook in onze regio onder druk. Er is een groot tekort aan huisartsen en dokters assistenten, terwijl de zorgvraag blijft stijgen. De bevolking in de regio vergrijsst sneller dan in de rest van Nederland. We krijgen er de komende vijftien jaar bovendien meer dan 50.000 nieuwe inwoners bij. Ook trekt de Brainportregio veel expats aan. Zij hebben vaak beperkte kennis van het Nederlandse zorgstelsel. Het gevolg van dit alles: onnodige zorgcontacten en hoge werkdruk bij huisartsen.

Thuisarts kan als betrouwbaar gezondheidsplatform niet alleen patiënten zelfredzamer maken, maar ook huisartsen ondersteunen in hun werk. Als een vrouw bijvoorbeeld zelf al heeft onderzocht welke vormen van anticonceptie er zijn, zal de huisarts haar tijdens het consult veel gerichtere informatie kunnen geven. De samenwerking bestaat uit drie onderdelen. Allereerst gaan wij de komende twee jaar de naamsbekendheid onder inwoners vergroten en het gebruik van Thuisarts promoten door onder andere intensieve socialmediacampagnes en het versturen van nieuwsbrieven. Deze zijn bijvoorbeeld gericht op specifieke doelgroepen zoals 55-plussers, omdat zij Thuisarts vaak niet kennen. Ten tweede trainen we de medewerkers van de huisartsenpraktijken in het gebruik van Thuisarts tijdens consulten. Het huisartseninformatiesysteem krijgt ook een directe zoekfunctie in Thuisarts.

De huisarts kan daardoor in het HIS zoeken naar relevante informatie op Thuisarts en die via een e-consult direct naar de patiënt sturen.

Tot slot zoeken wij de samenwerking op met de huisartsenspoedpost, werkgevers en andere zorg- en welzijnsorganisaties om de bekendheid van Thuisarts te vergroten.

De Universiteit Maastricht onderzoekt wat de effecten zijn van onze inspanningen. Wanneer is het project een succes? Als het aantal onnodige zorgcontacten en het aantal contacten per patiënt afnemen. Het project moet bovendien een blauwdruk opleveren voor een landelijke uitrol.

Er is veel draagvlak en belangstelling voor onze samenwerking met Thuisarts. Onze huisartsen zien Thuisarts als een betrouwbare informatiebron die patiënten meer regie geeft over hun gezondheid en onzekerheid over klachten kan wegnemen. Het project wordt bovendien ondersteund door verzekeraars CZ en VGZ en het ministerie van VWS stelt 3,6 miljoen euro beschikbaar.

Wij zien onszelf als pilotregio: de samenwerking moet opschaalbaar zijn naar landelijk niveau. Daarom staan wij open voor kennisdeling. Interesse of vragen? Neem gerust contact op met Stroomz."

Online regionaal platform tegen administratieve regeldruk

UNICUM vertaalde het landelijke programma (Ont)Regel de Zorg naar de regio met het online loket RegelWijzer: Jij aan zet! Het doel van de huisartsenorganisatie voor de regio's Zuidwest-Utrecht en Zuidoost-Utrecht: de administratieve regeldruk binnen huisartsenpraktijken verminderen. "Er wordt veel gemopperd, maar er is ook al een hoop wél geïmplementeerd waar men geen kennis van heeft."

Huisarts en praktijkhouder Robbert Keppel en Toosje Valkenburg – medisch directeur bij UNICUM en 25 jaar huisarts/praktijkhouder – hebben hun praktijken laten deelnemen aan het landelijke programma (Ont)Regel de Zorg. De rol van Valkenburg als medisch directeur bij UNICUM en de intrinsieke motivatie van Keppel om die regeldruk te verlagen, maakten dat er subsidie werd aangevraagd én verkregen voor een (Ont)Regel de Zorg-project binnen UNICUM. Regionaal projectleider bij UNICUM Rianne Schram haakte aan en werd verantwoordelijk voor de uitwerking en uitvoering.

Melding en verdieping

Via het online loket RegelWijzer: Jij aan zet! kunnen huisartsenpraktijken melding maken van onzinnige regels en tijdrovende administratieve handelingen. Ook vind je er verdieping in de vorm van kennisbronnen.

In de voorbereiding en de uitvoering werkt projectleider Rianne Schram nauw samen met een onderzoeksteam, bestaande uit drie huisartsen (o.a. Robbert Keppel, red.) en twee praktijkassistenten. "In de onderzoeksfase bleek dat er geen centrale plek was waar knelpunten binnen huisartsenpraktijken in onze regio's



werden gemeld, gemonitord en opgepakt", vertelt de projectleider. "We wilden zicht krijgen op die knelpunten, maar wilden óók een platform om kennis te vergroten."

Geen klaagloket

De meldingen die binnenkomen via het online loket, worden door het onderzoeksteam opgepakt. "Op het moment dat we een melding binnenkrijgen, duiken we met het onderzoeksteam in de context achter deze regel", vervolgt Schram. "We onderzoeken wat de regel precies inhoudt en of deze überhaupt is vastgelegd. We brengen de stakeholders in kaart en ik nodig vervolgens de partijen uit aan tafel om te

Bekijk het online loket RegelWijzer: Jij aan zet!



kijken hoe we het beter kunnen doen met elkaar.” Keppel vult aan: “Bij het invullen van het formulier op RegelWijzer: Jij aan zet!, wordt gestuurd op eigen handelen. Onder meer door te vragen wat iemand zelf al heeft geprobeerd om een oplossing te zoeken voor een overbodige regel of administratieve handeling. Soms kunnen we terugkoppelen dat we al met een regel bezig zijn



Rianne Schram, Robbert Keppel en Toosje Valkenburg in gesprek met Anouk Oosthout (l), een van de vaste hosts van de InEen-podcastserie Geluid uit de zorg

of dat een andere organisatie in de keten hiermee bezig is. Of dat de regel dermate regio-overstijgend is, dat die naar het landelijke Huisartsen Interventie Team (HIT)* wordt doorgezet. Het UNICUM-team kan zelf niet alles oplossen, maar geeft dan in ieder geval signalen af bij stakeholders of verbindt de juiste partners.” Toosje Valkenburg benadrukt dat het platform geen klaagloket is: “Binnen huisartsenpraktijken is men zich niet altijd bewust van geldende regels of we houden ons niet goed aan de afspraken die gemaakt zijn. Dit loket is er óók om de zichtbaarheid te vergroten van wat er wél allemaal gedaan is en vastligt.”

‘Nee’ tegen het systeem

Iets waar huisartsen niet goed in zijn, is ‘nee’ zeggen in de spreekkamer, constateert praktijkhouder Robbert Keppel. “Maar om verandering in te zetten, moeten we dat toch gaan doen. Als ik in mijn spreekkamer bijvoorbeeld een verwijzing voor een second opinion blijf regelen, gaat daar nooit iets in veranderen. Ik besef dat je als huisarts en praktijk wellicht een drempel over moet en dat verandering tijd kost. Maar als alle huisartsen de gemaakte afspraken volgen, neem je ook verwarring bij patiënten weg.”

Toosje Valkenburg vult aan: “Onderschat niet hoe goed patiënten het vaak begrijpen. Je zegt geen ‘nee’ tegen de patiënt, maar je zegt samen ‘nee’ tegen het systeem. En daar zit de lol, dat je met de patiënt gaat bedenken hoe je het goed kunt regelen.”

Valkenburg stelt dat zo’n verzoek van een specialist - voor bijvoorbeeld een doorverwijzing voor een second opinion - vaak geen onwil of afschuiven is, maar eerder een gebrek aan kennis over de afspraken. “Als je op lokaal niveau werkt en zelf belt met een medisch specialist om iets terug te geven, zie je dat je er vaak wel uitkomt.”

Of het UNICUM-projectteam tips heeft voor andere regio’s die met (Ont)Regel de Zorg aan de slag willen? “Gewoon beginnen, want zo’n verandertraject is ook erg leuk”, stelt Keppel. “We vinden binnen praktijken die regeldruk heel frustrerend, maar urgent wordt het nooit. Je moet dit binnen de praktijk zélf urgent maken.”

Toosje Valkenburg sluit af: “Neem verantwoordelijkheid in je regio. Dan zie je dat je met lokale samenwerkingspartners problemen oplost waar iedereen tegenaan loopt. Daar krijg je energie van.”

* Het HIT beschermt huisartsen tegen onnodige en onterechte werkdruk doordat anderen een beroep doen op de huisarts. Meer informatie: www.lhv.nl/huisartsen-interventieteam-hit



Meer weten? Luister de podcast over Regelwijzer: Jij aan zet!

Welke materialen de RHO voor patiënten en praktijken ontwikkelde én welke uitdagingen het UNICUM-projectteam tegenkomt, hoor je in aflevering 4 van de InEen-podcastserie Geluid uit de zorg. Scan de QR-code om de podcast te beluisteren:





MARIËTTE WILLEMS (LHV) OVER 'DIGITALE GEZONDHEIDSAPPS':

‘Apps voorschrijven moet net zo vanzelfsprekend worden als medicijnen’

Digitale zorgapps moeten een vast onderdeel gaan uitmaken van de huisartsenzorg, stelt Mariëtte Willems, bestuurslid van de LHV en nauw betrokken bij het project “Digitale Gezondheidsapps” (DIGAnI). Het initiatief moet ervoor zorgen dat wetenschappelijk onderbouwde apps een vaste plek krijgen in de mindset en het voorschrijfgedrag van de huisarts.

LHV-bestuurder Mariëtte Willems is een van de drijvende krachten achter het project Digitale Gezondheidsapps. DIGAnI is een samenwerkingsproject van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) met LHV, NHG, InEen, Patiëntenfederatie Nederland en Thuisarts.

“DIGAnI moet een hardnekkig probleem oplossen”, schetst Willems. “Aan universiteiten worden, vaak door huisartsen, prachtige wetenschappelijk onderbouwde digitale toepassingen ontwikkeld. Denk aan de apps voor klachten als duizeligheid, urine-incontinentie of vermoeidheid na kanker. Zodra de onderzoekssubsidie stopt, krijgen ze echter geen

duurzame financiering en geen plek in het zorgproces. Tegelijk zijn huisartsen vaak niet goed op de hoogte van het bestaan van deze apps. Terwijl we juist dit soort bewezen effectieve tools willen inzetten. Dit project moet die apps dus duurzaam beschikbaar, bekostigd en bekend maken.”

Financiering cruciaal

Duurzame financiering is nodig voor de apps zelf en voor de integratie ervan in de huisartsinformatiesystemen. “Dat is nodig om de apps zelf in stand te houden nu de onderzoeksgelden zijn gestopt. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft voor enkele apps, zoals Vertigo Training en Untire, een korte termijn financiering geregeld. Minstens zo belangrijk is dat er financiering is om de apps te integreren in de huisartsinformatiesystemen. Als ze daarin niet zichtbaar zijn, verwatert het gebruik weer. De financiering is dus cruciaal, zowel voor het bestaan van de apps, als voor hun vindbaarheid.”

De structurele financiering is nog altijd spannend, zegt Willems. “De eerste financiering was een tijdelijke oplossing. We staan nu op het punt dat besloten wordt over de vervolfinanciering van dit project. Zonder dat groene licht wordt het moeilijk. Als we die integratie in het systeem niet voor elkaar krijgen, dan daalt de kans van slagen. Gelukkig ziet het er gunstig uit, maar het besluit is nog niet genomen.”

Integratie is de sleutel

Of DIGAnI er ook voor zorgt dat huisartsen én patiënten daadwerkelijk apps gaan gebruiken, moet nog blijken. “De sleutel ligt in de integratie in de huisartsinformatiesystemen. We willen dat de huisarts de app tegenkomt op het natuurlijke moment dat hij ermee zou willen werken. Stel, een patiënt komt met draaiduizeligheid. Dan moet de huisarts, wanneer hij in zijn verwijsapplicatie kijkt, niet alleen de mogelijkheid zien om naar een specialist te verwijzen, maar ook de optie om de ‘Vertigo Training’-app voor te schrijven. De patiënt krijgt dan direct een link naar die app.”

Het advies van de huisarts is voor de patiënt meestal doorslaggevend. “We weten uit onderzoek: als een huisarts iets adviseert, dan vergroot dat de kans aanzienlijk dat patiënten het gaan gebruiken. De huisarts ziet in het huisartsinformatiesysteem de

‘De sleutel ligt in de integratie in de huisartsinformatiesystemen’

richtlijnen, die volgens het NHG bij die klacht passen. Dat willen we ook voor digitale behandelingen. In DIGAnI kiezen we ervoor dat de verwijzing plaatsvindt via ZorgDomein of via VECOZO.”

Meer zelfregie en voorkom verwijzing

Het doel van DIGAnI is om in 2027 een volledig functionerende, toekomstbestendige structuur voor digitale apps te hebben. “Dat betekent: een helder proces voor het autoriseren van nieuwe wetenschappelijke apps, een duurzame financieringsstructuur en een structurele integratie in het zorgproces. We meten ook de effecten: maken patiënten de behandeling af? Zijn ze tevreden? En leidt het tot minder zorg bij andere zorgverleners? Uiteindelijk moet dit leiden tot meer zelfregie voor de patiënt en het voorkomen van onnodige doorverwijzingen.”

Het project moet dan voor huisarts en patiënt de wetenschappelijk bewezen effectieve apps beschikbaar maken. “Het gaat om apps voor klachten waarbij de patiënt zelfstandig aan de slag kan, zonder continue begeleiding. Denk aan voorbeelden als Vertigo Training en Untire, maar we kijken ook naar apps voor overgangsklachten, psychische problemen of specifieke bewegingsapps voor een gewricht. Het zijn geen hybride behandelingen: de patiënt voert het programma zelf uit. Het doel is dat een verwijzing naar een fysiotherapeut of specialist te voorkomen. Het bevordert de zelfredzaamheid en ontzorgt de keten.”

Zelf, thuis en digitaal als het kan

DIGAnI past helemaal bij de doelen voor betere en slimme zorg van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), betoogt Mariëtte Willems. “In het IZA zijn natuurlijk al veel afspraken gemaakt over hybride zorg. Dit past daar heel erg goed in. Het gaat erom dat we de beste zorg op de juiste plek leveren. Deze apps zijn wetenschappelijk bewezen effectief. Als een patiënt een klacht zelf kan oplossen met een bewezen effectieve app, dan is dat vaak prettiger en sneller voor hem of haar. Dit is natuurlijk een grote beweging naar de voorkant. Het past bij de visie ‘Zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan.’”

Instituut voor Publieke Waarden realiseert doorbraken in een vastgelopen systeem

Er zijn gezinnen in Nederland die met zoveel hulpverleners te maken hebben dat niemand nog precies weet wie waarvoor verantwoordelijk is. Waar de problemen – schulden, ziekte, armoede, opvoedstress – zich opstapelen, raken ook professionals het overzicht kwijt. Juist daar zet het Instituut voor Publieke Waarden (IPW) zich voor in. Met hun doorbraakmethode en actieonderzoek laten zij zien dat bureaucratie niet per se de vijand is, maar ook de sleutel kan zijn tot verandering.

“**V**ijftien jaar geleden zagen we dat de verzorgingsstaat voor een grote groep mensen niet goed werkt”, vertelt Albert Jan Kruiter, oprichter van het IPW. “Dat waren niet alleen daklozen of mensen in de jeugdbescherming, maar vooral gezinnen die meer problemen hadden dan ze konden tellen. Een van die problemen was dat het systeem zelf ook niet meer wist wat het met hen aan moest.” Het IPW besloot niet nóg een hulpverlenende partij te worden, maar juist te kijken hoe het systeem eenvoudiger kon. Ze ontwikkelden de doorbraakmethode, inmiddels een digitale tool waar op dit moment ruim 2.300 professionals mee werken. Die tool brengt in kaart hoeveel hulp- en zorgverleners betrokken zijn bij één huishouden – soms wel meer dan 30 – en wat dat jaarlijks kost. “Dan vragen we aan het gezin: waar willen jullie zelf over een jaar staan? En wat heb je nodig om daar te komen?”

Praktische eerste stap

Het resultaat is een ‘perspectiefplan’, waarin staat wat het gezin zelf kan doen, waar ondersteuning bij nodig is, en waar een professional moet helpen. “De eerste stap is vaak iets heel praktisch”, zegt Kruiter. “Een moeder die drie kinderen naar drie verschillende scholen moet brengen met drie taxi’s, wil een bakfiets. Zodat ze zelf weer grip krijgt op haar leven.” Met hun team Kunde begeleidt IPW jaarlijks zo’n duizend huishoudens. Een ander team, Kennis, onderzoekt de structurele effecten. En die blijken

aanzienlijk. In 2017 kocht het IPW samen met zorgverzekeraar CZ de schulden van 150 huishoudens op. Binnen een jaar gebruikten die gezinnen drie miljoen euro minder aan geïndiceerde zorg. “Dat was een eyeopener”, zegt Kruiter. “We hielpen huishoudens met bureaucratische problemen, en zagen tegelijk dat hun zorggebruik daalde. Mensen die hun bestaan weer op orde krijgen, hebben minder zorg nodig. Dat is precies waar onze actieonderzoeken over gaan: we fixen dingen, meten wat dat doet en vertalen dat terug naar systeemniveau.” Veel zorgvragen blijken, zo bevestigt IPW, geen medische oorzaak te hebben, maar voort te komen uit bestaansonzekerheid. “Neem een bijstandsmoeder met schulden”, vertelt Kruiter. “Ze is gestrest, krijgt lichamelijke klachten, bezoekt dertig keer per jaar de huisarts, maakt gebruik van GGZ-zorg voor duizenden euro’s, terwijl haar echte probleem is dat ze aan het eind van de maand geen geld meer heeft om eten te kopen. Als je dát kunt oplossen, dan daalt haar zorggebruik vanzelf.”

Terug naar gemeenschapszin

Daarom werkt IPW ook op wijkniveau. In sommige gebieden onderzoeken ze of zorgverzekeraars kunnen investeren in buurtcentra en maatschappelijke initiatieven. “We hebben ooit 50 procent van wat we nu onder de Wmo financieren, vrijwillig voor elkaar gedaan”, zegt Kruiter. “Maar de maatschappij is zo individualistisch geworden. En nu willen we de gemeenschap weer terug. Idealiter investeer je eerst in gemeenschappen en



IPW-oprichter Albert Jan Kruiter: "Een moeder die drie kinderen naar drie verschillende scholen moet brengen, wil een bakfiets."

bestaanszekerheid en dan dalen de zorgkosten vanzelf."

Om professionals te helpen door de wirwar van regels te navigeren, is de doorbraakmethode bewust bureaucratisch vormgegeven. "We zeggen vaak: je moet bureaucratie met bureaucratie bestrijden", legt Kruiter uit. De tool biedt niet alleen inzicht in de situatie van een huishouden, maar laat ook zien welke wet een oplossing mogelijk maakt.

"Veel professionals denken: dit mag niet van de AVG of de Wmo. Maar dan zegt onze tool: het mag wél van de Jeugdwet, of van de Zorgverzekeringswet. In de 6.000 casussen die we hebben gedaan, hebben we nog nooit een wet overtreden." Daarnaast rekent de tool uit wat iets kost en oplevert. "Dan blijkt die bakfiets toch echt goedkoper dan drie taxi's. Door zulke, in eerste instantie, defensieve reflexen feitelijk te maken, krijgen professionals weer handelingsruimte."

Dat perspectief van de mens staat centraal. "Wat vraagt deze methode van professionals? Dat ze het antwoord van mensen serieus nemen", zegt Kruiter. "Vraag iemand waar hij over een jaar wil staan en redeneer dan terug. Dat klinkt simpel, maar is in veel sectoren afgeleerd. Wij helpen professionals dat weer te doen."

De methode is concreet en reproduceerbaar – iets wat ook de medische wereld aanspreekt. "We werken veel samen met huisartsen", vertelt Kruiter. "Zij zien dat 40 tot 60 procent van hun consulten psychosociaal is. Dan kun je niet blijven doorverwijzen. Wij kijken met hen mee of er iets op

bestaanszekerheidsniveau speelt. Dat doen we soms letterlijk, vanuit het gezondheidscentrum."

Ook werkt het IPW steeds meer op regionaal niveau. Kruiter: "Om samen met het lokale en regionale veld problemen op te lossen en te doorbreken. In Limburg bijvoorbeeld, maar ook in Zeeland. Daarin zouden we graag samen optrekken met RHO's."

Versnipperd zorgstelsel

Volgens Kruiter is het huidige zorgstelsel te versnipperd om welzijn en gezondheid echt te verbinden.

"Als de gemeente investeert, profiteert de verzekeraar – en andersom. Dus doet niemand het. Terwijl het allemaal publiek geld is."

IPW pleit daarom voor sturingsinnovatie: gebiedsgerichte financiering en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor resultaten. "Stel dat je in een wijk 40 miljoen aan zorg- en welzijnsbudgetten hebt", zegt Kruiter. "Geef dat als één pot geld en stuur niet op aantallen trajecten, maar op outcome: hoe gezond is deze wijk over tien jaar? Dat is veel zinvoller dan de korte-termijn-KPI's die er nu per organisatie zijn."

Door te laten zien dat oplossingen vaak buiten het zorgdomein liggen nodigt Kruiter bestuurders en beleidsmakers uit om anders te kijken.

"De zorg is prachtig georganiseerd, maar haar succes heeft ook de gemeenschap uitgehold", zegt hij. "Als we investeren in mensen, in buurten en in bestaanszekerheid, hebben we minder zorg nodig. Dat vraagt bestuurlijk lef, maar het kan. We hebben het al 6.000 keer laten zien."

Verkennde gesprekken: ‘Een mooie driehoeksverhouding’

Al bijna 600 inwoners van de regio Zaanstreek-Waterland hebben sinds januari 2024 een verkennend gesprek gevoerd met een professional uit de GGZ en het sociaal domein.

In de regio Amstelland, die later van start is gegaan, stond de teller begin oktober op vijftien. Hoe hebben partijen in deze regio's dit essentiële onderdeel van een Mentaal gezondheidsnetwerk geïmplementeerd? En wat zijn struikelblokken?

Een vraag aan de huisarts die verwijst naar een verkennend gesprek: welke hulp denkt u dat hij of zij nodig heeft? Datavergelijking in Purmerend maakt duidelijk dat in 35 procent van de gevallen uiteindelijk minder intensieve hulp nodig is dan huisartsen hadden ingeschat. Basis-GGZ is soms bijvoorbeeld niet noodzakelijk, omdat hulp in het sociaal domein volstaat. Anderzijds wordt na elf procent van de verwijzingen intensievere zorg geadviseerd dan gedacht. Onder de streep werd dus aanzienlijk meer juiste zorg op de juiste plaats geboden.



Dit soort wetenswaardigheden worden in de regio Zaanstreek-Waterland opgedaan nu er al veel verkennende gesprekken zijn gevoerd. Een andere: de inwoners die ingaan op het verzoek om een rapportcijfer te geven voor hoe goed ze zijn geholpen, hebben er gemiddeld een 8,4 voor over.

Lef getoond

“In deze regio is lef getoond, al vóór het landelijke programma Mentale Gezondheidsnetwerken. We hebben gezegd: we gaan dit gewoon doen, want we geloven hiermee problemen op te lossen.” Dat zegt Masha Wight, in deze regio projectleider namens de GGZ. “Huisartsen ervaren veel werkdruk door mensen zonder feitelijke medische huisartsenvraag”, zegt ze. “Ze hebben soms ook onvoldoende zicht op waar deze personen wel terecht kunnen. De GGZ heeft lange wachtlijsten, mede vanwege lichtere problematiek waarvoor mensen goed kunnen worden geholpen in het sociaal domein. En het sociaal domein ziet inwoners die kunnen worden geholpen door het sociaal domein, maar geen beroep doen op het sociaal domein.”

De kiem voor de verkennende gesprekken is gelegd in 2023, vertelt projectleider Floor Groot van regionale huisartsenorganisatie HZW Huisartsenzorg. “Op beleidsniveau verenigden zich directeuren van HZW Huisartsenzorg, GGZ-aanbieder Parnassia Groep en de gemeente Purmerend in een stuurgroep. Dankzij dat bestuurlijk draagvlak kon een werkgroep ontstaan met vertegenwoordigers van uitvoerders: welzijnsorganisatie Clup Welzijn namens het sociaal domein, Indigo en PsyQ namens de GGZ, HZW namens de huisartsenzorg en tot slot de gemeente Purmerend. Zij verkenden samen hoe het Mentale gezondheidsnetwerk moest worden vormgegeven. Bijvoorbeeld voor wie het verkennend gesprek bedoeld is, welke professionals het gesprek voeren, hoe zij moesten worden opgeleid en hoe de verwijrouten naar het verkennende gesprek digitaal in te richten.”

Best practice

In 2024 zijn in Purmerend 210 verkennende gesprekken gevoerd en in 2025 tot begin oktober 310. De gemeente Zaanstad, die dit jaar volgde met een wijk, stond toen op 45. De betrokkenen hopen nu op een positieve beoordeling van de

‘We hebben gezegd: we gaan dit gewoon doen, want we geloven hiermee problemen op te lossen’

transformatieaanvraag IZA die ondertussen is ingediend. “Een best practice doet scepsis verdwijnen”, zegt Groot. “In Purmerend is een raamwerk gecreëerd en andere gemeenten zien wat het kan opleveren. Binnenkort start ook een Mentaal gezondheidsnetwerk in de gemeente Edam-Volendam.” Wight: “Grote winst van de verkennende gesprekken is dat GGZ-behandelaren zich bewust worden van welke ondersteuning het sociaal domein te bieden heeft. En dat zorg vaak kan worden afgeschaald.” Gelijkwaardigheid is essentieel, benadrukt Groot. “De regionale huisartsenorganisatie, GGZ-organisatie en welzijnsorganisatie in het sociaal domein zijn gelijk aan elkaar in deze domein-overstijgende samenwerking. Zo leren de medewerkers uit de GGZ en het sociaal domein van hun duo-gesprek met de inwoner. Zij ervaren het als werkplezier verhogend en van meerwaarde voor de patiënt. Zo ontstaat een mooie driehoeksverhouding.”

Ervaringsdeskundige

In een andere Noord-Hollandse regio, Amstelland, worden sinds de zomer ook verkennende gesprekken gevoerd. Dat gebeurt in Amstelveen-Noord. Daar zit een bewoner niet alleen om tafel met een professional uit de GGZ en het sociaal domein, maar ook met een ervaringsdeskundige. Die is verbonden aan TEAM ED, een sociaal uitzendbureau voor ervaringsdeskundigen. Kaderhuisarts GGZ Karin Wittkamp: “Iemand die ooit een psychose heeft doorgemaakt, begrijpt een cliënt die psychotisch is beter dan iemand zonder die ervaring. Dat kan ongelooflijk ondersteunend werken.”

Wittkamp is lid van de werkgroep die de verkennende gesprekken praktisch heeft voorbereid en die bestaat uit zorg- en hulpverleners. Marijn Donkervliet, programmamanager Ouderenzorg en GGZ bij Amstelland Zorg, maakt deel uit van de stuurgroep, met daarin bestuurders die de basis legden voor de werkgroep. Hij zegt: “We hebben

‘Wij willen dat inwoners zichzelf kunnen aanmelden en dat GGZ en sociaal domein ook mogen verwijzen’

bijvoorbeeld uitvoerig gediscussieerd over de vraag welke professionals het verkennende gesprek voeren. Waarom niet de POH-GGZ? We kwamen tot het criterium dat iemand klachten moet hebben waarvoor hij niet terecht kan in de huisartsenpraktijk.”

Zelf financieren

De IZA transformatieaanvraag voor onder meer de verkennende gesprekken in Amstelveen-Noord is eind 2024 ingediend door de gemeente, GGZ inGeest en Amstelland Zorg. Die laatste partij is een initiatief van de regionale organisaties van huisartsen (HCA), apothekers en fysiotherapeuten en heeft als doel multidisciplinaire regionale samenwerking te realiseren. Begin oktober was de aanvraag nog niet goedgekeurd. “De betrokken partijen hebben daarom eerder dit jaar besloten de pilot in Amstelveen-Noord voor te financieren”, zegt Donkervliet. “We hebben een tweede gebied op het oog, maar breiden de pilot pas uit wanneer de aanvraag is gehonoreerd.”

Hiermee snijdt de programmamanager een probleem aan dat meer regio's kennen: de twee regionale zorgverzekeraars zitten niet op één lijn na de indiening van een aanvraag. “Het verkennend gesprek is onderdeel van onze totale regionale transformatie op weg naar een mentaal gezondheidsnetwerk. Verzekeraar Zorg en Zekerheid is er nauw bij betrokken en is ook vertegenwoordigd in de stuurgroep. Het is winst dat de huisartsen, GGZ, het sociaal domein en de eerste verzekeraar de verbinding hebben gevonden, gezamenlijk aan slag willen met de transformatie en dezelfde toekomstvisie hebben. Dan is het extra frustrerend dat er weliswaar IZA-gelden zijn voor de uitvoering, maar dat er strubbelingen optreden na de aanvraag.”

Hoe blij de partijen ook zijn dat de eerste verkennende gesprekken zijn gevoerd, vooralsnog kan dus geen sprake zijn van afschaling van bepaalde zorg. Daar zijn meer redenen voor, zegt Wittkamp. “Een belangrijk doel van het verkennende gesprek is dat huisartsen minder mensen zien. Dat lukt ten eerste niet omdat van de zorgverzekeraar een verkennend gesprek alleen mag na verwijzing door een huisarts. Wij willen dat inwoners zichzelf kunnen aanmelden en dat GGZ en sociaal domein ook mogen verwijzen. Een andere bottleneck is dat ook ná het verkennend gesprek een verwijzing van de huisarts vereist is.* Dit komt voort uit de Zorgverzekeringswet: de regiehouder moet verwijzen. Als bijvoorbeeld uit het verkennend gesprek blijkt dat iemand een angststoornis heeft en moet worden behandeld in de GGZ, moet de patiënt eerst terug naar de huisarts voor een verwijzing.” Donkervliet: “Inhoudelijk heeft het verkennend gesprek meerwaarde, maar op deze manier kunnen wij helaas niet tegen huisartsen zeggen dat het tijdswinst gaat opleveren.”

* Het verkennend gesprek is een advies aan de huisarts. Die moet vervolgens een weloverwogen beslissing nemen om wel of niet te verwijzen. Om te voorkomen dat de patiënt na het verkennend gesprek voor een verwijzing terug moet naar de huisarts is inmiddels landelijk afgesproken dat de huisarts ervoor kan kiezen de verwijs-beslissing al te nemen voordat de uitkomst van het verkennend gesprek bekend is. De huisarts weegt dan vooraf of behandeling in de GGZ een reële en passende optie is. Zo ja, dan wordt de verwijzing digitaal aangevinkt en/of de verwijsbrief meegestuurd bij de aanvraag van het verkennend gesprek. Zie de FAQ op mentalegezondheidsnetwerken.nl:





‘Zeeland werft met succes nieuwe huisartsen’

Zeeland – was dat niet de provincie waar het huisartsentekort zo groot was? Inderdaad: wás, zegt Annemarie Noordhoek van regio-organisatie De huisartsenconnectie. De ingezette acties voor continuïteit van huisartsenzorg werpen inmiddels hun vruchten af, dankzij brede samenwerking. En steeds meer aanstaande huisartsen, onder wie Daan Goedegebure, weten de weg naar Zeeland te vinden.

Zeeland was zo'n beetje de eerste regio die het huisartsentekort zag aankomen en daar werk van maakte. Daardoor blijft het imago van 'tekort-provincie' plakken, maar ondertussen is de wervingscampagne succesvol. "We hebben best een mooie instroom, als je naar de Nivel-cijfers kijkt", vertelt Annemarie Noordhoek. Zij is programmamanager Continuïteit Huisartsenzorg

bij De huisartsenconnectie, een van de beide Zeeuwse regio-organisaties voor de huisartsenzorg.

Zo'n zes jaar geleden vond er een inventarisatie plaats van de toekomst van de huisartsenzorg in Zeeland. Noordhoek: "Daar kwam een doembeeld uit, met veel huisartsen die binnen een paar jaar met pensioen zouden gaan en een groot gebrek aan opvolgers. In die tijd werd ook gedacht dat



*'Dat je de hele huisartsen-
opleiding in één regio kunt doen,
vind ik een echt pluspunt'*

iedere huisarts wel drie opvolgers moest hebben. En die waren er uiteraard niet. Dat doembeeld zorgde ervoor dat we meteen snelheid maakten."

Complete opleiding in de regio

Inmiddels is duidelijk dat de vervangingsvraag er anders uit ziet, onder meer door de komst van de verpleegkundig specialist en de physician assistant, maar ook door digitalisering. "We zijn het project gaan verbreden. Eerst hadden we een commissie Opvolging en Vestiging, maar het gaat niet alleen om een mannetje of vrouwtje erbij. Je hebt een heel team nodig, vandaar dat we nu spreken over continuïteit van de huisartsenzorg." Het continuïteitsprogramma is onderdeel van het zorgaanbodplan van De huisartsenconnectie en is bestuurlijk goedgekeurd. De afgelopen jaren werden vanuit dat programma

allerlei acties opgezet, waaronder het werven van nieuwe huisartsen en een volledige huisartsen-opleiding in de regio. Naast huisarts-opleiders zijn ook de ziekenhuizen en VVT-instellingen daarbij betrokken, zodat huisartsen al tijdens hun opleidingsjaren in de regio kunnen wortelen. De commissie Continuïteit Huisartsenzorg werkt daarnaast aan nieuwe samenwerkingsvormen binnen de eerste lijn en afspraken over waarneming. Er vinden 'scenariobijeenkomsten' plaats met huisartsen om gedachten en wensen voor de toekomst uit te wisselen. Een 'continuïteitsteam' is opgezet, dat bij calamiteiten zoals het overlijden van een huisarts, ervoor zorgt dat de zorg door gaat. "Daarnaast werken we aan interregionale samenwerking, om te voorkomen dat we overal het wiel opnieuw moeten uitvinden", vertelt Noordhoek. "Wij hebben bijvoorbeeld inspiratie opgedaan bij onze collega-organisatie Dokter Drenthe voor het opzetten van een leergang praktijkhouderschap."

Vakantiegevoel

Een van de huisartsen in opleiding die voor Zeeland heeft gekozen, is Daan Goedegebure (31). Hij is geboren en getogen in Kampen, volgde het grootste deel van zijn geneeskundeopleiding in Groningen en toog vervolgens naar de Randstad. Daar deed hij zijn laatste coschappen en voltooide hij een master Health Economics, Policy and Law. "Ik vind onderwerpen als beleid, innovatie en digitalisering in de zorg interessant, maar ging toch het patiëntencontact missen." Hij besloot de huisartsenopleiding te doen vanuit Rotterdam en hoorde een collega enthousiast over Zeeland vertellen. "Ik ben erover gaan lezen en zag dat er gewerkt wordt aan een regionaal samenwerkingslandschap in de zorg. Dat sprak me aan. Bovendien riep Zeeland een vakantiegevoel op bij mijn vriendin en mij. We zijn een paar keer gaan kijken en praten en zo is de keus op Zeeland gevallen. Ik zit nu in het tweede jaar van de opleiding. Ik heb stages gehad in een huisartsenpraktijk, de verpleeghuiszorg en de psychiatrie en werk nu op de SEH. Dat je de hele huisartsenopleiding in één regio kunt doen, vind ik een echt pluspunt. Ik leer de specialisten kennen met wie ik straks in mijn derde jaar vanuit de huisartsenpraktijk weer zaken ga doen. En de specialisten ouderengeneeskunde ken ik dan ook al. Op die manier stroom je straks als huisarts heel makkelijk de regio in."

Meegezocht naar een huis

Annemarie Noordhoek doet er als programma-manager alles aan om Zeeland een aantrekkelijke keuze te maken voor (toekomstige) huisartsen. Daar gaat ze gerust ver in. "Ik heb zelf als kind zes jaar met mijn ouders in het buitenland gewoond en later een jaar met mijn man in Singapore. Ik weet hoe fijn het is als je geïntroduceerd wordt in een netwerk, zodat je je thuis gaat voelen. Als je als huisarts naar Zeeland gaat, is het belangrijk dat je partner zich daar ook happy voelt. Als je opvang of een school zoekt voor je kinderen, dan wil je weten wat de mogelijkheden zijn. Hetzelfde geldt misschien voor een kerk of een serviceclub." Natuurlijk is allereerst een huis belangrijk.

'We werken aan mogelijkheden om ook coassistenten in de regio op te leiden'

Noordhoek hielp Goedegebure en zijn vriendin bij de zoektocht naar een huis. Goedegebure: "Via Annemarie zijn we in contact gekomen met een net gepensioneerd huisarts die zijn voormalige praktijk had verbouwd tot woonhuis. Daar wonen we nu." Noordhoek zette ook haar netwerk in om baanmogelijkheden voor de vriendin van Goedegebure te verkennen. Goedegebure: "Ze heeft uiteindelijk via een ander spoor werk gevonden bij de gemeente Veere, maar het meezoeken naar een huis en werk maakte wel dat we ons heel welkom voelden. Zoiets gebeurt in de Randstad niet."

Richten op coassistenten

Een prima instroom van nieuwe medewerkers betekent niet dat het programma Continuïteit Huisartsenzorg kan worden afgerond. "We hebben dit najaar ondersteuning geboden aan een van onze leden bij het opzetten van een hybride nulpraktijk. Die praktijk combineert digitale en fysieke zorg, met het oog op de Zeeuwen die nog geen huisarts hebben", vertelt Noordhoek. "Daarnaast willen we ons de komende tijd meer richten op coassistenten, zodat we potentiële huisartsen in een nog eerdere fase interesseren voor Zeeland. We werken aan mogelijkheden om ook coassistenten in de regio op te leiden. En we zijn met de gedeputeerde in gesprek over een soort campus voor mensen die hier hun opleiding of een deel daarvan volgen." Goedegebure is inmiddels een stadium verder: hij en zijn vriendin verruilen hun huurwoning over een tijdje voor een nieuwbouwwoning. Bovendien is er een kleine op komst. Ze zien zichzelf voorlopig dus wel in Zeeland blijven. "We houden van het strand, de zee, de duinen en van vogels spotten. Alleen het kitesurfen is er nog niet van gekomen – die droom willen we zeker ook nog waarmaken."

MEDITTA EN MEDRIE OVER NIEUWE ACADEMISCHE WERKPLAATSEN HUISARTSENZORG:

‘Win-win voor universiteit, RHO en praktijk’

Roelf Norg, medisch bestuurder bij Meditta, schetst hoe de nieuwe Academische Werkplaats Huisartsenzorg Zuidoost-Nederland zich ontwikkelt tot een samenwerkingsverband waarin onderzoek, opleiding en praktijk elkaar versterken. Ook Jan Schaart, bestuurder bij Medrie, ziet de Academische Werkplaats Huisartsenzorg Noordoost-Nederland als kans om onderzoek en opleiding dicht bij de huisartsenpraktijk te brengen.

Meditta vertegenwoordigt ruim 200 huisartsenpraktijken in Midden- en Noord-Limburg en werkt samen met drie andere Limburgse regionale huisartsenorganisaties (RHO's). De Academische Werkplaats Huisartsenzorg Zuidoost-Nederland (AWH-ZN) is gericht op een groter gebied dan Limburg en omvat ook een deel van Noord-Brabant, in samenwerking met de Universiteit Maastricht. Norg noemt als voorbeeld van onderzoek dat Meditta wil starten: een AI-project, gericht op het beter benutten van gegevens in huisartsendossiers. "Die informatie is vaak slecht toegankelijk omdat die verstopt zit in oude notities of brieven van specialisten. Door AI te gebruiken willen we patronen zichtbaar maken en zo de kwaliteit van zorg verbeteren."

‘Onderzoek moet aansluiten op de thema's waar huisartsen echt mee bezig zijn’

Meditta wil bijvoorbeeld de registratie en opvolging van vrouwen met zwangerschapsdiabetes of -hypertensie onderzoeken. Norg: "We weten dat die groep een verhoogd risico heeft op suikerziekte of hoge bloeddruk, maar vaak raken die gegevens uit beeld. Met AI willen we dat beter signaleren. "De toepassing levert volgens Norg winst op drie niveaus op: voor de huisarts, die zijn patiënt beter kan volgen, voor de RHO, die de zorgkwaliteit kan monitoren en voor onderzoekers, die praktijkgericht onderzoek leren doen.

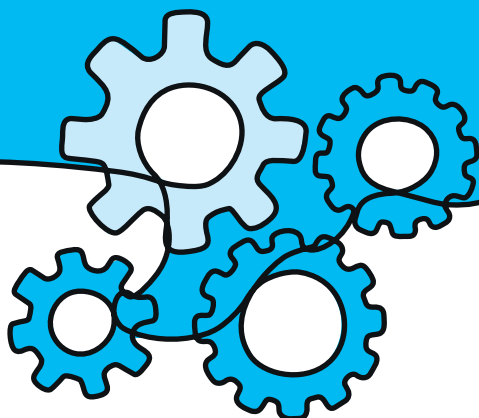
Samen leren

Belangrijk bij het onderzoek zijn de pluspraktijken omdat ze extra capaciteit hebben om verbeterprojecten te implementeren en te evalueren in samenwerking met zorgverzekeraar CZ. Norg: "We willen voorkomen dat onderzoek een leuk projectje blijft dat eindigt met een artikeltje. We moeten zorgen dat resultaten ook landen in de zorgpraktijk."

Dat de Maastrichtse hoogleraren Loes van Bokhoven en Jochen Cals die visie delen is volgens Norg stimulerend. "We krijgen niets opgelegd; we zoeken naar een win-win voor universiteit, RHO en praktijk. De universiteit vraagt ons wat er speelt bij huisartsen, in plaats van andersom. Zo leren we als wetenschap en huisartsenzorg samen."

Positief over aandacht

Jan Schaart is sinds juni 2025 bestuurder van Medrie en werkte daarvoor bij Dokter Drenthe. Medrie ondersteunt zo'n 100 praktijken in de regio's Flevoland, Hardenberg en Zwolle. Schaart is zeer positief over de samenwerking tussen de Academische Werkplaats Huisartsenzorg Noordoost-Nederland (AWH-NO) en de RHO. Vooral de komst van de nieuwe hoogleraar en huisarts Nynke Scherpbier bij de huisartsenopleiding in het



Groningse UMCG bracht verandering. “Voorheen kregen we regelmatig onderzoeksvoorstellen die weinig aansloten bij wat huisartsen bezighoudt. Scherpbier zette de samenwerking meteen goed op, met aandacht voor de problemen in de opleidingen en de betrokkenheid van opleiders.”

Aansluiten op echte thema's

Medrie wil de werkplaats graag benutten om onderzoek en opleiding dicht bij de huisartsenpraktijk te brengen, schetst Schaart. “Onderzoek moet aansluiten op de thema's waar huisartsen echt mee bezig zijn en het structureel koppelen aan evaluaties van projecten. We willen leren van pilots, bijvoorbeeld over de inzet van fysiotherapeuten om wachtlijsten in de tweede lijn te verkorten. Met de werkplaats willen we kijken: werken de dingen die we doen en zijn ze

opschaalbaar?” Ook het versterken van de instroom in de huisartsenopleiding is een speerpunt. “Als basisartsen in de eerste lijn ervaring opdoen, blijken ze vaak verrast hoe interessant en veelzijdig het vak van huisarts is.”

Praktischer en duurzamer

Bovendien richt de samenwerking zich op ‘toekomstbestendige huisartsenzorg’. “We verkennen of we met de werkplaats meetbare indicatoren (KPI's) kunnen ontwikkelen om te volgen of projecten bijdragen aan werkplezier, instroom en kwaliteit. We proberen zo meer samenhang te brengen in alles wat we doen en te meten of het ook echt werkt. Ik merk dat er niet alleen leukere en praktischer samenwerking ontstaat. Het is ook een mooie mogelijkheid om samen de huisartsenzorg sterker en duurzamer te maken.”

Samen leren in de regio: wat werkt echt?

Een Academische Werkplaats Huisartsenzorg (AWH) is een regionaal samenwerkingsverband tussen een universitaire afdeling huisartsgeneeskunde, huisartsen(praktijken) en andere partners in de eerstelijnszorg, zoals regionale huisartsenorganisaties (RHO's). In de werkplaats werken praktijk, onderzoek en opleiding nauw samen. Nederland kent zeven AWH's, die met steun van ZonMw verder worden ontwikkeld.

Het doel van een AWH: wetenschappelijke kennis beter toepasbaar maken in de praktijk én praktijkvragen vertalen naar relevant onderzoek. Zo ontstaat een lerend netwerk waarin wetenschap en praktijk elkaar versterken. Het Landelijk Samenwerkingsverband Academische Werkplaatsen Huisartsenzorg (LSAWH) verbindt, faciliteert en stimuleert de zeven werkplaatsen. NHG en Radboudumc voeren dit uit.

Een van de activiteiten van het LSAWH is een netwerkanalyse. Deze laat zien hoe RHO's, huisartsenpraktijken en universitaire afdelingen samenwerken, kennis delen en samen leren. Daarnaast voert het LSAWH, samen met onderzoekers uit Maastricht, een studie uit naar het functioneren van 'lerende netwerken'. Wat maakt samenwerking duurzaam? Wat helpt om samen te vernieuwen? De inzichten uit dit onderzoek helpen RHO's en huisartsen om beter samen te werken aan toekomstbestendige, passende zorg. Scan de QR-code voor meer informatie over de AWH:



Zorg begint bij de lucht die u ademt



Een gezonde luchtvochtigheid tussen 40 en 60% verkleint het risico op infecties, verhoogt het comfort en ondersteunt herstel.

In zorgomgevingen is luchtkwaliteit van groot belang. Te droge lucht droogt slijmvliezen uit, houdt virussen langer actief en veroorzaakt klachten bij bewoners en personeel.

Condair biedt betrouwbare, hygiënische luchtbevochtiging voor huisartsenpraktijken, verpleeghuizen en ziekenhuizen.

Onze systemen voldoen aan de strengste hygiënenormen (VDI 6022, BREEAM HEA 02) en worden wereldwijd toegepast in de zorg.



*Meer weten?
Scan de QR Code!*