

Regionale Artrosezorg door de lijnen

*Knelpuntanalyse & Verbetersignalement
regionale samenwerking*

2026

Versie 22-1-2026

INITIATIEF

Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)

IN SAMENWERKING MET

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)

Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)

Reuma Nederland (ReumaNL)

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Het Beweegkader (NHG-expertgroep kaderhuisartsen bewegingsapparaat)

FINANCIERING

Het project Regionale Artrosezorg door de lijnen wordt gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Regionale artrosezorg – verbeteringsignalement & knelpuntanalyse regionale samenwerking
Project Regionale Artrosezorg door de lijnen heen
© 2026

Nederlandse Orthopaedische Vereniging
Bruistensingel 230 5232 AD 's-Hertogenbosch
Tel. 073 700 34 10
[*nov@orthopeden.org*](mailto:nov@orthopeden.org)

Alle rechten voorbehouden.

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

Inhoud

Achtergrond & ontwikkelingen	4
Zorgorganisatie	7
Anderhalve lijn	10
Zorgpad	11
Bronnen	13
Knelpuntanalyse regionale samenwerking	15
Leiderschap en organisatie netwerk	16
Aantonen meerwaarde & legitimiteit	18
Bekostiging netwerk	19
Samenwerking met beroepsverenigingen	23
Betrekken patiënten en verenigingen	24
Samenwerken in regionale netwerken	24
Beschikbaarheid en toegankelijkheid	28
Stellen kwaliteitseisen	29
Informatie-uitwisseling	29
Samenwerking generalisten	31
Casemanagement	32
Bronnen	33
Uitwerking uitvraag regionale initiatieven	34
Succesfactoren	34
Knelpunten	35
Benodigdheden	36
Landelijk verbeter signalement	37
Bronnen	39

Achtergrond & ontwikkelingen

Inhoud Achtergrond & ontwikkelingen

Achtergrond & ontwikkelingen	4
Zorgorganisatie	7
Anderhalve lijn	10
Zorgpad	11
Bronnen	13

Ontwikkelingen

Demografische veranderingen zoals dubbele vergrijzing, meer chronisch zieken, complexere zorgvragen, minder zorgpersoneel, oplopende zorgkosten – het zijn allemaal ontwikkelingen die de zorg onder druk zetten. (1–3) Een logisch gevolg van deze ontwikkelingen is dat de werkdruk in de zorg ook verder toeneemt. De arbeidsmarkt kan simpelweg niet meegroeien met de groeiende zorgvraag. (4) Er zijn daarnaast veel deeltijdmedewerkers in de zorg, het ziekteverzuim is hoog en er is een grote uitstroom van zorgpersoneel. Oorzaken zijn gebrek aan zeggenschap, hoge werkdruk en administratieve lasten. Deze zorg-brede ontwikkelingen zorgen voor extra druk op de eerste lijn. (2)

Daarnaast hebben verregaande biomedische oriëntatie, taak- en functiedifferentiatie, schaalvergroting, decentralisatie, ziekte-specifieke zorgstandaarden en -prestatie-indicatoren geleid tot hogere transactiekosten en versnipperde beroepsgroepen, financieringsstructuren, organisatiemodellen en daarmee tot versnipperd beleid (2,5–7). *‘Medische ontwikkelingen en toenemende sociale verwachtingen hebben geleid tot een complex uitdagend en dure ziekenhuis-gebaseerde zorg.’* (8) Waar deze verzuiling dus zeker zijn nadelen heeft, heeft het echter ook meerwaarde. De grenzen tussen domeinen zorgen voor waarborging van toegang, kwaliteit, verantwoording en financiering. (9)

Mede door de ontwikkelingen lopen het sociale en het medische domein in praktijk steeds vaker door elkaar. Ze bedienen steeds vaker dezelfde populatie. Dit resulteert in meer samenwerkingen in netwerken, al lijkt de samenwerking tot nu toe vooral beperkt binnen de domeinen. (5,10) De complexere gezondheids- en sociale problematiek lijken echter niet op te lossen binnen één sector of domein.

Artrosezorg

Ook in de artrosezorg wordt steeds meer door de lijnen heen gewerkt om de maatschappelijke uitdagingen zoveel mogelijk voor te blijven. Met bijna 1,5 miljoen artrosepatiënten in Nederland is artrose de meest voorkomende reumatische aandoening aan het bewegingsapparaat (11). Gewichtstoename en vergrijzing maken artrose een grote (toekomstige) maatschappelijke uitdaging. Uit de prognose in de toekomstverkenning 2024 van het RIVM blijkt dat het aantal artrosepatiënten groeit naar bijna 3 miljoen (!) in 2050. Deze stijging zou artrose op dat moment de meest voorkomende chronische aandoening maken. De ziektelast bedroeg in 2022 nog 64 duizend DALY's. Naar verwachting stijgt dit naar bijna 122 duizend DALY's in 2050 (12). De totale

zorgkosten voor artrose bedroegen in 2019 liefst 1,1 miljard euro, wat overeenkwam met 1,1% van de totale uitgaven van de Nederlandse gezondheidszorg. Een groot deel daarvan kwam op naam van de ziekenhuiszorg en gewrichts-vervangende operaties (13).

De behandeling van artrose leent zich voor stepped care, en daarmee ook voor ‘regionale zorg door de lijnen’. In 2014 heeft Zorginstituut Nederland een *Verbetersignalement zorg bij artrose van knie en heup* opgesteld. Eén van de voorgestelde verbeteringen was een selectievere plaatsing van knie- en heupprothesen door “*betere voorlichting, gedeelde besluitvorming, stepped care en scherpere indicatiestelling*” (14). Een belangrijk uitgangspunt daarin is dat een groot deel van de artrosepatiënten conservatief behandeld zou kunnen worden. Door zoveel (en waar) passend te starten met conservatieve behandelopties en alleen door te verwijzen naar de tweede lijn indien noodzakelijk, zou een goede stepped care constructie te vroege of onnodige complexere, duurdere en meer belastende behandelingen met een hoger risico op bijwerkingen of complicaties moeten voorkomen (15). Uit de tussentijdse evaluatie blijkt dat er in 2017 ongeveer 19 miljoen euro bespaard is op knie- en heupprothesen t.o.v. 2014. Deze besparingen werden grotendeels toegeschreven aan het afgenomen aantal nieuwe patiënten met knie- en heupartrose met een eerste protheseplaatsing (4% en 5% respectievelijk). Daarnaast bleek dat een groot deel van de patiënten in de tweede lijn tussen 2014 en 2017 uiteindelijk géén prothese kreeg (heup: 55-56%, knie: 27-29%). Van de patiënten waarbij een eerste knieprothese geplaatst was, had 34% in het jaar daarvoor fysio- of oefentherapie gehad vanwege knieartrose (type 1 & 2). Voor de patiënten met heupartrose was dit 33%. (16) Uit een recentelijk onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit bleek dat er veel uitdagingen zijn om dergelijke gegevens nauwkeurig in beeld te krijgen. Uit laatstgenoemde onderzoek bleek dat 30% van de mensen die naar een orthopedisch chirurg gaan in de twee jaar voorafgaand fysiotherapie krijgt en 41% van de mensen die een heup- of knieprothese krijgen in de twee jaar voorafgaand fysiotherapie. Deze resultaten verschilden echter per regio. (17)

Meer informatie en achtergrond artrose:

- [Artrose | Regionaal | Volksgezondheid en Zorg](#)
- [Ziekten en aandoeningen | Trendscenario VTV-2024 | Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024](#)
- [Verschillen | Trendscenario VTV-2024 | Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024](#)
- [Zorggebruik | Medisch specialistische zorg | Regiobeeld](#)
- [SKI](#)
- **Trends per regio & zorgvraag:** [StatLine - RIVM Regiobeeld; regio \(indeling 2022\), 2015-2040](#)

Regionale samenwerking

Al deze ontwikkelingen vragen dan ook om zorg die de traditionele sectoren overstijgt. (1) Decentralisatie van het sociaal domein, de toenemende druk op de houdbaarheid van zorg en de gezondheidsbescherming leiden tot een steeds grotere roep om regionalisering. (18) Een transitie naar meer preventie, zelfredzaamheid, zorg dichterbij huis en monitoring en zorg op afstand lijken vereist. (4) Hiermee komt er een grotere druk op de eerste lijn. Een sterke eerste lijn is dan ook cruciaal; een té grote afhankelijkheid van doorverwijzende zorg leidt tot

fragmentatie, slechte coördinatie tussen aanbieders en ongepaste zorgpatronen die resulteren in heropname, leiden tot hogere zorgkosten en verminderde zorgkwaliteit. (6,8)

De WHO suggereert daarom dat geïntegreerde en persoonsgecentreerde zorg nodig is om de eerstelijnszorg te versterken. (8) Daarvoor is intersectorale, domeinoverstijgende samenwerking nodig welke nabij en rondom de patiënt/ burger plaatsheeft. (4,8) De Federatie Medisch Specialisten heeft van netwerkzorg dan ook één van de centrale pijlers gemaakt. (19) Het stimuleren van samenwerking tussen medisch specialisten en huisartsen kan leiden tot verbeterde gezondheidssuitkomsten, verbeterde zorg en minder ziekenhuiszorg. (20) Kortere wachttijden voorkomen vertraging in de diagnose en behandeling en resulteren daarom in betere kwaliteit van zorg. (21) *“Door kennis en expertise te bundelen kunnen we completere zorgplannen ontwikkelen die alle aspecten van de gezondheid van de patiënt omvatten, zoals fysieke, mentale, sociale, omgevings- en financiële factoren. Dit leidt tot betere behandelresultaten en hogere kwaliteit van zorg. Gestroomlijnde processen en taakcoördinatie verhogen de efficiëntie in de zorgketen. Bovendien stimuleert samenwerking innovatie en kruisbestuiving tussen domeinen, wat leidt tot nieuwe inzichten en oplossingen.”* (22)

- Ondanks dat (regionale) samenwerkingen en netwerken steeds vaker als oplossingen worden gezien voor de geschetste uitdagingen, is er geen goed landelijk beeld van wat er regionaal gebeurt ten aanzien van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Niet in termen van het aantal en type initiatieven/projecten, en ook niet in kwantitatieve resultaten. (23)
- Partijen zijn pas bereid om mee te denken als er meer duidelijkheid is met betrekking tot de randvoorwaarden van het veranderproces. Denk aan financiële consequenties, het tijdsplan en de stip op de horizon. (24)
- In de oncologie zag men terug dat de meeste netwerken bottom-up zijn ontstaan, geïnitieerd door zorgprofessionals zelf. Ook bleken de volumennormen in eerste instantie een belangrijke aanleiding. (25) De regio is echter wel onlosmakelijk verbonden met, en gebonden aan landelijke kaders en richtlijnen. (26)

In 2022 hebben 14 partijen het Integraal Zorgakkoord (IZA) ondertekend. Hierin is o.a. afgesproken om meer te gaan samenwerken in de regio. Dit geldt voor samenwerking tussen verschillende onderdelen van de zorg, zoals de huisarts, het ziekenhuis en de thuiszorg. Maar ook voor samenwerking tussen medische zorg en sociale ondersteuning, bijvoorbeeld vanuit gemeenten. *“Domeinoverstijgende (regionale) samenwerking wordt gezien als een van de kansen en ook als cruciaal om zorg te voorkomen, vervangen en verplaatsen waar nodig, en toe te werken naar een meer toekomstbestendig gezondheidssysteem en een zorgzame maatschappij.”* (27)

Artrose is een chronische aandoening waarbij stepped care een algemeen geaccepteerde aanpak is. Dit komt dan ook terug in de richtlijn Conservatieve behandeling van artrose in de heup of knie. (15) Hierdoor zijn er per definitie verschillende (zorg)professionals betrokken. Een bepaalde mate van regionale samenwerking tussen deze professionals lijkt dan ook logisch.

SiRM publiceerde in 2019 een versnellingsagenda artrose van knie en heup (28). Een van de aandachtspunten hierin was: *‘start een onderzoek om condities voor goede regionale netwerken voor zorg voor patiënten met artrose in knie of heup in kaart te brengen en zet in op de ontwikkeling van deze netwerken.’* Een van de verbeteringen die werd aangehaald was *“er moeten nog duidelijke transmurale afspraken gemaakt worden over stepped care.”* Hieraan wordt, ook in lijn met het verbeteringsignalement van Zorginstituut Nederland, verder invulling gegeven met het SKMS-project Regionale Artrosezorg door de lijnen heen.

Zorgorganisatie

Ketenzorg

Ketenzorg is de zorg voor mensen met chronische aandoeningen die de hulp van meerdere zorgverleners nodig hebben. Een zorgketen is een samenwerkingsverband van verschillende typen instellingen en beroepsbeoefenaren in de zorg. (29) Hierin zijn verschillende modellen te onderscheiden: het dienstenmodel, het transfermodel en het kluwenmodel. (30)

Netwerkgzorg

Een zorgnetwerk is de organisatievorm die netwerkgzorg rond individuele personen of groepen met dezelfde kenmerken mogelijk maakt (19). In een zorgnetwerk werken verschillende zorg- en hulpverleners gecoördineerd en grenzeloos, domein-overstijgend samen om de gezondheidssuitkomsten van een (deel)populatie te verbeteren en tot goede, doelmatige en toegankelijke ondersteuning te komen. Drie of meer organisaties/entiteiten stemmen hun inzet en aanvullende diensten op elkaar af en/of ontwikkelen deze om gezamenlijk maatschappelijke uitdagingen op te pakken. Hierbij vormen grenzen tussen organisaties of domeinen niet langer een beperking en zijn de verschillende organisaties bereid om risico's te dragen. Een aandoening-specifiek netwerk is *“een langdurige verbinding van meerdere zelfstandige organisaties/ individuen die zorg verlenen en met elkaar rondom de patiënt de noodzaak ervaren om continu te werken aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg met als doel de kwaliteit van leven van personen met een specifieke aandoening te vergroten.”* (5,19,31,32) Regionale netwerkinitiatieven in de context van de beweging Juiste Zorg op de Juiste Plek zijn wijkoverstijgende netwerken waarbij minimaal drie verschillende actoren betrokken zijn en waarbij gewerkt wordt aan twee of meer interventies. De initiatieven zijn domeinoverstijgend, gericht op zorg, preventie en/of welzijn voor een afgebakende populatie. (33)

Netwerkgzorg wordt gezien als een middel om toe te werken naar waardegedreven en samenhangende zorg en ondersteuning rondom mensen. (5,31) Netwerkgzorg zou daarmee een antwoord zijn op het gefragmenteerde zorgaanbod. (19). Netwerken worden gezien als de gouden standaard om flexibiliteit en commitment samen te brengen. Een netwerksysteem is dan ook een manier om de marktwerking en staatsregulatie in veel landen bij elkaar te brengen. (6)

Het gezamenlijk oppakken van maatschappelijke uitdagingen moet resulteren in een verbetering van toegankelijkheid, kwaliteit, patiënttevredenheid en zorgefficiëntie. (5,19) Een (aandoenings-specifiek) netwerk kan resulteren in: a) het vergroten van kennis en expertise, b) het informeren van patiënten en zorg- en hulpverleners, c) het bevorderen van interprofessionele en multidisciplinaire samenwerking en d) het bevorderen van doelmatige zorg. (31) Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat zorgnetwerken bij kunnen dragen aan een betere gezondheid en lagere kosten. (5)

Een zorgnetwerk kan verschillende activiteiten hebben (31): educatie van patiënten, opleiden van professionals, richtlijnontwikkeling, zorginnovatie, ondersteuning van regionale netwerken, coaching van zorgverleners en zorgorganisaties, toelating & certificering, transparant maken zorgkwaliteit, promotie & communicatie, belangenbehartiging en onderzoek.

Een netwerk is dan ook geen doel op zich, maar is een middel om tot meer samenhangende zorg en ondersteuning rondom mensen te komen. (31,32)

Geïntegreerde zorg

Netwerkgorg kan beschouwd worden als een vorm van geïntegreerde zorg: *"een coherente en gecoördineerde reeks diensten die wordt gepland, beheerd en geleverd aan individuele gebruikers van diensten in een reeks organisaties en door een reeks samenwerkende professionals en informele zorgverleners"*. (34) Geïntegreerde zorg is een manier van werken waarmee de fragmentatie van zorg tegengegaan wordt, m.n. waar dit een negatieve impact heeft op de zorgervaring en -uitkomsten. (35) Geïntegreerde zorg is complex omdat het op verschillende niveaus plaatsvindt, met verschillende interventies, stakeholders en contextuele factoren die het proces en de resultaten beïnvloeden. (36) Geïntegreerde zorg kan beïnvloed worden door verschillende contextuele factoren: innovatie, patiënt- of professionalfactoren, sociale context, organisatiecontext, gezondheidszorgsysteem context en economische, politieke en legale contexten. (36)

Zonder geïntegreerde zorg zal de zorg volgens de WHO verder gefragmenteerd, inefficiënter en onhoudbaar worden. Geïntegreerde zorg gaat niet (per se) over het vervangen van de ene vorm van zorg voor de andere. Iedereen blijft een belangrijke rol spelen, maar er is effectieve coördinatie nodig tussen diensten op verschillende niveaus. (8) Het sleutelprincipe van integrale zorg is de juiste zorg, op de juiste plek en juiste tijd (JZOJP). (8) De essentie van de juiste zorg op de juiste plek is het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health). (37)

Het doel van geïntegreerde zorg is om bij te dragen aan de verbetering van de populatiegezondheid, zorgervaringen en het verminderen van zorg per capita – de **triple aim**. (32,36) Veelgehoorde doelen m.b.t. geïntegreerde zorg zijn het vinden van (andere) oplossingen voor de toegenomen zorgvraag, de behoefte aan een (betere) coördinatie, meer aandacht voor preventie en het voldoen aan nieuwe wet- en regelgeving. (32) Op termijn moet geïntegreerde en persoon-gecentreerde zorg door een betere coördinatie resulteren in minder onnodige/dubbele zorg en dus minder kosten, en minder afval. (8) Geïntegreerde zorg kan tot synergievoordelen en efficiëntievoordelen leiden. Zo hoeft een patiënt zijn verhaal bijvoorbeeld minder vaak te doen (38).

Zorgvragen worden steeds complexer, wat verschillende diensten over traditionele sectoren vraagt. (1) Multidisciplinaire samenwerking is een belangrijk onderdeel van integrale zorg, maar het gaat verder. Een integrale oplossing overstijgt het bestaande portfolio van losse producten. (32) Uiteindelijk zal er een soort continuüm van gezondheidsbevordering zijn: ziektepreventie, diagnose, behandeling & ziektemanagement, revalidatie en palliatieve diensten. (8) Gezondheidssystemen die gericht zijn op de eerste lijn tonen betere gezondheidsresultaten dan systemen die gericht zijn op specialistische zorg. (6) Geïntegreerde zorg waarin de mens centraal staat is volgens de WHO nodig om de verschuiving naar de 1^e lijnszorg te bekrachtigen en operationaliseren. (8)

Uiteindelijk zullen o.a. burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars profiteren van geïntegreerde zorg. In eerste instantie is het echter vooral een conceptueel kader om tot zorgtransformatie en -inrichting te komen. (39)

Regionale samenwerking

Het regionaal samenwerken wordt gedefinieerd als het samenwerken in een gebied dat groter is dan het eigen schaalniveau. (18) Het gaat om een samenwerking waarin meerdere organisaties of entiteiten aanvullende diensten op elkaar afstemmen of ontwikkelen t.b.v. een bepaalde cliëntgroep. (32) Daarmee is een regionale samenwerking vaak ook domein-overstijgend. (18) Het gaat daarbij om een verband van publieke en vaak ook private partijen die samenwerken rond één of meerdere uitdagingen/opgaven in een geografisch gebied. (18) Gezondheidsopgaven hangen vaak samen met sociale historie en/of fysieke kenmerken van een streek. Hierbij past gebiedsgericht werken. (18) Regionale netwerken zijn van belang omdat ze dicht bij de daadwerkelijke zorgverlening staan in vergelijking met landelijke netwerken. (31)

Door regionaal samen te werken kan men gebruik maken van elkaars kennis, kunde en capaciteit. Dit zou kunnen leiden tot nieuwe investeringsruimte en organisatiekracht om de kwaliteit en toegankelijkheid van diensten op peil te houden en kosten te beheersen. (18) De capaciteit kan efficiënter ingezet worden, het zorgaanbod meer gepersonaliseerd worden en het werkplezier verhoogd worden. (40) Evaluatie van gezondheid, kwaliteit van zorg en/of kosten van interventies in regionale samenwerkingen geven een overwegend positief beeld. (41) Er zijn verschillende vormen van regionale verbanden (18):

- Van taakgericht tot opgabegericht
- Formeel tot informeel
- Van top down tot bottom up
- Van homogeen tot heel divers

Domeinoverstijgende samenwerking

Een domeinoverstijgende samenwerking is een samenwerking die 'de gezondheid van inwoners bevordert door het ontplooiën van verschillende initiatieven gericht op het verplaatsen, voorkomen en/of vervangen van zorg, welzijn en ondersteuning'. (42) Domeinoverstijgende samenwerking richt zich op het delen en/of integreren van kennis, expertise, hulpmiddelen en werkzaamheden tussen organisaties uit twee of meer domeinen. (23) De term 'domein' verwijst hier naar de bestaande wetten en bijbehorende financiële kaders. (43)

Domeinoverstijgende samenwerking kent verschillende voordelen: schaalvoordelen, vergroten onderling vertrouwen en begrip, collectief leren, project-overstijgende samenwerking en het leidt tot nieuwe, blijvende infrastructuur. (42) Daarnaast zijn er ook enkele potentiële risico's: beperkte doelmatigheid, laag tempo door complexe besluitvorming en netwerkdruk. (42)

Een inventarisatie resulteerde in 7 bouwstenen voor een domeinoverstijgende samenwerking (42):

1. Monitoring en evaluatie,
2. Differentiatie op doelgroepen,
3. Organisatie en governance vraagstukken,
4. Bekostiging en financiering,
5. Samenwerking met burgers/patiënten,
6. ICT en gegevensuitwisseling
7. Veranderkracht en lerend vermogen.

Iedere organisatie heeft een andere cultuur en inrichting. Er bestaat dus geen blauwdruk voor domeinoverstijgend samenwerken. (9) Er zijn verschillende aanvliegroutes denkbaar richting een domeinoverstijgende samenwerking. Zo zit er verschil in schaalgrootte, bottom-up vs. top-down benadering, het moment van zoeken naar structurele bekostiging, financiering, mate van samenwerking met burgers en het bedrijfsleven en de mate van gestructureerd en planmatig werken en de focus op monitoring en data-gedreven werken. (42) Er wordt van borging gesproken als nieuwe manieren van denken en doen ingesleten zijn. Transformatie is gerealiseerd als zorg blijvend voorkomen, vervangen en/of verplaatst is en er blijvend andere vormen van samenwerken, financieren, monitoren, gegevens delen etc. zijn ontstaan. (42)

Potentiële nadelen regionale, domein-overstijgende samenwerking

Ook zijn er potentiële nadelen aan een domeinoverstijgende samenwerking. Zo zou de doelmatigheid beperkt kunnen worden door hoge investeringskosten, kunnen werkzaamheden door complexe besluitvormingsprocessen vertraagd worden en bestaat het risico op netwerkdrukte. (38,42,44)

Daarnaast is het de vraag of regionalisering niet haaks staat op digitalisering van de zorg: meer inzet op zorg op afstand, waardoor de zorg tot op zekere hoogte losgekoppeld zou kunnen worden van geografische grenzen en verzorgingsgebieden. (18) Ook is er steeds meer kritiek op de ziekte-specifieke aanpak, aangezien het risico bestaat dat de zorg voor mensen met een complexe zorgvraag versnipperd. (5)

Anderhalve lijn

Anderhalvelijnszorg is een vorm van substitutie waarbij er een brug geslagen wordt tussen de eerste en de tweede lijn. Het doel is om laagdrempelige zorg dicht bij huis aan te kunnen bieden, onnodige verwijzingen naar de tweede lijn te voorkomen en om kennisoverdracht tussen specialisten en huisartsen te stimuleren. (45) *“Bij anderhalvelijnszorg is er sprake van afstemming, samenwerking en kennisdeling tussen een zorgverlener uit de eerstelijnszorg – zoals de huisarts – en een zorgverlener uit de tweedelijnszorg – zoals een medisch specialist uit een ziekenhuis / kliniek. Het betreft dus een (intensief) samenwerkingsverband tussen huisartsen en medisch specialisten.”* (46)

Het is daarmee zorg op het grensvlak van chronische eerstelijnszorg en minder complexe tweedelijnszorg; zorg die eerst door een medisch specialist in het ziekenhuis verleend werd, wordt verplaatst naar een gezondheidscentrum, huisartsenpraktijk, wijkkliniek of verpleeghuis. Wel is het zaak om de juiste zorgprofessional, met het juiste profiel, op de juiste plek te zetten. Een subspecialist met een smalle scope lijkt hiervoor minder geschikt. (21) Daarbij zijn er verschillende varianten denkbaar, o.a.: versterking van de eerstelijnszorg of een anderhalvelijnscentrum /-kliniek. (47) Anderhalvelijnszorg is dan ook bedoeld voor laagrisicopatiënten met niet-acute en laagcomplexere gezondheidsklachten. (45)

Uit een evaluatie van verschillende anderhalvelijns pilots rondom knie- en heupartrose bleek dat anderhalvelijnszorg een aantal positieve gevolgen heeft: verbeterde interdisciplinaire communicatie, betere toegankelijkheid van de zorg, toename in kennis en vaardigheden van huisartsen en een hoge patiënttevredenheid. Er werd niet direct een afname in de hoeveelheid

verwijzingen naar tweedelijnszorg orthopedie waargenomen. Wel nam het percentage verwijzingen naar de fysiotherapeut toe. (48) Een onderzoek naar de effecten van PlusPunt MC in Limburg toonde aan dat – ondanks het feit dat er geen duidelijke zorgsubstitutie zichtbaar was in de regio – de kosten voor patiënten die verwezen werden naar PlusPunt MC significant lager waren dan voor patiënten die naar reguliere ziekenhuiszorg verwezen werden. (45) Er zijn niet veel studies die de effectiviteit van substitutie-initiatieven hebben onderzocht. Vaak gaat het om kleine initiatieven met gedeelde huisarts-specialist consultatie. Een aantal studies tonen aan dat gedeelde consulten leidden tot 33% minder verwijzingen naar de 2e lijn. 43,8% van de patiënten werd alsnog doorverwezen naar de tweede lijn. (21)

Toch zijn er ook nadelen aan een anderhalvelijn setting, waaronder: minder toegang tot specialistische apparatuur en een ervaren hogere werkdruk in de 2^e lijn. (48) Er dient dan ook vooraf bepaald te worden welke zorgproducten wel of niet substitueerbaar zijn naar een anderhalvelijn setting. (45) Het is belangrijk om vooraf goed in kaart te hebben welke diagnostische testen in de visie van anderhalvelijn vallen. Dit is ook relevant voor kosteneffectiviteit en patiënt-gecentreerde zorg. (20)

In anderhalvelijnszorg en/of substitutie van zorg schuilt dan ook het gevaar van een ‘double care loop’ en de inzet van steeds meer en duurdere apparatuur buiten het ziekenhuis. (21) Daarnaast dient er rekening gehouden te worden met volume, planning en duur van consulten, kwaliteit van zorg, gezondheidsstatus van patiënten en kosten. (20)

Zorgpad

Een zorgpad is een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader. (8) Een zorgpad kan daarbij, net als protocollen, richtlijnen en formularia helpen om integrale zorg tot nieuwe routine en schaalbaar te maken. (39)

Het doel van een zorgpad is om de zorg voor patiënten transparant te maken, te standaardiseren en te optimaliseren door de interventies stapsgewijs te beschrijven. Dit moet leiden tot efficiënte en doelmatige zorg, waarbij wordt nagestreefd om mensen zo lang mogelijk in de eerste lijn te behandelen en een operatieve ingreep uit te stellen. Dit moet de kwaliteit van zorg verbeteren, over de grenzen van een organisatie heen, door zorgindicatoren te optimaliseren. Zo laat onderzoek zien dat variabiliteit en gebrek aan homogeniteit tussen (para)medici mogelijk verbeterd kan worden met een zorgpad en dat deze de kwaliteit van de zorg zodoende kan optimaliseren. (49) Resultaten van zorgpaden lijken echter wisselend als het gaat om gezondheidsuitkomsten en doorverwijzingen naar de 2^e lijn. (49)

Persoons geeft een aantal randvoorwaarden voor de inrichting van een zorgpad (49):

- er dient aandacht besteed te worden aan de evaluatie van het behandel-effect
- bevorderende factoren voor een zorgpad zijn heldere richtlijnen en uniformiteit. Ook heldere informatie aan patiënten en zorgprofessionals over de inhoud van het zorgpad en de interventies zijn belangrijk.
- er dient duidelijk vermeld te worden wanneer er wel of geen diagnostiek plaats moet vinden.

Persoons analyseerde in zijn onderzoek verschillende artrosezorgzorgpaden in en buiten Nederland (49):

- in een groot deel van de onderzochte zorgpaden staan de volgende processen beschreven voor de huisarts: educatie en leefstijladviezen, pijnbestrijding, het zetten van intra-articulaire injecties en verwijzing naar andere zorgprofessionals. Indien er gebruik gemaakt wordt van een stappenplan gebeurt dit in drie, vier of vijf stappen.
- De processen van de fysiotherapeut zijn in bijna alle onderzochte zorgpaden beschreven. Oefentherapie komt daarin overal terug, en educatie in een groot deel van de onderzochte zorgpaden.
- In het merendeel van de zorgpaden wordt geadviseerd te verwijzen naar de diëtist indien er sprake is van overgewicht of obesitas.

Stepped care

Stepped care is een vorm van substitutie om onnodige verwijzingen vanuit de 1e naar de 2e lijn te voorkomen. Door in zorgpaden samenwerkingsafspraken tussen verschillende zorgverleners vast te leggen, wordt gestreefd naar kwalitatief goede en doelmatige zorg. (45) Stepped care is daarmee een vorm van geïntegreerd beleid. Hierbij vindt de evidence-based (gebaseerd op richtlijnen) behandeling stapsgewijs plaats waarbij eerst wordt begonnen met de behandelingen die voor de patiënt goed toegankelijk zijn, met een hoge mate van eigen regie, en waarbij de belasting voor de patiënt en het risico op bijwerkingen gering zijn, voordat wordt overgegaan op vaak complexere, duurdere en meer belastende behandelingen met een hoger risico op bijwerkingen of complicaties. (15) Dit wordt nu ook doorgetrokken naar matched care: zorg en ondersteuning worden afgestemd op de hulpvraag, behoefte en mogelijkheden van de persoon. (50)

In het geval van knie- en heupartrose zijn er verschillende ondersteunings- en behandelingsvormen, welke in de (para)medische richtlijnen bij elkaar komen in een stepped care benadering. Deze ondersteunings- en behandelingsvormen lopen uiteen van conservatief (o.a. huisarts en fysiotherapeut) tot invasief (o.a. prothese). Deze stepped care benadering kan regionaal georganiseerd worden en vastgelegd worden in een zorgpad. Het niet opvolgen van richtlijnen kan leiden tot onnodig hoge zorgkosten, onnodige beeldvormende diagnostiek en onnodige behandeling. (45)

Stepped care en een zorgpad dragen daarmee bij aan de Juiste Zorg op de Juiste Plek – het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg en het vervangen van zorg. (37,49)

Bronnen

1. Zonneveld N, Raab J, Minkman MM. Towards a values framework for integrated health services: an international Delphi study. BMC health services research. 2020;20:1-13.
2. De basis op orde: uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; 2023.
3. Infographic Juiste Zorg op de Juiste Plek: De regio in beweging. InEen;
4. Vincken J. INSPIRATIE EN LESSEN UIT DE LEERGANG REGISSEREN VAN (REGIONALE) SAMENWERKING IN DE ZORG. Nyenrode Business Universiteit; 2021.
5. Valentijn P. Zorgnetwerken die werken: De sleutel tot betere uitkomsten. Hierden: Essenburgh Training & Advies. 2019;
6. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. International journal of integrated care. 2013;13:e010.
7. Valentijn P. Waardecreatie door integratie van zorg. De eerstelijns. december 2015;28.
8. Organization WH. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. World Health Organization; 2015.
9. Benning K, Dahmen S, Van het Erve R. Wegwijzer: aan de slag met domijnoverstijgend samenwerken. Vilans; 2021.
10. Benning K, Berkelaar M, Dahmen S, Van der Veer K. Domeinoverstijgende financiering: grip op verschuivende kosten en baten. Vilans; 2020.
11. ReumaNederland. Artrose [Internet]. Beschikbaar op: <https://reumanederland.nl/reuma/vormen-van-reuma/artrose>
12. Van der Lucht F, Den Boer G, Buijs M, Deuning C, Hilderink H, Plasmans M, e.a. Trendsceario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 [Internet]. Bilthoven: RIVM; 2024. Beschikbaar op: www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/vtv-2024/trendscenario
13. De Weerdt AC, Gouwens S, Koopmanschap MA, Van der Meer A, Kommer GJ. VZInfo. Artrose | Zorguitgaven. Beschikbaar op: <https://www.vzinfo.nl/artrose/zorguitgaven>
14. Verbetersignalement zorg bij artrose van knie en heup. Zorginstituut Nederland; 2014 jun.
15. Richtlijn: Conservatieve behandeling van artrose in heup of knie. [Internet]. Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten; Beschikbaar op: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/artrose_in_heup_of_knie/startpagina_-_heup_of_knieartrose.html
16. Tussentijdse evaluatie Artrose van knie en heup. Zorginstituut Nederland; 2021 mrt.
17. Stepped care en regionale verschillen in artrosezorg, een analyse van de zorg voor knie- en heupartrose in de huisartsenzorg, fysiotherapie en orthopedie. [Internet]. Nza; 2025. Beschikbaar op: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_800456_22/
18. Groenleer M. De regio als redding?: Over de governance van ruimte en plaats in de netwerksamenleving. 2016;
19. Glimmerveen L, Zonneveld N, Michgelsen J, Spierenburg M, Dahmen S, Wijk EV, e.a. De governance van netwerkzorg ontrafeld. Waarom 'samen sturen' belangrijk én ingewikkeld is. 2020 [geciteerd 4 februari 2025]; Beschikbaar op: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.33747.40486>
20. van den Bogaart EH, Spreeuwenberg MD, Kroese ME, van den Boogaart MW, Boymans TA, Ruwaard D. Referral decisions and its predictors related to orthopaedic care. A retrospective study in a novel primary care setting. PLoS One. 2020;15(1):e0227863.
21. Smeele P, Kroese ME, Spreeuwenberg MD, Ruwaard D. Substitution of hospital care with primary care plus: differences in referral patterns according to specialty, specialist and diagnosis group. BMC Family Practice. 2019;20:1-8.
22. Héman R. Bouwen op vertrouwen: de basis voor samenwerking in de zorg [Internet]. 2024. Beschikbaar op: <https://www.medischcontact.nl/actueel/federatienieuws/federatiebericht/bouwen-op-vertrouwen-de-basis-voor-samenwerking-in-de-zorg>
23. Van Vooren NJE, Drewes HW, De Weger E, Bos C, Vugts MAP, Baan CA, e.a. Lerende evaluatie Juiste Zorg op de Juiste Plek Update 2021. RIVM; 2021.
24. van Vooren NJE, Steenkamer B, Kemper PF, Hendriks RJ. Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem: Landelijke Monitor Proeftuinen–reflectie op 5 jaar proeftuinen. 2018;
25. Middelveltdt I, Wildeboer A, Fröhlke M, Regts G, Reindersma T. De ontwikkeling van oncologienetwerken in Nederland Inventarisatie 2021. 2022.
26. Schuurmans J, Van der Woerd O, Bal R, Wallenburg I. Regionalisering in de ouderenzorg. Beleid en Maatschappij. 2022;49(3):220-39.
27. Keij B, Vugts M, Van Vooren N, Scheefhals Z, Reckman P. IZA-deelmonitor. Naar meer regionale samenwerking Nulmeting. RIVM; 2024.
28. SiRM. Versnellingsagenda Artrose van knie en heup. 2019 feb 12.
29. ACM. Richtsnoeren voor de zorgsector [Internet]. 2010. Beschikbaar op: <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/7083/Richtsnoeren-voor-de-zorgsector>
30. Donkers E, Bras A, Dingenen E v. Ketens met karakter. Medisch Contact. 2008;19:822-4.
31. Eimers M, Tiemessen M. Handreiking aandoeningspecifieke netwerken. ParkinsonNet; 2019.
32. Minkman M. Innovatie van organisatie en governance van integrale zorg. 2017.
33. Van Vooren NJE, Bos C, De Bruin J, Klein PPF, Struijs JN, Drewes HW. Bijlage Achtergrond regionale netwerkiniciatieven. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2021.
34. Ahaus K. Organiseren van waardegedreven zorg vanuit patiëntperspectief. MC ESHPM; 2020.
35. Goodwin N. Understanding integrated care. International journal of integrated care. 2016;16(4):6.

36. Zonneveld N, Driessen N, Stüssgen RA, Minkman MM. Values of integrated care: a systematic review. *International journal of integrated care*. 2018;18(4):9.
37. Taskforce Zorg op de Juiste Plek. Rapport Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. 2018.
38. Zonneveld N, Stouthard L, Dahmen S, Van Wijk E. De schaal van netwerkzorg. Vilans; 2021.
39. CZ, HuisartsenOZL, Zuyderland. Het Limburgse Zesknoppenmodel van Integrated Care. 2021.
40. VAN DER KEMP, M, VAN REEUWIJK L, VAN DER LINDE M. De Netwerkzorg Dichtbij Wijzer. 2021.
41. Drewes HW, Van Vooren NJE, Steenkamer B, Kemper PF, Hendriks RJ, Baan CA. Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem: Landelijke Monitor Proeftuinen – reflectie op 5 jaar proeftuinen. RIVM; 2018.
42. Pluut B, Waaijer K, Te Marvelde D, De Boer V. Verkenning domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's): Uitdagingen en kansen voor toekomstige ondersteuning. 2022.
43. van Volksgezondheid M, en Sport W. Handreiking domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw-Publicatie-Zorginstituut Nederland. 2023;
44. Roest M. Netwerken en samenwerking: Voor het verbeteren van patiëntveiligheid. 2023;
45. Van den Bogaart E, Quanjel T, Kroese M, Spreeuwenberg M, Hamelers N, Westra D, e.a. Monitoring en evaluatie van substitutie van zorg in drie Limburgse proeftuinen. Maastricht University: Maastricht, The Netherlands. 2019;
46. Valentijn P. Wat is anderhalvelijnszorg? [Internet]. 2022. Beschikbaar op: <https://www.essenburgh.com/wat-is-anderhalvelijnszorg/#:~:text=Definitie%20van%20anderhalvelijnszorg&text=Bij%20anderhalvelijnszorg%20is%20er%20sprake,specialist%20uit%20een%20ziekenhuis%20%2F%20kliniek>.
47. HAN University of Applied Science. Anderhalvelijnszorg met PA en VS [Internet]. Beschikbaar op: <https://anderhalvelijnszorg-zorgmasters.nl/content/achtergronden/anderhalvelijnszorg-met-pa-en-vs/>
48. Schiphof D, Arslan I, Voorbrood V, Stitzinger S, van de Kerkhove MP, Rozendaal R, e.a. Anderhalvelijnszorg voor knie- en heupartrose. *Huisarts en wetenschap*. 2022;65(6):10-5.
49. Persoons S. Inventarisatie van zorgpaden voor mensen met artrose. Wat kunnen we ervan leren? 2023.
50. Sijben M, Bolleers C, Freijer K. Netwerkaanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas. Erasmus MC; PON - Partnerschap Overgewicht Nederland; 2023.

Knelpuntanalyse regionale samenwerking

Inhoud Knelpuntanalyse regionale samenwerking

Knelpuntanalyse regionale samenwerking	15
Leiderschap en organisatie netwerk	16
Aantonen meerwaarde & legitimiteit	18
Bekostiging netwerk	19
Samenwerking met beroepsverenigingen	23
Betrekken patiënten en verenigingen	24
Samenwerken in regionale netwerken	24
Beschikbaarheid en toegankelijkheid	28
Stellen kwaliteitseisen	29
Informatie-uitwisseling	29
Samenwerking generalisten	31
Casemanagement	32
Landelijk verbeter signalement	37
Bronnen	33
Uitwerking uitvraag regionale initiatieven	34

De organisatie van regionale samenwerking in de zorg kent vele aspecten. Om die reden zijn er ook verschillende uitdagingen die getackeld dienen te worden, en belemmeringen of knelpunten die deze uitdagingen vergroten. Deze belemmeringen ontstaan vaak uit bepaalde spanningsvelden.

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving identificeerde in 2022 vijf balanceeracts zijn die om voortdurende aandacht vragen bij regionalisering (1):

- maatschappelijke behoefte en institutionele borging
- co-creatie en representatie
- focus en breedte
- ruimte en kaders
- sturen en volgen (rijk vs. regio)

In het verlengde daarvan zijn er volgens Minkman (6) een zestal spanningsvelden te onderscheiden rondom integrale zorg:

- Autonomie bewaren vs. gezamenlijkheid voorop stellen
- Professioneel of organisatiebelang vs. cliëntbelang
- Wantrouwen vs. vertrouwen
- (Onzekere) investering vs. rendement
- Waarden van de organisatie vs. waarden vanuit integraliteit
- Behoud van inkomsten of macht vs. minder middelen of status

De WHO onderscheidt op haar beurt, in lijn met de bovenstaande afwegingen, een drietal sleuteluitdagingen als het op de organisatie van geïntegreerde zorg aankomt (2).

1. Systeem-gerelateerde uitdagingen
2. Persoonsgerelateerde uitdagingen
3. Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen

In de Handreiking aandoening-specifieke netwerken (3) worden 11 veelvoorkomende uitdagingen benoemd.

- Leiderschap en organisatie netwerk
- Aantonen meerwaarde
- Bekostiging netwerk
- Samenwerking met beroepsverenigingen
- Betrekken patiënten en verenigingen
- Samenwerken in regionale netwerken
- Beschikbaarheid en toegankelijkheid
- Stellen kwaliteitseisen
- Informatie-uitwisseling
- Samenwerking generalisten
- Casemanagement

➤ [Handreiking Netwerkgang](#)

Peeters et al. (4) hebben op hun beurt 279 factoren geclusterd in 30 categorieën die bijdragen aan de effectiviteit van netwerken.

➤ [Effectiviteit van netwerken in de zorg | Maastricht University](#)

Leiderschap en organisatie netwerk

Governance

Een regionale besturingsvorm kan wenselijk zijn om overkoepelende keuzes in de regio te maken. (5) De governance van integrale zorg is echter moeilijk te organiseren. (6) Er zijn verschillende netwerkniveaus te onderscheiden, elk met eigen dilemma's op het gebied van governance. (7)

1. **Niveau 1** - binnen een enkele subgroep (binnen een 'platform', 'overleg', 'werkgroep' waarin netwerkliden elkaar ontmoeten);
 - a. **Dilemma 1:** *inclusief vs. efficiënt*
 - b. **Dilemma 2:** *open afstemmen vs. nieuwe kaders*
 - c. **Dilemma 3:** *gelijkwaardigheid vs. diversiteit*
2. **Niveau 2** – tussen verschillende subgroepen;
 - a. **Dilemma 1:** *gezamenlijkheid vs. organiseerbaarheid*
 - b. **Dilemma 2:** *verbinding borgen vs. wendbaarheid*
 - c. **Dilemma 3:** *sturen in vs. vanuit netwerk*
3. **Niveau 3** – tussen activiteiten in het netwerk en de afzonderlijke organisaties;
 - a. **Dilemma 1:** *autonomie vs. integrale netwerkorganisatie*
 - b. **Dilemma 2:** *handelingsruimte vs. draagvlak*

- c. **Dilemma 3:** *interne efficiëntie vs. extern meebewegen*
4. **Niveau 4** – tussen het netwerk en andere initiatieven of stakeholders in hetzelfde werkgebied.
- a. **Dilemma 1:** *generalistisch vs. specialistisch*
- b. **Dilemma 2:** *eigenheid vs. uniformiteit*
- c. **Dilemma 3:** *stabiliseren vs. uitbreiden*

Deze dilemma's kunnen verschillende belemmeringen opwerpen. Zo kunnen verschillen in belangen een belemmerende factor vormen, de autonomie van professionals kan bedreigd worden, en de rol en dominantie kunnen in twijfel getrokken worden. (2,8) Een gebrek aan (interne) gelijkgerichtheid maakt het zorgsysteem minder flexibel. (9)

Hoge werkdruk en personeelstekort vormen daarnaast ook een knelpunt in organisatie- en governancevraagstukken binnen domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden. (10) Governance en verantwoordelijkheidsmechanismen zijn nodig voor goed beleid en plannen. Deze zijn nu vaak nog ziekte-specifiek en niet populatiegericht. Daarnaast zijn ze gebaseerd op financiering en macro-economisch beleid. (2)

Ook zijn de structuuronderdelen in het zorgsysteem (wetgeving, financiering en toezicht) niet opgelijnd met elkaar. Zo heeft toezicht geen focus op overbehandeling, wat door financiële prikkels gestimuleerd kan worden. (9)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Personeelstekort	Hoge werkdruk en personeelstekort	Hoge werkdruk
Geen optimale oplijning wetgeving, toezicht en financiering.	Niet-populatiegerichte governance- & verantwoordelijkheids-mechanismen	In twijfel trekken van rol & dominantie
	Een gebrek aan gelijkgerichtheid/ verschillen in belangen	Behoud autonomie zorgprofessionals

Leiderschap

Met het oog op leiderschap lijkt het inzetten op visionair leiderschap een succesvolle strategie, als de stakeholders de leider en achterliggende organisatie vertrouwen. Als de samenwerking wordt geleid vanuit een dominante organisatie, kan dit echter een belemmering zijn voor de samenwerking. (11)

De grootte van een ziekenhuis kan ook belangrijk zijn. Deelnemers van netwerken verwachten niet te veel van een kleine groep professionals uit een kleiner ziekenhuis, maar tegelijkertijd mag een groter ziekenhuis niet alles gaan bepalen of te veel het voortouw nemen. (12)

Daarnaast ontbreekt het ook aan regie op systeemniveau: veel instanties zijn met hetzelfde bezig. (12)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Regie op systeemniveau ontbreekt	Balans leiding vs. dominantie	Vertrouwen & verwachtingen
	Vertrouwen & verwachtingen	

Schaalgrootte: mandaat, besluitvorming & opschaling

Schaalgrootte is in zekere zin een randvoorwaarde voor een succesvolle samenwerking in de zorg. Echter, hoe groter de schaal, hoe complexer de besluitvormingsprocessen. (10) Ook kan een te snelle opschaling leiden tot een vertroebeling van de missie en doelen van een samenwerkingsverband. (13) Een te vrije manier van samenwerking kan ervoor zorgen dat een netwerk minder effectief is. Enig mandaat is daarom vereist. (4) Het kan belemmerend werken als netwerkdeelnemers (achteraf) niet het juiste mandaat blijken te hebben. (12) Een ander potentieel knelpunt is het feit dat contactpersonen van betrokken partijen vaak kunnen wisselen. Dit kan vertragend/ belemmerend werken in een samenwerking. (14)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Regio-indeling	Complexe besluitvormingsprocessen	Wisseling contactpersonen
	Opschalingssnelheid	Netwerkdeelnemers hebben geen/ onvoldoende mandaat
	Wisseling contactpersonen	
	Minder effectiviteit netwerk bij vrijblijvende samenwerking	
	Netwerkdeelnemers hebben geen/ onvoldoende mandaat	

Bestuurlijke betrokkenheid

Het kan, zeker bij grotere netwerken, het geval zijn dat Raden van Bestuur van ziekenhuizen betrokken worden bij de netwerken. Een mogelijk knelpunt daarbij is dat zij, net als zorgverzekeraars, op meerdere borden schaken. Dit kan onderhandelingsprocessen ingewikkeld en tijdrovend maken. Raden van Bestuur zijn daarbij vaak geen voorstander van een bestuursvorm neigend naar een rechtspersoon, aangezien ze dan zelf minder zeggenschap hebben. Een samenwerkingsovereenkomst mag er echter niet toe leiden dat het ene ziekenhuis iets te zeggen heeft over het andere. (12)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Betrokken RvB en zorgverzekeraars 'schaken op meerdere borden.'	Betrokken RvB en zorgverzekeraars 'schaken op meerdere borden.'	

Veranderende werkwijze

Een veranderende werkwijze kan weerstand oproepen bij organisaties en professionals.

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
	Weerstand tegen veranderende werkwijze	Weerstand tegen veranderende werkwijze

Aantonen meerwaarde & legitimiteit

Passende zorg is lastig inzichtelijk te maken vanwege beperkingen van de huidige registratiesystemen. (15) Aan de andere kant kan een gebrek aan inzicht en legitimiteit de effectiviteit van een netwerk verminderen. (4) Veel datasystemen zijn gericht op intern gebruik en financiële administratie, niet op patiëntniveau. Informatie over zorgpaden, effectiviteit en

uitkomsten zijn daarom niet makkelijk bruikbaar als input voor analyses op effectiviteit en gemaakte kosten. (9)

Een gebrek aan meetbare resultaten kan belemmerend werken. (6) Ook laat de kwaliteit en bruikbaarheid van data nog veel te wensen over. Data zijn niet altijd volledig, onjuist of niet tijdig. Het is dan ook lastig te beoordelen in hoeverre beschikbare data bruikbaar is. (9) Middels afgesproken datasets en zorginformatiebouwstenen (ZIBs) wordt gewerkt aan regionale en landelijke architectuur waarin zorg voor de patiënt vanuit alle zorgaanbieder wordt vastgelegd. Implementatie gaat echter langzaam doordat er onvoldoende landelijke inrichting en beheer is van de informatiesystemen. (9) Ook ontbreekt het aan transparante reële kostprijberekeningen, wat het niet mogelijk maakt om te vergelijken op uitkomsten en werkelijke kosten. (9)

Uitwisseling van data is zowel technisch, als juridisch een grote uitdaging. Er is inconsistentie van registratie, onverenigbaarheid van digitale systemen en gebrekkige toegang tot en koppeling van data. Dit belemmert het meten, vergelijken en sturen op waarde of doelmatigheid t.b.v. het netwerk. (12) De inrichting van dergelijke systemen komt vaak nog voor rekening van de ziekenhuizen zelf. Zij hebben daar niet altijd ruimte voor. (12)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Beperkingen registratiesystemen (onverenigbaarheid & gebrek aan koppelingsmogelijkheden)	Gebrek aan meetbare resultaten	Volledigheid, tijdigheid & correctheid registratie
Datasystemen zijn onvoldoende gericht op patiëntniveau	Volledigheid, tijdigheid & correctheid registratie	
Onvoldoende landelijke inrichting en beheer van informatiesystemen.	Beperkte (financiële) middelen	
Gebrek aan transparante reële kostprijberekeningen		
Grote technische en juridische uitdagingen bij data-uitwisseling		

Bekostiging netwerk

In veel netwerken ligt de nadruk vooral op het financiële effect. Zeker zodra opbrengsten op een andere plek vallen dan gemaakte kosten. (13) Zorgpartijen ervaren (financiële) belemmeringen bij de verplaatsing van zorg. Zo hebben ze vaak te maken met vaste kosten en een beperkte bereidheid om omzet over te dragen. (16) Zorgaanbieders begroten namelijk vaak op behoud of groei van omzet. Ziekenhuizen hebben van doen met demografische ontwikkelingen, efficiency-slagen en kostenontwikkelingen, en hebben hun bedrijfsplannen vaak afgestemd op groei. Hierdoor werken ze vaak toe naar de realisatie van hun omzetplafond. Dit remt de zorgverplaatsing. (16)

Het wegvallen van een patiëntenstroom in een ziekenhuis kan consequenties hebben voor onderzoekslijnen, het versneld afschrijven van apparatuur en het detacheren van expertise naar andere ziekenhuizen. Dit maakt het onaantrekkelijk om deel te nemen aan netwerken. (12)

Schotten in de zorg

De zorg is georganiseerd in aparte silo's. Elke silo kent eigen specialisaties, belangen, machtsposities en financiering. (17,18) Deze gefragmenteerde bekostiging en organisatie vanuit verschillende zorgwetten en budgettaire kaders leidt tot een gefragmenteerd zorgaanbod (19), wat Juiste Zorg op de Juiste Plek kan hinderen. (5) Samenwerking tussen het medische en

sociale domein is nodig om mensen beter te helpen bij hun functioneren. (18) De WMO, WLZ en ZVW en de daaruit volgende schotten kunnen er bijvoorbeeld toe leiden dat een investering van de ene partij winst oplevert voor een andere partij. (20) Ook is de aanspraak op een vergoeding niet altijd consistent. Een behandeling in het kader van medisch specialistische zorg (bijv. fysiotherapie na medisch specialistische revalidatie), hoeft in de eerste lijn niet binnen de aanspraken van de basisverzekering te vallen. (9)

De huidige bekostigingssystematiek is dan ook weinig flexibel als het aankomt op interdisciplinaire en intersectorale samenwerking. (9) Daarmee stimuleert de huidige bekostiging in het zorgsysteem de triple aim doelen (gezondheid, kwaliteit en kosten) niet. (11) Financieringsschotten kunnen dan ook belemmerend werken bij samenwerkingen. (8) Dit hoeft niet altijd direct het resultaat te zijn van de financieringskaders, maar kan ook komen door informatie-asymmetrie en een gebrek aan vertrouwen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. (11)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Verschil in belangen, kaders & financiering tussen zorgsilo's	Versnippering van zorg	Versnippering van zorg
Gefragmenteerde bekostiging	Verschoven baten en/of wegvallen patiëntenstroom	
Inflexibiliteit bekostigingssystematiek	Inconsistentie aanspraak op vergoeding	
Inconsistentie aanspraak op vergoeding		

Verschoven baten

Disbalans in belangen door een verschuiving van baten bij een herinrichting van het zorgaanbod kan leiden tot wrijving. (21) Tarieven van zorgactiviteiten in het ziekenhuis zijn gebaseerd op gemiddelden. Als 'eenvoudige taken' wegvallen uit een ziekenhuis, vallen de meer rendabele verrichtingen weg, welke nodig zijn om de inzet van complexere verrichtingen te bekostigen. Een afname van artsen leiden tot het niet behalen van kritieke ondergrenzen. (16,21)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Geen bekostiging van 'het laten'	Verschoven baten en/of wegvallen patiëntenstroom	
	Minimum beschikbaarheidsniveau kan in gevaar komen	

Frictiekosten

Samenwerkingsafspraken kunnen leiden tot verlies van omzet, terwijl het kostenniveau niet daalt. (21) Frictiekosten omvatten vooral kosten t.a.v. afbouw van vastgoed en overhead. Gemiddeld bedragen deze ongeveer 30% van de totale kosten. Dit vormt een belemmering voor zorgverschuivingen in het kader van zorg op de juiste plek. Transitiekosten betreffen vaak eenmalige kosten voor bijv. projectuitvoering en innovatie. (16)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
	Frictiekosten	
	Ontoereikendheid transitiekosten	

Bekostiging verrichtingen

In een aantal gevallen is er (nog) geen tariefcode beschikbaar voor de geleverde zorg en wordt de zorg daardoor helemaal niet betaald. (16) Daarnaast wordt (onderlinge) afstemming nu niet (voldoende) beloond. Ondanks succesvolle experimenten blijft structurele inbedding van bekostiging een lastig verhaal. (4, 11) Ook zit er een verschil tussen het moment dat de zorg geleverd wordt, de gemaakte kosten en het moment dat deze wordt vergoed. Hierdoor dient het werkkapitaal voor zorginstellingen groot te zijn, wat vaak door banken of private investeerders gefinancierd wordt. (9)

Als er sprake is van shared care binnen een DBC, kan dit problemen opleveren bij de administratieve en financiële afhandeling. Dit beperkt de patiëntgerichte flexibiliteit van netwerken. (12)

Door productieplafonds in afspraken tussen ZV en zorgaanbieders wordt extra volume in eerste instantie niet vergoed. Dit kan ook een complicerende factor zijn bij het verschuiven van zorg door een samenwerking. (12)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Gebrek aan tariefcode voor geleverde zorg	Vershil in het moment van gemaakte kosten en vergoeding	
Geen bekostiging voor onderlinge afstemming & organisatie	Administratieve en financiële afhandeling van shared care	
	Productieplafonds	

Financiële prikkels

De bekostiging van zorg per activiteit of behandeling (eventueel i.c.m. met een aanneemsom of plafondafpraak) maakt dat zorgaanbieders een financiële prikkel hebben om (te veel) zorg te leveren. Dit sluit niet altijd aan bij de doelen van de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek en kan een belemmering vormen. (5,8) Hierbij wordt het verleggen van de aandacht naar uitkomsten belemmert. (9)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Financiële prikkels zorglevering	Bedrijfsplanning & realisatie van omzetplafond ziekenhuizen	

Onvoldoende differentiatie bekostiging

De inflexibele DBC-structuur biedt onvoldoende ruimte voor differentiatie. Hierdoor passen de tarieven niet altijd bij de werkelijke belasting van tijd en middelen. Hoog- en laagrisico DBC's kunnen leiden tot cherry-picking en lemon dropping. (9)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Inflexibele DBC-structuur	Risico op cherry-picking & lemon dropping	

Risicoverevening

Ondanks het feit dat bijv. zorgsubstitutie van de tweede naar de eerste lijn mogelijk een besparing op zou kunnen leveren voor zorgverzekeraars, is het zeker niet per definitie lonend voor de zorgverzekeraars. Mensen die niet naar de 2^e lijn gaan, komen voor de zorgverzekeraar niet in aanmerking voor (een hogere) vereveningsbijdrage. (22) Risicoverevening zorgt voor financiële compensatie van zorgverzekeraars voor verzekerden met een hoog risico op (hoge) zorgkosten. Een verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn kan daardoor leiden tot een lagere uitkering aan de zorgverzekeraars. Preventieprogramma's en eerstelijnszorg worden namelijk niet meegerekend in de risicoverevening. (9) De potentiële kostenbesparing wordt dus niet altijd voldoende gecompenseerd. De dempende werking van de risicoverevening op de prikkels voor zorgverzekeraars om in te zetten op substitutie kan dus belemmerend zijn. (22)

Eén mogelijke oplossing zou kunnen zijn om diagnose-informatie vanuit huisartspraktijken (bijv. via het ICPC diagnoseclassificatiesysteem) mee te nemen in de risicoverevening. Op deze manier wordt de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars minder afhankelijk van door wie en waar de zorg geleverd wordt. (22)

➤ [Advies passende zorg en risicoverevening | Advies | Zorginstituut Nederland](#)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Het vereveningsmodel	Geen verevening voor zorgverzekeraars bij 1 ^e lijnszorg	

Gebrek aan volgbeleid

Aandacht voor de inhoud van zorg dient meer onderdeel van afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te worden om meer waardegedreven zorg te realiseren. Het feit dat er 10 zorgverzekeraars zijn, zonder volgbeleid, maakt dit erg complex. (9)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Gebrek aan volgbeleid zorgverzekeraars	Gebrek aan volgbeleid zorgverzekeraars	

Externe financiering

Externe financiële stromingen kunnen extra verplichtingen tot verantwoording met zich meebrengen. (13) Ook kunnen externe investeringen het risico vergroten op voortijdige beëindiging. (10)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
	Externe financiële stromingen kunnen extra verplichtingen tot verantwoording met zich meenemen	

Alternatieve financiering

Extra administratie bij alternatieve financiering vormt een drempel. Populatie- of bundelbekostiging zorgen ook voor administratieve lasten. Om zorg in bundels op basis van verrichtingen te bekostigen lijkt tevens meer transparantie nodig en een koppeling tussen zorgkosten en tarieven. Ook kunnen wijzigingen in de bekostiging vele belangen raken: netwerk, instellingen, lijnorganisaties en vakgroepen. Daarnaast is er een verschil in belangen tussen medisch specialisten in loondienst vs. vrijgevestigd. (12)

Verder is het niet toegestaan om 2 DBC's open te hebben staan in 2 verschillende instellingen. Dit kan flexibiliteit in shared care modellen bemoeilijken. Hierdoor kan in sommige gevallen niet voldaan worden aan de wens van de patiënt om dichterbij huis behandeld te worden. (12)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Gebrek aan transparantie en koppeling zorgkosten en tarieven.	Extra administratie bij alternatieve bekostiging	
Wijzigingen in bekostiging kunnen vele belangen raken	Wijzigingen in bekostiging kunnen vele belangen raken	
	Het is niet toegestaan om 2 DBC's te openen in 2 verschillende instellingen	

Organisatie- en/of transitiekosten

Partijen binnen de Zvw ervaren vooral moeilijkheden bij de bekostiging van de indirecte zorgtijd gericht op overleg, coördinatie en (organisatie)infrastructuur die in de praktijk niet (volledig) is toe te rekenen aan individuele verzekerden. Dit belemmert de domeinoverstijgende samenwerking. (23) Daarnaast zijn er niet alleen extra gelden nodig voor de zorgtransformatie zelf, maar ook voor de training van professionals en het oplijnen van de informatiesystemen. (2,16) Ook het gebrek aan afspraken voor het delen van financieel risico kan de effectiviteit van een netwerk remmen. (4)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Geen structurele bekostiging zorgtransformatie (coördinatie/afstemming/organisatie)	Bekostiging oplijning informatiesystemen	
	Bekostiging training professionals	
	Gebrek aan afspraken omtrent delen van financieel risico	

Samenwerking met beroepsverenigingen

Het slaan van een brug tussen de belangen van de verschillende disciplines en de belangen van de patiënt en zijn naasten vormt een uitdaging voor *aandoening-specifieke* netwerken. (3) Bij oncologische netwerken blijkt dat netwerken die verder zijn in de ontwikkeling, deze vaak een verbinding hebben met de wetenschappelijke verenigingen. Bijvoorbeeld voor gezamenlijk onderzoek, een gezamenlijke biobank op te zetten, gezamenlijk in te schrijven op subsidies en de informatievoorziening voor patiënten in de regio op te zetten. (12)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
	Gebrek aansluiting zoeken bij beleid beroepsverenigingen	Verschillende belangen disciplines & patiënt

	Verschillende belangen disciplines & patiënt	
--	--	--

Betrekken patiënten en verenigingen

Samenwerkingsverbanden geven aan dat er eigenlijk verantwoording afgelegd dient te worden aan cliënten/burgers of de maatschappij zelf. In plaats van (alleen) aan andere organisaties, professionals en zorgverzekeraars. Dit gebeurt echter zeker niet altijd. (6) Dit is dan ook een veelgehoorde kritiek als het op regionale samenwerking aankomt. Is de inspraak van burgers, en daarmee de legitimiteit van regionale besluitvorming, wel voldoende geborgd? Op regionaal niveau zijn vaak geen formele democratische controle, verantwoording en toezicht ingericht. (1)

Een ander potentiële belemmering is dat patiënten soms iets anders willen dan dat wat is afgesproken binnen een netwerk. Bijvoorbeeld toch een doorverwijzing naar een ziekenhuis. (12)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
	Gebrek aan verantwoording richting patiënten en burgers & toezicht	Patiëntvoorkeuren

Samenwerken in regionale netwerken

Wet- en regelgeving

Er zijn een aantal beperkingen in wet- en regelgeving in het kader van samenwerken in de zorg. (6,24) Zo mogen er geen afspraken gemaakt worden tussen zorgaanbieders over wie in welke regio bepaalde diensten levert. Ook mogen er onderling geen afnemers verdeeld worden, en mogen er geen afspraken gemaakt worden om niet met elkaar te concurreren. Dergelijke marktverdelingen zijn verboden op basis van de Mededingingswet, aangezien deze concurrentie en de keuzevrijheid van patiënten beperken. (24) Afspraken over een regionale verdeling van zorg mogen alleen gemaakt worden vanuit het oogpunt van kwaliteitsverbetering van zorg en op basis van vermeende urgentie. Daarbij mogen alleen strikt noodzakelijke gegevens met elkaar gedeeld worden. De wet laat in sommige gevallen flink wat ruimte voor interpretatie. Daardoor is deze interpretatie afhankelijk van een betrokken jurist. Soms is er op zorginhoud al e.e.a. opgezet en wordt een RvB en/of jurist er te laat bij betrokken. (12) Naast de landelijke wet- en regelgeving kunnen wet- en regelgeving ook verschillen per organisatie in een netwerk. Ook dit kan belemmerend werken. (4)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Belemmerende landelijke wet- en regelgeving	Kennis m.b.t. wet- en regelgeving	
Ruimte interpretatie wet- en regelgeving	Verschillen in wet- en regelgeving per netwerk	

Concurrentie zorgaanbieders

Zie ook [Wet- en regelgeving m.b.t. concurrentie](#).

Ziekenhuisspecialisatie, substitutie en zorgintegratie vereisen gezamenlijk vertrouwen en samenwerking. Dit gaat echter lastig samen met de (gereguleerde) marktwerking in Nederland. (16) Onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars en aanbieders vormen dan ook een

barrière voor samenwerking. (19) Budgetplafonds van ziekenhuizen zorgen ervoor dat ziekenhuizen niet bereid zijn om omzet over te dragen. Met name ziekenhuizen in de tweede lijn houden sterk vast aan hun omzetplafond. (16) Gezien de verschillende culturen en belangen is het daarom ook maar de vraag of de regio wel de ruimte biedt om structureel anders te gaan werken. (1) Een gebrek aan onderling vertrouwen is uiteraard een belemmerende factor voor netwerkzorg. (4) Naast de concurrentie tussen zorgorganisaties, kan ook de concurrentie tussen werknemers onderling de effectiviteit van een netwerk belemmeren. (4) Bij een veranderende rol- en taakverdeling blijken zorginhoudelijke afspraken en verschuivende patiëntstromen hete hangijzers. Vaak wordt het hele portfolio van ziekenhuizen en de verdeling daarvan in de discussie betrokken. Men zoekt naar een win-winsituatie: voor wat hoort wat. De uitkomst van de verdeling is afhankelijk van personen, de visie, de beleving van de eigen maatschappelijke rol of gerichtheid op financieel resultaat. Netwerken streven daarbij dan naar een verdeling waarbij de totale omzet per samenwerkingspartner ongeveer gelijk blijft. (12)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
	Onderlinge concurrentie & gebrek aan vertrouwen	Onderlinge concurrentie & gebrek aan vertrouwen
	Budget- /omzetplafonds & marktwerking	Culturele verschillen
	Zoeken naar een win-winsituatie	
	Culturele verschillen	

Samenwerking met zorgverzekeraars

Er is een paradox waarbij zorgverzekeraars bij uitstek in de positie zijn om een belangrijke bijdrage te leveren aan toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare netwerkzorg, maar dat daar in de praktijk weinig invulling aan gegeven wordt. Zorgverzekeraars blijven vaak op de achtergrond, maar zij kunnen samen met de NZa de grootste beweging teweeg brengen. (12) Het is van belang dat zorgverzekeraars zelf duidelijkheid geven over de eigen governance en verantwoordelijkheden. Ook zijn mandaat en leiderschap van belang voor een succesvolle samenwerking. Er zijn heldere communicatie en transparantie nodig, waarbij men elkaars belangen kent. (25)

Het is echter moeilijk voor de zorgverzekeraars om de rol als zorginkoper en de strategisch rol te scheiden. (13) Zorgverzekeraars hebben meerdere belangen, wat het lastig maakt in een samenwerking. Het gaat snel over geld, en wellicht minder over kwaliteit. (12) Kwaliteit blijkt in praktijk van oncologische netwerken bijvoorbeeld nauwelijks onderdeel van zorginkoop te zijn. Er is onvoldoende budget en het verkennen van afspraken met een kwaliteitsprikkel vergt veel inspanning en investering. (12) Daarnaast wordt door beide onderhandelaars (zowel vanuit de zorgverzekeraar, als de zorgorganisatie) veel nadruk gelegd op financiële targets. Door inhoud gedreven medewerkers worden meestal niet betrokken bij de onderhandelingen. I.c.m. de korte jaarlijkse cyclus en de achtergrond van de betrokkenen, kan de financiële incentive belemmerend zijn voor het opnemen van meer strategische bewegingen in de afspraken. (9)

Concurrentie tussen zorgverzekeraars kan daarnaast ook een belemmering zijn. In enkele gevallen komen projecten niet van de grond omdat verzekeraars elkaar niet willen volgen. (18) Dat terwijl ondersteuning van één verzekeraar vaak onvoldoende blijkt. Vaak dienen er 3 of meer betrokken te worden. (12) Ook kan het zijn dat de regio's van de dominante zorgverzekeraars niet overlappen met de netwerkregio's. (12) Wisselende eisen vanuit de zorgverzekeraar worden dan ook als belemmering ervaren. (6) Zorgverzekeraars geven op hun beurt aan dat een gebrek aan

gedeeld perspectief of duidelijke beleidskaders (waaronder mededingingsregels) belemmeringen kunnen zijn voor het volgen van elkaars regionale afspraken. (5)

Aanvullend concludeerde de Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek dat ongecontracteerde zorg de coördinatie van een beter en doelmatiger ingericht zorglandschap ondermijnt. (18)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Onderlinge concurrentie zorgverzekeraars	Onduidelijkheid rol zorgverzekeraar in samenwerking	
Gebrek aan gedeeld perspectief of beleidskaders	Onderlinge concurrentie zorgverzekeraars	
Ondermijning door ongecontracteerde zorg	Gebrek aan gedeeld perspectief of beleidskaders	
Geen overlap dominante zorgverzekeraar met netwerkregio	Wisselende eisen en gebrek aan volgeleid vanuit de zorgverzekeraar	
Wisselende eisen en gebrek aan volgeleid vanuit de zorgverzekeraar	Er dienen vaak meerdere zorgverzekeraars betrokken te worden	
	Kwaliteit als onderdeel van zorginkoop	

Regionale monopolies

Door de zorg meer te organiseren in de regio, zijn er minder directe sturingsmogelijkheden voor de overheid. Dit kan ertoe leiden dat dominante partijen, zoals preferente zorgverzekeraars of (netwerken van) grote zorgaanbieders een leidende rol oppakken in de regio. (1) Dit kan samenwerking belemmeren (zie ook [Leiderschap](#)).

Wanneer macht geconcentreerd is bij een beperkt aantal netwerkdeelnemers, kan dit belemmerend werken voor de effectiviteit van een netwerk. (4)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Minder sturingsmogelijkheden vanuit de overheid – risico op monopolie in regio	Minder sturingsmogelijkheden vanuit de overheid – risico op monopolie in regio	
	Concentratie macht bij beperkt aantal netwerkdeelnemers	

Regionale verschillen

Meer beleidsruimte voor regionale verbanden kan ook de deur openen naar regionale verschillen. (1) Deze regionale verschillen en regionalisering lijken tevens haaks te staan op de principes van digitalisering en zorg op afstand, waarbij zorg tot op zekere hoogte juist losgekoppeld zou kunnen worden van geografische grenzen en verzorgingsgebieden. (1) Anderzijds kunnen verschillen in geografische ligging van organisaties ook belemmerend werken voor netwerken. (4)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Regio-indeling	Risico op grotere regionale verschillen door beleidsruimte regio	
Regionalisering staat haaks op principes van zorg op afstand & digitalisering	Regionalisering staat haaks op principes van zorg op afstand & digitalisering	

	Verschillen door geografische ligging organisaties	
--	--	--

Elkaar niet of onvoldoende kennen

Het elkaar niet of onvoldoende kennen vormt een belemmering voor een goede samenwerking. Zo bleek uit onderzoek dat orthopedische chirurgen de opvatting hadden dat oefentherapie niet effectief is bij heupartrose, en niet effectief is wanneer er veel kraakbeenverlies is. Dit vormde een barrière voor het voorschrijven van fysio- of oefentherapie. Het gebrek aan kennis over leefstijladviezen bleek ook een belemmering voor doorverwijzing naar bijvoorbeeld een diëtist. (26) Het elkaar leren kennen dient op verschillende niveaus te gebeuren, daar contactpersonen van betrokken partijen nog eens willen wisselen. Ook dit kan vertragend/ belemmerend werken. (14) Veranderingen binnen het netwerk (bijvoorbeeld in leden, dalende mate van betrokkenheid en verandering in leiderschap) kunnen een negatieve invloed hebben op de effectiviteit van het netwerk. (4)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
	Elkaar onvoldoende kennen	Elkaar onvoldoende kennen
	Wisseling contactpersonen	Wisseling contactpersonen

Scholing

Er is een gebrek aan scholing gericht op werkprocessen. (12) Als netwerkleden het gevoel hebben niet competent genoeg te zijn om een waardevolle bijdrage aan het netwerk te leveren, is dit ongunstig voor de effectiviteit van het netwerk. (4)

In het kader van (regionale) zorgpadimplementatie, is het aan te bevelen om alle betrokken professionals te scholen of minstens te voorzien van informatie over de inhoud en organisatie van het zorgpad. De diversiteit in (regionale) zorgpaden is echter groot, met een grote verscheidenheid aan zorgprofessionals. *“Door gebrek aan uniformiteit bestaat de kans dat niet iedereen op de hoogte is van elkaars processen. Dit kan leiden tot suboptimale zorg.”* (27)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Gebrek aan scholing gericht op werkprocessen	Gebrek aan scholing gericht op werkprocessen	Gebrek aan scholing gericht op werkprocessen
Gebrek aan uniformiteit (regionale) zorgpaden	Gebrek aan uniformiteit (regionale) zorgpaden	

Wet- en regelgeving m.b.t. concurrentie

Zie ook [Wet- & regelgeving](#) en [Concurrentie zorgaanbieders](#).

Binnen de wetgeving is veel mogelijk met betrekking tot samenwerking in de zorg. Echter, sommige afspraken zijn niet in het belang van patiënten en beperken de concurrentie. Er dient rekening gehouden te worden met de ACM. Dit kan belemmerend werken om verplaatsingen van zorg te realiseren; er mag immers alleen over de inhoud van zorg gesproken worden, maar er mogen geen prijsafspraken gemaakt worden om samen goedkoper te worden. (16) Ervaring vanuit oncologische netwerken leert dat men nog onvoldoende op de hoogte is van wet- en regelgeving. Dit leidt tot onzekerheid, wat als belemmering wordt ervaren om een samenwerking te intensiveren. (12)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Beperkingen vanuit wet- en regelgeving ACM	Beperkte kennis wet- en regelgeving	Beperkte kennis wet- en regelgeving

Netwerkdrukke

Gefragmenteerde bekostiging en organisatie vanuit verschillende zorgwetten en budgettaire kaders leidt tot een gefragmenteerd zorgaanbod (19), wat Juiste Zorg op de Juiste Plek kan hinderen. (5) Aandoening-specifieke netwerken zouden versnippering deels tegen kunnen gaan (17), maar kunnen tegelijkertijd resulteren in netwerkdrukke (10,28). Zorgorganisaties begeven zich immers in steeds meer samenwerkingsverbanden. Dit leidt tot netwerkdrukke, wat resulteert in professionele en bestuurlijke drukke, evenals in onduidelijkheid. (29)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
	Risico op netwerkdrukke	Risico op netwerkdrukke

Samenstelling netwerk

Een netwerk kan belemmerd worden als participerende organisaties zich niet primair richten op de zorg, wanneer de financier ook participeert en/of als de organisatiestructuren van de deelnemende organisaties verschillend zijn. (4) Daarnaast kunnen ook historische relaties een effect hebben op de effectiviteit van een netwerk. Negatief, en positief. (4) Uiteraard hebben (lopende) conflicten ook een ongunstig effect op de effectiviteit van een netwerk. (4)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
	Netwerkteelnemers richten zich niet primair op zorg	
	De financier participeert in het netwerk	
	Organisatiestructuren van netwerkteelnemers verschillen	
	Historische relaties kunnen een positief of negatief effect hebben op de effectiviteit van het netwerk	

Stabiliteit van het systeem

Veranderingen in het systeem kunnen ook een negatieve invloed hebben op de effectiviteit. Denk bijvoorbeeld aan veranderingen in wet- en regelgeving, of stelselvormingen. (4)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
(In)stabiliteit van het systeem		

Beschikbaarheid en toegankelijkheid

Door de beleidsmatige nadruk op efficiëntie, schaalvergroting en kwaliteit is er steeds meer taakdifferentiatie en specialisatie in de zorg. Dit is mede de oorzaak van het dreigende tekort aan generalistisch werkende professionals. Hierdoor komen de waarden integraliteit (holistische blik), persoonsgerichtheid, samenhang en populatiegerichtheid onder druk. (19) De specialistische opleiding(en) kunnen de integrale aanpak dan ook indirect belemmeren. (5) Een

gebrek aan generalistisch werkende professionals kan ook effecten hebben op samenwerkingen in de regio. Zorgorganisaties geven aan dat de beschikbare capaciteit bij de ‘ontvangende partij’ een belemmering kan zijn voor zorgverplaatsing. (16)

Een gebrek aan middelen (financieel, personeel en tijd) kunnen de effectiviteit van een netwerk flink in de weg staan. Dit kan ook de duurzaamheid van een netwerk belemmeren. Aan de andere kant blijkt het echter ook belemmerend te werken als bepaalde organisaties juist meer dan genoeg middelen hebben. (4)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Tekort generalistisch werkende professionals	Een gebrek of overschot aan middelen en capaciteit bij netwerkpartners	
Specialistische opleidingen		

Stellen kwaliteitseisen

De huidige verantwoordingssystemen in de Nederlandse zorgsector zijn vooral gericht op individuele organisaties en niet op de regio en de juiste zorg op de juiste plek. (5) Een ander knelpunt is dat er geen landelijke eenheid is voor het meten van kosten.

Veel regionale oncologienetwerken maken bijvoorbeeld gebruik van de PDCA-cyclus om kwaliteit te monitoren, maar hierin wordt vaak – door een gebrek aan eenheid - niet altijd naar het kostenaspect van waardegedreven zorg gekeken. Dit dient door het ziekenhuis zelf uitgezocht te worden. In netwerkverband lijkt hier meer aandacht voor te komen, maar dit lijkt vervolgens weer op gespannen voet te staan met de ACM-regelgeving. Wel zijn er steeds meer best practices beschikbaar (12)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Verantwoordingssystemen zijn niet ingericht op de regio	Onderlinge afspraken m.b.t. kostenmonitoring kunnen op gespannen voet staan met ACM-regelgeving	
Er is geen landelijke eenheid m.b.t. het meten van kosten		
Onderlinge afspraken m.b.t. kostenmonitoring kunnen op gespannen voet staan met ACM-regelgeving		

Informatie-uitwisseling

Ook informatie-uitwisseling blijkt een groot knelpunt. (13) Het slechts beperkt mogen uitwisselen van bepaalde informatie en patiënten, kan laagdrempelige samenwerking belemmeren. (19) Belemmerende factoren zijn: discussies rondom vertrouwen, gebrek aan gezamenlijke definities voor specifieke metingen, onzekerheid van mogelijkheden rondom de privacywetgeving, ethische vraagstukken en technische uitvoerbaarheid. (11) Het ontbreekt aan passende ondersteuning – financieel en/of inhoudelijk om een gezamenlijke verbetercyclus in de regio te doorlopen. (11) Investeringskosten vormen dan ook een belemmering. (12)

Ondanks dat uniforme dataverzameling belangrijk is, wordt het opzetten van een gezamenlijke data-infrastructuur als complex ervaren. Mede door de verschillende registratiesystemen, verschillende manieren van registreren en de beperkte mogelijkheden binnen ICT-systemen om data te koppelen en uit systemen te halen. IT-leveranciers lijken uniformiteit ook tegen te houden. Zij hebben (financieel) belang bij het leveren van maatwerk. Dit wordt in stand gehouden doordat artsen zelf ook denken dat hun specialisme in een bepaalde setting uniek is en mogelijk andere aandachtsgebieden heeft. (9) Er bestaat, bijvoorbeeld tussen oncologische netwerken, dan ook weinig uitwisseling over geschikte waardenmaten, en indicatorensets verschillen vaak. (12)

Ook een gebrek aan kennis en kunde om datasystemen goed in te richten zorgt voor een belemmering. (5) Het gaat bijvoorbeeld om het vragen van toestemming van patiënten om gegevens vast te leggen: de manier waarop, de wijze van vastlegging en de controle daarop. Hierbij kunnen medisch-ethische toetsingscommissies een rol spelen. (12) Ook wordt het delen van gegevens als een risico ervaren – in het kader van data-lekken én in het kader van de ACM (concurrentiegevoelige informatie). (5) Er is weerstand om in openheid data met elkaar te delen, te vergelijken en te bespreken. (9) Zo wordt er geworsteld met de balans tussen openheid en geheimhoudingsplicht (30). Een extra belemmerende factor hierbij is het interpretatieverschil over de eisen en randvoorwaarden waaraan data moeten voldoen. (9) Soms wordt gekozen voor een trusted third party, maar dit brengt vaak hoge kosten met zich mee. (9) In een verkenning heeft de NZa i.s.m. ZiNL en ACM een tiental belemmeringen benoemd. (31)

De drempels die ervaren worden bij het uitwisselen van gegevens resulteren tevens in meer administratieve lasten en versnippering in plannen en eisen, wat op zijn beurt weer resulteert in meer personele schaarste. (19)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Gebrek aan gezamenlijke definities metingen	Gebrek aan gezamenlijke definities metingen	Gebrek aan gezamenlijke definities metingen
(Onzekerheid) AVG/ACM-wetgeving, ethische vraagstukken	Discussies rondom vertrouwen	Discussies rondom vertrouwen
Technische haalbaarheid koppeling & verschillende manieren van registreren	(Onzekerheid) AVG/ACM-wetgeving, ethische vraagstukken	Potentiële verhoging administratieve lasten
Verskil in registratiesystemen & moeite om data te koppelen	Technische haalbaarheid koppeling & verschillende manieren van registreren	Ervaren uniciteit zorgprofessionals
Belang bij maatwerk door IT-leveranciers	Gebrek aan passende ondersteuning (financieel/ inhoudelijk)	
Ervaren uniciteit zorgprofessionals	Gebrek kennis & kunde inrichting datasysteem	
	Hoge investeringskosten (bijv. voor trusted third party)	
	Verskil in registratiesystemen & moeite om data te koppelen	
	Ervaren risico's bij het delen van data	
	Interpretatieverschil over de eisen en randvoorwaarden	
	Potentiële verhoging administratieve lasten	

Samenwerking generalisten

Samenwerking kan bijdragen aan de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Een patiënt die gezien wordt op de verkeerde plek door een zorgverlener met een niet-passend referentiekader, loopt onnodige risico's, kan onnodige schade oplopen en kan onnodige kosten genereren. Omgekeerd, door raadpleging van de huisarts door de specialist kan voorkomen worden dat kwetsbare mensen met multimorbiditeit worden blootgesteld aan gefragmenteerde overbehandeling door superspecialisten. (18) Een goede samenwerking met generalisten is dan ook van belang.

Belasting eerste lijn

Huisartsen hebben een volle werkweek. Ze zijn vaak niet bereid en in staat om zorg van ziekenhuizen over te nemen, zonder financiële compensatie voor extra verpleegkundigen of ondersteunend personeel. (12)

Zie ook: [Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn](#)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
	Huisartsen zijn veelal niet in staat om zorg van ziekenhuizen over te nemen zonder financiële compensatie.	

Organisatiegraad 1^e lijn

De eerste lijn heeft, in tegenstelling tot de tweede lijn, geen omzetplafonds en ontvangt vergoeding voor extra verrichtingen. De belangrijkste belemmering van/ in de eerste lijn is dan ook niet financieel van aard, maar de hoeveelheid taken die op de eerste lijn afkomt. Dit vormt een extra uitdaging omdat de organisatiegraad in de eerste lijn niet is meegegroeid. (16)

Daardoor is er onvoldoende capaciteit, kennis en ervaring beschikbaar voor het organiseren van de beweging: juridische kennis om contracten te sluiten, software om patiëntinformatie te delen, aannemen en scholen van personeel, uitbreiding van praktijkruimtes en het organiseren van kaderartsen. (16)

Aanvullend is het in praktijk lastig voor ziekenhuizen, huisartsenorganisaties en gemeenten om afspraken te maken met paramedische beroepsgroepen omdat zij onvoldoende zichtbaar zijn in de regio. Er is daarom ook nadrukkelijk de oproep gedaan om de organisatiegraad van regionale mono- en multidisciplinaire paramedische beroepsgroepen te verhogen. Paramedische netwerken in de eerste lijn kunnen vervolgens het aanspreekpunt zijn om de zorg regionaal te organiseren en coördineren met andere partijen in de eerste lijn. De waarde van dergelijke netwerken kan bestaan uit: zorgafspraken met ziekenhuizen, scholing binnen het netwerk, intervisie sessies en regionale dataverzameling. (32)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Overbelasting 1 ^e lijn	Onvoldoende capaciteit, kennis & ervaring	Onvoldoende capaciteit, kennis & ervaring
Beperkte organisatiegraad 1 ^e lijn	Onvoldoende zicht op paramedische beroepsgroepen in de regio.	

Casemanagement

Casemanagement is een systematische werkwijze waarbij de zorg gecoördineerd wordt vanuit de behoefte van de patiënt. De inhoudelijke en organisatorische complexiteit van de zorgvraag overstijgt daarbij de reguliere zorgverlening. (3)

Eindverantwoordelijkheid

Een goede samenwerking tussen zorgverleners is van groot belang, dit roept zijn eigen vragen en aandachtspunten op. Zo zal er een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling moeten zijn. Als meerdere zorgverleners samenwerken, kan dat risico's opleveren voor het leveren van verantwoorde zorg. (33)

Organisatie

Partijen in de Zvw ervaren vooral moeilijkheden bij de bekostiging van indirecte zorgtijd gericht op overleg, coördinatie en (organisatie)infrastructuur die in de praktijk niet (volledig) is toe te rekenen aan individueel verzekerden. (23)

Systeem-gerelateerde uitdagingen	Organisatorisch-gerelateerde uitdagingen	Persoon-gerelateerde uitdagingen
Geen structurele bekostiging zorgtransformatie (coördinatie/ afstemming/ organisatie)	Verantwoordelijkheidsvraagstukken	Verantwoordelijkheidsvraagstukken

Bronnen

1. Groenleer M. De regio als redding?: Over de governance van ruimte en plaats in de netwerksamenleving. 2016;
2. Organization WH. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. World Health Organization; 2015.
3. Eimers M, Tiemessen M. Handreiking aandoeningspecifieke netwerken. ParkinsonNet; 2019.
4. Peeters R, Westra D, van Raak AJ, Ruwaard D. So happy together: a review of the literature on the determinants of effectiveness of purpose-oriented networks in health care. Medical Care Research and Review. 2023;80(3):266-82.
5. Van Vooren NJE, Drewes HW, De Weger E, Bos C, Vugts MAP, Baan CA, e.a. Lerende evaluatie Juiste Zorg op de Juiste Plek Update 2021. RIVM; 2021.
6. Minkman M. Innovatie van organisatie en governance van integrale zorg. 2017.
7. Glimmerveen L, Zonneveld N, Michgelsen J, Spierenburg M, Dahmen S, Wijk EV, e.a. De governance van netwerkzorg ontrafeld. Waarom 'samen sturen' belangrijk én ingewikkeld is. 2020 [geciteerd 4 februari 2025]; Beschikbaar op: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.33747.40486>
8. Vincken J. INSPIRATIE EN LESSEN UIT DE LEERGANG REGISSEREN VAN (REGIONALE) SAMENWERKING IN DE ZORG. Nyenrode Business Universiteit; 2021.
9. de Boer W, Middelveldt I, van Hoof G, Naber P, Van der Linde M. Waarom zit het systeem vast? Belemmeringen die Waardegedreven Zorg in de weg staan: een diagnose.
10. Roest M. Netwerken en samenwerking: Voor het verbeteren van patiëntveiligheid. 2023;
11. Drewes HW, Van Vooren NJE, Steenkamer B, Kemper PF, Hendriks RJ, Baan CA. Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem: Landelijke Monitor Proeftuinen – reflectie op 5 jaar proeftuinen. RIVM; 2018.
12. Middelveldt I, Wildeboer A, Fröhle M, Regts G, Reindersma T. De ontwikkeling van oncologienetwerken in Nederland Inventarisatie 2021. 2022.
13. Opheij W, van Dijk A. Duurzame netwerken in de maak. Zorgvisie. 2019;49(1):30-5.
14. Benning K, Dahmen S, Van het Erve R. Wegwijzer: aan de slag met domeinoverstijgend samenwerken. Vilans; 2021.
15. Federatie Medisch Specialisten. Handreiking: 'Implementatie Passende zorg.' 2023.
16. Adelmeijer M, Van Baalen M, Bosman P, Steenstraten S, Carp M. Zorg op de juiste plek Meer dan alleen transitie- en frictiekosten. Berenschot; 2018.
17. Valentijn P. Zorgnetwerken die werken: De sleutel tot betere uitkomsten. Hierden: Essenburgh Training & Advies. 2019;
18. Taskforce Zorg op de Juiste Plek. Rapport Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. 2018.
19. De basis op orde: uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; 2023.
20. Benning K, Berkelaar M, Dahmen S, Van der Veer K. Domeinoverstijgende financiering: grip op verschuivende kosten en baten. Vilans; 2020.
21. Federatie Medisch Specialisten. Handreiking: 'Implementatie Juiste zorg op de juiste plek'. 2019.
22. Van Kleef R, Muris D, Essers PP, De Wit M, Viveen B. Verzekeraars niet per se geprikkeld tot substitutie van ziekenhuiszorg. ESB. 17 februari 2022;(107(4806)):89-91.
23. van Volksgezondheid M, en Sport W. Handreiking domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw-Publicatie-Zorginstituut Nederland. 2023;
24. Samenwerken en concurreren in de zorgsector. Nederlandse Mededingingsautoriteit;
25. Leidraad voor samenwerking en contractering huisartsenzorg op regionaal niveau. In Een, LHV & ZN; 2020.
26. Richtlijn: Conservatieve behandeling van artrose in heup of knie. [Internet]. Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten; Beschikbaar op: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/artrose_in_heup_of_knie/startpagina_-_heup_of_knieartrose.html
27. Persoons S. Inventarisatie van zorgpaden voor mensen met artrose. Wat kunnen we ervan leren? 2023.
28. Zonneveld N, Stouthard L, Dahmen S, Van Wijk E. De schaal van netwerkzorg. Vilans; 2021.
29. Schuurmans J, Van der Woerd O, Bal R, Wallenburg I. Regionalisering in de ouderenzorg. Beleid en Maatschappij. 2022;49(3):220-39.
30. Héman R. Bouwen op vertrouwen: de basis voor samenwerking in de zorg [Internet]. 2024. Beschikbaar op: <https://www.medischcontact.nl/actueel/federatienieuws/federatiebericht/bouwen-op-vertrouwen-de-basis-voor-samenwerking-in-de-zorg>
31. NZa. Sturing op kwaliteit en betaalbaarheid zorg-ict. 2025.
32. Van den Bos E. De waarde van het regionale netwerk in de eerstelijns fysiotherapie. 2022.
33. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. KNMG; 2022.

Uitwerking uitvraag regionale initiatieven

In het kader van het project Regionale Artrosezorg door de lijnen heen is er een uitvraag gedaan onder vakgroepen orthopedie om een beter beeld te krijgen van bestaande regionale samenwerkingen rondom knie- en heupartrosezorg.

De eerste vragenlijst is op 29 mei 2024 uitgezet onder alle vakgroepvoorzitters orthopedie en is 14 keer ingevuld. De vragenlijst leverde, ook na reminders, echter niet de verwachte respons op. Om die reden is besloten de enquête in te korten en opnieuw uit te zetten onder alle vakgroepvoorzitters orthopedie (28 november 2024). Hierop werd de vragenlijst 18 keer ingevuld. 2 respondenten gaven aan dat er geen (formele) regionale samenwerking is. 5 respondenten hebben de vragenlijst de eerste én tweede keer ingevuld.

De analyse is uitgevoerd voor succesfactoren, knelpunten en benodigdheden:

- **Wat zijn de succesfactoren van het initiatief?**
- **Wat zijn de knelpunten van het initiatief?**
- **Wat is er nodig om het initiatief (verder) te borgen?**

De antwoorden van de respondenten zijn per vraag verwerkt in een tabel, in willekeurige volgorde. Elke cel geeft een korte samenvatting van één antwoord. De antwoorden zijn ingedeeld op het zelf aangegeven stadium van ontwikkeling van het netwerk op het moment van uitvraag (rij 1). Eén respondent heeft de vragenlijst meerdere keren ingevuld voor (vijf) verschillende initiatieven (gele cellen). Daarnaast hebben enkele respondenten de 1^e en 2^e versie van de vragenlijst ingevuld (de roodgemarkeerde tekst geeft eventuele aanvullingen weer). Ook heeft één respondent de vragenlijst ingevuld voor een initiatief in Curaçao (lichtblauwe cellen). Er dient opgemerkt te worden dat er veel variatie zat in de vorm van samenwerking. Zo is de vragenlijst ingevuld voor een anderhalvelijn-initiatief, maar ook voor een initiatief rondom app-ontwikkeling en data-management. Hier is verder geen onderscheid in gemaakt.

Succesfactoren:

Oriënterend (idee- / initiatieffase)	In uitwerking (ontwerpfase)	Pilot (experiment- / uitvoeringsfase)	Operationeel (uitbouw- / monitoringsfase)	Geborgd (verduurzamings- en transformatiefase)	Institutionalisering (triple aim – denken & werken vanuit gezondheidssysteem)
Motivatief, positief.	1. Betere samenwerking 1e & 2e lijn. 2. Minder onnodige consulten in 2e lijn. 3. Meer uniformiteit behandelstappen artrose 4. Grotere rol 1e lijn fysiotherapeuten 5. Platform om verschillende digitale systemen uit 1e en 2e samen te brengen. 6. Opschaling naar andere behandelplekken	1. Ondersteund door twee ziekenhuizen	Bereiken en betrokkenheid/participatie van de huisartsen	1. Gelijkerichtheid tussen behandelaren 2. Het sneller vinden van elkaar. 3. Spreken van de zelfde taal. 4. Minder overbodig onderzoek. 5. Een en ander in een RTA-app gevat.	1. korte lijnen tussen eerste en tweede lijn, we kennen elkaar. 2. Minder "vervuiling" van poli, Stepped Care Zorg, JZoJP. 3. geen eigen bijdrage kwijt 4. Meer educatie en kennis bij eerste lijn ontwikkeld. 5. Minder overvolle poli's in ziekenhuis, percentage specialistische zorg hoger, kortere wachttijden. Minder dure zorg.
	Goede samenwerking fysiotherapie, huisartsen, andere specialisten	Gezamenlijke aanpak van artrose; juiste zorg op juiste plek	Stakeholders van meet af aan betrokken (gezamenlijke intentieverklaring)	1. toepasbaar in dagelijkse praktijk. 2. gedragenheid in 1e lijn	1. Passende zorg 2. Positieve maatschappelijke businesscase 3. JZQJP: academische pathologie in UMC+
	Compliantie patiënten met standaard fysiotherapie behandeling in de eerste lijn. Aantal juiste doorverwijzingen naar de tweede lijn. Stroomlijnen onderlinge communicatie (efficiëntie en eenvoudig) Registreren en monitoren sleutelfactoren binnen het netwerk om feedback loop te creëren	Regionale samenwerking, betere onderlinge verhoudingen.	1. samenwerking 2. communicatie naar HA, zorgverzekeraars & patiënten	1. Gelijkerichtheid tussen behandelaren. 2. Het sneller vinden van elkaar, verwijzen en terugkoppeling. Silo app. 3. Spreken van de zelfde taal. 4. Minder overbodig onderzoek. 5. Dedicated team. 6. Samenkomst ter overleg en informatie.	
			Juiste lijnszorg voor artrosepatient 1. Transmurale samenwerking 2. Initiatief vanuit de werkvloer door zorgverleners Patiëntentoeleestroom	1. Korte lijnen 2. dezelfde protocollen	
			1. Awareness 2. client empowerment		

Uit de analyse van de reacties op de vragenlijst blijkt een aantal succesfactoren relatief vaker terug te keren:

- Een **transmurale samenwerking, gelijkgerichtheid** en **communicatie** tussen behandelaren met een gemotiveerd dedicated team.
 - o Het **spreeken van dezelfde taal & korte lijnen**. Onderling door de lijnen, richting zorgverzekeraars en patiënt. Vroege betrokkenheid en gedragenheid door de 1^e lijn (ook participatie huisartsen), een gezamenlijke intentieverklaring kan hierbij ondersteunen, evenals onderlinge overlegmomenten.
- Stepped care met de **juiste doorverwijzingen/ passende zorg/ juiste zorg op de juiste plek**. Een grotere rol voor de 1^e lijn en minder onnodige 2^e lijn behandeling.
 - o **Gezamenlijke aanpak/ uniformiteit in behandelprotocollen**

Daarnaast zijn er nog een aantal andere succesfactoren die (vaker) genoemd, welke in sommige gevallen gelinkt zijn aan bovenstaande succesfactoren:

- **Patiënt-gerelateerde succesfactoren:**
 - o Patiëntempowerment en -compliance
 - o Kortere wachttijden
 - o Geen eigen bijdrage
 - o Awareness
 - o Toestroom/schaalgrootte
- **Praktische toepasbaarheid**, initiatief bij zorgverleners
- **Registratie & monitoring**, ter evaluatie van de samenwerking
- **Oplijning van digitale systemen**
- **Educatie en kennis** in de eerste lijn
- **Positieve maatschappelijke businesscase**
- **Opschaling naar andere behandelplannen**
- **Ondersteuning van twee ziekenhuizen**

Knelpunten:

Oriënterend (idee-/initiatiefase)	In uitwerking (ontwerpfase)	Pilot (experiment-/uitvoeringsfase)	Operationeel (uitbouw-/monitoringsfase)	Geborgd (verduurzamings- en transformatiefase)	Institutionalisering (triple aim – denken & werken vanuit gezondheidssysteem)
Betrekken alle relevante partijen	1. Verschillen financieringsstructuur 2. Projectfinanciering 3. Haalbaarheid 1,5 lijn & kosteneffectiviteit 4. Betrokkenheid ZV (zorgen) 5. Kwaliteit waarborgen 1e lijn 6. Tijdig patiënten ondervangen die in 2e lijn horen.	1. protheseplaatsingen ZBC's 2. Bekostiging door ZV	Motiveren huisartsen	Vindbaarheid door HA	1. Dekking & bekendheid in regio Eerdere enquête: Ondersteuning voor lange periode.
Neuzen dezelfde kant op. Tijd.	Vergoeding fysiotherapeuten Structurele financiering van het netwerk, Aanspraak eigen risico voor fysiotherapie behandeling Verschillende belangen partners	1. Beperkte betrokkenheid 2. Geen gelijke werkwijze	Geld en declaraties voor fysio (vergoeding groepsbehandeling past bijv. niet in systeem).	Geen Eerdere enquête: Continuering en tijd om bestuur van het netwerk in leven te houden.	
	1. Financiering 2. Tijd	ZVs lijken het project toch niet te ondersteunen.	1. Financieel 2. Medewerking huisartsen	Schaalbaar & betaalbaar (EPD) ICTsysteem - verschillende wensen.	
			zorgverzekeraars	Kan beter geprotocolleerd worden	
			Naamsbekendheid		
			Geen, indien voldoende patiëntentooestroom.		
			Ervaring (?)		

Uit de analyse van de reacties op de vragenlijst blijkt een aantal knelpunten relatief vaker terug te keren:

- **(Structurele) financiering** van het initiatief
 - o Declaraties fysiotherapie (en aanspraak eigen risico)
 - o Verschillende financieringsstructuren
 - o **Bekostiging & betrokkenheid zorgverzekeraars**
- **Verschillende belangen & betrokkenheid**
 - o Vindbaarheid voor huisartsen & motiveren
 - o **Betrokkenheid zorgverzekeraars**
- **Tijd**
- **Vindbaarheid & naamsbekendheid**

Daarnaast zijn er nog een aantal andere knelpunten die (vaker) genoemd worden, welke in sommige gevallen gelinkt zijn aan bovenstaande knelpunten:

- Dekking regio & schaalbaarheid
- Ongelijke werkwijze
- Protheseplaatsingen in ZBC's
- ICT-systemen
- Continuïteit & ondersteuning lange periode
- Patiënt tijdig ondervangen in 1^e lijn
- Kwaliteitsborging 1^e lijn
- Haalbaarheid & kosteneffectiviteit

Benodigheden:

Oriënterend (idee-/initiatiefase)	In uitwerking (ontwerpfase)	Pilot (experiment-/uitvoeringsfase)	Operationeel (uitbouw-/monitoringsfase)	Geborgd (verduurzamings- en transformatiefase)	Institutionalisering (triple aim – denken & werken vanuit gezondheidssysteem)
Transparantie	Geld, tijd, enthousiaste mensen die dit willen dragen en vooral uitzicht op lange termijn blijvende financiële uitwerking / dekking. Dus structurele verandering.	Geld	Monitoren en uitbouwen	Bekendheid 1e lijn	Lange termijn afspraken ZV
	structurele financiering en fysiotherapie niet onder het eigen risico	Kosten vergoeden om milde artrose uit het ziekenhuis te houden	1. Regeling passende financiering voor fysio. 2. Transformatiegelden. 3. Medewerking ZV's	ip redelijk geregeld. Eerdere enquête: Meer tijd voor het bestuur en onderhoud van het netwerk.	1. Aanscherping programma governance 2. Inregelen van een betaaltitel voor duurzame bekostiging (beloning 'laten')
	Tijd	Starten met de pilot, dus alle partijen (lees: de verzekeraars) weer aan boord krijgen	Medewerking / budget ZV's	Betere communicatie in regio.	
	Funding		Meer medewerking zorgverzekeraars	Ondersteuning vanuit beroepsvereniging.	
			Duidelijke communicatie en stroomschema in alle lijnen.		
			1. Schaalvergroting 2. Tijd & monitoring		
			1. Naamsbekendheid 2. Samenwerkingen 3. Akkoord WV		
			1. Mankracht. 2. Funding		

Uit de analyse van de reacties op de vragenlijst blijkt een aantal benodigheden relatief vaker terug te keren:

- Structurele/passende **financiële dekking** en/of **funding**
- **Tijd**
- **Zorgverzekeraars** aan boord krijgen & lange termijn afspraken

Daarnaast zijn er nog een aantal andere benodigheden die (vaker) genoemd worden, welke in sommige gevallen gelinkt zijn aan bovenstaande benodigheden:

- Transparantie
- Enthousiasme
- Fysio uit eigen risico
- *Monitoren & uitbouwen, schaalvergroting*
- *Communicatie en stroomschema in alle lijnen*
- *Naamsbekendheid, bekendheid 1^e lijn*
- Samenwerking
- *Akkoord/ ondersteuning beroepsvereniging*
- Aanscherpen programma governance
- Mankracht

Aanvullend op de uitvraag zijn er nog andere initiatieven in kaart gebracht. In totaal zijn er ten tijde van de uitvraag 56 verschillende initiatieven geïdentificeerd, welke in meer of mindere mate betrekking hebben op samenwerking in de artrosezorg.

Landelijk verbeter signalement

De knelpuntanalyse en de uitvraag onder orthopedische vakgroepen bieden een weergave van verschillende uitdagingen die ervaren worden bij het organiseren van een regionaal (artrose)zorgnetwerk, evenals een aantal praktische oplossingsrichtingen. Ook in verschillende literatuur en rapporten worden (algemene) aanbevelingen gedaan voor landelijke organisaties en instellingen.

Beroeps- en wetenschappelijke verenigingen:

De kracht van regionale verbanden ligt in het feit dat zij de energie in de regio en de lokale context kennen en weten te benutten. Een opdracht van bovenaf kan die kracht juist belemmeren. Toch spelen beroeps- en wetenschappelijk verenigingen een belangrijke rol in de (door)ontwikkeling van regionale multidisciplinaire samenwerkingen:

- Bekijk wat er vanuit beroeps- en wetenschappelijke verenigingen op landelijk niveau verder gestandaardiseerd en gecoördineerd kan worden, en in welke vorm. (1) Hier dient bestuurlijk commitment afgegeven te worden op nationaal niveau. (2) Denk daarbij bijvoorbeeld aan eenheid van taal, uniforme patiëntinformatie, duidelijke kaders en functieprofielen voor een regiostaf die een regionetwerk faciliteert. (1)
- Deel succesvolle en minder succesvolle voorbeelden en oplossingen zodat iedereen samen kan leren. Maak inzichtelijk wat er landelijk gebeurt ten aanzien van de Juiste Zorg op de Juiste Plek-beweging. (3)
- Faciliteer dat partijen in een-op-een contacten positieve ervaringen met samenwerking opdoen. (1)
- Zorg in samenwerking met patiëntbelangenorganisaties en Thuisarts voor duidelijke, eenduidige informatievoorziening voor de patiënt. Focus hierbij ook op de laaggeletterde patiënt. Zorg dat regionale samenwerkingen deze informatie gebruiken en hiernaar verwijzen.
- Stimuleer het gebruik van een uniform zorgpad gebaseerd op vigerende richtlijnen. Maak inzichtelijk welke zorg wel/niet nodig en/of passend is. (4)
- Zorg ervoor dat regionale samenwerkingen ondersteuning hebben voor het inrichten van een gezamenlijke verbetercyclus. (5)
- Het is belangrijk om gegevens te verzamelen en te kunnen koppelen op alle plekken in de zorgketen. Informatie volgt patiënten/ burgers immers ook over traditionele grenzen. (6,7) Er dienen afspraken gemaakt te worden tussen beroeps- en wetenschappelijke verenigingen over betrouwbare, uniforme registratie aan de bron. Een landelijke data-uitwisseling heeft de voorkeur, maar data-uitwisseling dient in elk geval op regionaal niveau mogelijk te worden gemaakt. (8) Er dient openheid te zijn wat betreft informatie over kwaliteit en uitkomsten van zorg. (2)
- Stel gezamenlijke (kwaliteits)kaders op voor e-health en zelfmanagementtools in het zorgpad.
- Onderzoek mogelijkheden voor interprofessioneel opleiden. Door dit een groter onderdeel te maken van de opleidingen, zijn professionals in de zorgpraktijk beter op elkaar ingespeeld, wat mogelijk een positief effect heeft op de kwaliteit van zorg. (9)
- Maak landelijk inzichtelijk wat wel en niet mogelijk is binnen/tussen de zorgsilo's. Duidelijk zicht op elkaars werkzaamheden is belangrijk. Een randvoorwaarde daarbij is

dat de beheerders van de verschillende domeinen goed zicht hebben op elkaars speelruimte rond de domeingrenzen. (10) Samenwerking is gebaat bij kennis van de spelregels van elkaars domein. (11)

- Stimuleer een betere organisatiegraad in de eerste lijn. Een transitie naar meer preventie, zelfredzaamheid, zorg dichterbij huis en monitoring & zorg op afstand zijn vereist. (12) Hiermee komt er een grotere druk op de eerste lijn.

Zorgverzekeraars & NZa:

- Bij landelijke opschaling van samenwerking is een nieuw (duurzaam en transparant) bekostigingsmodel een randvoorwaarde. Hierbij zouden ook netwerkorganisatie (tijd), preventie en het voorkomen van zorg beloond moeten worden. (6,7) Dit vraagt om structurele contractering en bekostiging met heldere afspraken. (13) Het creëren van de 'juiste' financiële prikkels is van belang. (5)
- Zorg voor een duidelijke rol van, en eenduidige vereisten (volgbeleid) vanuit zorgverzekeraars binnen samenwerkingen.

Politiek & landelijke instanties:

- Maak landelijk duidelijker inzichtelijk wat wel en niet mogelijk is binnen de huidige wettelijke kaders. Wettelijke bepalingen en juridische belemmeringen kunnen samenwerken beperken, zoals Btw over samenwerken in de zorg, bepaalde AVG-richtlijnen en mededingingswetgeving. (13) Samenwerking is gebaat bij kennis van de spelregels van elkaars domein. (11) Zorg voor gedeeld perspectief en duidelijke beleidskaders.
- Stel een kwaliteitskader op voor veilige elektronische uitwisseling van patiëntgegevens. (2)
- Biedt ondersteuning op het gebied van ICT-infrastructuur en arbeidsmarktproblematiek. (14)
- Zorg voor een communicatiekanaal tussen politiek en patiëntbelangen-, beroeps en wetenschappelijke verenigingen. Een communicatiekanaal (bijv. een landelijke overlegtafel) om knelpunten naar voren te brengen, biedt de mogelijkheid vroegtijdige spanningen en knelpunten te signaleren en stappen te ondernemen om deze te adresseren. (5)

Bronnen

1. Zorginstituut Nederland. Model voor netwerkvorming, samenwerking samen leren en ontwikkelen.
2. Taskforce Zorg op de Juiste Plek. Rapport Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. 2018.
3. Van Vooren NJE, Drewes HW, De Weger E, Bos C, Vugts MAP, Baan CA, e.a. Lerende evaluatie Juiste Zorg op de Juiste Plek Update 2021. RIVM; 2021.
4. Persoons S. Inventarisatie van zorgpaden voor mensen met artrose. Wat kunnen we ervan leren? 2023.
5. van Vooren NJE, Steenkamer B, Kemper PF, Hendriks RJ. Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem: Landelijke Monitor Proeftuinen–reflectie op 5 jaar proeftuinen. 2018;
6. CZ, HuisartsenOZL, Zuyderland. Het Limburgse Zesknoppenmodel van Integrated Care. 2021.
7. Boymans TA, Vanwersch RJ, Bemelmans YF, Hofstee DJ, Wijnands CH, van Rhijn LW. Netwerkgeneeskunde voor mensen met bewegklachten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2023;167:D7614.
8. Netwerkvorming en samenwerken in de zorg. De umc's als verbindende schakel. NFU; 2022.
9. Perea y Monsuwé T. Samenwerken in de zorg moet je leren. 2024.
10. Benning K, Dahmen S, Van het Erve R. Wegwijzer: aan de slag met domeinoverstijgend samenwerken. Vilans; 2021.
11. Stouthard L, Van de Schoot R, Glimmerveen L. Routekaart domeinoverstijgende samenwerking. Vilans; 2020.
12. Vincken J. INSPIRATIE EN LESSEN UIT DE LEERGANG REGISSEREN VAN (REGIONALE) SAMENWERKING IN DE ZORG. Nyenrode Business Universiteit; 2021.
13. Sagrada-werkgroep. 10 regels voor succesvolle samenwerking in zorgregio's. NVZ;
14. Leidraad voor samenwerking en contractering huisartsenzorg op regionaal niveau. InEen, LHV & ZN; 2020.

Colofon

Dit document is opgeleverd door de projectwerkgroep Regionale Artrosezorg door de lijnen heen.

Initiatief

Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)

In samenwerking met

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)
- Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)
- Reuma Nederland (ReumaNL)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Het Beweegkader (NHG-expertgroep kaderhuisartsen bewegingsapparaat)

Financiering

Het project Regionale Artrosezorg door de lijnen wordt gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Projectwerkgroep:

- Drs. Anne van Vegchel - Hindriks, sportarts, Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)
- Drs. Bram Hentenaar, orthopedisch chirurg, Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)
- Dr. Calin Popa, reumatoloog, Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)
- Dr. Cindy Veenhof, programmaleider artrose, ReumaNederland
- Drs. Corné Baatenburg de Jong, adjunct directeur, ReumaNederland
- Drs. Freerk Jonkers, orthopedisch chirurg, Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), projectvoorzitter
- Iris van Stel (MSc.), beleidsadviseur Regulering en projectleider zorgtransformatie, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Jonas Kleinbergen (MSc.), beleidsadviseur, Koninklijke Nederlandse Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Drs. Liesbeth Lim, sportarts, Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)
- Marja Mulder, fysio- en manueel therapeut (Master), leefstijlcoach, Koninklijke Nederlandse Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Patrick Toonders (MSc.), beleidsmedewerker, Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)
- Dr. Ramon Ottenheijm, huisarts-onderzoeker, kaderhuisarts bewegingsapparaat, NHG-expertgroep Het Beweegkader
- Raymond Frans, programmacoördinator zorg en zorginnovatie, ReumaNederland
- Dr. Tim Boymans, orthopedisch chirurg, Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)

Regionale artrosezorg – verbeteringsanalyse & knelpuntanalyse regionale samenwerking

Project Regionale Artrosezorg door de lijnen heen

© 2026

Nederlandse Orthopaedische Vereniging

Bruistensingel 230 5232 AD 's-Hertogenbosch

Tel. 073 700 34 10

nov@orthopeden.org