

Opgesteld door:

Rudi Steenbruggen

Marjo Maas

Ron van Heerde

Simone van Dulmen

Philip van der Wees

Naar sterke regionale samenwerking in de eerste lijn:

Inzichten uit de praktijk.

Inhoud

Samenvatting	4
Inleiding	8
Doelstelling en onderzoeksvragen.....	10
Centrale onderzoeksvraag	10
Deelvragen	10
Methode	11
Resultaten	12
Deelnemers	12
Thema's.....	13
1. Interprofessionele dynamiek en sociale netwerkstructuur	13
2. Bestuurlijke verbinding en machtsverhoudingen	16
3. Urgentiebesef	19
4. Structurele bekostiging.....	20
5. De rol van LEVEL als ondersteunend netwerk	21
Voorbeeld van samenwerking in de wijkzorg.....	24
Overzicht van bevorderende en belemmerende factoren voor samenwerking op verschillende niveaus.....	25
Reflectie op de resultaten	26
Conclusie en aanbevelingen	28
Beperkingen van deze studie.....	29
Literatuur	30
Bijlage 1 Interviewgids.....	32

Samenvatting

De toegankelijkheid, continuïteit en bekostiging van de eerste lijn^a staat onder druk door een combinatie van een sterk groeiende, complexer wordende zorgvraag en een dreigend personeelstekort. Dit leidt tot oplopende wachttijden, een te hoge werkdruk voor medewerkers en dreigende onbereikbaarheid van zorg. Daarom is het van essentieel belang dat de beschikbare capaciteit binnen de eerste lijn vergroot en optimaal benut wordt. In dit kader is het Leer- en Verbeternetwerk Eerste Lijn (LeVEL) opgericht. Dit netwerk helpt regio's om kennis en ervaringen uit te wisselen, zodat deze van elkaar kunnen leren en elkaar kunnen inspireren. Het doel is om een lerend zorgsysteem op te zetten voor het versterken van de eerste lijn, waarin lokale (wijk), regionale en landelijke niveaus met elkaar verbonden zijn. Ook wordt binnen LeVEL onderzoek naar de organisatie in de eerste lijn gedaan, waar deze studie onderdeel van is.

Het doel van deze studie is om met kwalitatief onderzoek op basis van interviews inzicht te verkrijgen in de manier waarop samenwerking in de eerste lijn in drie Nederlandse zorgregio's vorm krijgt, welke factoren deze samenwerking bevorderen of belemmeren en wat er nodig is om de samenwerking te verbeteren. Deze kwalitatieve studie bouwt voort op de resultaten van een kwantitatieve studie op basis van een vragenlijst om een verdiepend inzicht te krijgen in de resultaten. De vragenlijst is afgenomen bij projectleiders en professionals in zorg en welzijn in alle Nederlandse zorgregio's. Op basis van de resultaten van de vragenlijst zijn doelgericht drie regio's uitgenodigd die respectievelijk een hoog, gemiddeld en laag niveau van gerapporteerde bevorderende factoren vertegenwoordigden. Het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd van oktober 2025 tot en met februari 2026 uitgevoerd. Inzichten hieruit kunnen helpen om bouwstenen te vormen voor een succesvolle samenwerking in de eerste lijn.

Eénentwintig professionals in zorg en welzijn uit de eerste lijn werden geïnterviewd. Analyse van deze interviews bracht het inzicht dat de samenwerking in de eerste lijn kan worden begrepen als een complex, adaptief proces dat ontstaat uit dagelijkse interacties op drie verschillende niveaus:

- Professioneel niveau: relaties en interacties tussen professionals uit het zorg- en sociaal domein in de wijk en/of regio;
- Netwerkniveau: governance en samenwerking tussen organisaties, besturen en beleidsmakers;
- Systeemniveau: beleidsstructuren, financiering en institutionele verhoudingen.

Vijf thema's werden gevonden:

^a Onder de eerste lijn verstaan we zorg en hulp die wordt geleverd door huisartsenpraktijken, wijkverpleging, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapeuten, logopedie, optometristen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten (zoals gedefinieerd in de Visie Eerstelijnszorg 2023) en het sociaal domein.

1. Interprofessionele dynamiek en sociale netwerkstructuur (professioneel niveau)

Professionele relaties op wijkniveau vormen de basis voor de samenwerking in de eerste lijn. Elkaar kennen, vertrouwen en inzicht in elkaars rollen en competenties, korte lijnen en vaste aanspreekpunten worden hierin ervaren als bevorderend. Belemmerende factoren zijn onduidelijke taken en verantwoordelijkheden tussen disciplines en professionele cultuurverschillen (bijv. autonomie van huisartsen versus teamgerichtheid in het sociaal domein). Deelnemers voelen een kloof tussen het zorgdomein en sociale domein, terwijl veel zorg- en hulpvragen sociaal van aard zijn. In kleinere gemeenten wordt de samenwerking vaak als beter ervaren dan in grotere gemeenten door overzichtelijke en bestaande informele netwerken. In steden wordt de samenwerking als complexer ervaren en is samenhang moeilijker te organiseren. Professionals vragen om laagdrempelige toegangspunten in de wijk, goede verwijslijnen met name naar het sociale domein, triageteams, en regelmatig overleg tussen domeinen. Goede voorbeelden bestaan al, maar worden niet altijd gedeeld of opgeschaald.

2. Bestuurlijke verbinding en machtsverhoudingen (netwerkniveau)

Deelnemers ervaren dat de regionale samenwerking nog sterk in ontwikkeling is en dat de eerste lijn nog gefragmenteerd is, met veel zelfstandig opererende organisaties en uiteenlopende belangen, wat governance (bestuurlijke organisatie) bemoeilijkt. De ontwikkeling van de samenwerking verschilt per regio. In de ene regio bestaan al relatief sterke samenwerkingsverbanden, terwijl in de andere regio samenwerking vooral afhankelijk is van individuele initiatieven.

Bevorderende factoren op regionaal niveau die zijn genoemd zijn een gedeelde bestuurlijke visie, vertrouwen tussen partijen en een basis van gelijkwaardigheid. Er is behoefte aan kennisdeling en ondersteuning van het lerend vermogen van samenwerkingsverbanden. Belemmerende factoren die zijn genoemd zijn versnippering van organisaties, verschillende belangen en strategische agenda's en onvoldoende aansluiting tussen regionaal bestuur en wijk. Plannen die bijvoorbeeld op bestuurlijk niveau gemaakt worden landen moeilijk in de praktijk en omgekeerd kunnen goede lokale initiatieven moeilijk opgeschaald worden. Verder hebben professionals en disciplines die betrokken zijn bij de ontwikkeling van regionale samenwerkingsverbanden (RESV's) ook zorgen over hun representatie en mandatering.

3. Urgentiebesef (netwerk- en professioneel niveau)

Door de toenemende en steeds complexer wordende zorgvraag en de krapte in de arbeidsmarkt van professionals in zorg en welzijn, wordt versterkte samenwerking als onvermijdelijk gezien. Toch is dit urgentiebesef ongelijk verdeeld. In wijken en regio's waar de druk op de zorg als groot wordt ervaren ontstaan gemakkelijker nieuwe, innovatieve samenwerkingsverbanden dan waar de druk minder gevoeld wordt.

4. Structurele bekostiging (systeemniveau)

Vanaf 1 januari 2027 komt er een nieuwe structurele bekostiging voor RESV's en hechte wijkverbanden, vastgelegd in beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De resultaten van deze studie laten zien dat juist deze financiële randvoorwaarden in de praktijk ontbreken, terwijl deelnemers aangeven daar behoefte aan te hebben.

Succesvolle initiatieven drijven vaak op intrinsiek gemotiveerde professionals. Als die kartrekkers verdwijnen, verdwijnt het initiatief met hen. Subsidies zoals vouchers van ZonMw kunnen helpen om initiatieven te ontwikkelen, maar worden ervaren als een niet duurzame manier om de eerste lijn te versterken. Ook voelen deelnemers ongelijkheid in de verdeling van Organisatie en Infrastructuur-gelden (O&I) en het bekostigingssysteem van zorgverzekeraars dat nog steeds meer gericht is op concurrentie dan op samenwerking.

5. De rol van LeVEL als ondersteunend netwerk (netwerkniveau)

Deelnemers zien LeVEL vooral als een ondersteunend en verbindend platform voor samenwerking in de eerste lijn dat voorziet in hun behoefte, namelijk: kennisdeling, het zichtbaar maken van goede voorbeelden, het monitoren en zichtbaar maken van ontwikkelingen in de samenwerking en het verbinden van regio's met vergelijkbare vraagstukken. Dat komt overeen met de activiteiten die LeVEL momenteel ontplooit en die passen in de landelijke veranderstrategie zoals onder andere beschreven in de Visie Eerstelijnszorg 2030. LeVEL kan een sleutelrol spelen in het versterken van leren van elkaar en het ondersteunen van de gewenste zorgtransformatie, niet alleen op systeemniveau, maar ook op netwerk- en professioneel niveau

Conclusie

De onderzoeksresultaten laten zien dat de samenwerking in de eerste lijn in ontwikkeling is en aansluit bij de veranderopgaven zoals door de Rijksoverheid en veldpartijen beschreven in de Visie Eerstelijnszorg 2030, maar de uitvoering hiervan blijkt complex. De resultaten laten zien dat er nog veel werk te doen is om de ambities waar te kunnen maken. Zo blijkt dat succesvolle samenwerkingsinitiatieven nog versplinterd zijn en afhankelijk van de lokale context en daar wordt nog onvoldoende van geleerd. De resultaten sluiten aan bij wat in de literatuur wordt beschreven: samenwerking in de zorg werkt niet volgens een vaste blauwdruk, maar ontstaat stap voor stap en is afhankelijk van de context. Dit kost tijd en vraagt om goede organisatie en duurzame en passende financiering. Vanuit het idee van een lerend zorgsysteem kunnen leerprocessen op alle drie niveaus (professioneel, systeem en netwerk) versterkt worden door feedbackloops waaraan LeVEL een bijdrage zou kunnen leveren.

Beperkingen van deze studie: Het onderzoek vond plaats in slechts drie geselecteerde zorgregio's. De gevonden succesfactoren en knelpunten zijn sterk gebonden aan deze lokale situaties. De conclusies en aanbevelingen zijn daardoor niet automatisch van toepassing op alle zorgregio's in Nederland.

Aanbevelingen

Professioneel niveau: Samenwerking floreert waar mensen elkaar kennen; dit vraagt tijd, ruimte en organisatie.

- Organiseer ontmoetingsmomenten voor professionals in de wijk (formeel gepland en informeel)
- Maak rollen en verantwoordelijkheden tussen disciplines expliciet
- Ontwikkel voor bewoners gezamenlijke toegangspunten ("één loket") en een vast aanspreekpunt
- Versterk de organisatie van samenwerking tussen zorg en welzijn

Netwerkniveau: Samenwerking floreert waar mensen elkaar kennen; dit vraagt tijd, ruimte en organisatie.

- Versterk regionale governance op basis van gelijkwaardigheid en een gedeelde visie
- Organiseer heldere mandatering voor RESV-vertegenwoordigers
- Borg verbinding tussen regionale agenda's en behoeften in de wijk
- Creëer overzicht; breng bestaande initiatieven en professionele expertise in kaart
- Ondersteun de ontwikkeling van eenvoudige verwijsroutes tussen zorgdisciplines en tussen zorg en welzijn
- Organiseer feedbackloops tussen beleid en praktijk om het lerend vermogen van het systeem te versterken voor het opschalen wat werkt en stoppen met wat niet werkt

Systeemniveau: Samenwerking kan niet afhankelijk blijven van vrijwillige inzet of incidentele subsidies.

- Richt duurzame financieringsstromen in (i.p.v. eenmalige projectfinancieringen)
- Zorg dat alle beroepsgroepen toegang hebben tot projectmiddelen.
- Pas financiële prikkels aan zodat samenwerking wordt beloond
- Stimuleer een gedeeld urgentiebesef in wijken en regio's

Binnen deze drie niveaus kan LeVEL de ontwikkeling naar een sterke eerste lijn versnellen door gedeeld leren centraal te stellen; een optimale benutting als kennis- en leernetwerk, het zichtbaar maken van patronen, knelpunten en best practices, en het monitoring van ontwikkelingen.

Inleiding

De eerste lijn in Nederland beantwoordt verreweg het grootste deel van de zorgvragen van de Nederlandse inwoner en draagt zo bij aan een krachtige én betaalbare gezondheidszorg.¹ De betekenis van de eerste lijn voor de samenleving is beschreven door de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. De kernwaarden die de Raad daarbij beschrijft zijn persoonsgerichtheid, continuïteit, integraliteit, samenhang en populatiegerichtheid vanuit een generalistisch fundament. Vanuit deze kernwaarden kan de eerste lijn een laagdrempelig eerste aanspreekpunt zijn en passende zorg dicht bij huis leveren.²

Hoewel de eerste lijn in Nederland van hoog niveau is, staan de toegankelijkheid en continuïteit hiervan onder druk door een combinatie van een sterk groeiende, complexere zorgvraag (vergrijzing) en een nijpend personeelstekort. Dit leidt tot oplopende wachttijden, een te hoge werkdruk voor medewerkers en dreigende onbereikbaarheid van zorg.³ Daarom is het van essentieel belang dat de beschikbare capaciteit binnen de eerste lijn vergroot en optimaal benut wordt. Dit kan onder andere bereikt worden door samenwerking en goede afstemming tussen professionals in de wijk en op regionaal niveau. In het Integraal Zorgakkoord (IZA)⁴ en Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) staan afspraken van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en zorgpartijen vastgelegd voor de versterking van de eerste lijn⁵.

Er wordt onder andere ingezet op het versterken van regionale samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. In de Visie eerste lijn 2030 worden twee samenwerkingsverbanden genoemd¹: hechte wijkverbanden en het regionale eerstelijnsamenwerkingsverband (RESV). Door nauwe samenwerking in hechte wijkverbanden kan samenhangende zorg worden geboden aan mensen met complexe zorg- en welzijnsvragen. Het RESV ondersteunt deze wijkverbanden en kan daarnaast regionale vraagstukken op het gebied van o.a. arbeidsmarkt en ICT oppakken.⁶ Het streven is dat er in 2030 in elke wijk hechte wijkverbanden zijn. Hechte wijkverbanden zijn verbanden met een integraal en generalistisch perspectief die verantwoordelijkheid nemen voor de populatie (in de wijk). Doel is een verbeterde samenwerking in de wijk in de eerste lijn rondom doelgroepen met meervoudige problematiek en complexe zorgvragen.⁷

Zonder een overkoepelend netwerk om kennis en ervaring met de samenwerking in de eerste lijn te delen, ontstaat het risico dat er op veel plekken dezelfde problemen worden ervaren en oplossingen opnieuw worden ontwikkeld. De lokale praktijk heeft behoefte aan ondersteuning bij het toepassen van deze bestaande kennis en het vertalen hiervan naar eigen context. Deze ondersteuning en het daarmee ook weer ophalen van praktijkkennis helpt om daadwerkelijk verbeterstappen te zetten en tot een sterke eerste lijn te komen.

Om dit proces in goede banen te leiden is met een ZonMw subsidie Leer-en Verbeternetwerk Eerste Lijn (LeVEL) in het leven geroepen.⁸

Binnen LeVEL wordt onder andere de voortgang van de initiatieven in de regio en de wijk voor versterking van de organisatie van de eerste lijn in Nederland in kaart gebracht en geëvalueerd. Zo wordt onderzoek gedaan naar hoe op dit moment de samenwerking in de eerste lijn verloopt. Inzicht hierin kan helpen om de bouwstenen voor een succesvolle samenwerking in de eerste lijn te kunnen leggen.⁹ In dit kader is in juli 2025 een vragenlijst uitgezet onder eerstelijnsparitijen en projectleiders in 52 zorgregio's^b in Nederland.

De resultaten lieten zien dat eerstelijnsparitijen de aanwezigheid van bestaande samenwerkingsstructuren en-initiatieven, beschikbare expertise en kennis van de regio als meest bevorderende factoren ervaren voor de organisatie in de eerste lijn. Als belemmerend voor de organisatie in de eerste lijn werden beschikbare tijd, personele capaciteit, financiële middelen en het ontbreken van een digitale data-infrastructuur het meest genoemd. Door regionale projectleiders werden aanvullend draagvlak van betrokken partijen, domeinoverstijgende en interdisciplinaire samenwerking en samenwerking tussen regio en wijken als meest bevorderend genoemd.¹⁰

Om deze en andere factoren over de organisatie van de eerste lijn beter te begrijpen is in drie regio's een aanvullend kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek is uitgevoerd door Radboudumc IQ Health in samenwerking met Nivel en Erasmus School of Health Policy & Management, binnen de kaders van het LeVEL werkpakket 2; inventarisatie, prioritering en monitoring.

^b Voor overzicht van de 52 zorgregio's in Nederland, zie: [Aangesloten regio's met een uitvoeringssubsidie](#)

Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van deze studie is om met kwalitatief onderzoek op basis van interviews inzicht te verkrijgen in de manier waarop samenwerking in de eerste lijn in drie Nederlandse zorgregio's vorm krijgt, welke factoren deze samenwerking bevorderen of belemmeren en wat er nodig is om de samenwerking te verbeteren. Deze kwalitatieve studie bouwt voort op de resultaten van een kwantitatieve studie op basis van een vragenlijst om een verdiepend inzicht te krijgen in de resultaten. De vragenlijst is afgenomen bij projectleiders en professionals in 52 landelijke zorgregio's. Op basis van de resultaten van de vragenlijst zijn doelgericht drie regio's uitgenodigd die respectievelijk een hoog, gemiddeld en laag niveau van gerapporteerde bevorderende factoren vertegenwoordigden. Het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd van oktober 2025 tot en met februari 2026 uitgevoerd.

Inzichten hieruit kunnen helpen om bouwstenen te vormen voor een succesvolle samenwerking in de eerste lijn.

Centrale onderzoeksvraag

Hoe verloopt de lokale en regionale samenwerking in de eerste lijn en wat zijn beïnvloedende factoren voor een goede samenwerking?

Deelvragen

1. Hoe wordt door professionals in de eerste lijn in drie geselecteerde Nederlandse zorgregio's tegen de huidige samenwerking in de eerste lijn aangekeken?
2. Wat zou er volgens deze professionals in de eerste lijn moeten gebeuren om de samenwerking in de eerste lijn te versterken en toekomstbestendig te maken?
3. Wat zijn hierbij bevorderende en belemmerende factoren?

Methode

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd met semigestructureerde interviews bij éénnentwintig professionals uit drie zorgregio's.

Voorafgaand aan dit onderzoek is in juli 2025 door LeVEL een vragenlijst uitgezet naar projectleiders en eerstelijnsparitijen in zorg en welzijn in 52 landelijke zorgregio's. Daarin zijn onder andere de ervaren bevorderende en belemmerende factoren voor versterking van de organisatie in de eerste lijn uitgevraagd. Op basis van de resultaten is voor de interviews een topic list samengesteld en zijn drie regio's geselecteerd met respectievelijk veel, gemiddeld en weinig gerapporteerde bevorderende factoren voor de organisatie. Dit om zowel een breed als een verdiepend perspectief op de huidige eerste lijn organisatie te beschrijven. Binnen die drie regio's zijn eerst projectleiders benaderd en via de projectleiders zijn 5-7 professionals uitgenodigd uit de zorg en het sociaal domein. Voor de interviews is gekozen voor de methode 'reflective interviewing' volgens de richtlijnen van Nardon et al.¹¹ Reflectief interviewen is een methode die deelnemers kan helpen om hun eigen aannames en overtuigingen kritisch te bekijken. Het gesprek kan leiden tot bewustwording en heroverweging van hun eigen perspectieven. Als leidraad voor de interviews is een interviewgids gemaakt (zie bijlage 1).

De interviews zijn online uitgevoerd via MS-Teams. De eerste twee interviews zijn door de eerste en tweede auteur gezamenlijk uitgevoerd, daarna individueel. Met toestemming van deelnemers zijn audio-opnames gemaakt die later via Amberscript-software zijn getranscribeerd.¹² Voor de analyse van de transcripten is gekozen voor thematische analyse.¹³ Daarbij ligt de focus op patronen in de data die niet alleen beschreven worden, maar waaraan ook betekenis wordt gegeven door de onderzoekers door deze herhaaldelijk kritisch te bevragen en te vergelijken met de literatuur. Daarbij reflecteren de onderzoekers bewust op hun eigen perspectief en impliciete aannames.

De eerste en tweede auteur hebben de eerste twee transcripten onafhankelijk van elkaar bestudeerd en relevante tekstfragmenten in het licht van de onderzoeksvraag gecodeerd. Na afloop zijn de codes met elkaar vergeleken en is op basis van consensus een codeerschema gemaakt. De overige transcripten zijn individueel door de eerste of tweede auteur gecodeerd. Door steeds opnieuw codes te vergelijken zijn patronen ontdekt en codes samengevoegd in categorieën. In samenwerking met het onderzoeksteam zijn thema's ontwikkeld door verder te zoeken naar de betekenis van deze categorieën en deze te vergelijken met de beschikbare literatuur.

Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de deelnemers aan het onderzoek en de thema's die uit de data-analyse zijn ontwikkeld. Ieder thema wordt beschreven en geïllustreerd door letterlijke citaten van deelnemers.

Deelnemers

Vijf zorgregio's werden vanaf september 2025 benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Twee hiervan weigerden deelname vanwege tijdgebrek.

In de periode van oktober 2025 tot en met februari 2026 werden 21 zorg- en welzijnsprofessionals uit de eerste lijn geïnterviewd (tabel 1). In totaal werd ruim 14 uur aan audiomateriaal opgenomen. De gemiddelde duur van de interviews was 40 minuten.

Tabel 1: Overzicht deelnemers

Regio	Functie	Datum	Tijdsduur
1	Projectleider	27-10-25	0:48:13
1	Logopedist/Praktijkhouder	11-11-25	0:29:57
1	Apotheker	11-11-25	0:30:53
1	Beleidsadviseur VVT	13-11-25	0:48:16
1	Senior Adviseur ROS	18-11-25	0:40:19
	Bestuurslid Paramedische		
1	Zorg/Diëtist	24-11-25	0:43:29
2	Projectleider	11-11-25	0:45:45
2	Ergotherapeut/Praktijkhouder	24-11-25	0:31:18
	Wijkcoördinator		
2	Huisartsenorganisatie	24-11-25	0:44:41
2	Manager Welzijnsorganisatie	25-11-25	0:41:27
2	Fysiotherapeut/Praktijkeigenaar	25-11-25	0:31:30
2	Apotheker	15-12-25	0:40:20
2	Wijkverpleegkundige	16-12-25	0:26:23
3	Projectleider	16-12-25	0:48:31
3	Sociaal werker	8-01-26	0:38:45
3	Transferverpleegkundige	8-01-26	0:45:58
3	Netwerkleider ouderen & welzijn	13-01-26	0:46:22
3	Voorzitter Paramedisch Platform	14-01-26	0:39:31
3	Apotheker	19-01-26	0:41:26
3	Huisarts	20-01-26	0:43:30
3	Netwerker/verbinder (Welzijn)	24-02-26	0:34:43
	Gem.		0:40:04
	SD		0:06:46
	Totaal		14:01:17

Thema's

De onderzoekers hebben codes met elkaar vergeleken en geclusterd in categorieën. Door deze resultaten in de onderzoeksgroep te bespreken en te vergelijken met de literatuur en met verschillende modellen voor innovatie en gedragsverandering zijn vijf thema's ontwikkeld.

Uit de interviews kwam naar voren dat samenwerking in de eerste lijn niet kan worden begrepen als een lineair proces waarin samenwerking eenvoudig kan worden ingevoerd via beleid of organisatorische afspraken. Zo werd ervaren dat samenwerking uit veelal spontane en soms geplande interacties tussen professionals en organisaties ontstaat op verschillende niveaus van het zorgsysteem:

- Systeemniveau: beleidsstructuren, financiering en institutionele verhoudingen;
- Netwerkniveau: governance en samenwerking tussen organisaties, besturen en beleidsmakers;
- Professioneel niveau: relaties en interacties tussen professionals uit het zorg- en sociaal domein in de wijk en/of regio.

De vijf geïdentificeerde thema's kunnen binnen deze niveaus worden geplaatst.

1. Interprofessionele dynamiek en sociale netwerkstructuur (professioneel niveau);
2. Bestuurlijke verbinding en machtsverhoudingen (netwerkniveau);
3. Urgentiebesef (netwerk- en professioneel niveau);
4. Structurele bekostiging (systeemniveau);
5. De rol van Level als ondersteunend netwerk (netwerkniveau).

1. Interprofessionele dynamiek en sociale netwerkstructuur

Op het niveau van de dagelijkse praktijk blijkt samenwerking sterk afhankelijk te zijn van de (spontane) interactie tussen professionals in de wijk. Deelnemers benadrukken dat samenwerking vaak ontstaat vanuit informele netwerken en persoonlijke relaties. Uit de interviews blijkt dat de dynamiek tussen verschillende beroepsgroepen een belangrijke rol speelt in het functioneren van samenwerking binnen de eerste lijn. Onder interprofessionele dynamiek verstaan deelnemers de manier waarop professionals uit verschillende disciplines – zoals huisartsen, paramedici, verpleegkundigen, sociaal werkers en andere zorgverleners – elkaar ontmoeten, samenwerken, communiceren en elkaars rol begrijpen. De interviews laten zien dat deze dynamiek zowel samenwerking kan versterken als belemmeren.

Elkaar kennen en vertrouwen als basis voor samenwerking

Professionals geven aan dat als zij elkaar ontmoeten en inzicht krijgen in elkaars werk er meer begrip voor elkaars rol in de zorgketen ontstaat en ze beter weten naar wie ze kunnen verwijzen. Deelnemers zeggen dat samenwerking vaak beter verloopt wanneer professionals elkaar al kennen vanuit eerdere projecten of

overlegstructuren. Samenwerking ontstaat vaak wanneer professionals elkaar weten te vinden rondom concrete zorgvragen.

“Als je elkaar eenmaal kent en weet wat iemand doet, dan wordt het veel makkelijker om elkaar te vinden.” (Apotheker)

Deelnemers benadrukken dat interprofessionele samenwerking de kwaliteit van zorg kan versterken en dat de druk op bijv. huisartsen daardoor verminderd kan worden, maar dat vraagt ook dat professionals de verantwoordelijkheid durven te delen.

Maar dat loslaten, hè, van die, en dat ook verantwoordelijkheid nemen van die basisarts en die Physician Assistant, dat zijn nog wel bewegingen die, nou zorgen is misschien een groot woord, maar daar is nog wel wat voor nodig. Dat vertrouwen op elkaar van: oké, dat kan ook net zo goed door iemand anders gebeuren.” (Projectleider)

Onduidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden

Tegelijkertijd blijkt uit de interviews dat onduidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden een belangrijke belemmering kan vormen.

“Dus dat er wordt verwacht hier achter de schermen- dat doet de huisarts dan toch? Of de huisarts van: nou ja, dat stuur ik naar dat sociaal domein, dat lossen ze dan daar maar op. En dat het dan toch niet altijd duidelijk is wat nou precies wiens rol is.” (Paramedicus)

Professionele grenzen en cultuurverschillen

De verschillen tussen beroepsgroepen in professionele cultuur en werkwijzen kunnen volgens deelnemers leiden tot uiteenlopende verwachtingen over samenwerking, communicatie en besluitvorming. Sommige disciplines zijn gewend om autonoom te werken en zien autonomie als een professionele waarde, terwijl andere disciplines meer in teams werken. Wanneer deze verschillen in professionele waarden niet expliciet worden besproken, kunnen ze samenwerking bemoeilijken.

“Dus wat is dat principe van zorgverleners? Dat is autonomie. Nou, autonomie en samenwerken is een spannende.” (Beleidsadviseur)

Tijd en ruimte voor overleg of ontmoeting

Een belangrijk aspect dat wordt genoemd zijn de randvoorwaarden voor samenwerking. Het organiseren van gezamenlijke overleggen of ontmoetingen blijkt essentieel om relaties tussen professionals te versterken. Aan de andere kant wensen professionals niet in een vergadercultuur terecht te komen.

“We hebben te weinig vaste momenten waarop we elkaar treffen. We kennen elkaar niet goed genoeg. Ja, ik denk dat daar nog een hoop verbetering kan plaatsvinden.” (Apotheker)

Sociale netwerkstructuren en regionale context

De interviews laten zien dat de sociale structuur van een regio een belangrijke rol speelt in de mate waarin samenwerking tot stand komt. In kleinere gemeenten en dorpen zijn de lijnen tussen professionals vaak korter en kennen professionals elkaar persoonlijk. In steden zijn veel verschillende organisaties, zorgaanbieders en hulpverleners actief. Dit maakt het moeilijk om iedereen te verbinden en een gedeelde visie te ontwikkelen, waardoor samenwerking minder vanzelfsprekend kan zijn of langer kan duren.

“En ergens vind ik het jammer dat er soms naar het hele grote wordt gekeken. [...]. Terwijl juist de kleinere, of een randgemeente vaak een voorbeeld kunnen zijn. Dus ik denk ook wel dat de regio zou kunnen leren van juist zo'n randgemeente, waar soms hele duidelijke partijen aanwezig zijn.” (Paramedicus)

De kloof tussen zorg en sociaal domein

Samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein wordt door veel deelnemers als belangrijk gezien, maar blijkt in de praktijk vaak nog beperkt. Goede samenwerking in de wijk vraagt om een brede benadering van gezondheid, waarin niet alleen medische zorg maar ook welzijn en sociale ondersteuning vanuit de nulde lijn belangrijk is. Een ander aspect dat genoemd wordt is het belang van betere verwijsmogelijkheden tussen zorg en sociaal domein.

In plaats van patiënten alleen binnen de medische zorgketen door te verwijzen, kan het soms effectiever zijn om ondersteuning vanuit welzijn te organiseren.

“Ik denk dat als het sociale domein echt goed gepositioneerd is, dat zij misschien veel bij de wijkverpleging weg kunnen halen.” (Paramedicus)

Gewenste resultaten van samenwerking

Over hoe in de samenwerking tot gewenste resultaten te komen, hadden deelnemers een overtuigende opvatting. De praktijk verlangt naar korte lijnen, die opgezet en gecoördineerd worden door vaste aanspreekpunten binnen de wijk waar laagdrempelig de vraag om hulp gesteld kan worden. Dat kan een speciaal daarvoor ingericht loket zijn in een gezondheidscentrum of wijkcentrum dat bemand wordt door iemand die de weg kent in het zorg- en sociaal domein. Daar zou ook een preventieve werking vanuit kunnen gaan.

“Ik zou willen dat inwoners lokaal een heel laagdrempelige plek hebben. Het liefst eigenlijk in elk dorp, waar zij eigenlijk elke vraag die zij hebben of dat nou een vraag om hulp is of ondersteuning of ook zorg, dat dat op één duidelijke plek neergelegd kan worden. En dat er dan ook vanuit, zeg maar, alle domeinen in gezamenlijkheid gekeken wordt naar: wat is nou hier precies de vraag en welk, aanbod past hier het beste bij?” (Netwerkleider)

In dit kader worden een aantal voorbeelden genoemd. Voorbeelden die inspirerend zouden kunnen zijn voor andere wijken en/of regio's, maar waarbij men ook wel inziet dat zulke initiatieven vaak contextgebonden zijn. Genoemd worden o.a. triageteams,

wijkzorgmanagementoverleg, integrale ouderenzorg, avond/nacht/weekendteams, gebruik van bepaalde apps, proeftuinen en netwerken van gespecialiseerde zorg.

“We hebben een wijkzorgmanagementoverleg in het leven geroepen. Daar zitten inmiddels al wel vijftien organisaties aan tafel. Zien elkaar elke zes weken, zowel op strategisch tactisch niveau als op operationeel niveau. Die kijken naar volume, dus aantal cliënten. Die kijken naar reisafstand. Die kijken naar hun eigen capaciteit. Wat hebben we in huis? En die kijken naar zorgzwaarte” (Projectleider)

Samenvatting van het thema

Samenwerking ontstaat vaak spontaan rondom concrete zorgvragen, waar professionals uit het zorg- en sociaal domein elkaar kennen, kunnen vinden en hun expertise combineren. Wanneer professionals elkaar kennen en van elkaar begrijpen wat hun rol is, kunnen nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan.

Het organiseren van gezamenlijke overlegmomenten helpt professionals om elkaar beter te leren kennen en samen te werken aan gezamenlijke zorgdoelen. Wanneer verschillen in professionele cultuur, rolopvattingen of belangen domineren, komt samenwerking niet goed van de grond. De samenwerking tussen zorg en sociaal domein is nog onvoldoende ontwikkeld en vraagt om organisatorische afspraken. Er zijn inmiddels goede voorbeelden van hechte wijkverbanden en regionale samenwerking. Dorpen en kleine regio's lopen daarbij voorop omdat mensen elkaar daar beter kennen en zodoende elkaar beter kunnen vinden.

2. Bestuurlijke verbinding en machtsverhoudingen

Op het niveau van regionale netwerken en (nog op te richten) regionale samenwerkingsverbanden (RESV's) speelt governance een belangrijke rol. Veel deelnemers geven aan dat regionale samenwerking nog in ontwikkeling is. De ontwikkeling van de samenwerking verschilt per regio. In de ene regio bestaan al relatief sterke samenwerkingsverbanden, terwijl in de andere regio samenwerking vooral afhankelijk is van individuele initiatieven.

Verbinding tussen regionaal bestuur en de wijk.

Een terugkerend punt in de interviews is het belang van een goede verbinding tussen bestuurlijke plannen en de behoeften in de wijk. Enerzijds blijkt het opschalen van lokale, op wijkniveau geïnitieerde samenwerkingsinitiatieven een uitdaging.

Anderzijds kunnen regionale plannen voor samenwerking soms moeilijk aansluiten bij de dagelijkse praktijk in de wijk, waar professionals andere prioriteiten ervaren, waardoor implementatie van regionale plannen moeizaam verloopt.

“En inderdaad, bij de professionals zelf merk je heel erg dat het niet te doen is om al die ontwikkelingen te volgen. Je bent gewoon bezig met het leveren van zorg of waar je dan ook maar precies voor opgesteld staat. [...]. En ja, dan is het een beetje een ver-van-mijn-bed-show natuurlijk.” (Apotheker)

Gezamenlijke bestuurlijke visie

Een belangrijke bevorderende factor die uit de interviews naar voren komt is een gedeelde visie tussen professionals en organisaties in de regio. Wanneer bestuurders en leidinggevendenden van zorg- en welzijnsorganisaties, zorgcoöperaties of regionale beroepsverenigingen gezamenlijk erkennen dat samenwerking noodzakelijk is om toekomstige zorgvragen op te vangen, ontstaat ruimte om gezamenlijke initiatieven te ontwikkelen. Deelnemers geven aan dat beleidsvorming beter verloopt wanneer organisaties bereid zijn om over hun eigen grenzen en belangen heen te kijken en regionale doelen centraal te stellen.

“En verder hoop je dat bestuurders hè, dat bestuurders die verantwoordelijkheid ook nemen om over de grenzen van de eigen organisatie te kijken. Gebeurt ook wel steeds meer.” (Projectleider)

Een gedeelde visie helpt volgens deelnemers om prioriteiten te stellen en maakt het mogelijk om afspraken te maken over rollen, verantwoordelijkheden en investeringen. Hierbij wordt ook een stevige verbinding met zowel de nulde als met de tweede en derde lijn gewenst. Een RESV zou daarin faciliterend moeten zijn.

“Maar eigenlijk moeten wij natuurlijk zorgen dat die nulde lijn en die eerste lijn en die anderhalve lijn en die tweede lijn beter met elkaar gaan samenwerken in die keten”. (Projectleider)

Gelijkwaardigheid en vertrouwen als leidende principes

Naast een gezamenlijke visie speelt in de interviews onderling vertrouwen tussen professionals en organisaties een belangrijke rol. In regio's waar organisaties elkaar goed kennen en vertrouwen op basis van gelijkwaardigheid, blijkt samenwerking makkelijker tot stand te komen. Langdurige relaties en eerdere samenwerkingen helpen daarbij.

“Nou ja, wat, wat er bij ons heel erg wordt uitgesproken dat het belangrijk is dat het gelijkwaardig is. Dat men er gelijkwaardig in zit [...] Want er zijn wel degelijk verschillen. En hoe gaan we daarmee om? Ik denk dat het belangrijk is dat er een basisvertrouwen is. En dat is natuurlijk ook heel fragiel. Want als er een keer iets niet lekker loopt, dan moet je elkaar kunnen vasthouden, dat heb ik ook al wel gehoord van een van de bestuurders.” (Paramedicus)

Omdat nog niet precies duidelijk is uit hoeveel leden een op te richten RESV zal bestaan, maar al wel duidelijk is dat niet elke discipline uit de eerste lijn vertegenwoordigd kan zijn, zullen RESV-bestuursleden gemandateerd gaan worden om verschillende beroepsgroepen te vertegenwoordigen. In elke regio wordt dit proces, vanwege verschillende belangen van professionele groepen, door deelnemers met argusogen gevolgd: wie vertegenwoordigt straks wie, en hoe komen beslissingen tot stand? Aan de vooravond van dit ontwikkelingsproces wordt gezien dat individuele beroepsgroepen zich monodisciplinair, en soms multidisciplinair, verenigen om een sterke stem te ontwikkelen.

“Bij ons is dat georganiseerd in een organisatie die dan de hele paramedie: de fysiotherapie, ergotherapie, diëtist en logopedie moet vertegenwoordigen. Dat vind ik nogal wat. Dat zijn eigenlijk vier totaal verschillende beroepsgroepen.” (Paramedicus)

Deelnemers beschrijven situaties waarin bepaalde beroepsgroepen die zich beter georganiseerd hebben een dominante rol zouden kunnen opeisen.

Personen doen ertoe, hè. Heb je een regio waar een hele sterke voorzitter van een huisartsencoöperatie zit en de paramedici zijn bijvoorbeeld heel slecht georganiseerd, dan, dan zou het zomaar kunnen zijn dat die huisartsencoöperatie alles uitmaakt [...] En dat wil je eigenlijk niet”. (Huisarts)

Verschillende belangen en bestuurlijke agenda's

De samenwerking op regionaal niveau wordt volgens deelnemers ook bemoeilijkt omdat organisaties, coöperaties of regionale vertegenwoordiging van beroepsverenigingen soms verschillende belangen of strategische agenda's hebben. Bestuurders moeten immers niet alleen rekening houden met regionale samenwerking, maar ook met de financiële en organisatorische belangen van hun eigen organisatie. Dit kan spanning creëren tussen samenwerking en concurrentie.

“Die hebben zich hier inmiddels wel verenigd in zo'n klein jaartje in een paramedisch platform, maar ergens zit daar ook nog wel een stukje concurrentie. Sommigen hebben het wel heel druk en, en zien meer al van: hé, we, we houden het zo druk, we moeten meer samenwerken en anderen willen vooral hun praktijk goed draaiende houden.” (Projectleider)

Ook de rol van de zorgverzekeraars wordt in dit verband genoemd. Zij geven vergoedingen op basis van volume en efficiëntie of op basis van specialisatie, wat op gespannen voet staat met samenwerking.

“Dus die belonen eigenlijk datgene wat alleen maar concurrentie verhogend werkt. Dus ik denk dat dat ook een van de factoren is geweest waarom samenwerken best wel lastig is in de eerste lijn.” (Paramedicus)

Organisatorische versnippering

De eerste lijn bestaat uit veel verschillende, vaak zelfstandig opererende organisaties en (solo)praktijken, elk met hun eigen belangen, financiering en governance. Dit maakt het volgens deelnemers lastig om elkaar te vinden en regionale samenwerking te organiseren.

“...de gehele eerste lijn is denk ik ook wel heel erg versnipperd ingericht. En dat maakt het soms ook wel... Nou ja, dat staat ook de samenwerking in de weg, aangezien je niet altijd dan weet bij wie of wat je dan moet zijn.” (Beleidsadviseur)

En professionals in de wijk geven aan behoefte te hebben aan overzicht. Regionale bestuurders zouden in kaart moeten brengen wat de verschillende behoeften in de wijken zijn en de plannen die daarvoor al worden ontwikkeld. Daarnaast zouden regionale bestuurders de beschikbare expertise in de regio in kaart moeten brengen

en mogelijke verwijsroutes kunnen voorstellen waar professionals in de wijk zelf vorm aan geven.

“..en vervolgens zeg je tegen de wijkcoördinator: dit is het algemene plaatje. Dat moet jij nou verder gaan invullen. En dan ga je naar centraal [RESV], dat daar een mooie, lay-out van vormt”. (Huisarts)

Samenvatting van het thema

Het thema bestuurlijke verbinding en machtsverhoudingen laat zien dat regionale samenwerking in de eerste lijn sterk afhankelijk is van de mate waarin zorg- en welzijnsorganisaties, zorgcoöperaties en regionale vertegenwoordiging van beroepsverenigingen bestuurlijk met elkaar verbonden zijn en elkaar ondersteunen in hun visie en hun plannen. Daarnaast is de verbinding tussen regionaal bestuur en de lokale praktijk nog onvoldoende ontwikkeld waardoor lokale innovaties niet altijd worden opgeschaald naar regionaal beleid, terwijl regionale plannen niet altijd aansluiten bij de behoeften van professionals in de wijk. Dat leidt tot versplintering van initiatieven en daarmee tot inefficiëntie en verspilling van middelen.

3. Urgentiebesef

Uit de interviews komt naar voren dat urgentiebesef een centrale drijfveer is voor het ontstaan en functioneren van samenwerking in de eerste lijn. Veel deelnemers erkennen dat de druk op de eerste lijn sterk toeneemt door demografische ontwikkelingen, complexere zorgvragen en personeelstekorten. Tegelijkertijd geven zij aan dat dit besef niet overal in dezelfde mate aanwezig is. In sommige regio's of organisaties fungeert het gevoel van urgentie als motor voor samenwerking en innovatie. In andere regio's blijft het besef van de toekomstige druk nog beperkt, waardoor samenwerking minder vanzelfsprekend van de grond komt. Dit verschil in perspectief, welke ook nog tussen partijen binnen een regio kan verschillen, lijkt de mate waarin men bereid is om te investeren in regionale samenwerking te beïnvloeden, en verklaart ook de verschillen in snelheid waarmee samenwerking tot stand komt.

Druk op de zorg als bron van urgentie

Veel deelnemers verwijzen naar de toenemende zorgvraag door vergrijzing en complexere problematiek als belangrijke aanleiding om samenwerking te versterken. Deze ontwikkeling maakt volgens deelnemers duidelijk dat individuele organisaties de toekomstige zorgvraag niet meer zelfstandig kunnen opvangen.

“Ik denk dat de eerste lijn een cruciale rol gaat spelen in de toekomst en zich dat nog niet ten volle realiseert [...] dus de positionering van de eerste lijn in de keten acht ik cruciaal voor de toekomst. Maar dat zie ik nu nog niet gerealiseerd. Ze [de professionals in de wijk] zijn zich daar denk ik nog onvoldoende van bewust.” (Projectleider)

Het besef van toenemende capaciteitsproblemen helpt deelnemers om na te denken over andere manieren om zorgvragen te beantwoorden.

“Vanuit professioneel vlak is het dus ook dat ik veel vragen op mijn spreekuur krijg. En ik ook zie dat we daar met een ontzettende krapte zitten. En dat wordt alleen nog maar pittiger de komende jaren. En dat ik daarin hoop dat we, door daar toch een bepaalde routing te krijgen van vragen.” (Apotheker)

Samenvatting van het thema

Het thema urgentiebesef laat zien dat samenwerking in de eerste lijn sterk afhankelijk is van het gedeelde besef dat verandering noodzakelijk is. Urgentiebesef kan daarmee zowel een bevorderende factor – wanneer het de samenwerking stimuleert – als een belemmerende factor -wanneer het onvoldoende gedeeld of gevoeld wordt binnen een regio - zijn. Met name professionals die de druk op de zorg nog niet zo voelen, zijn minder gemotiveerd om in samenwerking te investeren en zo ontstaan er tempoverschillen tussen wijken en regio's.

4. Structurele bekostiging

Naast urgentiebesef speelt de financiële inrichting van de zorg een belangrijke rol in de mogelijkheden voor samenwerking. Deelnemers geven aan dat activiteiten gericht op samenwerking vaak niet structureel gefinancierd zijn. Professionals moeten bijvoorbeeld tijd vrijmaken voor overleg of netwerkontwikkeling terwijl deze tijd niet altijd wordt vergoed. Hoewel veel professionals het belang van samenwerking onderschrijven, ontbreekt vaak structurele financiële ondersteuning om deze samenwerking daadwerkelijk vorm te geven. Veel succesvolle initiatieven drijven op intrinsiek gemotiveerde professionals, die het collectief belang boven het eigen belang stellen.

Als die kartrekkers verdwijnen, verdwijnt het initiatief met hen.

Samenwerking als ‘onbetaald werk’

Deelnemers beschrijven dat activiteiten die gericht zijn op overleg, afstemming en gezamenlijke ontwikkeling vaak niet of slechts tijdelijk worden gefinancierd. Daardoor ontstaat een situatie waarin professionals wel worden geacht samen te werken en innovaties te ontwikkelen, maar hiervoor onvoldoende tijd en middelen beschikbaar hebben.

“Op het moment dat een professional aan tafel gaat zitten om samen te werken of na te denken over wat er nodig is, kan die geen patiëntenzorg doen. Dus het kost tijd en het kost geld, want die persoon mist op dat moment de inkomsten van de praktijk.” (Beleidsadviseur)

Tijdelijke subsidies en projectfinanciering

Samenwerkingsinitiatieven worden vaak gefinancierd via tijdelijke subsidies of projectmiddelen, zoals vouchers of implementatiesubsidies. Hoewel deze middelen

kunnen helpen met de opstart, worden ze door deelnemers niet gezien als een duurzame oplossing.

“Wij hebben het Paramedisch Platform opgezet zonder financiering en zonder subsidie. We hebben monodisciplinaire vouchers gekregen en met elkaar afgesproken: oké, een deel daarvan gaat naar het Paramedisch Platform. Maar er is ontzettend veel in eigen tijd wat we moeten doen. Dus, dat is niet houdbaar voor ons, hoeveel wij doen in eigen tijd.” (Paramedicus)

Daarnaast blijkt dat beschikbare middelen soms ongelijk verdeeld zijn tussen disciplines. Zo wordt bijvoorbeeld genoemd dat middelen voor organisatie en infrastructuur (O&I) in de praktijk vooral ten goede komen aan de huisartsenzorg. Hierdoor hebben andere beroepsgroepen, zoals paramedici of apothekers, minder mogelijkheden om tijd vrij te maken voor samenwerking.

“De O&I-middelen die via de huisartsenzorg lopen waren breder bedoeld, maar praktisch gezien zijn die vooral ingezet voor de huisartsen [...] heel lang hebben partijen gedacht dat samenwerking vanzelf ontstaat. Paramedici en apothekers hebben heel lang vanuit liefdewerk oud papier meegedacht en meegepraat. Maar daar zijn ze wel klaar mee.” (Beleidsadviseur)

Samenvatting van het thema

De interviews laten zien dat financiering een cruciale rol speelt in het mogelijk maken van samenwerking in de eerste lijn. Hoewel veel professionals bereid zijn samen te werken, ontbreekt vaak structurele financiering als randvoorwaarde voor overleg, coördinatie en gezamenlijke ontwikkeling. Samenwerking wordt daardoor regelmatig georganiseerd in eigen tijd of via tijdelijke subsidies.

Dit maakt initiatieven kwetsbaar, onvoldoende duurzaam en afhankelijk van individuele inzet. Financiële prikkels sluiten nog onvoldoende aan bij de gewenste veranderingen in de zorg. Structurele financiering voor samenwerking lijkt daarom een belangrijke voorwaarde om regionale samenwerking in de eerste lijn verder te versterken.

5. De rol van LEVEL als ondersteunend netwerk

In alle interviews komt LeVEL naar voren als een kansrijk initiatief dat een ondersteunende rol kan spelen bij de ontwikkeling van RESV's en hechte wijkverbanden. Deelnemers zien LeVEL vooral als een netwerk dat kennis, ervaringen en goede voorbeelden van samenwerkingsinitiatieven uit verschillende regio's kan verzamelen en delen. Tegelijkertijd heeft LeVEL geen formele bevoegdheden, ondanks dat de verwachting soms wordt uitgesproken dat LeVEL een bestuurlijke rol pakt. De impact van het netwerk ligt vooral in het ondersteunen van regio's, het verbinden van initiatieven en het faciliteren van leerprocessen. Daarnaast is de verwachting dat LeVEL ook laat zien dat de inspanningen op wijkniveau en op regionaal niveau impact hebben door de resultaten hiervan te in kaart te brengen. Deelnemers zijn van mening dat 'zichtbare resultaten' kunnen bijdragen aan de motivatie van 'late adopters' en 'laggards'.

Kennisdeling tussen regio's

Een van de meest genoemde rollen van LeVEL is het delen van kennis, ervaringen en expertise tussen regio's. Veel deelnemers geven aan dat vergelijkbare vraagstukken rondom samenwerking in meerdere regio's spelen. Een netwerk dat deze ervaringen bundelt kan volgens hen helpen om sneller van elkaar te leren. Deelnemers benadrukken dat kennisdeling niet alleen gaat over het uitwisselen van ervaringen, maar ook over het samen analyseren van gemeenschappelijke knelpunten, om patronen zichtbaar te maken en gezamenlijke oplossingen te ontwikkelen voor problemen die in meerdere regio's spelen.

“Ja, nou, ik denk vooral inderdaad het delen van kennis, ervaring en expertise en dergelijke. Vanuit het hele land dan natuurlijk [...] Als er gemeenschappelijke aandachtspunten of risico's of belemmeringen zijn, hoe kunnen we daarin dan ook weer die aanpak pakken om daar dan wat verder mee te komen?” (Apotheker)

Inzicht in ontwikkelingen over samenwerking in de eerste lijn

Een aantal deelnemers gaf aan behoefte te hebben aan kwantitatieve data, verzameld met evaluaties en monitoring, zowel van het proces als van de resultaten om ook zichtbaar te kunnen maken dat versterkte samenwerking in de eerste lijn 'werkt'. LeVEL zou daarin een rol kunnen vervullen.

“We zijn altijd heel erg doel gedreven en willen steeds naar meer, naar hoger, naar verder. En dan vergeten we af en toe even te stoppen en terug te kijken van: hoe zijn we hier gekomen en wat heeft ervoor gezorgd dat we hier zo gekomen zijn?” (Beleidsadviseur)

Ondersteuning bij regionale vraagstukken

Naast kennisdeling zien deelnemers ook een rol voor LeVEL in het ondersteunen van regio's bij concrete vraagstukken rond samenwerking. Dit kan bijvoorbeeld gaan over governance, contractering of organisatie van regionale samenwerkingsverbanden.

“Nou, wellicht het, het, het kunnen bewerkstelligen van, van bepaalde bijeenkomsten of het, of het monitoren, van: wie zijn er / Uh wie, wie zitten er in een wijk? Wie zijn er betrokken en hoe krijg je allemaal de neuzen dezelfde kant op?” (Manager)

Verbinding tussen regio's

Deelnemers benoemen ook dat LeVEL kan bijdragen aan het verbinden van regio's die met vergelijkbare uitdagingen te maken hebben. Door regio's met elkaar in contact te brengen kunnen ervaringen en oplossingen sneller worden gedeeld. Deze verbindende rol kan helpen om leerprocessen tussen regio's te versnellen en duplicatie van inspanningen te voorkomen.

“Op het moment dat je een probleem hebt, dan kun je bellen, kun je mailen, je kunt persoonlijk worden begeleid. Je kunt in contact komen met andere regio's die met dezelfde problemen worstelen.” (Paramedicus)

Samenvatting van het thema

Het thema LeVEL als ondersteunend netwerk laat zien dat deelnemers het netwerk vooral zien als een ondersteunend en verbindend platform voor samenwerking in de eerste lijn, dat duidelijk kan voorzien in een behoefte. Belangrijke functies zijn kennisdeling, het zichtbaar maken van goede voorbeelden en het verbinden van regio's met vergelijkbare vraagstukken. In box 1 is een voorbeeld opgenomen.

Voorbeeld van samenwerking in de wijkzorg

Box 1: voorbeeld samenwerking in de wijkzorg

Binnen vijf gemeenten in Noord- en Midden-Drenthe werken ruim tien wijkzorgaanbieders structureel samen in het [SamenZorgNetwerk](#) om de eerste lijn te versterken. Dit gebeurt op drie beleidsniveaus:

- **Operationeel niveau:** *Wijkverpleegkundigen van de verschillende organisaties overleggen periodiek over klantvragen en casuïstiek. Via het [VIP-verwijsplatform](#) onderhouden zij dagelijks contact voor collegiale afstemming en ondersteuning.*
- **Tactisch niveau:** *Iedere gemeente heeft een kartrekker vanuit een van de deelnemende organisaties. Deze kartrekkers bespreken regionale ontwikkelingen, ervaringen van wijkteams en zoeken gezamenlijk oplossingen voor knelpunten.*
- **Strategisch niveau:** *Managementcontactpersonen zijn benoemd als aanspreekpunt voor regionale netwerken. Eens per kwartaal komen strategische thema's aan de orde, zoals positionering van wijkzorg en versterking van samenwerking in de regio.*

Deze gelaagde structuur bevordert samenwerking, versterkt het lerend vermogen van de aangesloten organisaties en levert voor alle betrokkenen tijdwinst op. Schaarse tijd die nu beter voor cliënten kan worden ingezet. Daarnaast biedt het netwerk georganiseerde ingangen voor kernteams rondom huisartsenpraktijken en andere zorg- en welzijnspartijen in de wijk.

*In de afgelopen jaren heeft het **SamenZorgNetwerk** het thema 'herkenbare en aanspreekbare wijkzorg' ontwikkeld tot een netwerk dat regionale samenwerking, efficiëntie en kennisdeling stimuleert. Momenteel wordt onderzocht hoe dit netwerk kan aansluiten bij het RESV, de Hechte Wijkverbanden, het Regionaal Transferpunt en regionale triage. Wijkzorgaanbieders hebben bovendien een voucher aangevraagd voor versterking van de eerste lijn, waarmee de aansluiting van het SamenZorgNetwerk op deze structuren verder wordt vormgegeven. De samenwerking verloopt in lijn met het transitieplan Zorgcoördinatie en Medisch Generalistische Zorg.*

Overzicht van bevorderende en belemmerende factoren voor samenwerking op verschillende niveaus

Uit de interviews kan volgend samenvattend overzicht van de bevorderende en belemmerende factoren voor samenwerking in de 1^e lijn samengesteld worden (Tabel 2)

Tabel 2: Bevorderende en belemmerende factoren voor samenwerking op verschillende niveaus

Niveau	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Professioneel	• Elkaar kennen en vertrouwen • Inzicht in elkaars expertise • Gedeeld urgentiebesef • Korte lijnen en vaste aanspreekpunten in de wijk • Heldere verwijsroutes • Goede voorbeelden van succesvolle initiatieven	• Onduidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden • Verschillen in professionele cultuur en waarden • Kloof tussen zorg- en sociaal domein. • Tekort aan personeel
Netwerk	• Gedeelde bestuurlijke visie • Onderling vertrouwen en basis van gelijkwaardigheid • Kennisdeling en ondersteuning van het lerend vermogen door LeVEL. • Ervaren noodzaak om samen te werken door toenemende druk op de zorg.	• Versnippering van organisaties • Verschillende belangen en strategische agenda's • Weinig aansluiting tussen regionaal bestuur en wijk • Onzekerheid rondom representatie en mandatering in toekomstige RESV's
Systeem		• Gebrek aan structurele bekostiging voor samenwerking • Financiële prikkels die concurrentie bevorderen

Reflectie op de resultaten

Deze studie had als doel om inzicht te verkrijgen in de manier waarop samenwerking in de drie geselecteerde zorgregio's vorm krijgt, welke factoren deze samenwerking bevorderen of belemmeren, wat er nodig is om de samenwerking te verbeteren en welke aanbevelingen daaruit voortvloeien.

Uit de interviews met verschillende professionals in de eerste lijn zijn vijf centrale thema's naar voren gekomen: (1) interprofessionele dynamiek en sociale netwerkstructuur, (2) bestuurlijke verbinding en machtsverhoudingen, (3) urgentiebesef, (4) structurele bekostiging en (5) de rol van LeVEL als ondersteunend netwerk.

In deze discussie reflecteren we op deze vijf thema's in het licht van bestaande literatuur over samenwerking in de eerste lijn én afgezet tegen de beleidsmatige ambities zoals verwoord in de Visie Eerstelijnszorg 2030 en de handreikingen voor hechte wijkverbanden en regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden.^{1,6-7}

Algemene bevindingen

De onderzoeksresultaten laten zien dat de samenwerking in de drie zorgregio's in ontwikkeling is en aansluit bij de Visie Eerste lijn 2030.¹ Tegelijkertijd laten de resultaten zien dat er weliswaar hard gewerkt wordt, maar dat er nog stappen gemaakt moeten worden om de ambities waar te maken. Succesvolle samenwerkingsinitiatieven zijn nog versplinterd en afhankelijk van de lokale context, en daar wordt nog onvoldoende van geleerd. Deze bevindingen worden ondersteund door de literatuur over interprofessionele samenwerking en integrale zorg.^{14-28,30}

Thema 1 Interprofessionele dynamiek en sociale netwerkstructuur

Beleidsmatig wordt ingezet op een toekomstbeeld waarin in 2030 in elke wijk sprake is van een hecht wijkverband: een integraal samenwerkingsverband dat vanuit een populatiegericht en generalistisch perspectief verantwoordelijkheid neemt voor inwoners met complexe problematiek. RESV's fungeren daarbij als regionale structuren die samenwerking faciliteren, afstemmen en ondersteunen. De handreiking benadrukt hierbij onder andere het belang van gedeelde verantwoordelijkheid, integrale samenwerking tussen zorg en sociaal domein, duidelijke governance en structurele randvoorwaarden. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat samenwerking in de praktijk nog sterk afhankelijk is van lokale katrekkers en bestaande samenwerkingsstructuren. Randvoorwaarden zoals structurele financiering voor samenwerking spelen daarbij een rol evenals rolonduidelijkheid. Ondanks dat de noodzaak algemeen wordt erkend, is de samenwerking met het sociaal domein nog onvoldoende ontwikkeld. Dit impliceert dat het realiseren van hechte samenwerking niet alleen een ontwerp-vraagstuk is zoals beschreven in Visie Eerste lijn 2030, maar vooral een sociaal en relationeel proces dat geduld vraagt en structurele financiële en organisatorische ondersteuning. Het leren dat hier plaatsvindt is sterk relationeel en

impliciet. De kennis die op de werkvloer al ontwikkeld is, kan beter vastgelegd, gedeeld en vertaald worden naar beleid.

Thema 2 Bestuurlijke verbinding en machtsverhoudingen

De handreiking voor RESV's gaat uit van duidelijke regionale governance, waarin vertegenwoordiging, mandatering en gezamenlijke besluitvorming zijn georganiseerd. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat regionale samenwerking nog sterk in ontwikkeling is en dat de eerste lijn nog te veel gefragmenteerd is, met veel zelfstandig opererende organisaties en uiteenlopende belangen. Deze fragmentatie maakt het moeilijk om tot een gezamenlijke visie, gedeelde plannen en sturing te komen. Discussies over representatie en mandatering illustreren dat het organiseren van een RESV niet alleen een technische, maar ook een politieke en relationele uitdaging is. Bovendien laten de resultaten zien dat regionale plannen niet altijd aansluiten bij de praktijk in de wijk en omgekeerd lokale initiatieven moeilijk opgeschaald kunnen worden. Leren op bestuurlijk niveau wordt onvoldoende georganiseerd. Hierdoor worden inzichten uit de praktijk niet systematisch benut of opgeschaald. Feedbackloops kunnen worden versterkt zodat succesvolle initiatieven uit de praktijk worden versterkt, maar ook minder succesvolle initiatieven worden gestopt.

Thema 3 Urgentiebesef

Het dreigend zorginfarct en schaarste aan zorgprofessionals is voor professionals en organisaties een belangrijke katalysator voor samenwerking. Er zijn al veel initiatieven ontwikkeld. Toch is dat urgentiebesef niet overal overtuigend aanwezig. Met name professionals die de druk op de zorg nog niet zo voelen, zijn minder gemotiveerd om in samenwerking te investeren en zo ontstaan er tempoverschillen tussen wijken en regio's. In de literatuur wordt dit beschreven als een kenmerkende uitdaging: zonder gedeeld probleembegrip en gezamenlijke verantwoordelijkheid blijft integratie kwetsbaar en afhankelijk van individuele actoren.¹⁶ Tegelijkertijd is het ontstaan van tempoverschillen ook een logisch gevolg van demografische ontwikkeling zoals beschreven wordt in de visie eerste lijn 2030.¹

Thema 4 Structurele bekostiging

De 'handreiking contractering RESV' doet aanbevelingen voor de bekostiging van regionale samenwerking. Vanaf 1 januari 2027 komt er een nieuwe structurele bekostiging voor RESV's en hechte wijkverbanden, vastgelegd in beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).²⁹ De resultaten van deze studie laten zien dat juist deze financiële randvoorwaarden in de praktijk vaak ontbreken of niet duurzaam worden geborgd. Samenwerking vindt nog regelmatig plaats zonder structurele bekostiging en in eigen tijd. Hierdoor blijft leren afhankelijk van intrinsieke motivatie. Dit bevestigt bredere literatuur waarin financiering wordt gezien als een cruciale succesfactor voor geïntegreerde zorg.^{17,19}

Thema 5 De rol van LeVEL als ondersteunend netwerk

Deelnemers zien het LeVEL-netwerk vooral als een ondersteunend en verbindend platform voor samenwerking in de eerste lijn, dat duidelijk kan voorzien in een behoefte. Belangrijke functies zijn kennisdeling, het zichtbaar maken van goede voorbeelden, het monitoren van ontwikkelingen in de samenwerking en het verbinden van regio's met vergelijkbare vraagstukken. Dat komt overeen met de activiteiten die LeVEL momenteel ontplooit. Inventarisatie, prioritering en monitoring zijn passend in de landelijke veranderstrategie zoals beschreven in de Visie Eerstelijnszorg 2030, het ZonMw-programma 'versterking Organisatie Eerste lijn', IZA en AZWA. LeVEL kan een sleutelrol spelen in het versterken van leren van elkaar en het ondersteunen van de gewenste zorgtransformatie, niet alleen op systeemniveau, maar ook op netwerk- en professioneel niveau

Conclusie en aanbevelingen

De onderzoeksresultaten laten zien dat de samenwerking in de eerste lijn in ontwikkeling is en aansluit bij de veranderopgaven zoals door de Rijksoverheid en veldpartijen beschreven in de Visie Eerstelijnszorg 2030, maar de uitvoering hiervan blijkt complex. De resultaten laten zien dat er nog veel werk te doen is om de ambities waar te kunnen maken. Zo blijkt dat succesvolle samenwerkingsinitiatieven nog versplinterd en afhankelijk van de lokale context zijn, en daar wordt nog onvoldoende van geleerd. De resultaten sluiten aan bij wat in de literatuur wordt beschreven: samenwerking in de zorg werkt niet volgens een vaste blauwdruk, maar ontstaat stap voor stap en is afhankelijk van de context. Dit kost tijd en vraagt om goede organisatie en duurzame en passende financiering. Vanuit het idee van een lerend zorgsysteem kunnen leerprocessen op alle drie niveaus (professioneel, systeem en netwerk) versterkt worden door feedbackloops waaraan LeVEL een bijdrage zou kunnen leveren.

Aanbevelingen

Professioneel niveau: Samenwerking floreert waar mensen elkaar kennen; dit vraagt tijd, ruimte en organisatie.

- Organiseer ontmoetingsmomenten voor professionals in de wijk (formeel gepland en informeel).
- Maak rollen en verantwoordelijkheden tussen disciplines expliciet.
- Ontwikkel voor bewoners gezamenlijke toegangspunten ("één loket") en een vast aanspreekpunt.
- Versterk de organisatie van samenwerking tussen zorg en welzijn.

Netwerkniveau: Samenwerking floreert waar mensen elkaar kennen; dit vraagt tijd, ruimte en organisatie.

- Versterk regionale governance op basis van gelijkwaardigheid en een gedeelde visie.
- Organiseer heldere mandatering voor RESV-vertegenwoordigers.
- Borg verbinding tussen regionale agenda's en behoeften in de wijk.
- Creëer overzicht: breng bestaande initiatieven en professionele expertise in kaart.
- Ondersteun de ontwikkeling van eenvoudige verwijsroutes tussen zorgdisciplines en tussen zorg en welzijn.
- Organiseer feedbackloops tussen beleid en praktijk om het lerend vermogen van het systeem te versterken voor het opschalen van wat werkt en het stoppen met wat niet werkt.

Systeemniveau: Samenwerking kan niet afhankelijk blijven van vrijwillige inzet of incidentele subsidies.

- Richt duurzame financieringsstromen in (i.p.v. eenmalige projectfinancieringen).
- Zorg dat alle beroepsgroepen toegang hebben tot projectmiddelen.
- Pas financiële prikkels aan zodat samenwerking wordt beloond.
- Stimuleer een gedeeld urgentiebesef in wijken en regio's.

Binnen deze drie niveaus kan LeVEL de ontwikkeling naar een sterke eerste lijn versnellen door gedeeld leren centraal te stellen; een optimale benutting als kennis- en leernetwerk, het zichtbaar maken van patronen, knelpunten en best practices, monitoring van ontwikkelingen.

Beperkingen van deze studie

De beperkingen van deze kwalitatieve studie liggen in de beperkte transfereerbaarheid van de bevindingen. Deze studie bouwt voort op een kwantitatief onderzoek op basis van vragenlijsten. In dit kwantitatieve onderzoek zijn alleen projectleiders en professionals bevroegd in zorg en welzijn, geen bewoners en geen vertegenwoordigers van gemeenten, verzekeraars of andere organisaties. Dat is de reden waarom deze perspectieven ontbreken. Het onderzoek vond plaats in slechts drie bewust geselecteerde zorgregio's. De gevonden succesfactoren en knelpunten zijn sterk gebonden aan deze lokale situaties. De conclusies en aanbevelingen zijn daardoor niet automatisch van toepassing op alle zorgregio's in Nederland. Aanvullend onderzoek is nodig om de transfereerbaarheid van de resultaten te versterken.

Literatuur

- 1) Rijksoverheid. (2023). Visie eerste lijn 2030. In <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/12/13/visie-eerste-lijn-2030>. Ministerie van VWS.
- 2) Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2023). De basis op orde: Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerste lijn. In *File:///C:/Users/Z798147/Downloads/RVS+De+basis+op+orde.pdf* (ISBN: 978-90-5732-328-7).
- 3) *Haal de eerste lijn uit bereik van de Mededingingswet*. (2022, 7 juli). Medisch Contact. <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/haal-de-eerste-lijn-uit-bereik-van-de-mededingingswet>
- 4) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *Integraal Zorg Akkoord: Samen werken aan gezonde zorg*.
- 5) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). *Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord: Samen sterker voor zorg en welzijn*.
- 6) Rijksoverheid. (2025). *Uitwerking regionale eerste lijns samenwerkingsverbanden*. Ministerie van VWS.
- 7) Actiz, Sociaal Werk Nederland en Vereniging Nederlandse Gemeenten. (2025). *Zes succesfactoren voor het werken in hecht wijkverband: Handreiking voor RESV's en organisaties in de wijk*.
- 8) *Leer- en Verbeternetwerk Eerste Lijn (LeVEL)* (2026). <https://level.1sociaaldomein.nl/>
- 9) Nivel. (2025). *PROJECTPLAN Leer- en Verbeternetwerk Eerste Lijn (LeVEL): Workpackage 2: Inventarisatie, thematische prioritering en monitoring*.
- 10) Beerman, B., Jansen, L., Bos, I., Tuyl, L. van, namens het LeVEL consortium. Infographic. Organisatie van de eerste lijn in wijk en regio: Leer- en Verbeternetwerk Eerste Lijn. Utrecht: Nivel 2026
- 11) Nardon, L., Hari, A., & Aarma, K. (2021). Reflective Interviewing—Increasing Social Impact through Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 20.
- 12) Amberscript Global B.V. (2026, 22 januari). *Transcriptie en ondertiteling van topkwaliteit - bespaar kostbare tijd | Amberscript*. Amberscript. <https://www.amberscript.com/nl/>
- 13) Braun V, Clarke V. Supporting best practice in reflexive thematic analysis reporting in *Palliative Medicine: A review of published research and introduction to the Reflexive Thematic Analysis Reporting Guidelines* (RTARG). *Palliat Med*. 2024 Jun;38(6):608-616. doi: 10.1177/02692163241234800. Epub 2024 Mar 12. PMID: 38469804; PMCID: PMC11157981.
- 14) Carmichael, Ted & Hadzikadic, Mirsad. (2019). The Fundamentals of Complex Adaptive Systems. 10.1007/978-3-030-20309-2_1.
- 15) Goodwin, N. (2013). Understanding integrated care: a complex process, a fundamental principle. *International Journal Of Integrated Care*, 13(1), e011. <https://doi.org/10.5334/ijic.1144>
- 16) Van Ginneken, E., et al. (2025). Scaling up integrated primary care: Lessons from European health systems. Nivel.
- 17) McDonald PL, Foley TJ, Verheij R, Braithwaite J, Rubin J, Harwood K, Phillips J, Gilman S, van der Wees PJ. Data to knowledge to improvement: creating the learning health system. *BMJ*. 2024 Jan 25;384:e076175. doi: 10.1136/bmj-2023-076175. PMID: 38272498; PMCID: PMC10809034.
- 18) Reeves, S., & Harris, R. (2016). Interprofessional Teamwork in Health and Social Care: Key Tensions and Future Possibilities. In *Interprofessional Teamwork in Health and Social Care* (pp. 173–188). <https://doi.org/10.1515/9783110493351-011>
- 19) McDonald PL, Foley TJ, Verheij R, Braithwaite J, Rubin J, Harwood K, Phillips J, Gilman S, van der Wees PJ. Data to knowledge to improvement: creating the learning health system. *BMJ*. 2024 Jan 25;384:e076175. doi: 10.1136/bmj-2023-076175. PMID: 38272498; PMCID: PMC10809034.
- 20) Baker, R., Freeman, G., Haggerty, J., Bankart, M. J., & Nockels, K. (2018). Primary medical care continuity and patient mortality: A systematic review. *BMJ Open*, 8(6), e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>
- 21) Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- 22) Carmichael, T., & Hadzikadic, M. (2019). Fundamentals of complex adaptive systems. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-20309-2>
- 23) Gittel, J. H. (2011). Relational coordination: Guidelines for theory, measurement and analysis. Brandeis University.

- 24) Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications – A discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, e12.
<https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- 25) Reeves, S., & Harris, R. (2016). Interprofessional teamwork in health and social care: Key tensions and future possibilities. In S. Reeves & R. Harris (Eds.), *Interprofessional teamwork in health and social care* (pp. 173–188). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110493351-011>
- 26) Shortell, S. M., Addicott, R., Walsh, N., & Ham, C. (2015). The NHS five year forward view: Lessons from the United States in developing accountable care. *BMJ*, 350, h2005.
<https://doi.org/10.1136/bmj.h2005>
- 27) Valentijn, P. P. (2016). Rainbow of Chaos: A study into the theory and practice of integrated primary care. *International Journal of Integrated Care*, 16(2), e024.
<https://doi.org/10.5334/ijic.2465>
- 28) World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. WHO Press.
- 29) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2026, 3 februari). *Nieuwe bekostiging voor samenwerkingsverbanden in de eerstelijns*. <https://www.nza.nl/onderwerpen/r/regionale-samenwerking/t/nieuwe-bekostiging-voor-samenwerkingsverbanden-in-de-eerstelijns>
- 30) *De beweging naar een sterkere eerste lijn: 1-meting ten behoeve van de monitoring van het Integraal Zorgakkoord*. | Nivel. (z.d.). <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/de-beweging-naar-een-sterkere-eerste-lijn-1-meting-ten-behoeve-van-de-monitoring-van-het>

Bijlage 1 Interviewgids

LeVEL, werkpakket 2

Vragenlijst semigestructureerde interviews

September/oktober 2025

Duur: 45-60 minuten p.p.

Introductie (tekst op pagina's 1 en 2 gebruiken):

- Check of informatiebrief en onderzoeksresultaten in goede orde zijn ontvangen
- toelichting op stand van zaken van project geven: nog inventariserend, landelijke enquête afgerond, aanvullende interviews, landelijk congres 24/9, opstarten TLC-groepen, inrichten monitoring.
- toelichting van onze positie binnen LeVEL
- toelichting op dit aanvullend onderzoek m.b.v. interviews: anonimiteit, audio-opname, verwerking audio/interview, deelname mag te allen tijde worden ingetrokken, terugkoppeling regionale interviews (samenvattend met ruimte voor reflectie, eventueel nabespreking) etc.
- ondertekenen informed consent: expliciet bij start interview om mondelinge toestemming vragen (online opname) en dan formulier nasturen.
- Vraag 1 t/m 3 zijn gericht op reflectie, vraag 4 t/m 7 zijn gericht op transformatie

Algemeen

- Interview nr.:
- Functie: projectleider of eerstelijnsparitij, professie
- Mailadres:

Specifiek

1. Wat is uw eerste reactie na het bestuderen van de resultaten van de digitale enquête?

Als de resultaten niet zijn bestudeerd, dan naar vraag 2

Als de resultaten wel zijn bestudeerd vraag 2 overslaan

- Wat zijn je eerste gedachten hierbij?
 - Kun je daar iets specifiek bij vertellen gerelateerd aan je eigen werksituatie?
- Wat viel je op?
 - Hoe komt het dat juist dit jou opviel?
 - Had je iets anders verwacht?
- Welk resultaat is voor jou het meest relevant?

- Waarom?
 - Wat betekent dit voor jou?
2. Wat denk je van de eerstelijns samenwerking bij jou in de regio?
- Kun je daar iets specifiek bij vertellen gerelateerd aan jouw werksituatie?
 - Wat betekent hetgeen je nu vertelt voor jou ? En voor jouw collega's?
 - Wat is jouw drijfveer om in eerstelijns samenwerking te participeren?
 - Wat denk je dat de cliënt daarvan zou vinden? Wat hoor je de cliënt zeggen?
3. Zijn er dingen in de eerstelijns samenwerking waar je je zorgen over maakt?
- Kun je daarbij een concreet voorbeeld geven gerelateerd aan je eigen context?
 - Wat hoor je bij collega's?
-
4. Wat zou er volgens jou moeten veranderen om de eerstelijns zorg in jouw regio te versterken?
- Hoe zou de organisatie er uit moeten zien?
 - Hoe zou de samenwerking er uit moeten zien?
 - Wanneer ben je tevreden?
 - Wat is er dan veranderd?
 - Wat gaat er dan goed?
 - Welke problemen hebben we dan achter ons gelaten?
 - Hoe ziet die verandering er dan uit binnen de wijk?
 - Hoe ziet die verandering er dan uit binnen de regio?
 - Hoe ziet die verandering er dan uit op landelijk niveau?
5. Welke bijdrage kun jij hieraan leveren?
- Wat ga jij anders doen?
 - Wat gaan anderen daarvan merken?
6. Hoe kan LeVEL bijdragen aan die verandering?
- Wat kan hierin een eerste stap zijn?
 - Wat kan jouw bijdrage zijn aan die verandering?
7. Wat zou je nog willen toevoegen?

Slot

Toelichting geven op vervolg: rapportage, input voor WP4 en WP5, wetenschappelijke publicatie

Auteurs

Rudi Steenbruggen

Marjo Maas

Ron van Heerde

Simone van Dulmen

Philip van der Wees

Contact

level@nivel.nl

Jaar van publicatie

2026

Consortiumpartners

1SociaalDomein

CAOP

Erasmus Universitv Rotterdam (ESHPM)

Gezondheidscentra Zuid Nederland

HAN University of Applied Sciences

Instituut voor Publieke Waarden

IVM

Kennisland

Laego

Lorenz

Maastricht University

Movisie

NIVEL

Nederland Zorgt Voor Elkaar

NOOM

Pharos

Pluut & Partners

Radboud UMC

ROS Netwerk

RSO Nederland

Tilburg University - Tranzo

UMC Utrecht

Vilans

