



Programmavoorstel

Academische Werkplaatsen Huisartsenzorg

Academische Werkplaatsen Huisartsenzorg (AWH)

Programmavoorstel

April 2024



Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdopdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programmavoorstel Academische Werkplaatsen Huisartsenzorg kunt u contact opnemen met het secretariaat via e-mail awh@zonmw.nl of telefoon 070 349 54 66.

Auteur: ZonMw

Datum: april 2024

ZonMw
Laan van Nieuw Oost-Indië 334
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Tel. 070 349 54 66
www.zonmw.nl/huisartsenzorg
 awh@zonmw.nl

Sociale media

 www.facebook.com/zonmwNL
 www.twitter.com/zonmw
 www.linkedin.com/showcase/zonmw-eerstelijnszorg
 www.youtube.com/ZonMwTV

Inhoud

Samenvatting.....	6
1 Inleiding.....	7
1.1 Opdracht van het ministerie van VWS.....	7
1.2 Kaders opdracht VWS	7
1.3 Totstandkoming en geschiedenis	7
1.3.1 Wat is nodig voor toekomstbestendige huisartsgeneeskundige zorg?	8
1.3.2 Ondersteuning van academisering via ZonMw-programma's	8
1.3.3 Stakeholders en werkbezoeken	8
1.3.4 Leren van de geschiedenis: professionalisering huisartsen en academisering	9
1.4 Leeswijzer	10
2 Context en afbakening	11
2.1 Structuren en netwerken in de academie	11
2.1.1 Het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde (UNH).....	11
2.1.2 UNH-AW	12
2.1.3 UNH-R en Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde (COH)	12
2.1.4 UNH Basiscurriculum en UNH Opleiding	13
2.2 Structuren, netwerken en functies in de 'de praktijk'	14
2.2.1 RHO	15
2.2.2 Zorggroepen	15
2.2.3 Gezondheidscentra.....	15
2.2.4 Huisartsenspoedposten	15
2.2.5 Kaderhuisartsen.....	16
2.3 Akkoorden, beleid en advies RvS.....	16
2.3.1 IZA	16
2.3.2 Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)	16
2.3.3 Adviesrapport 'De basis op orde' van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving	17
2.3.4 Visie eerstelijnszorg 2030.....	17
2.4 Netwerken, (academische) werkplaatsen en samenwerkingsverbanden	17
2.4.1 Netwerken Palliatieve Zorg.....	17
2.4.2 (Academische) werkplaatsen in aanpalende gebieden of doelgroepen.....	17
2.4.3 Versterking verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's).....	18
2.5 Afbakening	18
2.5.1 ZonMw-programma's met aandacht voor academisering van de huisartsgeneeskunde.....	18
2.5.2 ZonMw-programma Versterking organisatie eerstelijnszorg	18
2.5.3 Geen focus op internationale samenwerking	19
3 Doelstellingen, doelgroepen, stakeholders en uitgangspunten.....	19
3.1 Doelstelling	19
3.2 Doelgroepen programma AWH	20
3.3 Stakeholders	20
3.3.1 Programmastakeholders.....	21
3.3.2 Stakeholders in een academische werkplaats huisartsenzorg.....	21
3.4 Uitgangspunten.....	22
3.4.1 Kernwaarden en kerntaken huisartsenzorg	22
3.4.2 Kennislacunes NHG en NOH	22
3.4.3 Passende zorg	23
3.4.4 Geen competitie maar samenwerken aan een kennisinfrastructuur	24
3.4.5 Deelname niet verplicht	24
3.4.6 Verschillen in fase en fasering van doorontwikkeling	24
3.4.7 Geen doorkruising van bestaande financiering	24
4 Programmalijnen.....	24
4.1 Academische werkplaatsen huisartsenzorg (7).....	25
4.2 Praktijkgericht onderzoek en instrumentontwikkeling.....	26
4.3 Beoogde programmalijn projecten passende zorg (externe middelen).....	26
5 Samenwerking en afstemming met ZonMw-programma's	26
5.1 Kennisinfrastructuur programma's.....	26
5.2 ZonMw-programma's gericht op academisering in de huisartsgeneeskunde	27

5.3	ZonMw-programma's over eerstelijnszorg en regionalisering.....	27
5.4	Overige ZonMw-programma's met raakvlakken met het programma AWH.....	27
6	Communicatie en implementatie	28
6.1	Impact	28
6.2	Communicatie- en implementatieactiviteiten	28
6.2.1	Bijeenkomsten	29
6.2.2	Verspreidings- en implementatieactiviteiten	29
7	Management en organisatie	30
7.1	Inbedding	30
7.1.1	Opdrachtgever: het ministerie van VWS	30
7.1.2	ZonMw-bestuur	30
7.1.3	Programmacommissie	30
7.2	Voorwaarden en procedure	30
7.3	Subsidievormen en werkwijze	31
7.3.1	Subsidie aanvragen programmalijn 1	31
7.3.2	Subsidie aanvragen programmalijn 2	32
7.4	Voortgang monitoren en evaluatie.....	32
7.4.1	Voortgang programma monitoren.....	32
7.4.2	Voortgang doorontwikkeling academische werkplaatsen.....	33
7.4.3	Evaluatie: tussentijdse- en eindevaluatie	33
8	Financiële omvang en meerjarenraming	33
8.1	Globale planning	33
8.2	Begroting	34
8.3	Staatsteun.....	34

Bijlagen

A	Opdrachtbrief	35
B	Relevante rapporten, visiesdocumenten, adviezen en brieven.....	38
C	Bijlage werkbezoeken	39
D	Bijlage H1 Leren van de geschiedenis: historische context	44
E	Bijlage H2 Brede context vanuit beleid en eerstelijns	47
F	Lijst met afkortingen.....	50

Samenvatting

De directie Curatieve Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verzocht ZonMw een programmavoorstel te ontwikkelen voor een programma kennisinfrastructuur academische werkplaatsen huisartsenzorg voor de periode 2024 t/m 2027. Het totaal beschikbare budget is € 18,9 miljoen.

De kern van het programma wordt in de opdracht als volgt geschetst: '...de duurzame versterking van academische werkplaatsen huisartsenzorg, die de opdracht hebben om wetenschappelijk zorginhoudelijk en praktijkgericht onderzoek te initiëren, te faciliteren en uit te voeren. Het programma draagt er aan bij dat wetenschappelijke kennis en innovaties hun weg vinden naar de praktijk en dat de kennis over de huisartsenzorg actueel blijft en breed wordt verspreid.'

In het programma staat het begrip academische werkplaats centraal. De academische werkplaats is ontstaan als re-actie op de kloof die er bestaat tussen wetenschap en praktijk ('theory practice gap'). Een academische werkplaats is voor ZonMw een structurele interdisciplinaire organisatievorm (kennisinfrastructuur). Hierin werken mensen uit praktijk en academie (onderwijs, opleiden en onderzoek) samen om de wisselwerking tussen patiëntenzorg, onderwijs, opleiden en onderzoek te bevorderen. Het samenwerkingsverband is geformaliseerd (via bijvoorbeeld overeenkomsten/convenanten). Onderzoek vindt met en in de praktijk plaats voor directe uitwisseling en toepassing van de ontwikkelde kennis.

De opdracht van het ministerie richt zich specifiek op de huisartsenzorg met de vraag te werken aan een duurzame versterking van academische werkplaatsen huisartsenzorg. Hieruit vloeit voort om in te zetten op het doorontwikkelen van reeds bestaande structuren en netwerken binnen de huisartsgeneeskunde. Voor deelname aan het programma komen uitsluitend de 7 Nederlandse afdelingen/vakgroepen Huisartsgeneeskunde (HAG) in aanmerking. Hun unieke positie in de huisartsgeneeskunde door de verbinding met de zorgpraktijk, onderwijs en opleiden en hun langdurige wetenschappelijke *track record* in huisartsgeneeskundig onderzoek maakt het logisch dat zij het voortouw nemen in de verdere ontwikkeling van de kennisinfrastructuur van de huisartsenzorg. Het ministerie vraagt het programma AWH ondersteunend aan de Visie eerstelijnszorg 2030 te laten zijn. Daarbij moet het uitgangspunt van toekomstbestendige huisartsenzorg als voorwaarde voor een houdbaar en toegankelijk zorgsysteem centraal staan. De werkplaatsen bieden een structuur en ondersteuning voor de wisselwerking tussen praktijk en academie. Het programma AWH biedt een kader voor de doorontwikkeling die nodig is om de kennisinfrastructuur in de huisartsenzorg duurzaam te versterken.

Het programma AWH heeft als doel bij te dragen aan de duurzame versterking van academische werkplaatsen huisartsenzorg voor kwalitatief goede, toegankelijke en doelmatige zorg. Om de doelstellingen van het programma te bereiken, heeft het programma 3 programmalijnen:

1. Academische werkplaatsen huisartsenzorg (7) en bijdrage aan hun landelijk netwerk
2. Praktijkgericht onderzoek en instrumentontwikkeling
3. Beoogde programmalijn projecten passende zorg (uitsluitend externe middelen)

Het programma kent 2 fases. De eerste fase is gericht op de inrichting van de afzonderlijke academische werkplaatsen en hun samenwerkingverband. De tweede fase is gericht op het monitoren en bijsturen van de AW'en volgens hun eigen en nog te ontwikkelen milestones, in lijn met het programmadoel. In die tweede fase is ruimte voor het gaandeweg invullen en vormgeven van subsidierondes in lijn 2 en beoogde programmalijn 3¹ naar actualiteit en behoefte op dat moment en indien daarvoor (aanvullende) middelen beschikbaar zijn.

De uitdaging voor (financiers en organisatoren van) participatieve kennisinfrastructuren is om gezamenlijke kennisontwikkeling en -benutting op basis van werkzame mechanismen en daaraan gerelateerde bevorderende factoren goed in te bedden in praktijk, onderwijs, opleiding, onderzoek en beleid. Dit vraagt om gedragsverandering van alle betrokkenen binnen het betreffende kennisecosysteem. Gedragsverandering kost tijd en vooral in de dynamische complexiteit van de zorg, vraagt dit voortdurend om aandacht en aanpassingsvermogen.

¹ Aansluitend bij programmaopdracht Passende Zorg.

1 Inleiding

1.1 Opdracht van het ministerie van VWS

De directie Curatieve Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verzocht ZonMw een programmavoorstel te ontwikkelen voor een programma kennisinfrastructuur academische werkplaatsen huisartsenzorg voor de periode 2024 t/m 2027. Het totaal beschikbare budget is € 18,9 miljoen.

De kern van het programma wordt in de opdracht als volgt geschetst: '...de duurzame versterking van academische werkplaatsen huisartsenzorg, die de opdracht hebben om wetenschappelijk zorginhoudelijk en praktijkgericht onderzoek te initiëren, te faciliteren en uit te voeren. Het programma draagt er aan bij dat wetenschappelijke kennis en innovaties hun weg vinden naar de praktijk en dat de kennis over de huisartsenzorg actueel blijft en wijd wordt verspreid.'

1.2 Kaders opdracht VWS

Het ministerie van VWS heeft in haar opdracht een aantal kaders voor het programma meegegeven:

- Bij de totstandkoming en uitvoering betrekken van een aantal stakeholders voor het creëren van draagvlak en succesvolle uitvoering van het programma: het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde (UNH), het Nederlands Huisartsgenootschap (NHG) en koepelorganisaties van relevante beroepsgroepen en opleidingsinstituten in de huisartsenzorg, zoals LHV, Huisartsopleiding Nederland en de SBOH. Verder InEen voor de verbinding met eerstelijnsorganisaties, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland voor respectievelijk de patiënteninbreng en het perspectief vanuit zorgverzekeraars.
- Het uitvoeren van verkenningen naar te betrekken veldpartijen en (wetenschappelijke) verenigingen van de verschillende beroepsgroepen in de huisartsenzorg en actuele kennisagenda's van beroepsgroepen, in het bijzonder de kennislacunes geformuleerd door het NHG. De nationale onderzoeksagenda kan als basis dienen.
- In overleg met genoemde partijen moet er aandacht zijn dat de inzet van de middelen als extra investering voor een kennisinfrastructuur dienen. Het programma mag reguliere financiering vanuit de academische ziekenhuizen en/of andere financieringsstromen niet doorkruisen/overnemen.
- Opties presenteren om de verbinding te versterken tussen deze programmaopdracht en andere ZonMw-programma's met mogelijke overlap in partijen die zich richten op hetzelfde doel en uit te werken hoe de samenhang en samenloop eruit kan zien, om overlap tussen programma's te voorkomen.
- Het programma moet ondersteunend zijn aan de Visie eerstelijnszorg 2030.
- Er moet aandacht zijn voor verspreiding van nieuwe inzichten en opgedane kennis in de eerste lijn.

De financiering voor dit programma komt voort uit het [Integraal Zorgakkoord](#) (IZA). In het IZA wordt het belang van gezondheid, de rol van zorg daarin en het onder druk staan van de toegankelijkheid ervan als eerste genoemd (zie 2.3.1 en bijlage E). De IZA-partijen, waaronder de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en InEen, willen inzetten op [passende zorg](#) om de zorg toekomstbestendig te maken. Voor passende zorg is versterking van de organisatiegraad van de eerstelijnszorg nodig. In de [Visie eerstelijnszorg 2030](#) staat een aantal doelen beschreven waaraan gewerkt moet worden om te komen tot een sterkere eerstelijnszorg. De huisartsen staan als spil van die eerstelijnszorg onder grote druk, net als de (eerstelijns)zorgverleners waarmee zij samenwerken. Tegelijkertijd wordt juist in de huisartsenzorg als belangrijk onderdeel van de eerstelijnszorg een grote transformatie gevraagd. Daarvoor zijn de middelen van dit programma en de academische werkplaatsen als instrument van keuze zeer welkom. Hier wordt in deze programmatekst op ingegaan.

1.3 Totstandkoming en geschiedenis

Deze paragraaf gaat over de totstandkoming van het programma Academische Werkplaatsen Huisartsenzorg (AWH). Om te komen tot een passende aanpak voor programmaontwikkeling om een duurzame versterking van academische werkplaatsen huisartsenzorg te stimuleren, is opgehaald wat de belangrijkste stakeholders aangeven dat nodig is. Vervolgens is gekeken naar wat ZonMw al aan programma's uitvoert op het vlak van academisering in de huisartsgeneeskunde, wat een

Academische werkplaats daarin betekent en hoe ze elkaar kunnen versterken. Tot slot is er aandacht voor de geschiedenis van professionalisering van huisartsen en academisering.

1.3.1 Wat is nodig voor toekomstbestendige huisartsgeneeskundige zorg?

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde (UHN) hebben in een [gezamenlijke brief van 9 maart 2023](#) aan het ministerie van VWS aandacht gevraagd voor het belang van bevordering van de academische huisartsgeneeskunde. NHG en UNH benadrukken de noodzaak van de structurele financiering van academische huisartsgeneeskunde voor de versterking van de eerstelijnszorg. Ze benoemen in deze en een voorgaande brief 4 lijnen voor academisering:

- academische werkplaatsen
- opleiden van klinisch onderzoekers
- middelen voor (wetenschappelijk) huisartsgeneeskundig onderzoek
- kwaliteitsinstrumenten

en geven aan dat academische werkplaatsen nog niet de ondersteuning krijgen die nodig is.

1.3.2 Ondersteuning van academisering via ZonMw-programma's

In het IZA is opgenomen dat ZonMw-programma's voor onderzoek en kwaliteitsontwikkeling in de eerstelijnszorg een passend vervolg krijgen. Met de verlenging van de programma's Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde (KPHAG) 2023-2026 en Kwaliteitsgelden wordt vanuit het IZA bevordering van de academische huisartsgeneeskunde al op deelaspecten ondersteund. De opdracht van het ministerie van VWS aan ZonMw voor een programmavoorstel voor een stimuleringsprogramma ten behoeve van het opleiden van klinisch onderzoekers geeft daarnaast zicht op een nieuwe generatie gepromoveerde huisartsen, die in de toekomst als essentiële bruggenbouwers tussen academie en praktijk kunnen werken. In een programma voor academische werkplaatsen huisartsenzorg kan recht gedaan worden aan de ondertitel van het IZA: samen werken aan gezonde zorg. Dat is precies wat wat academie en de praktijk samen moeten doen in een academische werkplaats huisartsenzorg.

Academische werkplaatsen (AW'en)

In het programma staat het begrip academische werkplaats centraal. De academische werkplaats is ontstaan als re-actie op de kloof die er bestaat tussen wetenschap en praktijk ('theory practice gap'). De opdracht van het ministerie richt zich specifiek op de huisartsenzorg met de vraag te werken aan een duurzame versterking van academische werkplaatsen huisartsenzorg. Hieruit vloeit voort om in te zetten op het doorontwikkelen van reeds bestaande structuren en netwerken binnen de huisartsgeneeskunde. Voor deelname aan het programma komen uitsluitend de 7 Nederlandse afdelingen/vakgroepen Huisartsgeneeskunde (HAG) in aanmerking. Hun unieke positie in de huisartsgeneeskunde door de verbinding met de zorgpraktijk, onderwijs en opleiden en hun langdurige wetenschappelijke *track record* in huisartsgeneeskundig onderzoek maakt het logisch dat zij het voortouw nemen in de verdere ontwikkeling van de kennisinfrastructuur van de huisartsenzorg. Daarbij moet het uitgangspunt van toekomstbestendige huisartsenzorg als voorwaarde voor een houdbaar en toegankelijk zorgsysteem centraal staan. De werkplaatsen bieden een structuur en ondersteuning voor de wisselwerking tussen praktijk en academie. Het programma AWH biedt een kader voor de doorontwikkeling die nodig is om de kennisinfrastructuur in de huisartsenzorg duurzaam te versterken.

Uit eerdere succesvolle programmatische stimulering van het doel van academische werkplaatsen door ZonMw volgt: een academische werkplaats is voor ZonMw een structurele interdisciplinaire organisatievorm (kennisinfrastructuur). Hierin werken mensen uit praktijk en academie (onderwijs, opleiden en onderzoek) samen om de wisselwerking tussen patiëntenzorg, onderwijs, opleiden en onderzoek te bevorderen. Het samenwerkingsverband is geformaliseerd (via bijvoorbeeld overeenkomsten/convenanten). Onderzoek vindt met en in de praktijk plaats voor directe uitwisseling en toepassing van de ontwikkelde kennis. Zie verder in 4.1 over programmalijn 1 hoe dit in het programma AWH vorm krijgt.

1.3.3 Stakeholders en werkbezoeken

In de opdracht van het ministerie van VWS komt naar voren dat de brief van het NHG en het UNH een belangrijke aanleiding is voor de investering in de bevordering van academische huisartsenzorg door

middel van academische werkplaatsen. Door de focus op het doorontwikkelen van reeds bestaande structuren en netwerken binnen de huisartsgeneeskunde zijn het UNH en de afdelingen/vakgroepen HAG het startpunt geweest voor de programmaontwikkeling. In een serie van 7 werkbezoeken kregen alle afdelingen/vakgroepen de gelegenheid zich te presenteren om zo een stand van zaken te schetsen. Verder is om de juiste kaders en stimulering voor doorontwikkeling van bestaande structuren en netwerken naar academische werkplaatsen huisartsenzorg te bieden, gesproken over de visie en ideeën van elke afdeling/vakgroep HAG hierover. Zie in 2.1 welke structuren en netwerken in de academie het betreft. In een gesprek met de commissievoorzitters van 2 ZonMw-programma's voor academisering van de huisartsgeneeskunde werd het belang benadrukt te leren van het verleden en daarom de huidige ontwikkelingen ook vanuit die context te bezien. Ook in een werkbezoek werd hier uitgebreid op ingegaan, omdat de ontstaansgeschiedenis van structuren en netwerken van invloed is op de uitgangssituatie bij aanvang van het programma AHW en in ieder geval de eerste stappen van de doorontwikkeling. Hieronder wordt daarom stil gestaan bij de historische context van academisering van de huisartsgeneeskunde en eerdere stimulering van academisering in de huisartsgeneeskunde vanuit de overheid. De uitdaging is het toepassen van ervaringen en successen in de ontwikkeling van kennisinfrastructuren op de dynamische context van de huisartsenzorg van nu.

1.3.4 Leren van de geschiedenis: professionalisering huisartsen en academisering

Het ontstaan van academische werkplaatsen in de huisartsgeneeskunde kent een lange historie die parallel loopt met de ontwikkeling van het vak (zie bijlage D, kader 1). Het concept academische werkplaatsen werd in de jaren '80 van de vorige eeuw voor het eerst in relatie tot de huisartsgeneeskunde gebruikt. Vooral schotten in financiering tussen de verschillende domeinen (zorg, onderwijs, opleiden en onderzoek) en het wegvallen van financiering lijken in het verleden de bottleneck geweest te zijn voor de totstandkoming van brede eerstelijns academische werkplaatsen². Het door universiteiten beschikbaar stellen van fondsen voor uitsluitend het huisartsendeel heeft bijgedragen aan de ontwikkeling richting de Universitaire Huisarts Praktijk als instrument voor academisering. De volgende alinea's gaan kort in op de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde, het academiseringsproces en enkele highlights hierin, omdat deze inzicht geven in het belang van academische werkplaatsen voor de professionalisering van huisartsen.

Ontwikkeling huisartsgeneeskunde in Nederland

De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde is in belangrijke mate beïnvloed door een veranderend morbiditeitspatroon: van infectieziekten in de eerste helft van de 20^e eeuw naar chronische kwalen in de tweede helft. In samenhang hiermee veranderde het ziektebegrip van objectief-instrumenteel naar subjectief-narratief. Daarmee was de aanzet gegeven tot de introductie van de huisartsgeneeskunde als nieuw academisch vakgebied, dat zich richt op de patiënt als persoon met een gezondheidsklacht. Tussen 1966 en 1970 kregen alle universiteiten een leerstoel huisartsgeneeskunde. Maar de argumentatie voor een universitaire huisartsgeneeskunde die in de oraties gegeven werd, stelde op een organisatorische tweedeling in de gezondheidszorg tussen intra- en extramuraal, tussen care en cure en niet op overwegingen van medisch-didactische of wetenschappelijke aard. Er werd prioriteit gegeven aan de ontwikkeling van een beroepsopleiding tot huisarts.³ De huisartsgeneeskundige opleiding start in 1974.

Dat huisartsgeneeskunde een bijdrage zou kunnen leveren aan de medische wetenschap kon in die beginjaren echter openlijk in twijfel getrokken worden. Moest het paradigma van de huisartsgeneeskunde niet eerder in de hulpverlenersrol gezocht worden? Huisartsgeneeskunde werd gezien als een ambacht, de opleiding tot huisarts als vakopleiding. Vraagverheldering en de inbreng van de 'eigen deskundigheid' van de patiënt vormen de kern van dat vak. Er werd in relatie tot huisartsgeneeskunde als wetenschappelijk vakgebied gewaarschuwd voor de vorming van een wetenschappelijke elite, die de aansluiting met de beroepsgroep zou verliezen.³ In 1980 belegt de Rijksuniversiteit Limburg een conferentie 'Faculteit en eerstelijns' over hoe de medische faculteit kan worden betrokken bij de extramurale gezondheidszorg. De eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde prof. dr. J.C. van Es (destijds Universiteit Utrecht) spreekt op deze conferentie in termen van eerstelijnszorg en noemt de trias huisarts, wijkverpleging en maatschappelijk werk, die ook in het RVS-adviesrapport *De basis op orde* (zie verder in 2.3.3) genoemd wordt.

² Van gastdocent tot UHP-arts. De ontwikkeling van de academisering van de huisartsgeneeskunde. Meijer JS, Schadé E. Huisarts en wetenschap 1992; 35(1): 29-31.

³ [Huisartsenpraktijk en academie](#) (nov. 2003) L.J.G. Veehof G.Th. van der Werf - H&W 46(12).

Professionalisering van de huisarts en academisering

In de professionalisering van 'de huisarts' zitten diverse parallellen met het academische werkplaats-denken. Zo is een ontwikkeling te zien in ideeën over betere manieren van samenwerken tussen praktijk en academie (bijlage D, kader 2). Het H&W-artikel Huisartsenpraktijk en Academie² beschrijft bijvoorbeeld het netwerkwerkmodel als nieuw samenwerkingsmodel, waarin de gelijkwaardigheid van praktiserende huisartsen en vakgroepen HAG binnen de samenwerking voorop staat. Het netwerkwerkmodel wordt gekenmerkt door een verscheidenheid aan relaties en contacten, niet alleen tussen individuele praktijken en een vakgroep huisartsgeneeskunde, maar ook tussen praktijken onderling, of tussen de praktijken als collectief en de vakgroep. Dit laatste sluit aan bij de regionalisering, die op dit moment gaande is en waardoor huisartspraktijken en huisartsen in regio's meer als collectief optreden, vertegenwoordigd door bijvoorbeeld een regionale huisartsenorganisatie (RHO), zorggroepen, gezondheidscentra en huisartsenkringen. Deze organisaties kunnen een belangrijke rol spelen in de samenwerking met en vertegenwoordiging van de praktijk (huisartsen) in een academische werkplaats huisartsenzorg. De samenwerking academie-praktijk vindt toenemend plaats in de context van een sterker georganiseerde eerste lijn.⁴ Zie voor vertegenwoordigende organisaties van huisartsen, huisartsenzorg en huisartsgeneeskunde verder 2.1 en 2.2. Belangrijk is de realisatie dat achter 'de huisarts(enzorg)' en 'vertegenwoordigende organisaties' een enorme variëteit aan professionals staat met verschillende behoeften, wensen en ambities.

Sturing door stimulering vanuit de overheid

Een belangrijke mijlpaal voor de academisering van medisch specialisten buiten een ziekenhuis/umc was de adviesaanvraag van 3 december 1998 van de toenmalige minister van OC&W aan de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) over de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis (WO/BS/98/50389). Hoe destijds de relatie academie en zorgsysteem gezien werd en dat ten tijde van het advies al bekend was dat beroepsgroepen met een extramurale werkvloer in een vroegere fase van een academiseringsproces zaten, wordt in kader 3 in bijlage D toegelicht. Destijds was het fusieproces van de academische ziekenhuizen met hun medische faculteit tot universitaire medische centra nog gaande. In het RGO-advies werd in tegenstelling tot de sociale geneeskunde, voor de huisartsgeneeskunde geconcludeerd dat in de behoefte aan werkplaatsfunctie werd voorzien. Elke faculteit beschikte over een netwerk van academische huisartspraktijken. Dit was met onder andere de 2 tranches (1987-1996) Tijdelijke Stimulerings Regeling van Universitaire Huisartspraktijken (TSUH), visie en inzet van hoogleraren huisartsgeneeskunde met veelal een dubbelaanstelling in praktijk en academie en hun teams opgebouwd. De hierdoor in de voorgaande 20 jaar ontstane wetenschappelijke 'emancipatie' van de huisartsgeneeskunde had de kwaliteit en doelmatigheid in de eerstelijnszorg volgens het advies al sterk verhoogd. Verdere ontwikkelingen, zoals de doorontwikkeling van samenwerkingsvormen, passend bij ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en de huisartsenzorg kwamen echter stil te liggen door het uitblijven van gericht beleid en de bijbehorende middelen hiervoor. Diverse rapporten⁵ die sindsdien verschenen zijn, schetsen vanuit academie en praktijkperspectief⁴ ontwikkelingen en waar uitdagingen en kansen voor samenwerking liggen. Het programma AWH biedt de mogelijkheid hier op dit moment tijdelijk (2024-2027), maar wel vanuit een langetermijnperspectief aan te werken. Hiermee wordt bedoeld de lange termijn ondanks de beperkte looptijd als uitgangspunt voor het programma te nemen, omdat de ontwikkeling van een sterke, duurzame kennisinfrastructuur inbedding in een breder ecosysteem vraagt.⁶ Om gezamenlijke kennisontwikkeling en -benutting goed in te bedden in praktijk, onderwijs, opleiding, (verder) onderzoek en/of beleid is gedragsverandering van alle betrokkenen binnen het betreffende kennisecosysteem nodig.²⁶ Dit vraagt een langetermijnperspectief in het programma en hier wordt in 3.1 op ingegaan.

1.4 Leeswijzer

Deze programmatekst heeft 8 hoofdstukken. Hoofdstuk 1 beschrijft de aanleiding voor het programma, de kaders van de opdracht, de totstandkoming van de programmatekst en relevante geschiedenis. Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de context en de afbakening van het programma. In hoofdstuk 3 worden de programmadoelstellingen, doelgroepen, stakeholders en de uitgangspunten van het programma beschreven. Hoofdstuk 4 beschrijft de programmalijnen.

⁴ [Visie op regionale samenwerking voor huisartsen](#) en [Visie Eerstelijnszorg 2030](#).

⁵ Bijvoorbeeld [RGO rapport \(2016\) Onderzoek waarvan je beter wordt](#) en [NFU Plan \(2019\) Onderzoek en innovatie met en voor de gezonde regio](#).

⁶ [SLIMME VERBINDINGEN naar een sterke kennisinfrastructuur voor het onderwijs](#).

Hoofdstukken 5 tot en met 8 gaan over de uitvoering van het programma: samenwerking, communicatie en implementatie, management en organisatie en de begroting.

2 Context en afbakening

Het hedendaagse zorgsysteem is complex, dat betekent niet per definitie ingewikkeld.⁷ Voor de huisartsenzorg is complexiteit op zich de gangbare situatie⁸, maar de huisartsenzorg is om allerlei redenen complexer geworden. Dit wordt ook duidelijk in de grote hoeveelheid beleid, rapporten en adviezen waar de huisartsenzorg (als onderdeel van de eerstelijnszorg) door geraakt wordt. Deze terreinverkenning is gericht op de relevante context voor het programma AWH, waarin de ontwikkeling naar academische werkplaatsen huisartsenzorg gestimuleerd wordt. De toekomstbestendigheid en kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg zijn hierbij uitgangspunten voor de huisartsenzorg waar in 3.4 op ingegaan wordt. 2.1 beschrijft de structuren en netwerken waarin al tussen academie en praktijk samengewerkt wordt. Deze verbinden de huisartsgeneeskunde⁹ met de huisartsenzorg en AW'en bieden kansen om de wisselwerking in deze samenwerking te versterken. 2.2 gaat vervolgens in op structuren uit de praktijk om de samenwerking tussen praktijk en academie in een AW te organiseren, huisartspraktijken te ontlasten door vertegenwoordiging en regionaal te kunnen werken. 2.3 gaat kort in op de actuele beleidscontext van de huisartsenzorg als onderdeel van de eerstelijnszorg. In 2.4 gaat het over de belangrijkste door ZonMw gestimuleerde netwerken, (academische) werkplaatsen en samenwerkingsverbanden. Tot slot in 2.5 afbakening met andere ZonMw-programma's die zich richten op academisering voor de huisartsgeneeskunde, versterking van de eerstelijnszorg en welke aandacht er is voor internationale ontwikkelingen. Meer over de complexe context van het programma AWH is te vinden in bijlage E *H2 Bredere context vanuit beleid en eerstelijns*.

2.1 Structuren en netwerken in de academie

Zoals in 1.3.2. *Ondersteuning van academisering via ZonMw-programma's* aangegeven, is de inzet van het programma AWH vooral het doorontwikkelen van reeds bestaande structuren en netwerken binnen de huisartsgeneeskunde naar academische werkplaatsen huisartsenzorg. Dit vraagt inzicht in de bestaande structuren, die vanuit de academie zijn geïnitieerd. In de periode half januari tot en met half februari 2024 is hiervoor een 7-tal werkbezoeken afgelegd langs alle afdelingen/vakgroepen Huisartsgeneeskunde van het Radboudumc, UMCG, Maastricht, Erasmus MC, LUMC, Amsterdam UMC en UMC Utrecht. Uit de werkbezoeken komt de gezamenlijke basis die er is voor de AW'en naar voren. Bij alle werkbezoeken waren uit de afdeling de verantwoordelijken voor de uitvoering van de academische taken aanwezig, of hun vervangers. Daarnaast kwam hun couleur locale naar voren uit de presentaties over verschillende samenwerkingen met de praktijk en diverse aanwezige samenwerkingspartners van de bredere afdeling en praktijkvertegenwoordigers. Bijlage C gaat nader in op deze aanpak en het resultaat van deze werkbezoeken. Deze paragraaf richt zich op de onderdelen van het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde, waar de afdelingen HAG onder vallen.

2.1.1 Het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde (UNH)¹⁰

Het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde is het landelijk netwerk voor overleg en afstemming van de 7 academische afdelingen HAG en waar passend het Nivel en NHG. Het UNH-A van het UNH bestaat uit de hoofden van de afdelingen/vakgroepen Huisartsgeneeskunde. Naast het afdelingshoofdenoverleg zijn er een viertal andere landelijke overlegtafels, ieder voorgezeten door 1 van de afdelingshoofden. UNH-AW (Academische Werkplaatsen) is de landelijke overlegtafel van de afdelingscoördinatoren van de academische werkplaatsen (netwerken). UNH-R (Research) is het landelijk research overleg, UNH-B (Basiscurriculum) verenigt de coördinatoren van het basiscurriculum geneeskunde en UNH-O (Opleiding) is het hoofdenoverleg van de Huisartsopleidingen.

⁷ Een complex systeem bestaat uit vele elementen ('agents') waartussen vele relaties bestaan. Dit kunnen mensen zijn maar ook afdelingen, organisaties, computersystemen, of anderszins: <https://www.overkwaliteitvanzorg.nl/2017/12/complexiteit-en-zorg-tijd-herdefiniering-begrippen/>.

⁸ <https://www.henw.org/artikelen/complexer-dan-huisartsgeneeskunde-kun-je-het-niet-krijgen>.

⁹ H.1.3.4 'Leren van de geschiedenis: historische context professionalisering huisartsen' illustreerde al deze verbondenheid tussen de professionalisering van de huisarts en ontwikkeling van het vak, de huisartsgeneeskunde.

¹⁰ <https://un-h.nl/ons-netwerk/>.

Elke academische afdeling HAG heeft een regionaal netwerk van geaffilieerde huisartspraktijken en -organisaties opgebouwd waarmee zij vorm geeft aan haar academische taken onderwijs, opleiding, onderzoek en zorginnovatie. De academische werkplaatsen, waarin de focus ligt op zorginnovatie en onderzoek, worden primair gevormd door de academische afdelingen en een deelverzameling van de praktijken uit het geaffilieerde academisch netwerk.

2.1.2 UNH-AW¹¹

De coördinatoren van de academische werkplaatsen rondom de universitaire afdelingen HAG (UNH-AW) werken onderling en met hun afdelingen samen aan het ontwikkelen van de praktijk door innovatie en onderzoek te faciliteren in (de) huisartsenpraktijk(en) en te verbinden met leren en opleiden. Hierin zijn de academische afdelingen trekker. Als bestaande entiteit is het UNH-AW voor het programma AWH het logische en kansrijke aangrijpingspunt voor zowel afstemming van de regionale doorontwikkeling van de werkplaatsen door deelname van huisartsenpraktijken en regionale huisartsenorganisaties, als ook voor de ontwikkeling naar een landelijk samenwerkend netwerk van de 7 werkplaatsen. Doorontwikkeling is essentieel om in de nabije toekomst een solide (kennis)infrastructuur voor een toekomstbestendige huisartsenzorg te hebben staan. Deze moet toegerust zijn om te kunnen voldoen aan de daarvoor benodigde (groeiende) vraag naar research en innovatie in verbinding met opleiding en onderwijs. Binnen het UNH-AW wordt gezamenlijk gewerkt aan visieontwikkeling en de operationalisering van die visie, waarbij de ervaringen van wisselende samenstellingen van stafleden, aioto's en onderzoekers op de jaarlijkse UNH-Platformdagen opgehaald, uitgewisseld en meegenomen worden.

Het programma AWH biedt een noodzakelijke impuls voor de 7 afzonderlijke academische werkplaatsen en biedt daarnaast een belangrijke kans om in te zetten op de samenwerking tussen de 7 AW'en. Hierin kan gewerkt worden aan oplossingen voor gedeelde uitdagingen van de AW'en. Voor het gericht stimuleren van samenwerking tussen de 7 AW'en huisartsenzorg in Nederland kan de inzet van inzichten hierover uit de secties onderwijs en opleiden mogelijk tot meer impact leiden. De AW'en kunnen door goede inbedding in het UNH als sterk nationaal netwerk optreden om een waardevolle bijdrage te leveren aan oplossingen voor de toekomstbestendigheid van de huisartsenzorg in Nederland.

2.1.3 UNH-R en Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde (COH)¹²

Het UNH-Research is het structureel overleg tussen de onderzoekcoördinatoren van de 7 universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde en het Nivel. Het NHG neemt ook deel aan het UNH-R. Binnen deze overlegtafel vindt afstemming en gezamenlijke visie- en beleidsvorming rond huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek en de benodigde randvoorwaarden plaats. Men deelt kansen en bedreigingen en trekt samen op om deze respectievelijk te verzilveren en op te lossen. De samenwerking binnen het UNH-R heeft geleid tot het Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde (COH). In het COH zet men in op het scheppen en onderhouden van optimale voorwaarden voor prospectief klinisch onderzoek en het gezamenlijk uitvoeren van regio-overstijgende onderzoeksprojecten op het gebied van de eerstelijns geneeskunde. Het gaat daarbij in het bijzonder om de huisartsgeneeskunde in Nederland, waaronder grootschalig multicentrisch prospectief klinisch onderzoek. Binnen ZonMw wordt het COH tot en met 2025 ondersteund met een subsidie in het COVID-19-programma voor [het GRIP3-project](#). Hierin wordt gewerkt aan het verbeteren van de landelijke onderzoeksinfrastructuur voor huisartsgeneeskundig onderzoek in Nederland. Hoewel het niet de focus van het programma AWH is, profiteert de landelijke onderzoeksinfrastructuur indirect ook van de impuls voor doorontwikkeling naar academische werkplaatsen, omdat het zowel de onderzoeksnetwerken, als de samenwerking met de praktijk versterkt.

Routinezorgdata in huisartsenregistraties zijn voorwaarde voor datagedreven onderzoek in AW'en en passende zorg

In de huisartsenzorg worden grote hoeveelheden gegevens (routinezorgdata) vastgelegd, voornamelijk in het patiëntendossier (EPD) dat in een huisartspraktijk onderdeel is van het Huisarts Informatie Systeem (HIS). De academische afdelingen huisartsenzorg werken in samenwerking met hun regionale huisartspraktijken al ruim 20 jaar aan routinezorgdatabases, die geschikt zijn voor

¹¹ <https://un-h.nl/unh-academische-werkplaatsen/>.

¹² <https://un-h.nl/unh-research/>.

wetenschappelijk onderzoek en het leveren van spiegelinformatie voor beleid en praktijk. In deze zogenaamde registratienetwerken zijn juridische kaders rondom privacy en gebruik van de data vastgelegd. Data zijn en blijven hierdoor eigendom van patiënten en huisartspraktijken en er zijn binnen afdelingen HAG transparante kaders voor zorgvuldige hantering van de data. Een afdeling HAG kan voor 'de praktijk' een stabiele, lang termijn partner zijn voor datagedreven onderzoek. Ook heeft zij geen winstoogmerk en er werken huisartsonderzoekers, die zelf ook met 1 been in de zorgpraktijk staan. Wanneer academie en praktijk elkaar in de academische werkplaats beter gaan vinden, kan de goudmijn aan data in hun samenwerking ingezet worden voor onderzoek voor zorgverbetering en kennisontwikkeling. De registratiedata kunnen zorgprofessionals en/of bestuurders bijvoorbeeld ondersteunen:

- In besluitvorming over het efficiënt inzetten van zorg en beperkte tijd van professionals. Analyses van de juiste data(combinaties) kunnen in potentie bijdragen aan een vermindering van de werkdruk door verbeteren van die inzet. Vooral nu meer kwetsbare ouderen thuis blijven wonen, kan efficiëntere inzet van behandel- en consulttijd belangrijk zijn, evenals onderbouwing en evaluatie van keuzes in het al dan niet gebruiken van (technologische) oplossingen bij verschillende doelgroepen.
- Door als spiegelinformatie een goed vertrekpunt te bieden voor kwaliteitsverbetering en onderbouwing voor beleid in de huisartspraktijk of -organisatie.¹³ Voor de levering van spiegelinformatie kunnen dataregistraties in de academie ondersteuning bieden met hun expertise op het gebied van dataextractie in relatie tot de beantwoording van een goed geformuleerde kennisvraag. Dit hangt af van de behoefte van de huisartsenpraktijk en de inrichting en ontwikkeling van de dienstverlening van de huisartsenregistratie.
- In de beantwoording van allerlei kennisvragen, ook als onderdeel van grotere studies, gecombineerd met prospectieve dataverzameling. Er is in de huisartsregistratienetwerken besluitvorming georganiseerd of en wanneer huisartspraktijken uit het netwerk gevraagd mogen worden voor deelname aan aanvullende prospectieve dataverzameling onder hun patiënten. Dit is een afweging die per onderzoek op praktijkniveau gemaakt wordt. Verzekerd zijn van goede ondersteuning van de onderzoekshandelingen speelt een grote rol bij het al dan niet toezeggen van deelname door huisartspraktijken. Wanneer het gaat over onderzoek met bestaande data spelen routinezorgdatabases een essentiële rol. Onderzoeksvragen kunnen soms al beantwoord worden door data uit meerdere bronnen te koppelen met de routinezorgdatabases (bijvoorbeeld cohortstudies, Nivel eerstelijnszorgregistraties¹⁴ en CBS-data).

Ook voor de transformatie naar Passende Zorg (zie 3.4.3.uitgangspunten) en om deze meer zichtbaar maken, is een goed functionerende data- en onderzoeksinfrastructuur een vereiste. Investerings zijn nodig om deze op het niveau te krijgen waarmee het toenemende beroep op beschikbaarheid van de juiste en betrouwbare data beantwoord kan worden.

2.1.4 UNH Basiscurriculum en UNH Opleiding¹⁵

Er zijn 7 landelijke Onderwijs- en OpleidingsRegio's (OOR's)¹⁶. Deze zijn gekoppeld aan 7 universitaire medische centra (umc's). Een OOR bestaat uit een regionaal opleidingsnetwerk waarin de afdeling huisartsgeneeskunde van het umc samenwerkt met huisartspraktijken en andere medische specialismen om een optimale invulling van de geneeskunde- en huisartsopleiding te bewerkstelligen. De samenwerking heeft als doel de kwaliteit van onderwijs en opleidingen te verhogen, maar ook de continuïteit en doelmatigheid van opleidingen te waarborgen en voldoende zorgprofessionals op te leiden.

Huisartsopleiding

UNH-Opleiding is ondergebracht in het Hoofdenoverleg Huisartsopleidingen. Samen met de afdelingshoofden vormen zij ook de Raad van Eigenaren van stichting Huisartsopleiding Nederland. Huisartsopleiding Nederland is een in de OOR werkzaam samenwerkingsverband tussen 8 (binnenkort 7) huisartsopleidingen en een landelijke werkorganisatie. Ze staan voor het opleiden van voldoende, vakbekwame en toekomstbestendige huisartsen in Nederland. Daarvoor is een [nieuw landelijk opleidingsplan](#) per 1 maart 2024 in werking getreden. Het beschrijft het doel, de structuur en

¹³ Samen leren en werken is een uitgangspunt in [de landelijke visie op kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg](#) van het NHG.

¹⁴ Vanwege de handlingskosten die gemoeid zijn met het ter beschikking stellen van gegevens, gelden [vaste tarieven](#) voor het aanvragen van gegevens. Deze tarieven zijn vastgesteld door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

¹⁵ <https://un-h.nl/unh-basiscurriculum/> en <https://un-h.nl/unh-opleidingen/>.

¹⁶ https://stichtingbols.nl/over_bols/opleidingsregios/.

de inhoud van de huisartsopleiding. De inhoud van de opleiding wordt bepaald door het competentieprofiel en de 10 thema's van de huisartsgeneeskundige zorg. De competenties en thema's vormen de kaders waarbinnen de aios groeit als deskundige, als lid van de beroepsgroep en als individu. Huisartsopleiders zijn hierin de schakel met de praktijk. Dit zijn huisartsen die in deze rol hun kennis en ervaring delen, bijdragen aan de ontwikkeling van het vak en zelf nog graag leren. Opleiden vraagt opleiders een investering qua tijd en energie. Ze worden door scholing via de afdeling ondersteunt in hun taken als opleider.

Versterken kennisinfrastructuur door aandacht voor leren en opleiden

Voor de versterking van de kennisinfrastructuur in de huisartsenzorg kunnen AW'en een rol spelen in het verbinden van nieuwe kennis aan de opleiding en het onderwijs. Ook kunnen zij een omgeving bieden waarin aios in een innovatieve omgeving kunnen leren/innovatie skills kunnen opdoen. Dit is alleen te realiseren wanneer er aandacht wordt besteed aan leren en opleiden op en in samenwerking met de werkplek. Uit samenwerkingsverbanden van huisartsen in de UK is bekend dat een grotere organisatie of netwerk niet automatisch leidt tot een lerende organisatie. Voor goed onderwijs en goed opleiden is onderzoek nodig naar leren en opleiden in de huisartsgeneeskunde om te komen tot huisartsen die een leven lang leren. De huisartsopleiding heeft hiervoor [een onderzoeksagenda](#) die zowel een inhoudelijk, als een procedureel kader biedt om landelijk samen te werken met alle huisartsopleidingen. Gezamenlijk kennis ontwikkelen, bijvoorbeeld in leernetwerken, onder het thema Leven Lang Leren uit deze onderzoeksagenda kan eraan bijdragen dat zo'n organisatie ontstaat. Een ander thema uit de onderzoeksagenda 'De academische huisarts' is van belang bij het opleiden van clinical scientists in het programma Academische Bruggenbouwers.

Geneeskunde studie

Naast de huisartsopleiding is er als basisopleiding de studie geneeskunde. In het UNH-Basiscurriculum werken alle leidinggevende stafleden van de afdelingen huisartsgeneeskunde samen aan inspirerende onderwijsprogramma's voor bachelor- en masterstudenten van de geneeskunde opleiding. Hiermee dragen ze bij aan de kwaliteit en positie van het huisartsgeneeskundig onderwijs. Voor de studie geneeskunde is een [Raamplan](#) het uitgangspunt. Dit plan geeft elke universiteit de ruimte om het te vertalen naar het eigen curriculum. De basiseisen van het Raamplan moeten wel in elke artsenbasisopleiding naar voor te komen, waardoor de patiënt de zekerheid heeft dat een afgestudeerde arts geschikt is om als beginnend beroepsbeoefenaar aan het werk te gaan. Het onderwijs vindt plaats op de medische faculteit, maar ook in de huisartspraktijk (vooral coschap Huisartsgeneeskunde in de masterfase). Onderwijscentra van de umc's zijn verantwoordelijk voor curricula en de vernieuwing ervan op basis van vernieuwde eisen in het Raamplan (2020 eindtermen van de opleiding: meer focus op thema's zoals preventie, medische technologie en planetary health) en aansluiting van toekomstige artsen bij (uitdagingen in) de maatschappij en zorg. Gezien de grote extramurale uitdagingen is het wenselijk dat in de curricula meer aandacht komt voor extramurale en eerstelijnszorg. De geneeskunde studenten die nu (2024) met hun opleiding starten, zijn tegen 2030 basisartsen die specialisaties moeten kiezen. Op die keuze wordt tijdens hun opleiding door de invulling vanuit de verschillende vakken voorgesorteerd. De [Handreiking Opleidingscontinuüm](#) van de NFU ondersteunt om de aanbevelingen uit het visiedocument 'Het opleidingscontinuüm van student tot geneeskundig specialist'¹⁷ in de praktijk te brengen. Onderzoek kan inzicht geven of gekozen strategieën optimaal bijdragen aan bijvoorbeeld doelen uit het IZA.

2.2 Structuren, netwerken en functies in de 'de praktijk'

Huisartsgeneeskundige patiëntenzorg vindt, anders dan bij de specialismen met een werkvloer in het umc/ziekenhuis, vooral extramuraal¹⁸ plaats in huisartspraktijken in verschillende organisatievormen. Voor samenwerking met 'de praktijk' moet men letterlijk naar de huisartspraktijken toe. In de academische netwerken gebeurt dit al, maar de netwerken stagneren in hun groei, want er zijn nog vele praktijken die zich op dit moment meer op patiëntenzorg richten en zich (nog) niet aansluiten. De samenwerking tussen praktijk en academie in een AW kan in principe op verschillende niveaus plaatsvinden, bijvoorbeeld met individuele huisartsen, praktijken of maatschappen, gezondheidscentra

¹⁷ Het [visiedocument](#) bevat zestien aanbevelingen binnen vier thema's voor het aanscherpen van de artsenopleiding. Hierbij ligt de nadruk op een bredere inzetbaarheid in de eerste lijn en sociale geneeskunde, zoals bij de huisarts, specialist, ouderengeneeskunde of arts maatschappij en gezondheid.

¹⁸ [Huisartsenspoedposten](#) zijn grotendeels wel op het ziekenhuisterrein gevestigd bij een ziekenhuisafdeling voor spoedeisende hulp (SEH).

en zorggroepen en hun samenwerkingsverbanden. De financiering biedt de mogelijkheid voor schaalvergroting en verbetering van organisatiegraad om vanuit de academie de samenwerking op te zoeken.

2.2.1 RHO

Met oog op haalbaarheid en schaalbaarheid is het voor AW'en relevant op welk niveau de samenwerking met de praktijk (praktijken / een praktijk) in een AW ingestoken wordt. Indien hier behoefte aan blijkt te zijn¹⁹, moet het faciliteren van een enthousiaste individuele huisarts om wetenschappelijk onderzoek te doen door een AW onderzocht worden. Over het algemeen zal om individuele huisartspraktijken te ontzorgen de samenwerking in AW'en met vertegenwoordigers van 'de praktijk' waarschijnlijk voor de hand liggen. Door hun inrichting als ondersteuningsorganisatie voor huisartsen kunnen de RHO's hierin een belangrijke rol spelen, ook voor de aansluiting in een AW bij gezamenlijke, regionale ambities en prioritaire uitdagingen volgens regiobeelden. Een RHO betreft namelijk een samenwerkingsverband van huisartsen dat:

1. Als organisatie optreedt als centraal aanspreekpunt in de samenwerking tussen de huisartsen en andere zorgpartijen als VVT, GGZ, ziekenhuis, Sociaal domein, et cetera.
2. Namens de huisartsen gemandateerde afspraken maakt met de zorgverzekeraar over benutting van collectieve O&I-gelden.
3. De huisartsen in de regio ondersteunt op het gebied van onder meer automatisering- en informatiseringsbeleid, bedrijfsvoering, arbeidsmarktproblematiek en/of kwaliteitsbeleid.
4. Programmatische ketenzorg in de regio vormgeeft.²⁰

In hun [visie 'Bouwstenen en randvoorwaarden voor het inrichten van samenwerking in de regio'](#) schetsen de NHG, LHV en InEen 6 bouwstenen, die de ingrediënten vormen voor zo'n regionale huisartsenorganisatie. Huisartsen weten daarmee wat zij minimaal mogen verwachten van hun organisatie. De bottom-up wijze van indelen van huisartsenregio's maakt dat de indeling continu in beweging is en dat de regio's heel divers kunnen zijn in grootte van geografisch gebied, aantal inwoners en aantal aangesloten huisartsen. In het rapport [Facts & figures 'Organisatie & Infrastructuur huisartsenzorg 2022'](#) geven respondenten²¹ in 69% van de regio's aan dat zij 1 RHO zien in de regio. Dit reflecteert diverse vormen van samenwerken en organiseren in de praktijk en de vertegenwoordigingsgraad van respondenten door RHO's.

Andere samenwerkingsvormen die kennissamenwerking in de AW'en tussen praktijk, leren en opleiden, onderzoek en beleid ondersteunen, kunnen in de werkplaatsen ontstaan, uitgetoetst, geëvalueerd en onderling gedeeld worden.

2.2.2 Zorggroepen

Huisartsenzorggroepen leveren programmatische zorg aan patiënten met chronische ziekten, zoals diabetes mellitus, cardiovasculaire problemen, astma en COPD. Daarnaast bieden steeds meer zorggroepen de aangesloten huisartsenpraktijken organisatorische ondersteuning, bijvoorbeeld op het gebied van administratie, arbeidsmarktvoorwaarden, ICT en innovatie.

2.2.3 Gezondheidscentra

Gezondheidscentra leveren wijkgerichte, samenhangende zorg vanuit verschillende zorgdisciplines rondom én met de patiënt. Veel gezondheidscentra brengen de zorgprofessionals letterlijk samen in 1 gebouw. Maar ook netwerkorganisaties van verschillende zorgprofessionals in de wijk kunnen een gezondheidscentrum vormen.

2.2.4 Huisartsenspoedposten

Op werkdagen kunnen patiënten terecht bij hun eigen huisarts. Mensen met klachten die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag kunnen 's avonds, 's nachts en in het weekend contact opnemen

¹⁹ Huisartsen houden het juist langer vol in het vak als ze naast de patiëntenzorg andere activiteiten mogen ontplooiën, waar ze energie van krijgen (pers. com.).

²⁰ [Facts & figures 'Organisatie & Infrastructuur huisartsenzorg 2022'](#).

²¹ Directeuren en/of managers van de betreffende huisartsen- of eerstelijnsorganisaties in de regio, leden InEen heeft de vragenlijst, niet-leden Rebel, Zorginkopers van de (één of meerdere) preferente zorgverzekeraars in de regio, regionaal contactpersonen van de LHV.

met de huisartsenspoedpost. Er zijn 50 huisartsendienstenstructuren in Nederland die 118 huisartsenspoedposten vertegenwoordigen.²²

2.2.5 Kaderhuisartsen

In september 2022 bereikten de huisartsenkoepels (LHV, NHG, InEen en UNH) overeenstemming over de belangrijke rol van de kaderhuisartsen. Een kaderhuisarts is een generalistisch werkende huisarts die naast het werk als medisch-generalist bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit van de huisartsenzorg op specifieke deelgebieden. Op dit moment zijn er 12 kaderopleidingen, met daaromheen een netwerk aan kaderhuisartsen en expertgroepen. Kaderhuisartsen verbeteren de kwaliteit van de huisartsenzorg door regionale samenwerking te stimuleren en te verbeteren, aandacht te hebben voor kwaliteitsverbetering van praktijkvoering, bij te dragen aan de ontwikkeling van richtlijnen, het geven van (na)scholing en een bijdrage te leveren aan onderzoek en innovatieve ontwikkelingen. Daarnaast zijn kaderhuisartsen door hun opleiding goed toegerust om de kerntaken en kernwaarden van de Nederlandse huisartsenzorg te helpen bestendigen en door te ontwikkelen. Zij zorgen op deze manier voor nieuwe inzichten in kennis, kunde en samenwerkingsvormen op specifieke onderwerpen of thema's, beschikbaar en bruikbaar voor alle huisartsen. Kaderhuisartsen moeten in ieder geval in beeld zijn bij de AW'en en vice versa, zodat afstemming of samenwerking aan onderwerpen/thema's op het terrein van de kaderhuisartsen mogelijk wordt.

2.3 Akkoorden, beleid en advies RvS

De huisartsenzorg maakt onderdeel uit van de eerstelijnszorg. De in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) beschreven ambities voor de versterking van de (organisatiegraad van) eerstelijnszorg steunen op de inzet van passende zorg in de breedte van alle aspecten en terreinen van de zorg. Een en ander is verder uitgewerkt in de Visie eerstelijnszorg 2030 en een bijbehorend plan van aanpak tot en met 2026. De herkomst van de financiering voor dit infrastructurele stimuleringsprogramma uit het IZA maakt het kader Passende Zorg daarom een uitgangspunt (3.4) voor dit programma. In de opdracht van het ministerie van VWS voor het programma AWH wordt gesteld dat het ondersteunend dient te zijn aan de visie. Academische werkplaatsen huisartsenzorg (AW'en) dragen in algemene zin vanzelfsprekend bij aan bestaande kaders en afspraken waar de stakeholders van dit programma zelf ook als ondertekenaar bij betrokken zijn. Het ZonMw-programma Versterking organisatie eerstelijnszorg richt zich specifiek op de samenwerking in de regio, die nodig is voor een versterkte eerste lijn. Daarom is in 2.5 expliciet aandacht voor de afbakening met het programma AWH en het voorkomen van overlap. In 5.3 wordt ingegaan op afstemming en samenwerking om de verbinding tussen deze ZonMw-programma's te versterken. In deze paragraaf staan de belangrijkste beleidslijnen uit het IZA, het WOZO-programma, het RVS-rapport 'De basis op orde' en de Visie eerstelijnszorg 2030.

2.3.1 IZA

Financiering voor de academische werkplaatsen is beschikbaar in het kader van het IZA. In het IZA maken ondertekenaars afspraken over de ambitie de opgaven in de gezondheidszorg gezamenlijk aan te pakken. De focus van dit akkoord ligt op de zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt, waarbij waar relevant ook de langdurige zorg en ondersteuning (Wmo), inzet op publieke gezondheid en het bredere sociaal domein wordt betrokken.

2.3.2 Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)

Het WOZO-programma²³ draagt bij aan een brede maatschappelijke beweging en de benodigde transitie in wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen. WOZO zet in op: zelfstandig als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. De mogelijkheden voor ouderen worden vergroot om zo lang mogelijk, met ondersteuning van de eigen omgeving, zelfredzaam te blijven en te wonen in een voor hun prettige woonomgeving. Om de ambities van het WOZO-programma te kunnen realiseren, is een versterkte eerstelijnszorg nodig. Zodat ouderen multidisciplinaire, integrale en persoonsgerichte zorg ontvangen die zich aanpast aan tijdelijke of blijvende achteruitgang. Langer thuis wonen in het kader

²² Voor organisaties onder 2.2.2 t/m 2.2.4 is [InEen](#) de brancheorganisatie. Leden bepalen het beleid. In werkgroepen en beleidsadviescommissies denken leden mee over beleidsvorming. Besluitvorming vindt plaats in de Algemene Ledenvergadering. In Deellidenvergaderingen bespreken we beleidsvoorstellen die een specifieke ledengroep van InEen aangaan. Voor ROS'en is InEen ook brancheorganisatie, maar zij zijn niet specifiek op de huisartsenzorg maar op de eerstelijns gericht en worden in Bijlage E beschreven.

²³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/wozo-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg->

van WOZO levert tegelijkertijd meer druk op de huisartsenzorg en er ligt een grote verantwoordelijkheid bij de huisarts als ouderen een medische zorgbehoefte hebben die de huisartsenzorg overstijgt en de aanpassing in zorgbehoefte niet snel genoeg opgeschaald kan worden.

2.3.3 Adviesrapport ‘De basis op orde’ van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Het adviesrapport ‘De basis op orde’ van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) gaat in op wat nodig is voor Passende Zorg in de eerste lijn. De uitgangspunten, denkrichtingen en de suggesties van het RVS-rapport dienen weer als input voor de Visie eerstelijnszorg 2030. De RVS beschrijft in haar advies ‘De basis op orde’ wat de waarde van de eerstelijnszorg is voor de samenleving en hoe we die waarde in de toekomst kunnen behouden. In het adviesrapport heeft de RVS 4 uitgangspunten geformuleerd die vanuit samenlevingsperspectief cruciaal zijn voor de toekomst van de eerste lijn:

- het in woord én daad erkennen van de cruciale waarde van eerstelijnszorg voor de samenleving
- het versterken van de waarden en functies door innovatie en aanpassing aan de huidige tijd
- het wijkgericht werken met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen
- en, gezien de personele krapte misschien nog wel het belangrijkste, het uitgaan van de kracht van de samenleving en alleen professioneel ondersteunen als dit nodig is

2.3.4 Visie eerstelijnszorg 2030

Het IZA en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) zijn voor het ministerie van VWS – in lijn met het RVS advies – het kader voor inzet op het versterken van de eerstelijnszorg. Het uitgangspunt hierbij vormt de Visie eerstelijnszorg 2030 die het ministerie van VWS met een groot deel van de partijen uit de eerstelijnszorg heeft ontwikkeld. In de visie staan afspraken hoe partijen de eerstelijnszorg moeten organiseren en vernieuwen, zodat deze voor iedereen die dat nodig heeft beschikbaar blijft. Dat kan alleen door de krachten te bundelen.

Met deze visie bouwen ondertekenaars voort op de uitgangspunten van het IZA en sluiten ze aan bij de uitwerking van de andere IZA-thema's, en bij andere integrale afspraken, zoals het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) en de Nationale Dementiestrategie 2021-2030 (zie verder bijlage E). Het ministerie van VWS geeft in deze programmaopdracht aan dat het programma AWH ondersteunend aan deze visie dient te zijn. Hiervoor vindt binnen ZonMw nauwe samenwerking plaats met het programma Versterking Organisatie Eerstelijnszorg 2.5.2 en 5.3) dat gericht is op versterken van de organisatie en samenwerking van de eerstelijnszorg op regionaal- en wijkniveau.

2.4 Netwerken, (academische) werkplaatsen en samenwerkingsverbanden

In deze paragraaf staan de belangrijkste netwerken, (academische) werkplaatsen en samenwerkingsverbanden genoemd, waarmee afstemming in het programma AWH relevant is, omdat er mogelijk overlap is van betrokken partijen en ze zich richten op hetzelfde doel.

2.4.1 Netwerken Palliatieve Zorg

Een Netwerk Palliatieve Zorg is een formeel en duurzaam samenwerkingsverband van zelfstandige organisaties die betrokken zijn bij palliatieve zorg in een bepaalde regio. In Nederland zijn 65 regionale Netwerken Palliatieve Zorg. De Netwerken zijn geïnitieerd om de samenhang in de interdisciplinaire netwerkworg te bevorderen, met als doel bij te dragen aan een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en sterven, op basis van de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten. Een netwerkcoördinator is aanspreekpunt en ondersteunt de processen van netwerkontwikkeling en zorgverbetering binnen de eigen regio. Dit wordt verder ondersteunt door de palliatieve zorg thuis (PaTz) methodiek die ingezet wordt om de samenwerking tussen zorgverleners en deskundigheid rond de palliatieve zorg bij patiënten thuis te verbeteren.

2.4.2 (Academische) werkplaatsen in aanpalende gebieden of doelgroepen

Inmiddels wordt op veel doelgroepen en thema's gewerkt met academische werkplaatsen om de *gap* tussen theorie en praktijk te overbruggen. De belangrijkste werkplaatsen met een programma bij ZonMw, waarbij sprake kan zijn van mogelijke overlap in betrokken partijen en die zich richten op een soortgelijk doel, worden in de opdrachtbrief van het ministerie van VWS genoemd: academische

werkplaatsen voor ouderenzorg (KAWO) en mensen met verstandelijke beperkingen (AWVB). In 5.1 wordt ingegaan op hoe deze en andere infrastructurele programma's binnen ZonMw afstemmen. Verder zijn er een [Academische Werkplaats Kwaliteit van Huisartsen- en Ziekenhuiszorg](#) en de [werkplaatsen sociaal domein](#) waar in de uitvoeringsfase van het programma contact mee gezocht wordt om afstemming te vinden. In de bredere afdelingen van umc's waar vakgroepen Huisartsgeneeskunde onderdeel van zijn, namen bij een aantal werkbezoeken ook vertegenwoordigers deel van andere werkplaatsen binnen die afdeling (Ouderengeneeskunde 2x en Wijkverpleging). De lijntjes tussen academische werkplaatsen zijn dus vooral kort wanneer vakgroepen onderdeel zijn van dezelfde afdeling in een umc. Gedurende de looptijd van het programma AWH moet duidelijk worden wanneer samenwerkingen tussen werkplaatsen ontstaan, hoe ze bevorderd en aangemoedigd kunnen worden en welke meerwaarde ze opleveren.

2.4.3 Versterking verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's)

In een aparte opdracht (buiten de visie op de eerstelijnszorg) van het ministerie van VWS werkt ZonMw samen met Federatie van VSV's, het Netwerk Regionale Geboortezorg (NRCG) en het College Perinatale Zorg (CPZ) aan een nieuw stimuleringsprogramma voor VSV's (inclusief Integrale geboortezorg organisaties (IGO's)). In dit programma, met een looptijd van 2024 t/m 2026, kan elk verloskundig samenwerkingsverband stappen zetten in (verdere) implementatie van het basiskader en daarmee verder professionaliseren. Het basiskader beschrijft de minimale eisen set aan verloskundig samenwerkingsverbanden die bij de samenwerking op basis van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg komt kijken.

2.5 Afbakening

In de vele structuren waaraan de huisartsenzorg raakt en waarvan de belangrijkste structuren voor dit programma beschreven zijn in dit hoofdstuk, is door de opdracht van het ministerie van VWS eenduidig af te bakenen. Deze afbakening is gezien de veelheid aan (netwerk)structuren, rapporten, visies en beleid belangrijk, want het programma AWH richt zich specifiek op de versterking van de kennisinfrastructuur in de huisartsenzorg door middel van academische werkplaatsen huisartsenzorg als de 'motor' van de kennisinfrastructuur. Door de vele denkbare verbindingen met andere kennisinfrastructuren in de bredere context van het kennisecosysteem van de zorg is aandacht voor de plaats van het programma AWH en de AW'en huisartsenzorg relevant. Door een duidelijke focus in het programma AWH op de kennisinfrastructuur voor de huisartsenzorg wordt overlap voorkomen en kan door een goede samenwerking met andere ZonMw-programma's synergie op programmaoverstijgende doelen gerealiseerd. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op afstemming en samenwerking met andere ZonMw-programma's om die synergie te bereiken.

2.5.1 ZonMw-programma's met aandacht voor academisering van de huisartsgeneeskunde

In de 4 lijnen voor academisering (zie 1.3.1): academische werkplaatsen (AW'en), opleiden van *clinical scientists*, middelen voor (wetenschappelijk) huisartsgeneeskundig onderzoek en kwaliteitsinstrumenten, zijn de AW'en de structuren die de leercirkel in de huisartsenzorg gaande houden. Met de mensen die verantwoordelijk zijn voor het leveren van de huisartsenzorg wordt in een AW ingegaan op wat er in 'de praktijk' nog niet is aan kennis, die men nodig heeft voor toekomstbestendigheid van de huisartsenzorg. Essentieel is het aansluiten bij behoeften en intrinsieke motivatie, die op praktijkniveau of zelfs per individu en in verschillende fasen van carrières, kunnen verschillen. Er lijkt vanuit de praktijk vooral behoefte aan concrete projecten, die het handelen of een verbetering door data en/of onafhankelijke evaluatie onderbouwen. De behoefte van 'de praktijk' is iets dat vooral in de AW'en naar boven komt en waar 'het patiëntperspectief' in meegenomen wordt. Het patiëntperspectief levert belangrijke input voor de afbakening van de circle of control en circle of influence van de huisartsenzorg. Waar kan in lijn met haar kernwaarden en kerntaken en gegeven de huidige opgaven in de huisartsenzorg wel en niet een antwoord op gegeven worden?

2.5.2 ZonMw-programma Versterking organisatie eerstelijnszorg

Het ZonMw-programma Versterking organisatie eerstelijnszorg focust op de organisatie van de eerstelijnszorg door: regio's voor te bereiden, te ondersteunen en te voorzien van regionale uitvoeringskracht bij het vertalen van de landelijke Visie eerstelijnszorg 2030. De eerstelijnszorg is breder dan de huisartsenzorg en de huisartsenzorg wordt in dat programma als onderdeel van de eerstelijnszorg benaderd. Het gaat daarbij vooral over samenwerking tussen eerstelijnsprofessionals om de organisatie van de eerstelijnszorg te versterken. Onderzoek in het ZonMw-programma

Versterking organisatie eerstelijnszorg is bedoeld voor ontwikkelen en toegankelijk maken van kennis over de effecten en kosten van het anders en/of beter organiseren en samenwerken van de eerstelijnszorg. De AW'en dragen bij aan de verbetering van de kennissamenwerking in de huisartsenzorg, waarbij de nadruk ligt op praktijkgericht, klinisch onderzoek en onderzoek naar leren en opleiden relevant voor de huisartsgeneeskunde. Aandachtspunt is hoe de eerstelijnszorg hier optimaal van kan profiteren. Hier wordt in de onderlinge samenwerking van de programma's AWH en Versterking organisatie eerstelijnszorg op ingegaan om dit op programmaniveau te stimuleren. Tegelijkertijd is het logisch dat in het programma AWH in lijn met de Visie eerstelijnszorg 2030 gewerkt wordt. Medeondertekenaars van de visie, betrokken bij de huisartsenzorg, behoren tot de stakeholders voor dit programma. Tijdens de uitvoering van het programma wordt ingegaan op hoe de academische werkplaatsen en hun samenwerkingsverband UNH-AW een individuele en gezamenlijke bijdrage aan de uitvoering van de visie op de eerstelijnszorg kunnen leveren. Belangrijk daarbij is om aan te blijven sluiten bij de bestaande én zich ontwikkelende structuren in de zorgpraktijk.

2.5.3 Geen focus op internationale samenwerking

Tijdens de uitvoering van het programma vindt een verkenning plaats van relevante internationale programmering waar ZonMw bij betrokken is om kansen en uitwisselmogelijkheden via bestaande kanalen en netwerken te inventariseren. Internationale ontwikkelingen, ideeën of innovaties kunnen voor de Nederlandse huisartsenzorg relevant zijn en deze kunnen vanuit de afdelingen HAG worden verkend en versterkt om van te leren, maar hier wordt in dit programma verder niet op gestuurd. Gezien de focus van de opdracht op de Nederlandse huisartsenzorg vindt internationale samenwerking in dit programma indirect plaats via bestaande samenwerkingen van de afdelingen HAG en de daar werkzame onderzoekers. Er zijn bijvoorbeeld de een werkgroep Huisartsgeneeskunde & Internationale Gezondheidszorg (WHIG) van het NHG en de Nederlandse Vereniging voor Tropengeneeskunde (NVTG), Europese en internationale congressen en werkgroepen van de (Europese afdeling van de) World Organization of Family Doctors (WONCA), het European Forum for Primary Care (EFPC) en de North American Primary Care research Group (NAPCRG).

3 Doelstellingen, doelgroepen, stakeholders en uitgangspunten

3.1 Doelstelling

Het programma AWH heeft als doel bij te dragen aan de duurzame versterking van academische werkplaatsen huisartsenzorg voor kwalitatief goede, toegankelijke en doelmatige zorg.

De AW'en stimuleren én ondersteunen de gelijkwaardige samen- en wisselwerking tussen praktijk en academie. De versterking van de kennisinfrastructuur in de huisartsenzorg en de optimale bijdrage hieraan vanuit de huisartsgeneeskunde in Nederland, staan centraal in het programma AWH. De resultaten van de doorontwikkeling waar met de infrastructurele investering van het programma AWH op ingezet wordt, kan op een aantal aspecten in de tijd zichtbaar gemaakt worden. Zie verder in 4.1 over hoe daar in de programmalijn invulling aan gegeven wordt. De bijdrage aan kwalitatief goede, toegankelijke en doelmatige zorg door het programma is indirect.

Voor de versterking van de kennisinfrastructuur in de huisartsenzorg in Nederland is zowel investering in de afzonderlijke academische werkplaatsen, als in hun optimale samenwerking via UNH-AW nodig. De investering in samenwerkingsdoelen vindt plaats door de bijdrage daaraan van elke academische werkplaats aan het geheel.

Het programma AWH beoogt ondersteunend te zijn aan de Visie eerstelijnszorg 2030. In het programma wordt daarom ingezet op stimulering van het toewerken naar een gezamenlijk bijdrage aan ontwikkeling en innovatie in de eerste lijn (hecht wijkverband) door: de eerstelijns academische werkplaatsen (huisartsenzorg en wijkverpleging in ZonMw-programma's), apotheken en academische werkplaatsen sociaal domein; in afstemming met de tweedelijnszorg. Een en ander uiteraard in lijn met daarover gemaakte afspraken met deelnemende partijen van het IZA, de Visie eerstelijnszorg 2030 en de visie op regionale samenwerking in de huisartsenzorg. Zie verder 7.3.1.

Duurzame versterking

Een kennisecosysteem bestaat naast de kennisinfrastructuur – de verschillende actoren met hun kennis en hun verbindingen – ook uit een gedeelde set van waarden, een gedeelde cultuur en een variatie aan activiteiten om de verschillende kennisfuncties en manieren van leren en reflecteren (activiteiten en factoren die het werken of leren remmen of bevorderen)²⁴ te ondersteunen. Gelijkwaardigheid en gedeeld eigenaarschap van betrokkenen is daarbij voorwaardelijk. Het gaat in de AW'en om beschikbaarheid van bruikbare kennis enerzijds, ontmoeting en samenwerking anderzijds. Zoals gezegd in 1.3.4 is voor de ontwikkeling van een sterke kennisinfrastructuur, inbedding in een breder ecosysteem noodzakelijk.²⁵ De uitdaging voor (financiers en organisatoren van) participatieve kennisinfrastructuren is om gezamenlijke kennisontwikkeling en -benutting op basis van werkzame mechanismen en daaraan gerelateerde bevorderende factoren goed in te bedden in praktijk, onderwijs, opleiding, onderzoek en beleid. Dit vraagt om gedragsverandering van alle betrokkenen binnen het betreffende kennisecosysteem. Gedragsverandering kost tijd en vooral in de dynamische complexiteit van de zorg, vraagt dit voortdurend om aandacht en aanpassingsvermogen.

De versterking van de kennisinfrastructuur vraagt om een fasering en om structurele investeringen. Een structurele investering in de kennisinfrastructuur van de huisartsenzorg via de afdelingen HAG biedt kansen om de groeiende potentie ervan voor de zorg te benutten. Een registratienetwerk wordt bijvoorbeeld al door andere specialisten dan huisartsen gevonden voor onderzoek in de wijk. Ook voor de uitvoering en monitoring van regioplannen bieden deze netwerken een schat aan data. De AW'en en hun samenwerkingsverband wordt gevraagd ook kennis op te leveren over welke investeringen van welke partijen nodig zijn voor het onderhoud en de doorontwikkeling van de kennisinfrastructuur en de inbedding in beleid, praktijk, onderwijs, opleiding en/of (verder) onderzoek. Op de korte en middellange termijn kunnen de nodige stappen worden gezet met inzet van de nu beschikbare middelen.

Voor de duurzame versterking van kennisinfrastructuren zijn veel lessen te trekken uit andere programma's en sectoren. Voor het programma AWH heeft een aantal lessen en inzichten uit andere ZonMw-programma's geleid tot keuzes in de ontwikkeling van de programmatekst. Door de focus in de aanpak op de werkbezoeken liggen hier wellicht nog kansen, die tijdens de uitvoering van het programma benut kunnen worden. Dit geldt bijvoorbeeld voor het NRO-rapport *Slimme Verbindingen*²⁵ dat versterking van de onderwijs kennisinfrastructuur in Nederland voorstelt door zogenoemde *slimme verbindingen* en deze verbindingen vervolgens te realiseren tussen bestaande initiatieven, structuren, netwerken en digitale voorzieningen. Het gaat daarbij om zowel het verbinden van kennis (met bruikbare kennis voor onderwijsprofessionals als gevolg) als het verbinden van mensen met expertise (met ontmoeting en samenwerking tot gevolg).

Dit langetermijnperspectief wordt duidelijk door de AW'en te vragen als onderdeel van hun resultaten in te gaan op de relatie van de investeringen met verbeteringen op deze uitkomsten gedurende de investeringsperiode en na te denken over hoe ze deze verbeteringen meet- of merkbaar maken.

3.2 Doelgroepen programma AWH

Primaire doelgroepen zijn:

- huisartsen en andere zorgprofessionals in de huisartsenzorg en hun opleiders
- afdelingen HAG
- patiënten als eindgebruiker

Secundaire doelgroepen zijn:

- specialisten en eerstelijnszorgprofessionals met wie in de huisartsenzorg samengewerkt wordt
- afdelingen van vakgebieden waarmee vanuit de afdelingen HAG wordt samengewerkt

3.3 Stakeholders

Het werk zit zowel voor het programma AWH, als voor de verschillende AW'en in de samenwerking aan een gedeelde ambitie²⁶ binnen en voorbij bestaande netwerken en structuren. Wat is nodig voor

²⁴ [Onderwijs en opleiding hebben veel innovatiekracht en expertise op dit vlak.](#)

²⁵ [SLIMME VERBINDINGEN naar een sterke kennisinfrastructuur voor het onderwijs.](#)

²⁶ [ZonMw-onderzoeksrapport \(2023\) 'Op weg naar effectieve kennisamenwerking'.](#)

de belangrijkste stakeholders om hun rol en verantwoordelijkheid hierin te (kunnen) pakken? Wie zijn dit? Hoe stimuleren en ondersteunen ze elkaar in hun samenwerking? Dit vraagt om aandacht voor de stakeholders in het programma én in een academische werkplaats huisartsenzorg. Tijdens de uitvoering van het programma is aandacht voor welke relevante partijen mogelijk nog ontbreken in onderstaande opsommingen en is afstemming met (wetenschappelijke) verenigingen van de verschillende beroepsgroepen in de huisartsenzorg om de bijdrage van de samenwerking aan de kennisinfrastructuur te optimaliseren.

3.3.1 Programmastakeholders

Gezien de vraag van het ministerie van VWS om een aantal specifieke stakeholders te betrekken bij de totstandkoming en uitvoering van het programma is gesproken en/of contact geweest met UNH, InEen en de LHV. Dit zijn organisaties die vertegenwoordigers van belangrijke deelnemers aan een academische werkplaats zijn, respectievelijk de academie, RHO's en huisartsen. Bij meerdere werkbezoeken waren bestuurders van RHO's of van zorggroepen aanwezig. Bij alle werkbezoeken waren de verantwoordelijken voor opleiding en onderwijs aanwezig en er is separaat gesproken met Huisartsopleiding Nederland. Het NHG was als toehoorder bij alle werkbezoeken en het merendeel van de gesprekken met externe stakeholders aanwezig. Voor de invulling van patiëntparticipatie is een lid van de ZonMw-koepelcommissie Kwaliteit van Zorg geconsulteerd en is op basis daarvan in alle werkbezoeken specifiek uitgevraagd wat men op dit moment aan patiëntparticipatie doet en hoe men dit heeft georganiseerd. Er zijn grote onderlinge verschillen in invulling van en aandacht voor patiëntparticipatie. Van informeren van patiënten van deelnemende huisartspraktijken over gebruik van de dataregistratie en inzet van de participatiematrix bij onderzoeksprojecten tot een actief panel rondom een medisch thema, waar de afdeling actief op is. In de context van een AW kan men vooral van elkaar leren welke vormen van participatie in een AW op welke manier zinvol kunnen zijn en mogelijk gebruik maken van elkaars structuren, wanneer die regio overstijgend opereren. PFN wordt op basis van de uitkomsten van de werkbezoeken betrokken om hier vanuit het programma een impuls aan te geven. Zie verder bijlage C. Met ZN is gesproken voor het zorgverzekeraarsperspectief in het programma. De programmaopdracht staat verder af van reguliere beleidszaken voor zorgverzekeraars en zorgverzekeraars zijn niet de primaire deelnemers aan een academische werkplaats. Afstemming vindt plaats door contact bij concrete vragen. De SBOH geeft aan als werkgever van huisartsen in opleiding op dit moment geen rol voor zichzelf te zien in het programma.

3.3.2 Stakeholders in een academische werkplaats huisartsenzorg

In de werkbezoeken en gesprekken met het UNH en InEen is ingegaan op de deelnemers aan de AW'en. Ook is intern een beknopte stakeholderanalyse uitgevoerd. Uitkomst voor het programma is dat in een academische werkplaats huisartsenzorg primair stakeholders uit de huisartsenzorg en afdelingen HAG deelnemen. Dit zijn in ieder geval huisartspraktijken, die vertegenwoordigd kunnen worden door bijvoorbeeld regionale huisartsenorganisaties (RHO's) of zorggroepen, (staf)leden van de sectie/vakgroep huisartsgeneeskunde en de huisarts- en geneeskundeopleiding. (lokale afdelingen van) Patiënten(organisaties) en (organisaties voor) informele zorgverleners kunnen belangrijke partners in de academische werkplaats zijn. Aandacht voor hun perspectief mag in ieder geval niet ontbreken en moet onderzocht en waardevol ingericht worden. Verder valt te denken aan partners uit de huisartsenzorg, zoals bijvoorbeeld (vertegenwoordigers van) mbo- en hbo-zorgprofessionals en mbo- en hbo-opleiders, die professionals in de huisartsenzorg (zoals POH's, PA's, verpleegkundig specialisten en doktersassistenten) opleiden, maar ook (vertegenwoordigers van regioafdelingen van) praktijkmanagers kunnen deelnemen.

Van een (bredere) afdeling in een umc/universiteit waarvan de vakgroep huisartsgeneeskunde deel uitmaakt, kunnen specialisten en/of hoogleraren van diverse andere organisaties/onderdelen van de afdeling op onderwerpen hun inbreng voor afstemming en gezamenlijke projecten leveren. Denk hierbij aan de verplegingswetenschappen, ouderengeneeskunde, geneeskunde voor verstandelijk beperkten, verslavingsgeneeskunde of public health. Dit geldt ook voor andere (vertegenwoordigers van) partners uit het zorgveld, zoals apothekers, ggz-instellingen, paramedici, tandartsen en verloskundigen, maar ook (academische) ziekenhuizen en ZBC's. Denk verder aan private partijen, zoals zorgverzekeraars en bedrijven (farma, technologie en ict). Tot slot kunnen gemeenten en provincies samenwerken met de academische werkplaats. Samenwerkingspartners dragen bij aan de academische werkplaats met menskracht en/of financiële middelen om de gezamenlijke doelstellingen / ambities te realiseren.

De precieze samenstelling van een academische werkplaats is dynamisch en op basis van de context per 'verzorgingsgebied' verschillend, gezien de verschillende expertises en situatie. Er dient echter tenminste samenwerking te zijn tussen praktijk, onderwijs, opleiding, onderzoek en afstemming met (lokaal) beleid. De samenwerking leidt tot versterking van het netwerk en de kennisinfrastructuur. De 7 werkplaatsen maken elk op regionaal niveau²⁷ samenwerkingsafspraken tussen participerende partijen waar deze er nog niet zijn. Mogelijk moeten in het licht van de doorontwikkeling van netwerken bestaande afspraken worden geüpdatet.

3.4 Uitgangspunten

Het uitgangspunt van het programma AWH is toekomstbestendige huisartsenzorg als voorwaarde voor een houdbaar en toegankelijk zorgsysteem. Met de AW'en zetten we in op het doorontwikkelen van reeds bestaande structuren en netwerken voor het stimuleren van de wisselwerking tussen praktijk en academie. Dit wordt ondersteund door de regionalisering die op dit moment gaande is en waardoor huisartspraktijken en huisartsen in regio's meer als collectief optreden, toenemend vertegenwoordigd door een regionale huisartsenorganisatie (RHO). Het gaat er vanuit het programma AWH om de kennisinfrastructuur te versterken en hiervoor stelt het hoofdzakelijk middelen voor infrastructurele investering beschikbaar (zie programmalijn 1). Aan hieronder benoemde uitgangspunten wordt op een passende manier aandacht besteed in subsidieoproepen.

3.4.1 Kernwaarden en kerntaken huisartsenzorg

Sinds de Woudschotenconferentie in 1959 zijn zowel de huisartsgeneeskundige zorg als de samenstelling van de beroepsgroep drastisch veranderd. Bij de herijking op de tweede Woudschotenconferentie in 2019 bleken de destijds geformuleerde kernwaarden en kerntaken weinig aan zeggingskracht te hebben ingeboet. Blijkens de enquête die de herijking voorbereidde, zijn huisartsen het nog altijd eens over de kernwaarden, maar verschillen in de opvattingen over kerntaken maken voortgaande heroriëntatie op de organisatie van de huisartsenzorg noodzakelijk. De 4 [kernwaarden van de huisartsenzorg](#) zijn:

- medisch-generalistisch
- persoonsgericht
- continu
- gezamenlijk

Het expliciet formuleren van kernwaarden van huisartsenzorg is juist voor een generalistische beroepsgroep belangrijk, omdat duidelijk moet zijn waar je als zorgprofessional wel en niet op aangesproken mag worden. Immers, de vraag naar zorg blijft en de tekorten aan personeel in de huisartsenzorg zetten de huisartsenzorg onder druk. De eerste kernwaarde is medisch inhoudelijk (wat) en heeft invloed op de andere 3 die meer over de relatie met de patiënt en andere zorgverleners zeggen (hoe). De operationalisatie van de kernwaarden en inrichting en uitvoering van hieronder genoemde kerntaken is door alle veranderingen in de zorg en de beroepsgroep echter niet vanzelfsprekend, en vooral 'continu' staat onder druk.²⁸ Het ministerie van VWS zet samen met het veld in op het versterken van de kernwaarden van de huisartsenzorg, in het bijzonder de continuïteit. Om iedereen in Nederland goede en toegankelijke huisartsenzorg te kunnen bieden tenminste op het vlak van de kerntaken, moet het voor huisartsen aantrekkelijk zijn om zich te binden aan een vaste patiëntenpopulatie.

De kernwaarden komen naar voren in de kerntaken:

- medisch-generalistische zorg
- spoedeisende zorg
- terminaal palliatieve zorg
- preventieve zorg
- zorgcoördinatie

3.4.2 Kennislacunes NHG en NOH

De [Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde](#) (NOH) die in 2018 door het NHG is opgesteld is aan evaluatie en actualisatie toe. Het NHG heeft deze actualisatie naar een meer dynamische

²⁷ Hiermee wordt in dit verband het 'verzorgingsgebied' van een afdeling/vakgroep HAG bedoeld.

²⁸ <https://www.henw.org/artikelen/hoedenkenhuisartsenoverdekernwaardenenkerntakenvandehuisartsgeneeskunde>.

kennisagenda toe geagendeerd in haar jaarplan 2024. Naar verwachting wordt een eerste versie van haar dynamische kennisagenda medio 2025 opgeleverd. Daarbij komt door het programma AWH de vraag naar voren over de relatie tussen medisch-inhoudelijke kennisvragen en kennisvragen van meer organisatorisch- en implementatiegerichte aard en hun prioritering. In de werkbezoeken werd ook gerefereerd aan kort-cyclische praktijkvragen en lang(er)-cyclische onderzoeksvragen.

3.4.3 Passende zorg

In het IZA wordt het belang van gezondheid, de rol van zorg daarin en het onder druk staan van de toegankelijkheid ervan als eerste genoemd. De IZA-partijen, waaronder de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en InEen, willen inzetten op [passende zorg](#) om de zorg toekomstbestendig te maken. Het kader 'Passende zorg'²⁹ gaat over de gezamenlijke veranderopgave om de Nederlandse gezondheidszorg toekomstbestendig te maken, met aandacht voor zowel passend gebruik als passende organisatie en bekostiging van zorg. Passende zorg en ondersteuning kent 4 principes:

- *Passende zorg en ondersteuning is waardegedreven*
Waardegedreven betekent dat veilige zorg een relevante bijdrage levert aan de gezondheid en kwaliteit van leven van mensen, nu en in de toekomst, tegen een proportionele inzet van geld, personeel en grondstoffen. Het bijdragen aan de gezondheid en kwaliteit van leven van mensen door zorgprofessionals gaat ook over het behouden van de autonomie, in verbinding staan met anderen en betekenisvol bijdragen. Hierbij dient rekening gehouden te worden met persoonlijke voorkeuren en omstandigheden.
- *Passende zorg en ondersteuning komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt/cliënt tot stand*
Zorg en ondersteuning die samen met patiënten/cliënten tot stand komt, betekent zorg en ondersteuning die past bij de persoonlijke situatie, behoeften en wensen van de patiënt/cliënt. Dat wordt bepaald in een gezamenlijk besluitvormingsproces tussen zorgverlener(s) en cliënt en naaste(n).
- *Passende zorg en ondersteuning vindt plaats op de juiste plek*
Passende zorg en ondersteuning op de juiste plek betekent zorg en ondersteuning verplaatsen naar dichterbij als het kan en verder weg als het moet, zorg en ondersteuning laten bijstaan door nieuwe vormen van zorg zoals e-health en domotica, en zorg en ondersteuning voorkomen die niet passend is.
- *Passende zorg en ondersteuning gaat over gezondheid in plaats van over ziekte*
Het centraal stellen van gezondheid en kwaliteit van leven in plaats van ziekte betekent een breder perspectief op de gezondheidszorg. Zorg gaat niet primair om de ziekte, maar om het leven van mensen.

Werken aan passende zorg

De programmaopdracht vraagt toepassing van Passende Zorg-principes in de AW'en. In het programma AWH is daarom aandacht voor aanwijzingen hoe dit vorm kan krijgen in de relevante beleidskaders en aanpalende programmaopdrachten (Passende Zorg). In het IZA gaat bijvoorbeeld een hoofdstuk over digitalisering en gegevensuitwisseling. Daarin staat op het gebied van digitale zorg: 'Passende zorg is ook steeds vaker een mix van digitaal aanbod en in het echt naar een zorgverlener gaan. Uitgangspunten hierbij zijn: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan.' Het NHG buigt zich over de vraag: wanneer kan het? Digitale zorg is voor het NHG een middel om goede zorg te leveren en geen doel op zich. In een wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van digitale huisartsenzorg (2023) werd geen bewijs gevonden dat de onderzochte digitale zorgtoepassingen werkdruk verminderen of dat ze behulpzaam zijn om personeelstekorten in de huisartsenzorg te verminderen. Tegelijkertijd ontwikkelt digitale zorg zich tot een regulier onderdeel van de huisartsenzorg en wordt in praktijken gebruik gemaakt van digitale zorgtoepassingen. Hier zitten aanknopingspunten voor verder onderzoek dat in AW'en uitgevoerd kan worden. Ook (resultaten van) subsidierondes in andere ZonMw-programma's waarmee invulling gegeven wordt aan passende zorg (speerpunten), stimuleren van implementatieprojecten en opleiden [implementatie science practitioner fellows](#) zijn belangrijk om in dit kader te volgen.³⁰

²⁹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg>.

³⁰ In het programma Verpleging en Verzorging lopen voor de zomer van 2024 2 subsidierondes over passende zorg: 1. Innovatieve verpleegkundige en verzorgende passende zorg: goede voorbeelden, 2. Beter Laten/Beter Doen: passende zorg in de verpleging en verzorging | implementatieprojecten (incl. overkoepelend project).

3.4.4 Geen competitie maar samenwerken aan een kennisinfrastructuur

AW'en zijn niet met elkaar in competitie. Voor de ontwikkeling van een kennisinfrastructuur voor de huisartsenzorg in Nederland moeten alle AW'en in deze fase aan hun doorontwikkeling kunnen werken, ongeacht hun uitgangssituatie. Gelijke verdeling van de infrastructurele middelen is op dit moment een verdedigbare keuze, omdat geen inzicht is in wat er per AW nodig is aan investering om haar bredere kennisfunctie goed uit te kunnen (blijven) voeren, wat nodig is voor innovatie en wat om bij te dragen aan de landelijke kennisinfrastructuur via het netwerk. Het huidige programma levert deze informatie op door AW'en hiernaar te vragen. Tegelijk biedt dit inzicht in welke regio's mogelijk grotere investeringen nodig zijn dan in andere, doordat in vergelijking sprake is van een situatie met langdurig beperkte investeringen in het verleden, grotere opgaven, specifieke uitdagingen en welke partijen welk aandeel hebben in het dragen van de benodigde investeringen voor onderhoud, innovatie en bijdrage aan de landelijke kennisinfrastructuur.

3.4.5 Deelname niet verplicht

Er wordt in dit programma AWH niet gestreefd naar deelname van alle (vertegenwoordigers van) huisartspraktijken en/of andere voor een AW relevante partijen. Het programma biedt ruimte voor maatwerk per AW. Samenstelling van AW-deelnemers zal in de basis gelijk zijn, maar naar verwachting per AW verschillen vanwege eerder genoemde couleur locale en verschil in regionale uitdagingen. Daarnaast zijn samenwerkingen voor een deel ook dynamisch, omdat onderwerpen/thema's waar aan gewerkt wordt, verschillen en er dus in verschillende fases verschillende expertises nodig zijn. Voor bestendiging van de kennisinfrastructuur is formaliseren van samenwerkingsverbanden die behoren tot de basis van de AW noodzakelijk. In het landelijke netwerk kan geleerd worden van ervaringen over het aantrekken van de praktijk(vertegenwoordigers) en benodigde partners in constructieve formele en informele samenwerkingen, als ook het zichtbaar zijn voor hen. Om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de netwerken en deze te kunnen relateren aan hun bijdrage aan de kennisinfrastructuur ontwikkeling is een netwerkanalyse een belangrijk instrument. Dit is voor het programma AWH en de AW'en van belang. Ontwikkeling van deze en andere instrumenten moet gestimuleerd kunnen worden. Hiervoor is ruimte in programmalijn 2.

3.4.6 Verschillen in fase en fasering van doorontwikkeling

Eerder is al voorbij gekomen dat naast overeenkomsten tussen de AW'en sprake is van grote regionale verschillen. Het is de bedoeling van het programma aan te sluiten bij de fase van ontwikkeling waar de AW'en nu staan. De infrastructurele investering van het programma AWH zal vooral aan (structurele) personele inzet besteed worden, maar zullen per AW verschillend ingezet worden, afhankelijk van de behoefte.

3.4.7 Geen doorkruising van bestaande financiering

Een belangrijk kader vanuit het ministerie van VWS is dat het ZonMw-programma AWH de huidige financieringsstromen niet mag doorkruisen en de financiering een aanvullende investering moet zijn. De middelen moeten om deze reden geormerkt toegewezen worden aan een afdeling/vakgroep Huisartsgeneeskunde, waarbij heldere verantwoording afgelegd wordt over besteding om bovenstaande aan te tonen.

4 Programmalijnen

Om de doelstellingen van het programma te bereiken, heeft het programma 3 programmalijnen:

1. Academische werkplaatsen huisartsenzorg (7) en bijdrage aan hun landelijk netwerk
2. Praktijkgericht onderzoek en instrumentontwikkeling
3. Beoogde programmalijn projecten passende zorg (uitsluitend externe middelen)

Het programma richt zich qua instrumenten primair op ondersteunen/stimuleren van de individuele AW'en en secundair op het versterken van het landelijke netwerk UNH-AW. Dit gebeurt in programmalijn 1. De andere 2 programmalijnen richten zich op onderzoek en ontwikkeling dat binnen de AW'en of het netwerk (UNH-AW) uitgevoerd wordt. Het programma kent hierdoor 2 fases. De eerste fase is gericht op de inrichting van de afzonderlijke academische werkplaatsen en hun samenwerkingverband. De tweede fase is gericht op het monitoren en bijsturen van de AW'en volgens hun eigen en nog te ontwikkelen milestones, in lijn met het programmadoel. In die tweede fase is ruimte voor het gaandeweg invullen en vormgeven van subsidierondes in lijn 2 naar actualiteit en

behoefte in de AW'en op dat moment en indien daarvoor (aanvullende) middelen beschikbaar zijn. Voor beoogde programmalijn 3 bepaalt de programmaopdracht Passende Zorg de eventuele inrichting.

4.1 Academische werkplaatsen huisartsenzorg (7)

In deze programmalijn wordt gewerkt aan de duurzame versterking van de kennisinfrastructuur voor de huisartsenzorg met academische werkplaatsen huisartsenzorg. Dit wordt onder andere merkbaar en/of meetbaar door de volgende aspecten zichtbaar te maken: ontwikkeling van het netwerk van een AW, een toenemende wisselwerking tussen praktijk en academie en een impactvolle bijdrage van de AW'en aan hun landelijke netwerk en de kennisinfrastructuur voor de huisartsenzorg. De AW'en worden gevraagd zelf hun doorontwikkeling logisch te faseren met daarbij behorende milestones, waarop vanuit het programma gestuurd kan worden. De middelen uit deze lijn omvatten de infrastructurele investering. Ze zullen vooral ingezet worden voor de personele uitbreiding/invulling van het netwerk aan de kant van de academie om in wisselwerking met de praktijk in de 5 functies van een kennisinfrastructuur te voorzien. Te denken valt aan inzet op: coördinatie, beleid, onderzoek (postdoc), implementatie- en communicatiedeskundigheid, uitvoering, databasemanagement, data-analisten, secretariële ondersteuning, ICT-medewerkers en websitebouw en onderhoud. Daarnaast kan ook inzet van middelen nodig zijn voor investering in de data-infrastructuur (zie 2.1.3).

In deze programmalijn wordt ook gewerkt aan het versterken van de onderlinge samenwerking tussen de 7 academische werkplaatsen in een landelijk netwerk via UNH-AW. Hiervoor wordt ongeveer 10% van de middelen uit elke AW gealloceerd. De 7 werkplaatsen zijn in principe complementair aan elkaar: iedere werkplaats heeft eigen expertise- en deskundigheidsgebieden, maar deze zijn niet exclusief aan 1 werkplaats voorbehouden. Bij overlap is onderling samenwerken en leren van elkaar de norm, naast de landelijke samenwerking.

Academische Werkplaatsen als instrument

Om ervoor te zorgen dat vernieuwing in de huisartsenzorg ook tot betere kwaliteit leidt, is het nodig dat kennis over de huisartsenzorg wordt ontwikkeld, verspreid en gebruikt. In een academische werkplaats wordt vanuit de wisselwerking met 'de praktijk' samengewerkt aan een kennisinfrastructuur. Deze kent 5 functies, die onderling verweven zijn, als 'motor' van de werkplaats opgevat moeten worden:

1. vraagarticulatie
2. kenniscreatie
3. kennisorganisatie
4. kennisdeling
5. kennisbenutting

De 5 kennisfuncties staan in verbinding. Het programma AWH zet in op het versterken van deze functies en wat er nodig is om de functies beter af te stemmen, vooral door middel van infrastructurele financiering voor de AW'en. Hierdoor kan (op structurele basis) personeel aangesteld worden dat met de praktijk samenwerkt aan het vergroten van het lerend vermogen van de huisartsenzorg, verbetering van de kwaliteit van zorg en van leren en opleiden in de huisartsgeneeskunde door een betere verbinding met onderzoek.³¹ In de AW'en worden in samenwerking met het landelijke netwerk de 5 functies ondersteund.

Onderzoek

Onderzoek in de AW'en is praktijkgeïnitieerd. De praktijk stuurt en/of beïnvloedt de onderwerpen waaraan in de academische werkplaats gewerkt wordt. AW'en verbinden praktijkvragen systematisch met onderzoek en vice versa. Ze ondersteunen de praktijk door de inbreng van academische expertise voor bijvoorbeeld onderzoek dat vanuit de praktijk geïnitieerd wordt (onderzoeksvraag formuleren, monitoren en evalueren), leveren praktijkgerichte kennis uit onderzoek en onderzoekers kunnen de praktijk een spiegel voorhouden, op basis van (nieuwe) evidence en/of spiegeldata uit de praktijk. De wederkerigheid die ontstaat in de uitwisseling is van grote meerwaarde en deze werkt het beste als er onderling vertrouwen is. Vertrouwen groeit door samen te werken en elkaar daardoor beter te leren kennen. De specifieke aandacht daarvoor in het programma AWH biedt kansen voor

³¹ Hieronder valt ook onderzoek naar onderwijs, leren en opleiden.

vernieuwing en groei in reeds bestaande netwerken. De wisselwerking tussen praktijk en academie beoogt op de langere termijn ook te leiden tot aanscherping of aanvulling van thema's en prioriteiten waar de academie zich op richt. Dit is afhankelijk van de ontwikkeling van het netwerk en hoe het om haar rol als innovatiemotor voor de regio vormgeeft.

In het programma AWH is geen financiering beschikbaar voor (langer-cyclische) kennisontwikkeling die aanmerking komt voor financiering in andere ZonMw-programma's, zoals het KPHAG. Kort(er)-cyclisch onderzoek kan in programmalijn 2 in aanmerking komen voor (co-) financiering.

Kennisorganisatie, -deling en -benutting in de AW'en

Een risico is dat de opgedane kennis té lokaal/regionaal wordt gehouden als niet direct nagedacht wordt of lokale behoefte ook breder bestaat en hoe de kennis daarover dan wordt verspreid. De kennis die vanuit de academische werkplaatsen huisartsenzorg wordt opgeleverd, dient beschikbaar en bruikbaar te zijn voor de huisartsenzorg in Nederland. Hier ligt een belangrijke rol voor het UNH-AW. De academische werkplaatsen hebben zowel individueel, als via hun netwerk een actieve rol in het beschikbaar en bruikbaar maken én het onder de aandacht brengen van resultaten van onderzoek naar de praktijk, leren en opleiden van de binnen de huisartsenzorg werkzame en in opleiding zijnde professionals en waar van toepassing het (lokale) beleid. In een goede samenwerking met praktijkvertegenwoordigers, zoals de RHO's, maar mogelijk ook andere partijen in de AW, werkt men samen aan onder andere:

- hoe in de AW optimaal invulling gegeven kan worden aan de verschillende rollen en verantwoordelijkheden bij adoptie van verbeteringen in de praktijk
- het verkrijgen van gedeelde inzichten over implementatiecondities van resultaten uit de AW'en
- wat in de AW randvoorwaarden zijn voor het faciliteren van kort-cyclisch, evidence-informed verbeteren en innoveren, terwijl het primaire proces onder druk staat

Voor leren en opleiden betekent dit bijdragen aan ontwikkelingen, zoals samen onderzoeken, samen leren, samen ontwikkelen en samen professionaliseren. De onderzoeksagenda van de huisartsopleiding biedt hiervoor duidelijke aanknopingspunten.

4.2 Praktijkgericht onderzoek en instrumentontwikkeling

Voor het doen van onderzoek of het verrichten van implementatie-activiteiten hebben de werkplaatsen de mogelijkheid om aanvullende subsidie aan te vragen bij relevante (ZonMw-)subsidieprogramma's. De [Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde](#) (NOH) dient in de huidige opzet voornamelijk als basis voor lang-cyclisch onderzoek. Mogelijk is in de actualisatie aandacht voor het onderscheid tussen kort- en lang-cyclisch onderzoek en kennisbehoefte op niet-medisch inhoudelijk onderwerpen.

Aanvraagprocedures voor financiering in programma's met een meer lang-cyclische focus hebben vaak een te lange doorlooptijd voor het ritme in de praktijk. In deze programmalijn zijn daarom middelen beschikbaar voor (co-)financiering van praktijkgeïnitieerde projecten en instrumentontwikkeling vanuit het UNH-AW voor alle academische werkplaatsen en netwerkontwikkeling in en tussen academische werkplaatsen. Zie verder 7.3.2 subsidie programmalijn 2.

4.3 Beoogde programmalijn projecten passende zorg (externe middelen)

Om te komen tot passende zorg is het nodig dat iedereen (overheid, burgers en organisaties) diens rol op de juiste manier vervult. Dit kan bij uitstek de juiste invulling krijgen binnen netwerken en samenwerkingsverbanden die in academische werkplaatsen bestaan. Op dit moment is nog niet duidelijk of en met welke aanvullende thema's of prioritering er middelen voor onderzoek naar Passende zorg beschikbaar zouden kunnen komen.

5 Samenwerking en afstemming met ZonMw-programma's

5.1 Kennisinfrastructuur programma's

In de voorbereiding en uitvoering van het programma is aandacht voor het leggen van verbinding tussen de (ZonMw-)programma's die zich richten op een vergelijkbaar doel of doelgroepen uit de huisartsenzorg. In het bijzonder de programma's voor: academische werkplaatsen voor ouderenzorg (KAWO), mensen met verstandelijke beperkingen (AWVB) en het in voorbereiding zijnde programma

academische werkplaatsen wijkverpleging. Binnen ZonMw zijn verschillende overlegstructuren voor afstemming en onderling leren. Voor de programma's die gericht zijn op academische werkplaatsen, consortia en kennisnetwerken is er een werkgroep Kennisinfrastuctuur die periodiek bij elkaar komt om kennis uit te wisselen en van elkaar te leren.

5.2 ZonMw-programma's gericht op academisering in de huisartsgeneeskunde

In 1.3.2 zijn de ZonMw-programma's gericht op ondersteuning van academisering in de Huisartsgeneeskunde beschreven: het door de SBOH gefinancierde programma Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde (HGOG), waarvoor een vervolgprogramma in voorbereiding is; Academische Bruggenbouwers, het Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde (KPHAG) en het programma Kwaliteitsgelden. Deze programma's vallen onder het thema Kwaliteit van Zorg waarin collega's structurele, periodieke overleggen hebben om met elkaar uit te wisselen over programmavoortgang en raakvlakken daarin.

5.3 ZonMw-programma's over eerstelijnszorg en regionalisering

Het programma AWH heeft inhoudelijke raakvlakken met andere ZonMw-programma's die zich richten op eerstelijnszorg en de transformatie van de zorg en programma's waarin doelgroepen of thema's uit de huisartsenzorg centraal staan. Vanaf de voorbereiding van het programma wordt afstemming gezocht met deze programma's om overlap te voorkomen en te verkennen waar kansen liggen voor samenwerking om een goede onderlinge verbinding te realiseren. Hierdoor versterken we de impact op overkoepelende thema's waarvoor onze programma's bedoeld zijn. Binnen ZonMw gaat het specifiek om programma's die de eerstelijnszorg en regionalisering ondersteunen en versterking stimuleren. Deze zijn grotendeels genoemd in 2.4 en 2.5:

- *Versterking organisatie van de eerstelijnszorg*
Gericht op regio's voorbereiden, ondersteunen en voorzien van regionale uitvoeringskracht bij het vertalen van de landelijke Visie eerstelijnszorg 2030 en het plan van aanpak.
- *Ondersteuning regionale samenwerking*
Dit programma is gericht op de ondersteuning van regionale samenwerking in het kader van het IZA. Activiteiten zijn onder andere het opstellen van regiobeelden en regioplannen, het inrichten van een regionale governancestructuur met aandacht voor organisatie, implementatie en transformatie en monitoren en leren, het ondersteunen van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) bij het transformeren richting passende zorg en het versterken van burgerbetrokkenheid.
- *Stimuleringsprogramma voor regionale verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's)*
In dit programma kunnen alle VSV's stappen zetten in (verdere) implementatie van het basiskader en daarmee verder professionaliseren.
- *Actieprogramma Grip op onbegrip*
In dit programma worden lokale initiatieven ontwikkeld en de regionale infrastructuur voor netwerkzorg en ondersteuning voor mensen met onbegrepen gedrag versterkt. Samenwerking met het veiligheidsdomein, zorgdomein en sociaal domein staat centraal.

5.4 Overige ZonMw-programma's met raakvlakken met het programma AWH

- Thema Kwaliteit van Zorg
 - Actieonderzoek Innovatieve zorg: onder andere het beter leren aanpakken van actuele, complexe vraagstukken in de organisatie van zorg (sociale innovatie).
 - Paramedische zorg, Verpleging en Verzorging en Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde: onder andere MDR-projecten over samenwerkingsverbanden tussen huisartsen, verpleegkundigen en paramedici, de meerwaarde van de multidisciplinaire samenwerking te onderzoeken en onderbouwen, en het proces van samenwerken te beschrijven, evalueren en verbeteren.
 - Palliatie: onder andere transmurale samenwerkingsverbanden voor proactieve zorgplanning, lokale samenwerkingsverbanden tussen (palliatieve) zorg en sociaal domein.
- Thema Ouderen
 - Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP): domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden in de regio en ook het verstevigen en borgen van burger- en patiëntparticipatie in deze samenwerkingsverbanden.
 - Beter Thuis 2: gericht op (kwaliteits)ontwikkeling van de 'kortdurende herstelgerichte zorg'. Dit is de zorg die geleverd wordt aan kwetsbare patiëntengroepen. Het gaat om

- geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen (gzsp) eerstelijnsverblijf (elv) en geriatrische revalidatiezorg (grz). In het programma is aandacht voor de verbinding met respijt- en logeerszorg (Wmo), de acute zorg, acute wijkverpleging en medisch-specialistische zorg.
- Langdurige zorg en Ondersteuning (LZOII): onder andere lokale netwerken samenhangende ouderenzorg.
 - Reablement: dit programma is gericht op thuiswonende ouderen en hun naasten in de regio's, die zich aanmelden voor zorg en/of ondersteuning of die al zorg en/of ondersteuning ontvangen en professionals zoals (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden, huishoudelijke hulp, ergotherapeuten en/of fysiotherapeuten. Het gaat om het ophalen, bundelen, ontwikkelen en delen van kennis en ervaringen over reablement.
 - Versterking aanbod dagactiviteiten voor thuiswonende mensen met dementie: beoogt gemeenten te faciliteren in het ontwikkelen van een toegankelijk en toekomstbestendig aanbod aan dagactiviteiten dat aansluit bij de behoeften van thuiswonende mensen met dementie.
 - Social Trials: samenwerkingsverbanden op niveau gemeente (pilots): een sociale benadering dementie team binnen een gemeente vormt de infrastructuur voor ondersteuning voor mensen met dementie en hun naasten gedurende de gehele ziekte en met focus op de thuissituatie.
 - Eenzaamheid: met subsidies startende en bestaande lokale initiatieven (extra) ondersteunen bij het doorbreken, terugdringen en voorkomen van eenzaamheid onder ouderen.
 - Thema Preventie
 - Preventie: onder andere versterken preventie-infrastructuur (werkt ook met regiobeelden).
 - Zwangerschap en Geboorte: onder andere het versterken van de verloskundige samenwerkingsverbanden.
 - Deelprogramma Gezonde wijk:
 - Wonen en leven in een gezonde wijk en omgeving
 - Aan de slag met preventie in uw gemeente
 - Maak ruimte voor gezondheid
 - Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

6 Communicatie en implementatie

6.1 Impact

ZonMw wil impact realiseren met het programma AWH. In de visie die ZonMw op impact heeft, staat kennistoepassing centraal. Het gaat daarbij om het gebruik van kennis in praktijk, beleid, onderwijs en/of verder onderzoek. Vier elementen vormen een belangrijke route naar het gebruik van kennis:

- samenwerking met relevante stakeholders
- oplevering van bruikbare kennisproducten
- gerichte verspreidings- en implementatieactiviteiten
- cofinanciering

In dit programma wordt gestuurd op deze 4 elementen waardoor kennis optimaal wordt benut en de impact van het programma vergroot wordt. Samenwerking met stakeholders geldt zowel op programma- als op werkplaatsniveau. Op programmaniveau worden de relevante stakeholders betrokken bij de nadere invulling van het programma; op werkplaatsniveau is samenwerking met relevante stakeholders, waaronder betrokkenheid van de praktijk en onderwijs, een belangrijk criterium. Voor de oplevering van bruikbare kennisproducten is in het programma ruim aandacht.

6.2 Communicatie- en implementatieactiviteiten

Het in de huisartsenpraktijk toepassen en borgen van ontwikkelde kennis is een belangrijk aandachtspunt. Iedere academische werkplaats huisartsenzorg heeft een eigen structuur waarin kennisuitwisseling en implementatie een prominente plek heeft. Er zijn contacten tussen de academische werkplaatsen huisartsenzorg onderling en zij wisselen gezamenlijk kennis uit in het UNH-R. Daarom kijken we samen met de academische werkplaatsen huisartsenzorg en andere relevante stakeholders welke ondersteuning hierin nodig en gewenst is en hoe we die vorm gaan geven. Er ligt dus een sterke nadruk op netwerken en verbinden.

6.2.1 Bijeenkomsten

Om de kennisuitwisseling en implementatie van (tussentijdse) resultaten - en daarmee de impact van het programma - te vergroten, is het regelmatig organiseren van uitwisselingsbijeenkomsten tijdens de looptijd van het programma een belangrijk aandachtspunt. Per academische werkplaats huisartsenzorg zijn er verschillende structuren waarin kennisuitwisseling en implementatie een prominente plek heeft. Samen met de academische werkplaatsen huisartsenzorg en relevante stakeholders kijken we wat er aanvullend nodig en gewenst is en hoe dit het beste georganiseerd kan worden. Uiteraard kijken we daarbij ook naar overstijgende onderwerpen waar andere AW'en en stakeholders mee bezig zijn om van elkaar te leren en overlap te benutten.

6.2.2 Verspreidings- en implementatieactiviteiten

De focus vanuit het programma AWH ligt op het ondersteunen van (blijven) toepassen en borgen van ontwikkelde kennis in de kennisinfrastructuur.

Bredere implementatie

Bredere implementatie van onderzoeksresultaten en het daadwerkelijk toepassen van nieuwe kennis door anders te handelen is een grote uitdaging. De praktijk moet het anders gaan doen, maar hoe krijg je zorgprofessionals in de juiste stand? En in hoeverre voelen professionals zich verbonden met bijvoorbeeld een netwerk/structuur, waarin nieuwe kennis ontwikkeld wordt, maar vervolgens ook door gevraagd wordt iets anders te doen, of iets niet meer doen? Het uitstorten van kennis over anderen, wat nu nog regelmatig gebeurt, wekt weerstand op en daarmee veranderbereidheid tegen. Het is belangrijk dat de praktijk zich mede-eigenaar voelt van problemen én oplossingen en dat toekomstbestendige huisartsenzorg een heldere, gezamenlijke ambitie is waar je met elkaar aan wil werken. Daarvoor is onder andere nog meer aandacht voor co-creatie nodig, maar ook meer contact met hun koepels op landelijk niveau.

Juiste boodschap via juiste kanalen

Elke AW wordt gemonitord op gerichte verspreidings- en implementatieactiviteiten van resultaten. Het programma AWH zet in op het zoveel mogelijk gebundeld onder de aandacht brengen van resultaten bij doelgroepen. Bij het bundelen van kennis en informatie worden waar nodig of relevant ook resultaten uit andere ZonMw-programma's en/of van externe partners betrokken. Daarbij benutten we in het bijzonder ook de communicatiekanalen van relevante doelgroepen en stakeholders. Denk bijvoorbeeld aan analoge en digitale communicatie via congressen, bijeenkomsten, magazines, nieuwsbrieven, sociale media en websites waaronder verschillende digitale vindplekken (zoals thuisarts.nl). We stemmen de boodschap en afzender af op de verschillende doelgroepen, vindplaatsen en vakmedia (juiste boodschap via juiste kanalen). Verder maken we gebruik van elkaars contacten, kanalen en netwerken en denken we na over logische vindplaatsen.

Adresseren van belangrijke vraagstukken

Daarnaast kijken we natuurlijk ook naar het adresseren van belangrijke vraagstukken. Met communicatie kunnen we bijdragen aan bewustwording over relevante onderwerpen. Bijvoorbeeld over het belang van monitoring en evaluatie van praktijkprojecten in de regio, zodat je resultaten ook wetenschappelijk kunt onderbouwen (reproduceerbaarheid) en delen (overdraagbaarheid). Haalbaarheid en schaalbaarheid zijn erg belangrijk. Daarom vragen goede (project)ideeën om interne toetsing vooraf: dat is al de helft van een goede samenwerking en daarmee bescherm je projecten ook tegen falen. Die boodschap goed communiceren is heel belangrijk. We stemmen met de academische werkplaatsen huisartsenzorg af hoe we hen kunnen ondersteunen in consistente communicatie hierover om professionals in de juiste stand te krijgen. Maar ook de profilering van academische werkplaatsen huisartsenzorg kan een belangrijk onderwerp van bewustwording zijn: waarvoor kan de praktijk bij hen terecht voor ondersteuning et cetera?

Een ander voorbeeld is de bewustwording van de noodzaak van samenwerking en participatie: zorg lever je niet alleen. Om dit duidelijk te maken, kun je bijvoorbeeld de patiënt (patiëntenparticipatie) inzetten als instrument/vliegwiel om dit duidelijk te maken (inzichtelijk maken met hoeveel en welke professionals de patiënt contact heeft). Samenwerken vraagt echter ook om een andere mindset en aanvullende competenties in communicatie (zoals dezelfde taal spreken). Bewustwording daarvan is een eerste stap. Daar zou je bijvoorbeeld ook in de opleiding aandacht aan kunnen besteden.

7 Management en organisatie

7.1 Inbedding

7.1.1 Opdrachtgever: het ministerie van VWS

Het ministerie van VWS is de opdrachtgever van het programma AWH. Zij belegt de beoordeling, monitoring en evaluatie bij ZonMw. ZonMw brengt het ministerie van VWS periodiek op de hoogte over de voortgang van het programma AWH (zie 7.4.1).

7.1.2 ZonMw-bestuur

Het ZonMw-bestuur is het hoogste orgaan binnen ZonMw. Het draagt de bestuurlijke en bestuursrechtelijke eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering en coördinatie van het programma AWH en legt periodiek verantwoording af aan het ministerie van VWS. Dit gebeurt met inachtneming van de uitgangspunten, zoals geformuleerd in de opdrachtbrief van het ministerie.

7.1.3 Programmacommissie

Voor de uitvoering van het programma AWH stelt het bestuur van ZonMw een onafhankelijke programmacommissie in. Deze commissie wordt voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter, die op persoonlijke titel wordt benoemd. De programmacommissieleden brengen gezamenlijk expertise in op infrastructureel-, bestuurlijk-, onderzoeks- en implementatievlak. Daarnaast wordt er in de commissie ook gezorgd voor expertise op het gebied van onderwijs, leren en opleiden en van het patiëntperspectief. De leden functioneren op persoonlijke titel. Bij de samenstelling wordt rekening gehouden met de [Code omgang met persoonlijke belangen van ZonMw en NWO](#). Indien aanvullende of andere expertise nodig wordt geacht, zal deze worden geconsulteerd (zie 7.1.2), of toegevoegd aan de programmacommissie. De programmacommissie geeft een eindoordeel over de subsidieaanvragen in de eerste fase van het programma en adviseert het ZonMw-bestuur over de subsidietoekenning. De subsidieoproepen vormen de basis voor deze beoordeling. Ze beoordeelt in lijn met de subsidieaanvragen ook de afronding van de vastgestelde fases aan de hand van milestones. Hier wordt een go-/no-go moment aan gekoppeld (zie 7.3.2).

Een waarnemer van het ministerie van VWS neemt zitting in de programmacommissie en wordt uitgenodigd voor de vergaderingen van de programmacommissie, maar heeft geen stemrecht (zie bestuursreglement ZonMw 2019).

ZonMw ondersteunt de programmacommissie door zorg te dragen voor de coördinatie en uitvoering van werkzaamheden. Het programma AWH is ondergebracht in het cluster Kwaliteit van Zorg dat geleid wordt door een clusterhoofd. De werkzaamheden zijn belegd bij het programmateam (programmamanager, -secretaris, communicatie- en implementatieadviseur, communicatiemedewerker en clustersecretariaat).

7.2 Voorwaarden en procedure

Subsidieaanvragen in het programma AWH vallen onder de [algemene subsidiebepalingen van ZonMw](#). Met betrekking tot het verstrekken van subsidies dienen subsidieaanvragen in overeenstemming te zijn met de specifieke criteria zoals hieronder beschreven:

- Met inachtneming van de [ZonMw-subsidiebepalingen omtrent samenwerking](#) met commerciële partijen is cofinanciering van en deelname aan AW'en door (private) partijen toegestaan.
- In de AW'en wordt aandacht gevraagd voor inclusie & diversiteit, patiënten- en burgerparticipatie.
- Gegevens uit projecten dienen – conform de FAIR-principes – ‘findable, accessible, Interoperable en reusable’ te zijn. Meer hierover is te vinden op de webpagina over fair data en datamanagement.
- ZonMw verplicht projectleiders om alle wetenschappelijke publicaties die voortkomen uit wetenschappelijk onderzoek dat geheel of gedeeltelijk door ZonMw gesubsidieerd is [Open Access beschikbaar te stellen](#).

Procedure

ZonMw kent een op de subsidiebepalingen gebaseerde procedure voor de beoordeling en indiening van subsidieaanvragen die in principe voor alle ZonMw-programma's geldt (zie [ZonMw-procedure](#)). In

principe worden subsidieaanvragen in het programma AWH beoordeeld volgens deze procedure. Subsidieaanvragen worden beoordeeld met de van toepassing zijnde ZonMw-relevantie- en kwaliteitscriteria, aangevuld met programmaspecifieke criteria. Programmaspecifieke criteria worden bij het bekend maken van een subsidieronde beschreven. Als een ingediende subsidieaanvraag voldoet aan de relevantiecriteria wordt vervolgens de kwaliteit van de subsidieaanvraag beoordeeld; daarbij hebben onafhankelijke referenten een rol. In specifieke gevallen kan ervoor gekozen worden om een verkorte of afwijkende procedure te volgen, zonder daarbij concessies te doen aan de gestelde eisen voor zorgvuldigheid. Indien de rol van referenten anders wordt ingevuld, dan wordt dit duidelijk onderbouwd en aangegeven in de betreffende subsidieoproep.

In programmalijn 1 zijn subsidieaanvragen niet met elkaar in competitie. Bij subsidierondes waarbij subsidieaanvragen wel in competitie met elkaar zijn, weegt bij de prioriteitsstelling van subsidieaanvragen over het algemeen relevantie zwaarder dan kwaliteit, met de voorwaarde dat de relevantie van een subsidieaanvraag altijd tenminste 'relevant' en de kwaliteit tenminste 'voldoende' moet zijn om voor honorering in aanmerking te komen.

7.3 Subsidievormen en werkwijze

Per programmalijn kijken we wat de meest passende subsidievorm is. Hierbij houden wij rekening met de flexibiliteit die vereist is voor leren in en met praktijk. De werkwijze voor beoogde programmalijn 3 is nog niet bekend. Als hier middelen beschikbaar komen, zal de werkwijze in de subsidieoproep(en) toegelicht worden.

7.3.1 Subsidie aanvragen programmalijn 1

Om administratieve lasten te beperken en focus te leggen op het stimuleren van de lange(re) termijn ontwikkeling van de kennisinfrastructuur verdient het de voorkeur om te werken met een eenmalige subsidieaanvraag voor de gehele periode per academische werkplaats en de onderlinge samenwerking, in 2 parallel lopende subsidierondes. Er moet een duidelijke koppeling tussen de afzonderlijke subsidieaanvragen (7) en de gezamenlijk subsidieaanvraag bestaan. De relatie tussen de subsidieaanvragen in beide subsidierondes is te zien als individuele plannen met een gezamenlijk samenwerkingsplan waarvoor ook in de individuele subsidieaanvragen formeel commitment wordt gegeven.

Afzonderlijke AW'en

De subsidieaanvragen zijn logisch en haalbaar gefaseerd, waarbij elke fase concrete doelen en resultaten beschrijft in de vorm van milestones en een budget dat daarmee in lijn is. De subsidie wordt beschikbaar gesteld om 7 AW'en in te richten/door te ontwikkelen met als doel:

1. De kennisinfrastructuur, kennisontwikkeling en kennisbenutting voor de huisartsenzorg te versterken door bij te dragen aan de optimale samenwerking tussen praktijk, onderwijs, opleiden, onderzoek en beleid.
2. Benutting van wetenschappelijke kennis in de praktijk en kennis uit de praktijk in de academie te optimaliseren.
3. Bij te dragen vanuit afzonderlijke werkplaatsen aan versterking van de nationale kennisinfrastructuur voor de huisartsenzorg.

Samenwerking tussen de AW'en

De samenwerkingssubsidieaanvraag beschrijft waar men in het landelijke netwerk aan wil werken, hoe de relatie tussen de AW'en en het samenwerkingsverband dit bevordert en hoe deze relatie zich daarvoor dient te ontwikkelen. In subsidieaanvragen van de afzonderlijke AW'en wordt de bijdrage van elke AW aan de gezamenlijk vastgestelde netwerkvisie, -doelstellingen en -aanpak voor de landelijke kennisinfrastructuur vastgelegd. Voor de landelijke samenwerking wordt ongeveer 10% van de middelen uit elke AW'en gealloceerd. Hiermee kunnen bijvoorbeeld ook instrumenten ontwikkeld worden, of gezamenlijke projecten uitgevoerd worden. Denk aan een netwerkanalyse die inzicht geeft in de bij het netwerk betrokken partijen op een bepaald moment en in de ontwikkeling van de netwerken. Dit kan helpen om tijdig gericht andere stakeholders en partijen te betrekken om specifieke projecten of thema's uit te werken.

In de samenwerkingssubsidieaanvraag wordt in ieder geval ingegaan op de volgende punten:

- De meerwaarde van het feit dat er niet 1 maar 7 AW'en zijn voor de huisartsenzorg in **Nederland**.

- Welke meerwaarde en impact wordt gerealiseerd voor de huisartsenzorg **in Nederland**.
- Hoe wordt die meerwaarde voor de huisartsenzorg **in Nederland** gerealiseerd en de impact ervan vergroot?
- Hoe en wanneer evalueert het samenwerkingsverband haar werkwijze? Dragen keuzes en strategieën om de meerwaarde voor de huisartsenzorg **in Nederland** te realiseren en de impact van het geheel te vergroten optimaal bij?
 - Indien ja/indien nee: Hoe en wanneer wordt bijgestuurd in het samenwerkingsverband?

Werkwijze: van subsidieaanvraag tot subsidie

- 2 subsidieoproepen worden top-down uitgezet. 1 voor de stimulering van de doorontwikkeling van 7 AW'en en 1 voor hun samenwerkingsverband. Uitsluitend AW'en verbonden aan een Nederlandse afdeling/vakgroep HAG kunnen aanspraak maken op deelname aan het AWH-programma en het samenwerkingsverband.
- Voor iedere afzonderlijke subsidieaanvraag voor de doorontwikkeling van een AW is 1 afdeling/vakgroep HAG de hoofdaanvrager en is daarmee de financieel en inhoudelijk verantwoordelijke organisatie. Voor de samenwerkingsverband subsidieaanvraag kiest het UNH een verantwoordelijke organisatie die de subsidieaanvraag indient.
- De AW'en dienen elk 1 subsidieaanvraag in die een programmaplan bevat voor de gehele looptijd van het programma AWH. Het eerste jaar is daarin het meest concreet uitgewerkt. De jaren daarna zijn, gezien dat het een ontwikkeling betreft logischerwijs meer op hoofdlijnen uitgewerkt.
- In de subsidieaanvragen is een heldere fasering beschreven voor de gehele duur, waarbij elke fase concrete doelen en milestones heeft en een budget dat daarmee in lijn is. De fasering is zodanig dat de ZonMw-programmacommissie hieraan voortgangsrapportages, go-/no-go momenten en site-visits kan koppelen.
- Voor zowel de individuele subsidieaanvragen, als de samenwerkingsaanvraag worden het Program Canvas en het Doelen-Inspanningen-Netwerk (DIN) ingezet als overzichtelijke samenvatting.
- Een bevoorschotting op maat en in overleg met de academische werkplaatsen sluit aan bij de aard van het stimuleringsprogramma.
- Bij toekenning van de subsidieaanvragen is een geüpdatete liquiditeit beschikbaar voor de opdrachtgever met een meer realistische financiële planning naar aanleiding van de bevoorschotting op maat.
- Na controle door ZonMw beoordelen externe experts (referenten) in welke mate de subsidieaanvragen voldoen aan de kwaliteitscriteria uit de subsidieoproep.
- De subsidieaanvragers krijgen vervolgens de gelegenheid tot het geven van een schriftelijke reactie (wederhoor) op de kwaliteitsbeoordelingen van de referenten.
- De beoordelingscommissie geeft een eindoordeel over de kwaliteit en relevantie van elke subsidieaanvraag, op basis van de subsidieaanvraag, het referentenoordeel en het wederhoor. Een interviewvergadering, waarin de commissie met subsidieaanvragers in gesprek gaat over de subsidieaanvraag, behoort tot de mogelijkheden.
- De beoordelingscommissie adviseert het ZonMw-bestuur over al dan niet honoreren van de subsidieaanvragen waarna het ZonMw-bestuur een besluit neemt.

7.3.2 Subsidie aanvragen programmalijn 2

Deze stimuleringsinstrumenten worden ingezet voor de (co-)financiering van bijvoorbeeld praktijkprojecten die zonder deze financiering niet van de grond komen, terwijl de praktijk hier wel het belang van aangeeft. Het kan ook gaan om de ontwikkeling van monitorinstrumentarium voor het volgen van de ontwikkeling en opbrengsten van de versterking van de AW en hun netwerken en/of het faciliteren van de opstart van een nieuwe samenwerking met relevante partijen waarvoor vacatiegelden nodig zijn.

7.4 Voortgang monitoren en evaluatie

7.4.1 Voortgang programma monitoren

Het ministerie van VWS blijft op de hoogte van de voortgang conform de werkafspraken tussen het ministerie van VWS, NWO en ZonMw.

7.4.2 Voortgang doorontwikkeling academische werkplaatsen

De academische werkplaatsen worden in de basis gevolgd conform de ZonMw-systematiek met behulp van voortgangs- en eindrapportages. De academische werkplaatsen leveren periodiek een schriftelijke voortgangsrapportage(s) waarin wordt terug- en vooruitgeblikt. Halfjaarlijks is sprake van een beknopte bestedingsmonitoring waarin planning en realisatie naast elkaar worden gezet en tussentijdse bijsturingsacties worden gepresenteerd en ingezet, mocht dat nodig blijken.

De academische werkplaatsen zijn aanspreekbaar op het bereiken van door hen zelf bepaalde milestones om de voortgang van hun doorontwikkeling en de impact daarvan duidelijk te maken voor de diverse stakeholders in hun netwerk en in het zorgsysteem. Aan de oplevering van deze milestones zijn go/no-go momenten gekoppeld waarover in (periodieke) site-visits door de programmacommissie besloten wordt. Dit biedt de mogelijkheid om te volgen of de doorontwikkeling van de academische werkplaats op schema ligt en/of eventueel moet worden aangepast of bijgestuurd, wat de concretere plannen zijn voor volgende fases, aansluitend bij het inspelen op wat nodig is in de ontwikkeling. Basis voor de site-visit is de voortgangsrapportage. Deze heeft de vorm van een korte uiteenzetting gedragen door verschillende netwerkpartners over de realisatie van de doelstellingen, de resultaten en impact van deze resultaten voor de verschillende partners per fase. Ook is kort aandacht voor de (concretere) plannen voor de volgende fase(n). Aangezien de academische werkplaats als geheel betrokken is bij de resultaten en plannen is een vertegenwoordiging van de juiste deelnemers bij de site-visit vereist. Bevoorschotting van de volgende fase vindt pas plaats als aan de bijbehorende milestones wordt voldaan.

Andere monitoringsinstrumenten zoals voortgangsgesprekken kunnen indien wenselijk of nodig worden ingezet. Tussentijds vinden bijeenkomsten plaats van het gezamenlijke netwerk om onderlinge kennismaking en kennisuitwisseling te faciliteren. Ook worden in het gezamenlijke netwerk gericht interventies gepleegd om het gezamenlijk leren te bevorderen. Vanuit onderwijs, leren en opleiding in de huisartsgeneeskunde kunnen hiervoor strategieën aangereikt worden. Pragmatische evaluatie van resultaten van de inzet van leerstrategieën op bijvoorbeeld de voortgang van gezamenlijke doelen kan hierbij behulpzaam zijn.

7.4.3 Evaluatie: tussentijdse- en eindevaluatie

De programmacommissie voert halverwege het programma een beknopte tussentijdse (zelf)evaluatie uit om inzicht te krijgen om de bijdrage van het programma aan de ontwikkeling van de academische werkplaatsen te optimaliseren. Deze evaluatie richt zich op het bijsturen van het programma door middel van een procesevaluatie en het inzichtelijk maken van de (tussentijdse) opbrengsten van het programma. De tussentijdse evaluatie biedt aanknopingspunten voor eventuele aanpassingen in de aanpak en de wijze waarop het sturingsproces eventueel (meer) efficiënt en succesvol kan worden uitgevoerd. Verdere uitwerking van de tussentijdse evaluatie van het programma vindt plaats in overleg met het ministerie van VWS.

In de eindevaluatie van het programma wordt meegenomen of in 2028 de doorontwikkeling van de academische werkplaatsen merkbaar is voor de huisartsenzorg en andere relevante partijen. De uitwerking van de gewenste merkbare resultaten vindt plaats tussen het ministerie van VWS, ZonMw en het netwerk van de academische werkplaatsen.

8 Financiële omvang en meerjarenraming

8.1 Globale planning

In de programmaplanning en liquiditeitsprognose wordt 1 subsidieoproep op uitnodiging voorbereid voor publicatie in 2024. De 7 AWH's worden uitgenodigd om een subsidieaanvraag in te dienen voor de financiering van de infrastructuur van de werkplaats. Het programma AWH wordt ondersteund door communicatie- en implementatieactiviteiten die globaal beschreven staan in hoofdstuk 6. Gezien de honorering en start eind 2024 zullen de investeringen op dit vlak vooral in de jaren erna liggen. De programmacommissie is betrokken bij de site-visits. In het programma is beperkt ruimte voor het uitzetten van opdrachten, deelname aan congressen et cetera.

8.2 Begroting

Het programma heeft een budget van in totaal € 18,9 miljoen voor 4 jaar. Dit is inclusief beheerskosten, communicatie- en implementatieactiviteiten. De subsidietoekenningen vinden in 2024 plaats. In de planning voor de liquiditeitenreeks betekent dit dat de bevoorschotting verdeeld wordt over een periode van vier jaar met voor het afronden van het project de eindafrekening van de laatste 10% van de middelen in het vijfde jaar.

Een gedetailleerde begroting met verplichtingen, liquiditeitsoverzicht en bevoorschotting is beschikbaar voor de opdrachtgever.

8.3 Staatsteun

ZonMw is gehouden aan de Europese staatssteunregeling. Hiervoor bestaan verschillende regelingen die al dan niet aan de orde kunnen zijn. ZonMw inventariseert of specifieke projectactiviteiten als economische activiteiten of niet-economische activiteiten gekwalificeerd worden. In het geval van economische activiteiten worden passende (staatssteun) maatregelen genomen. Indien een regeling inzake staatssteun van toepassing is, wordt dit vermeld in de subsidieoproep, alsmede een toelichting daarop.

A Opdrachtbrief

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Aan het bestuur van ZonMw
Postbus 93245
2509 AE Den Haag

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team B

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
Shilue, D. (Decontee)
M 0629038972

Datum
Betreft Verzoek om programmavoorstel Academische
Werkplaatsen Huisartsenzorg

Kenmerk
3690301-1053239-CZ

Kenmerk afzender

Bijlage(n)

-

Geacht bestuur,

De toegankelijkheid en de kwaliteit van de huisartsenzorg staat in toenemende mate onder druk en de urgentie om deze zorg te verbeteren is groot. Voor die verbeteringen is het ontwikkelen, verspreiden en toepassen van wetenschappelijke kennis van groot belang. De NHG en UNH hebben in een gezamenlijk brief van 9 maart 2023 aan VWS aandacht gevraagd voor het belang van bevordering van de academische huisartsenzorg. In het Integraal Zorgakkoord is opgenomen dat programma's voor onderzoek en kwaliteitsontwikkeling in de eerstelijnszorg een passend vervolg tot 2026 krijgen. Daarom verzoek ik u middels deze brief om uiterlijk 29 maart 2024 een programmavoorstel te ontwikkelen voor het programma kennisinfrastructuur academische werkplaatsen huisartsenzorg voor de periode 2024 t/m 2027.

Ik schets hieronder achtereenvolgens het doel, kaders en financiële basis van het programma kennisinfrastructuur academische werkplaatsen huisartsenzorg.

Doel:

De huisartsenzorg vervult een onmisbare rol in de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Een kennisinfrastructuur waarin onderzoek en praktijk samenkomen met een directe bijdrage aan de kwaliteit is essentieel voor een sterke en goed functionerende huisartsenzorg. De kern van het programma is de duurzame versterking van academische werkplaatsen huisartsenzorg, die de opdracht hebben om zorginhoudelijk, wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek te initiëren, te faciliteren en uit te voeren. Het programma draagt er aan bij dat wetenschappelijke kennis en innovaties hun weg vinden naar de praktijk en dat de kennis over de huisartsenzorg actueel blijft en breed wordt verspreid.

Kaders

Ik vraag u om in het voorstel voor programma kennisinfrastructuur academische werkplaatsen huisartsenzorg, rekening te houden met de volgende kaders;

- Ik vraag u bij de totstandkoming en uitvoering van het programma om in ieder geval het UNH, het NHG en koepelorganisaties van relevante beroepsgroepen en opleidingsinstituten in de huisartsenzorg te betrekken, zoals LHV, Huisartsenopleiding Nederland en de SBOH. Ook vraag ik u om Ineen te betrekken voor verbinding met de eerstelijnsorganisaties.

*Correspondentie
uitsluitend richten aan
het retouradres met
vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

- Daarnaast verzoek ik u een verkenning uit te voeren naar de te betrekken veldpartijen en (wetenschappelijke) verenigingen van de verschillende beroepsgroepen in de huisartsenzorg.
- Ik vraag u om bij het opstellen van het programma een verkenning te doen naar de actuele kennisagenda's van de beroepsgroepen. Ik acht het van belang dat de onderzoeksprojecten uitgevoerd door de academische werkplaatsen huisartsenzorg aansluiten bij de kennislacunes volgens het NHG. De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsengeneeskunde Zorg (NOHZ) die in 2018 door het NHG is opgesteld, en mogelijk binnen het KPHAG programma wordt geactualiseerd, kan als basis dienen.
- Ook vraag ik u om samen met Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland te kijken hoe respectievelijk patiënteninbreng en perspectief vanuit zorgverzekeraars vormgegeven kan worden. Deze punten acht ik essentieel voor het creëren van draagvlak en succesvolle uitvoering van het programma.
- Het programma is een extra investering om een kennisinfrastructuur academische werkplaatsen huisartsenzorg op te zetten, dit t.b.v. het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, samen met de zorgpraktijk en onderwijs. Het programma mag reguliere financiering vanuit de academische ziekenhuizen en/of andere financieringsstromen niet doorkruizen/ overnemen. Ik vraag u hiervoor aandacht te hebben bij het opzetten van het programma en hierover af te stemmen met bovengenoemde partijen.
- Naast het te ontwikkelen programma kennisinfrastructuur academische werkplaatsen huisartsenzorg zijn er soortgelijke ZonMw-programma's met mogelijke overlap in betrokken partijen en die zich richten op hetzelfde doel, in het bijzonder academische werkplaatsen voor: ouderenzorg (KAWO), en mensen met verstandelijke beperkingen. Tevens is ZonMw gevraagd na te denken over een programma van versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg en een passend vervolg te ontwikkelen voor het programma HGOG 2.0 voor beroepsgroepen huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten in opleiding tot (klinisch) onderzoeker (aioto's) en heeft het KPHAG-programma een verlenging gekregen. Ik nodig u van harte uit om bij het ontwerp van dit programma na te denken over de opties om de verbinding tussen de verschillende ZonMw-programma's te versterken en uit te werken hoe de samenhang en samenloop eruit kan zien. Er mag geen overlap tussen de programma's zijn.
- Het programma kennisinfrastructuur academische werkplaatsen huisartsenzorg dient ondersteunend te zijn aan de visie versterking organisatie eerstelijnszorg (2030), zoals deze momenteel door partijen verbonden aan het IZA wordt opgesteld.
- Het opzetten van een kennisinfrastructuur academische werkplaatsen huisartsenzorg draagt bij aan de wetenschappelijke onderbouwing van de zorgverlening in de eerstelijnszorg. Ik vind het dan ook belangrijk dat het niet bij onderzoek blijft maar dat de nieuwe inzichten en opgedane kennis ook verspreid worden in de eerstelijnszorg.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team B

Kenmerk
3690301-1053239-CZ

Financieel

Het programma heeft een looptijd van vier jaar. Voor de uitvoering van het programma is maximaal € 18,9 miljoen beschikbaar. Dit is inclusief de uitvoeringskosten van ZonMw. De jaarlijkse verdeling van de middelen is voorlopig als volgt:

2024: € 2,1 miljoen
2025: € 4,2 miljoen
2026: € 6,3 miljoen
2027: € 6,3 miljoen

Ik verzoek u een begroting en liquiditeitsprognose op te stellen. Daarnaast wil ik vragen om bij de vormgeving van het programma te borgen dat er geen risico op

staatsteun is. De voorbereidende kosten gemaakt door ZonMw in 2023 worden vergoed door VWS.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur Curatieve Zorg,



drs. Birgitta E. Westgren

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team B

Kenmerk
3690301-1053239-CZ

B Relevante rapporten, visiesdocumenten, adviezen en brieven

- RGO-rapport werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis
- RGO-advies onderzoek voor de praktijk
- NFU-rapport onderzoek met en voor de gezonde regio
- IZA
- Visie eerstelijnszorg 2030
- ZonMw-rapport Op weg naar effectieve kennissamenwerking
- ZonMw-pagina's over Impact (productieve interacties)
- RVS de Basis op Orde
- Hechte huisartsenzorg
- UNH-AW-website
- Onderzoeksagenda OvO
- Brief UNH/NHG Academisering HAG 1
- Brief UNH/NHG Academisering HAG 2
- Visie Regionale samenwerking in de huisartsenzorg - Hechte Huisartsenzorg
- Rapport Facts & figures 'Organisatie & Infrastructuur huisartsenzorg 2022'
- Criteria ROAZ-beelden en ROAZ-plannen
- Criteria regiobeelden en regioplannen
- Integraal Zorg Akkoord (IZA) en Regionale Ondersteunings Structuren (ROS'en)
- Kennis- en Innovatieconvenant 2024-2027

C Bijlage werkbezoeken

Deze bijlage gaat over de werkbezoeken die aan de 7 afdelingen/vakgroepen Huisartsgeneeskunde werden afgelegd in de periode half januari tot en met half februari 2024. De werkbezoeken gaven waardevolle inzichten in overeenkomsten en verschillen tussen de netwerken, die er vanuit alle afdelingen/vakgroepen zijn. Achtereenvolgens wordt ingegaan op organisatie en uitnodiging, deelnemers aan de werkbezoeken en resultaten in de vorm van niet-uitputtende beschrijvingen van gezamenlijke uitdagingen, wat nodig is om bij te dragen aan versterking van de kennisinfrastructuur.

Organisatie en uitnodiging

Begin december 2023 ontvingen alle afdelingshoofden een verzoek van ZonMw een werkbezoek te organiseren. Een uitwerkingsnotitie voor het programmavoorstel AWH werd als startnotitie gedeeld en gevraagd werd in te gaan op de volgende aandachtspunten:

- Waar staat de academische werkplaats nu?
- Hoe ziet het netwerk eruit (verbinding praktijk, onderzoek, onderwijs en beleid)?
- Welke ontwikkeling van de academische werkplaats is nodig tijdens het programma AWH (2024-2027) en welke op de langere termijn?
- De essentiële punten volgens de academische werkplaats.

Onderwerpen die als onderdeel van het werkbezoekprogramma waren voorgesteld:

- huidige activiteiten inclusief aandacht voor thema's, omvang, financiering, leerstoelen, lectoraten, samenwerkingspartners, onderwijs/scholing van onderzoekers én van praktijkprofessionals
- samenwerking tussen onderzoek, onderwijs, praktijk en beleid
- samenhang met relevante andere (landelijke) trajecten, kennisinstellingen en AW'en
- visie op doorontwikkeling naar een academische werkplaats huisartsenzorg: wat is er nodig?

Deelnemers werkbezoeken

Bij alle werkbezoeken zaten in ieder geval de praktijk, onderwijs, opleiden, onderzoek aan tafel. Naast het onderzoek werden het onderwijs en de opleiding in de werkbezoeken goed belicht. Hoe dat wordt vormgegeven en met wie er op welke manier wordt samengewerkt, verschilt en hangt ook samen met welke opleidingen er 'in huis' zijn.

De praktijk werd in 1 geval voor de setting van het werkbezoek uitsluitend vertegenwoordigd door onderzoekers met een dubbelaanstelling met de toelichting over vele samenwerkingen, die er met de praktijk zijn. Bij alle overige werkbezoeken zaten bestuurders van RHO's en zorggroepen aan tafel. Hoe je samenwerking met de praktijk zo efficiënt mogelijk kunt organiseren en faciliteren, is een vraag die in ieder werkbezoek terugkomt en vanwege de verschillen regio-gebonden is. De betrokkenheid/vertegenwoordiging van mbo- en hbo-opgeleide professionals in de huisartsenzorg en van andere relevante stakeholders buiten de directe huisartsenzorg, zoals ROS'en, sociaal domein, zorgverzekeraars, wijkcentra, et cetera verschilt. Ook waar de academie al voor wordt ingezet 'door de praktijk' en vice versa verschilt per regio, bijvoorbeeld op het vlak van registratienetwerken en de inzet van spiegelinformatie voor kwaliteitsbeleid.

Net zoals er niet 1 praktijk is, gaven de werkbezoeken een doorkijkje in de grote regionale verschillen waar elk 'verzorgingsgebied' van een AWH mee te maken heeft: elke regio heeft haar eigen kenmerken en bijzonderheden en daarom verschillen in aanpak van overkoepelende thema's. De netwerken zijn verschillend in inhoudelijke focus en uitgebreidheid en hebben specifieke expertises. De eerste stappen om daarin meer van elkaar te leren zijn al gezet, onder andere door gezamenlijke kennisuitwisseling in het UNH-AW. Zo zien we bijvoorbeeld dat al gekeken wordt welke inhoudelijke onderwerpen waar worden opgepakt; daaruit wordt inzichtelijk welke prioritaire onderwerpen nog niet goed zijn belegd en vervolgens kunnen in de ontwikkeling van de verdere samenwerking afspraken gemaakt worden over wie dat op pakt. Dit in aansluiting op in welke regio's de praktijk hieraan prioriteit wil geven.

Gezamenlijke uitdagingen

De belangrijkste uitdagingen uit de werkbezoeken zijn:

➤ **Samenwerking en participatie zijn een noodzaak, maar vragen ook wat**

Zorg levert een zorgprofessional niet alleen. Samenwerken vraagt echter om een andere mindset en aanvullende competenties in communicatie (zoals dezelfde taal spreken). Bewustwording daarvan is een eerste stap. Daarnaast kost patiënt-/patiëntenparticipatie organiseren tijd en niet iedereen heeft hier de benodigde ervaring mee. Aandacht voor hoe je dit in een werkplaats organiseert, is nodig.

Een tijdens de werkbezoeken genoemde oplossingsrichting is het inzetten van patiëntenparticipatie als instrument/vliegwiel voor samenwerking: door inzichtelijk te maken met hoeveel en welke professionals een patiënt contact heeft, wordt de noodzaak tot en de winst van samenwerking duidelijk zichtbaar. Een ander voorbeeld dat werd genoemd is meer aandacht voor de mindset en competenties voor samenwerking in de opleiding.

➤ **Gebrek aan monitoring en evaluatie van projecten in de regio**

Sommige pilots hebben veel massa, maar monitoring en evaluatie ontbreken vaak, waardoor het onduidelijk is welke conclusies je kunt trekken voor bijvoorbeeld verbetering van de organisatie van praktijken, implementatie en input voor beleid, of onmogelijk om überhaupt conclusies te trekken; dat moet onafhankelijk en (wetenschappelijk) onderbouwd gebeuren. Kortom: waarom is (wetenschappelijke) monitoring en evaluatie zo belangrijk? Bewustwording daarvan is essentieel. Tegelijkertijd is er ook aandacht nodig voor de profilering van de academische werkplaatsen huisartsenzorg: waarvoor kan de praktijk bij hen terecht voor ondersteuning (van het leveren van een format tot volledige begeleiding)? Belangrijke aandachtspunten daarbij zijn:

- het behouden van **kort(cyclisch)e en krachtige** regioprojecten, maar zorgen dat er met een wetenschappelijke bril wordt meegekeken
- het verschil tussen hogescholen en universiteiten: soms sluiten hogescholen makkelijker aan bij projecten/vraagstukken in de regio
- passende vormen van onderzoek: bijvoorbeeld actieonderzoek in verband met context, gedragsverandering, zelfde taal/verschil in taal, groter/ander gebied, et cetera

➤ **Bredere (de-)implementatie**

Hoe komen academische werkplaatsen tot brede (de-)implementatie in de praktijk? De praktijk moet het gaan doen, maar wat is er nodig om zorgprofessionals in de juiste stand te krijgen? En in hoeverre voelen zorgprofessionals zich verbonden (met bijvoorbeeld een netwerk)? Daarvoor is onder andere nog meer aandacht voor co-creatie nodig, maar ook beter contact met de koepels op landelijk niveau.

Tijdens de werkbezoeken hebben afdelingen Huisarts-/Eerstelijns geneeskunde mooie voorbeelden laten zien waarbij bijvoorbeeld (project)ideeën al vooraf getoetst worden in de (academische) praktijk en waarbij de (academische) praktijk goed aangehaakt blijft bij het onderzoek waardoor (de-)implementatie (op beperkte schaal) van de resultaten goed lukt. Een uitdaging daarbij is de bredere implementatie naar andere praktijken in de regio en de menskracht en middelen om meer onderwerpen op te pakken. Subsidie voor de doorontwikkeling van de academische werkplaatsen huisartsenzorg kan in zo'n structuur direct tot opschaling leiden. Een ander mooi voorbeeld is de inzet van patiëntenparticipatie en de wederkerigheid daarin. Zoals dag voor patiënten met een specifieke aandoening waarop onderzoekers en zorgprofessionals ideeën en resultaten bespreken met patiënten. Dat levert ontzettend veel energie en informatie op. Soms komen patiënten (met beperkingen) daarvoor zelfs uit andere delen van het land naar toe.

Vanwege de complexiteit van en de vele vragen én voorbeelden over bredere (de-)implementatie nemen we dit vraagstuk mee in alle niveaus in het programma.

➤ **Schaarste**

Hoe enthousiasmeer je studenten voor het huisartsenvak en huisartsgeneeskunde? Hoe behoud je artsen voor de regio? Nieuwe klaren trekken over het algemeen meer naar de Randstad dan andersom en de bereidheid om praktijken over te nemen is tanende. En hoe behoud je personele inzet op andere functies? Data-scientists kunnen bijvoorbeeld intern en extern makkelijk elders aan de slag.

Tijdens de werkbezoeken zagen we hier in onderwijs en opleiding al veel aandacht voor. Zoals veranderingen in het onderwijs en opleiding om artsen voor de regio te behouden. Maar ook aandacht voor het feit dat de interesse van studenten voor extramurale vakken al begint tijdens de studie geneeskunde. En oplossingen voor het vinden van opleidingsplekken voor co-assistenten.

Daarnaast hoorden we tijdens 1 van de werkbezoeken dat zij nu huisartsen in de opleiding zien die op een ander vak gepromoveerd zijn en interesse hebben in huisartsgeneeskundig onderzoek; ook dat biedt kansen.

Versterking kennisinfrastructuur

In de werkbezoeken zijn diverse factoren benoemd voor het slagen van een AW zodat de verschillende kennisfuncties uitgevoerd kunnen (blijven) worden.

Financiering

➤ **Structureel budget voor de AW**

Om de AW'en goed neer te zetten, in te richten en te borgen (inclusief behoud en werving van mensen) is de investering vanuit het programma AWH zeer wenselijk. Structureel budget is op de langere termijn nodig om menskracht aan te kunnen trekken en te behouden. Het gaat om mensen die in hun aanstelling ruimte hebben om de samenwerking met 'de praktijk' kunnen initiëren, organiseren en onderhouden. In die samenwerking bieden en leveren ze ondersteuning in en met onderzoek (academische denkkracht), met spiegelinformatie (data-infrastructuur) en met het verspreiden en borgen van resultaten. Bij middelen vanuit zorgverzekeraars ligt de focus bijvoorbeeld vooral op effectiviteit. Aanvullende geldstromen maken 'werken vanuit de bedoeling' mogelijk: investeren in samenwerkingen, participatie en (de-)implementatie, om het ophalen en adresseren van bovenregionale vraagstukken en om de (profilering van de academische werkplaatsen voor) monitoring en evaluatie van regioprojecten waardoor de enorme goudmijn aan data veel beter wordt benut.

➤ **Vacatiegelden**

Om samenwerking en participatie goed vorm te kunnen geven, is aandacht nodig voor vacatiegelden. Bij nieuwe partners aan tafel helpt een stimuleringsimpuls in subsidieoproepen voor vacatiegelden om te zorgen dat het uiteindelijk structureel betaald kan worden (let daarbij op een passende vergoeding van bijvoorbeeld € 80,- en niet aan een VVV-bon of € 50,-). Vacatiegelden zijn bijvoorbeeld ook een discussie bij kaderhuisartsen die overvraagd worden.

Onderzoek en inzet van resultaten

➤ **Kort-cyclisch onderzoek**

Wat is vanuit de academische werkplaats nodig voor kort-cyclisch onderzoek, hoe kan dat vormgegeven en gefinancierd worden? Dat is een vraag die als een rode draad door de (door)ontwikkeling van academische werkplaatsen huisartsenzorg heen loopt en aandacht vraagt op diverse niveaus. De beantwoording van die vraag kunnen we ondersteunen met praktijkgericht onderzoek en instrumentontwikkeling (programmaliijn 2).

➤ **Ondersteuning van langer-cyclisch onderzoek**

Voor de ontzorging van huisartspraktijken die meedoen aan langer-cyclisch prospectief onderzoek is ondersteuning nodig in de vorm van een trialbureau functie, researchverpleegkundigen, et cetera. Daarvoor is structurele beschikbaarheid van menskracht nodig.

Samenwerken met 'de praktijk'

➤ **'Goed' betrekken van de praktijk**

Het goed betrekken van de praktijk is op alle onderdelen en van idee tot implementatie essentieel. Wat is hier voor nodig en hoe kan dit vormkrijgen? Dat gaat verder dan alleen een eerste schil met onder andere academische huisartspraktijken; het gaat ook om doorvertaling naar andere praktijken en het betrekken van gemeenten, sociaal domein, ROS'en, wijkcentra, et cetera. Kortom: hoe zet je in op verbreding, welke schaalgrootte verwacht je en hoe faseer je dat?

➤ **Bovenregionale vraagstukken ophalen en adresseren**

Vraagstukken op macro- en mesoniveau komen vaak uit de regio; niet altijd uit de huisartsenpraktijk. Zoals vragen over bijvoorbeeld digitalisering (kan dat, voegt dat iets toe, wat werkt bij wie) of ggz (hoe effectief en voor wie). Die komen niet uit verbinding met slechts enkele RHO's. Hoe kunnen academische werkplaatsen huisartsenzorg en UNH-AW zo worden ingericht dat deze vraagstukken boven tafel komen en gezamenlijk wordt gewerkt aan het beantwoorden ervan? In Een en de RHO's kunnen hier een belangrijke rol spelen.

- **Verwachtingsmanagement naar deelnemers aan een AW is belangrijk**
Huisartsen hebben doorgaans charmante ideeën vanuit individuele casuïstiek. Die kunnen waardevol zijn om te onderzoeken, maar het kan zinvol zijn tot een wegingskader te komen om prioritering in de aanpak van dergelijke ideeën vooraf helder te maken. Voor verspreiding zijn bijvoorbeeld elementen van hanteren van de juiste methode en inschatting van schaalbaarheid belangrijk, dat vraagt een tijdpad dat het onderzoeken van zo'n idee 'groter' kan maken dan waar de aandrager op dat moment behoefte aan heeft. Als iets niet op korte termijn opgepakt kan worden, grote wijzigingen behoeft om tot een onderzoekbare vraag te komen, of een uitgebreid onderzoek vraagt, kan dit tot teleurstelling leiden.³² Op het niveau van een individuele praktijk gaan gebruikelijke vragen over het creëren van een lerende organisatie door onder andere op maat gebruik te maken van geschikte spiegelinformatie. Dit is in lijn met NHG-kwaliteitsbeleid dat gaat over samen leren en verbeteren aan de hand van spiegelinformatie³³.
- **Combinatiefuncties zijn (zeer) intensief voor huisartsen**
Huisartsen willen doorgaans 3-4 dagen in de praktijk werken en met de 1-2 dagen die dan in een werkweek resteren is een onderzoekslijn opbouwen heel lastig. Een consequentie van het extramuraal werken is dat huisartsonderzoekers minder zichtbaar zijn voor artsen in het umc; die daar in principe dagelijks werkzaam zijn. Een combinatiefunctie met onderwijs of opleiden is iets eenvoudiger te combineren, omdat het vooral uitgevoerd wordt in de eigen praktijk. Clinician teachers kunnen in de academie de driehoek tussen onderzoek, onderwijs en praktijk helpen vormgeven.
- **Structuur**
Hoe richt je de academische werkplaatsen huisartsenzorg in qua governance? Hoe verhouden onderzoek, praktijk, onderwijs en opleiding zich hierin tot elkaar? Wat vinden (individuele) huisartsen ervan dat de subsidie via afdelingen huisartsgeneeskunde loopt? Wat is de rol van een vertegenwoordigende organisatie zoals een RHO? En hoe zijn andere partijen dan betrokken? Hierin is samenwerking en uitwisseling cruciaal. Een netwerkanalyse kan helpend zijn om een en ander inzichtelijk te krijgen en te bespreken. Mogelijk is bij het beantwoorden van dit soort vragen ook ondersteuning gewenst in de vorm van praktijkgericht onderzoek en instrumentontwikkeling (programmaliijn 2).
- **NOH landelijke agenda voor regio- en sectoroverstijgende vragen**
Tijdens de werkbezoeken kwam de behoefte naar voren van een (grotere) verbinding tussen de kennisagenda en de praktijk in verhouding tot de bestaande nationale onderzoeksagenda huisartsgeneeskunde. In 2024 start een project voor de update van de nationale onderzoeksagenda door het NHG.
- **Zorgverzekeraars**
De ervaringen met zorgverzekeraars zijn wisselend en afhankelijk van hoe een preferente zorgverzekeraar zijn rol invult in een bepaalde regio. Ze hebben soms een dubbelrol waarin zij enerzijds innovatieprojecten in de regio financieren, maar anderzijds ook besluiten nemen om te sturen op zorggebruik, die als ongunstig ervaren kunnen worden door de huisartsenzorg. Daarom is aandacht voor de rol van de zorgverzekeraars in de verschillende AW'en nodig. Signalen op overstijgend niveau kunnen worden besproken met ZN.

Lerende organisatie

- **Leren van elkaar en onderzoek naar leren en opleiden**
Een academische werkplaats huisartsenzorg werkt alleen als er kwalitatief goed onderzoek onder ligt, naast zorginhoudelijk ook naar onderwijs, leren en opleiden. Leren (over samenwerken, (de-)implementeren, monitoren, evalueren, vraagstukken ophalen en adressen, zorgprofessionals behouden en studenten werven en behouden) moet veel meer geëmbod worden en de kennis daarover moet beter worden benut om de geschetste uitdagingen het hoofd te bieden. Kortom: onderzoek van onderwijs, leren en opleiding is een onderwerp dat in de huisartsgeneeskunde aandacht nodig heeft op alle niveaus in het programma: van subsidieoproep tot structuur tot communicatie- en implementatie-activiteiten.

³² Pers.com. uit werkbezoek.

³³ <https://www.nhg.org/praktijkvoering/kwaliteit/spiegelinformatie/>.

➤ **Inzet en behoud van andere zorgprofessionals dan de huisarts**

In het kader van schaarste en behoud van zorgprofessionals is aandacht nodig voor de inzet en scholing van onder andere praktijkondersteuners (POH's), spreekuur ondersteuners (SOH's), verpleegkundig specialisten (VS'en), doktersassistenten en researchverpleegkundigen: welke taken kunnen zij uitvoeren/overnemen en hoe houd je ze aan boord? In de werkbezoeken hebben we mooie voorbeelden van inzet en scholing gehoord, maar ook zorgen; bijvoorbeeld over de (continuering van) financiering van de inzet van POH's door zorgverzekeraars. Dit vraagt dus inzet op verschillende niveaus, van praktijk tot beleid.

➤ **Financiering onderzoek**

Om huisartsen te behouden voor het doen van onderzoek is, postdoc-ruimte nodig. Bijvoorbeeld een soort 'klinische fellows'-achtige constructie. Zo kun je hen een carrièrepad bieden. Een ander voorbeeld is de inzet van buddy's.

D Bijlage H1 Leren van de geschiedenis: historische context

In 1998 werd in een Nivel-uitgave [Bibliografie huisarts en huisartsgeneeskunde: historie en ontwikkeling](#) (Goossen J.M.A.W., 1998) de geschiedenis van de huisarts en de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Nederland vanaf 1865 beschreven. In kader 1 is een stukje uit de inleiding van deze uitgave overgenomen om kort de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als vak te schetsen.

Ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als vak

(bron: Nivel-uitgave [Bibliografie huisarts en huisartsgeneeskunde: historie en ontwikkeling](#))

Hoewel de figuur van de huisarts een oud en vertrouwd beeld vormt, is het huisartsenberoep als specifieke professie en de huisartsgeneeskunde als academische discipline nog betrekkelijk jong. In het midden van de vorige eeuw [de 19^e, red.] waren er, naast een heel leger kwakzalvers, wel 15 soorten geneeskunde beoefenaren van zeer uiteenlopend niveau en met verschillende bevoegdheden. De 2 grootste groepen waren de 'doctores' en de 'heelmeesters'. Sinds de wet op de uitoefening van de geneeskunde van 1865, moest iedere arts aan een universiteit worden opgeleid en kreeg de titel van 'genees-, heel- en verloskundige'. Deze titel gaf de bevoegdheid de medische praktijk in haar gehele omvang te beoefenen. De academisch opgeleide en alombevoegde 'arts' verdrong op den duur alle vroegere geneeskundebeoefenaren. Tot aan het einde van de 19^e eeuw werkten de meeste artsen in een algemene praktijk. Bij de eeuwwisseling telde Nederland op 2.287 artsen nog slechts 136 specialisten. Sindsdien is hun aantal snel gestegen en is er grote differentiatie en specialisatie onder de geneeskundigen opgetreden. Een andere ontwikkeling die zich in de 20^e eeuw voordoet, is de opkomst van de paramedische beroepen. De differentiatie binnen de medische beroepsgroep en de opkomst van paramedici betekent voor de algemene arts een beperking van medische taken. Anderzijds gaan ook steeds meer niet strikt medisch-curatieve taken deel uitmaken van zijn werkterrein. De algemene arts heeft zich ontwikkeld tot de tegenwoordige 'huisarts', nog steeds generalist bij uitstek in de medische wereld.

Kader 1

Kader 2 geeft stukjes uit het begin van een artikel over de professionalisering van de huisarts en academisering weer.

Professionalisering van de huisarts en academisering

(bron: [Van gastdocent tot UHP-arts. De ontwikkeling van de academisering van de huisartsgeneeskunde](#). Meijer JS, Schadé E. Huisarts en wetenschap 1992; 35(1): 29-31.

De professionalisering van de Nederlandse huisarts is begonnen met de organisatie in beroepsverenigingen en het participeren in het universitaire onderwijs. In 1966 werden door de beroepsverenigingen en de overheid opleidingseisen vastgelegd. Voor het basisonderwijs bestonden deze uit kennismaking met de huisartspraktijk voor het doctoraal examen en tijdens een coassistentenschap; voor de specifieke beroepsopleiding kwam er een stage in een opleidingspraktijk. Deze onderwijsactiviteiten noodzaakten tot intensief contact met 'huisarts-gastheren' die bereid waren studenten in hun praktijken te ontvangen. Na een aantal wijzigingen in het Academisch Statuut verschenen aan alle faculteiten vakgroepen Huisartsgeneeskunde. Niet alleen onderwijs en opleiding, maar ook onderzoek en deskundigheidsbevordering van stafleden gingen tot de taken van deze vakgroepen behoren. Al snel werd er gepleit voor eigen academische praktijken, naar analogie van de academische ziekenhuizen voor specialisten.

Toen de overheid in 1974 in de Structuurnota gezondheidszorg pleitte voor een versterking van de extramurale gezondheidszorg, ontstond hoop voor de financiering van dergelijke academische praktijken. De financiële mogelijkheden waren echter gering en van structurele beïnvloeding was dan ook geen sprake. In 1980 vond in Maastricht het symposium 'Faculteit en eerste lijn' plaats, waar voor het eerst de term academisering werd gebruikt. In de volgende jaren werden modellen voor samenwerking ontwikkeld waarin de vakgroepen een centrale plaats innamen. De uitgangspunten waren affiliatie en academisering. In een reeks nota's en rapporten van hoogleraren huisartsgeneeskunde en overheidscommissies werd gepleit voor verbetering van de opleidingsmogelijkheden door het affiliëren van huisartspraktijken en voor het stichten van 'academische werkplaatsen eerstelijns gezondheidszorg' (AWEG). In 1984 vatte de Adviesgroep Academisering van het Interuniversitair Overleg Huisartsgeneeskunde [IOH, voorganger van UNH, red.] de theoretische aspecten van het begrip academisering en de resultaten van de uitwerking van de modellen samen in de nota 'Op weg naar de AWEG'. Hoewel de belangstelling van overheid, huisartsen en universiteiten groot was, lukte de academisering niet. Het bleek onmogelijk algemene, eensluidende regelingen te maken, voornamelijk vanwege financiële en structurele factoren. Het ministerie van O&W – verantwoordelijk voor de financiering van het basisonderwijs – stelde gelden

voor affiliatie ter beschikking en liet de universiteiten vrij in de besteding daarvan. Voor een AWEG – vaak een multidisciplinair gezondheidscentrum – wilden universiteiten slechts voor het huisartsendeel fondsen beschikbaar stellen. In 1984 werd de term AWEG in overheidsstukken dan ook vervangen door Universitaire Huisarts Praktijk (UHP).

Uiteindelijk leidde het beleid van het Ministerie van WVC ertoe dat directe steun werd gegeven aan de vakgroepen om het academiseringsproces een nieuwe impuls te geven. Op 1 januari 1987 begon de eerste fase van vier jaar van de Tijdelijke Stimulerings Regeling van Universitaire Huisartspraktijken (TSUH).

Voor begeleiding en uitvoering van de regeling werd de Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Gezondheidszorg (BAEG) ingesteld. Deze had tot taak de Minister van WVC te adviseren over een ontwikkelingsplan voor de academisering in de eerstelijns gezondheidszorg op de (middel)lange termijn, over de jaarlijkse subsidieverzoeken en over de evaluatie van de uitvoering van de regeling.

Kader 2

Kader 3 gaat over de adviesaanvraag van 3 december 1998 van de toenmalige minister van OC&W aan de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) over de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis (WO/BS/98/50389). Dit was een belangrijke mijlpaal voor de academisering van medisch specialisten buiten een ziekenhuis/umc. Het advies geeft inzicht in hoe destijds de relatie academie en zorgsysteem gezien werd en dat ten tijde van het advies al bekend was dat beroepsgroepen met een extramurale werkvloer een in een vroegere fase van een academiseringsproces zaten.

RGO-Advies (1998) Werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis

(bron: [RGO](#))

“Ten behoeve van kwalitatief hoogwaardig geneeskundig onderwijs en onderzoek hebben de medische faculteiten toegang nodig tot de verschillende onderdelen van het zorgsysteem in ons land. Net als de verantwoordelijkheid voor inhoud en vorm van het onderwijs en het onderzoek, ligt ook de verantwoordelijkheid voor de vorm en inhoud van de samenwerkingsrelaties van de medische faculteiten met het zorgsysteem primair bij de faculteiten zelf. Het gehele zorgsysteem is in beginsel het werkveld voor de medische faculteit. In die zin ook vervult het gehele zorgsysteem in beginsel de functie van werkplaats ten behoeve van geneeskundig onderwijs en onderzoek.”

Werkplaatsfunctie binnen het academische ziekenhuis

Ten tijde van de adviesvraag in 1998 was het al zo dat de werkplaatsfunctie binnen het academisch ziekenhuis vanwege redenen van continuïteit, complexiteit, omvang, efficiency en kostbaarheid een wettelijk geformaliseerd arrangement van bestuurlijke en financiële banden kent tussen overheid, universiteit en academisch ziekenhuis. Als succesfactor wordt planning en verantwoording van de werkplaatsfunctie genoemd. Dit kreeg vorm door in beleid van de universiteit/medische faculteit en het academisch ziekenhuis betreffende het medisch onderwijs en wetenschappelijk onderzoek concrete afspraken omtrent inzet van personeel, ruimte en middelen te maken en deze afspraken neer te leggen in het plandocument van het medisch cluster.

Uitdagingen medische clusters met extramurale zorgvloer

Voor medische clusters van wie de praktijk (zorg, onderwijs en opleiden) voor de academische taken buiten het academische ziekenhuis ligt, zoals de huisartsgeneeskunde, is eigenlijk sprake van een nog veel grotere complexiteit. De afstand (letterlijk en figuurlijk) van medische faculteiten van universiteiten tot de extramurale zorgvloer werd als probleem gezien, omdat “...vakgebieden als verpleeghuisgeneeskunde, huisartsgeneeskunde, geestelijke gezondheidszorg, sociale geneeskunde en het gezondheidszorgonderzoek worden onderbelicht en meer zouden kunnen bijdragen aan een groot aantal volksgezondheidsproblemen dan thans het geval is. Ook wordt in het advies gewezen op het onvoldoende aansluiten van onderwijs en onderzoek op ontwikkelingen in de trans- en extramurale zorg.” Dit terwijl: “Bij de medische clusters is de betekenis van de trans- en extramurale zorg voor onderwijs en onderzoek in toenemende mate een aandachtspunt gaan vormen.” Bij de medische faculteiten bestond een toenemende tendens van ‘extramuralisering’ om invulling te geven aan de academische taken. Beleidsmatig was het -om de werkplaatsfunctie voor geneeskunde in breed perspectief te kunnen zien- de bedoeling dat: “..universiteiten en academische ziekenhuizen informatie over deze ontwikkelingen [zouden] betrekken bij het opstellen van het plandocument. Daarmee krijgen de affiliatiecontracten en andere in ontwikkeling zijnde samenwerkingsvormen een positie in het strategisch beleid van de medische clusters.”

Medische clusters met extramurale zorgvloer optimaliseren in strategisch beleid

Het RGO-advies had tot doel om aanbevelingen te formuleren ten behoeve van de verantwoordelijke bestuurders van de medische clusters voor een optimale invulling van deze werkplaatsbehoefte. De bestaande bestuurlijke en financiële arrangementen werden daarbij uitdrukkelijk als uitgangspunt genomen. De conclusies en aanbevelingen van de RGO over een optimale invulling van de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis benoemen het ontbreken van een structurele financiering voor de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis als voornaamste knelpunt.

Kader 3

E Bijlage H2 Bredere context vanuit beleid en eerstelijns

IZA en versterking van de huisartsenzorg

In het IZA maken ondertekenaars afspraken over de ambitie om de opgaven in de gezondheidszorg gezamenlijk aan te pakken. De focus van dit akkoord ligt op de zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt, waarbij waar relevant ook de langdurige zorg, ondersteuning (Wmo), inzet op publieke gezondheid en het bredere sociaal domein wordt betrokken. In het IZA zijn ook afspraken opgenomen over de rol en versterking van de huisartsenzorg, in het bijzonder worden benoemd:

- Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz.
- Minder groei in de tweedelijnszorg (MSZ en GGZ) en meer groei in de eerstelijnszorg (Huisartsenzorg, MDZ, Wijkverpleging, ELV, GRZ en GZSP).
- Voor de partijen die deelnemen aan het IZA zijn in aanvulling op de beschikbare kaders transformatiemiddelen en specifieke investeringsmiddelen beschikbaar. Een van de uitgangspunten hierbij zal zijn het gelijkgericht inzetten bij impactvolle transformaties van transitiegelden door zorgverzekeraars op basis van criteria die van tevoren zijn opgesteld door IZA-partijen. Huisartsenzorg en MDZ € 160 miljoen.
- Om passende verpleging en verzorging te faciliteren voor alle sectoren (wijk, huisartsenzorg, GGZ, MSZ en MDZ) en administratieve lasten te verlagen, spreken partijen af dat een inhaalslag gemaakt wordt in kennisontwikkeling en daaruit voortvloeiend in de ontwikkeling en implementatie van verpleegkundige kwaliteitsstandaarden, richtlijnen, en protocollen.
- De noodzaak en het belang van het behoud van huisartsenzorg voor patiënten in de avond, nacht en weekenden wordt door alle partijen onderkend en zij zijn bereid om hier vanuit de onderlinge samenwerking aan bij te dragen. Het door de huisartsen opgestelde Actieplan Werkdruk in de ANW vormt hiervoor het vertrekpunt.
- In elke regio in Nederland voortvarend gewerkt wordt aan de realisatie van de visie op de eerstelijnszorg van 2030 en worden er op basis van resultaatafspraken concrete stappen worden gezet. Voor de huisartsenzorg in met de bouwstenen voor regionale organisatie van Hechte Huisartsenzorg het nodige voorwerk hiervoor gedaan. De regioplannen en regiobeelden voor de eerste lijn zijn congruent met de bredere regiobeelden die worden ontwikkeld.
- VWS, zorgverzekeraars en huisartsenpartijen zien de urgentie om de werkdruk op korte termijn te verlichten.
 - Binnen de huisartsenzorg moeten instroom en doorstroom geoptimaliseerd worden.
 - Huisartsen moeten ruimte in hun hoofd en in hun agenda hebben om de zorg voor hun patiënten goed te organiseren; het praktijkhouderschap moet aantrekkelijk blijven.
 - Alle partijen zien in dit kader het belang van Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP)³⁴ in de huisartsenpraktijk om de huisartsenzorg toekomstbestendig te houden.
 - Het aantal opleidingsplekken voor huisartsen wordt per 2023 verhoogd.
 - In de periode 2023-2025 wordt een tijdelijke impuls gegeven om het aantal opleidingsplekken voor verpleegkundig specialisten en physician assistants in de huisartsenzorg te verhogen. Streven is dat deze extra opgeleide professionals bijdragen aan meer tijd voor de huisarts én de patiënt in de huisartsenpraktijk.
- In de beweging naar Passende zorg dienen de patiënt-stromen zo optimaal mogelijk te worden vormgegeven. Een betere doorstroom in de keten is hiervoor essentieel. Regionale coördinatie kan hieraan een bijdrage leveren. In samenwerking tussen ziekenhuis, huisartsenzorg en VVT worden deze coördinatiefuncties doorontwikkeld tenzij regionale andere afspraken worden gemaakt.
- Oplossen van huisvestingsproblematiek van huisartspraktijken en gezondheidscentra, waar betaalbare huisvesting niet beschikbaar is, de bestaande huisvesting inadequaat is of nieuwe voorzieningen nodig zijn om de visie op de eerste lijn te realiseren.
- Binnen het IZA zijn tot en met 2026 middelen beschikbaar voor een stimuleringsprogramma voor de (door)ontwikkeling van samenwerking en organisatie in de eerstelijnszorg. Ook wordt via het stimuleringsprogramma inzet van expertise rond organisatie en samenwerking beschikbaar gesteld.

³⁴ Meer tijd voor patiënten in het spreekuur en de praktijk is een middel waarmee verwijzingen naar de 2e lijn, medicatie en diagnostiek beperkt kunnen worden en de kwaliteit van zorg kan verbeteren. Het is daarmee in lijn met passende zorg en de doelstellingen van het IZA. Ook kan 'onnodige' huisartsenzorg worden vermeden als er betere doorverwijzing is naar het sociaal domein, welzijnswerk in de wijk en zelfzorg beter tot stand komt. Tegelijkertijd kan het helpen de werkdruk in de huisartsenzorg te verlagen en het werkplezier te verhogen. Bovendien leidt het tot meer tevredenheid bij de patiënten.

Stand van zaken versterking huisartsenzorg medio december 2023³⁵

- Meer tijd voor de patiënt (MTVP); alle huisartsen kunnen dit structureel invoeren. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bereidt een wijziging in de bekostiging voor zodat MTVP per 2025 structureel onderdeel wordt van de huisartsenbekostiging.
- Handreiking huisvesting en gezondheidscentra.
- Nieuwe organisatie avond-, nacht- en weekendzorg; naar een evenwichtige verdeling van verantwoordelijkheden onder alle huisartsen die bij de huisartsendienstenstructuren (HDS) zijn aangesloten.
- LHV-kader 'kwaliteit en toegankelijkheid van huisartsenzorg' voor goede huisartsenzorg in het kader van de ontwikkeling van ketenvorming in de huisartsenzorg,
- Aandacht voor aanmoedigen praktijkhouderschap en aan de jonge generatie (potentiële) huisartsen te laten zien dat het huisartsenvak een prachtig vak is.

Versterken regionale samenwerking zorg, sociaal domein en GGZ

In het IZA is een grote rol weggelegd voor het versterken van de regionale organisatie en samenwerking in de zorg. Zorgpartijen spreken af om de samenwerking in de regio te bevorderen. Dit begint met het goed in kaart brengen van de feitelijke situatie in een zogenaamd 'regiobeeld'. Op basis van het regiobeeld wordt door de regionale zorgpartijen een 'regioplan' opgesteld. Het regiobeeld en de regioplannen zijn geen doel op zich, maar een middel dat zorgpartijen in de regio helpt om op een onderbouwde en gedragen wijze te komen tot een goede aanpak en samenwerking voor de benodigde transitie. Parallel aan de ontwikkeling van de landelijke Visie eerstelijnszorg 2030 werken partijen in het kader van het IZA aan het (door)ontwikkelen van regiobeelden. Voor de regioplannen is afgesproken dat er rekening wordt gehouden met relevante elementen uit de Visie eerstelijnszorg 2030. Er is een grote wisselwerking tussen de visie op de eerstelijnszorg en de bijbehorende plannen die vanuit het IZA in regio's worden ingezet. Naast regiobeelden wordt ook aan andere manieren van samenwerking tussen huisartsenzorg, GGZ en sociaal domein gewerkt, zodat patiënten met zowel psychische als sociale problemen passende zorg ontvangen. Voorbeelden zijn de ontwikkeling van bijvoorbeeld mentale gezondheidsnetwerken. Door wachtlijsten in de GGZ blijven de meest complexe patiënten nu bij in huisartsenzorg 'hangen'. De hoop is dat deze gezondheidsnetwerken en andere afspraken de huisartsenzorg helpt bij meer 'passende zorg'.

Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ)

Parallel aan het IZA heeft de overheid een aantal beleidstrajecten in gang gezet die ook samenhangen met transitie naar een toekomstbestendige eerstelijnszorg. In het bijzonder zijn dit de volgende 2 trajecten:

- *Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)*³⁶
Het GALA richt zich op het versterken van domeinoverstijgende samenwerking (lokaal en regionaal) om te komen tot een integraal preventiebeleid. Voor de huisartsenzorg is er de wens van evidence van grootschalig preventieve interventies, voordat zij hier een uitvoerende rol in moet spelen.
- *Het programma 'Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg; Samen anders leren en werken' (TAZ)*³⁷
De inzet van TAZ gaat over het vergroten van werkplezier, ruimte voor zorgmedewerkers om te leren en zich te blijven ontwikkelen en ruimte voor nieuwe werkvormen.

Nationale Dementiestrategie 2021-2030

In Nederland zijn op dit moment ongeveer 280.000 mensen met dementie. De huidige prognose is dat dit aantal stijgt tot ongeveer 420.000 in 2030 en 520.000 in 2040. Iemand met dementie heeft steeds meer ondersteuning en begeleiding nodig en zolang deze persoon thuiswonend is, komt een deel van de bijkomende zorg in de huisartsenzorg terecht. Om de inzet van het ministerie van VWS op dementie te intensiveren, ontwikkelde zij de [Nationale Dementiestrategie 2021-2030](https://open.overheid.nl/documenten/e98802f3-9fd9-4fbf-99ce-fb0a8989ced3/file). Het heeft als doel dat mensen met dementie en hun naasten volledig mee kunnen doen in onze samenleving en goede ondersteuning en zorg krijgen. Ook wordt er voldoende wetenschappelijk onderzoek gedaan om dementie te voorkomen, behandelen of genezen.

³⁵ <https://open.overheid.nl/documenten/e98802f3-9fd9-4fbf-99ce-fb0a8989ced3/file>.

³⁶ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord>.

³⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/programmatoekomstbestendige-arbeidsmarkt-zorg-welzijn>.

Regionale Ondersteunings Structuren (ROS'en)

De ROS in een regio adviseert en begeleidt de eerste lijn én betrokken partijen bij samenhangende zinnige en zuinige zorg in de wijk. Dit doen zij met partijen als regionale huisartsenorganisaties (RHO's), zorgverzekeraars, RSO's³⁸, gemeenten, GGD'en, ziekenhuizen. De financiering loopt via de NZa. In totaal zijn er 17 ROS'en. Zij bundelen hun kennis en expertise in een landelijk dekkend netwerk. Het landelijke ROS-netwerk wil kennis en ervaring binnen de gezondheidszorg bundelen en delen met en voor ROS-adviseurs, zorgverleners en managers/bestuurders. Landelijk werken ze onder meer samen met het ministerie van VWS, InEen, Paramedisch Platform Nederland (PPN), RegioPlus, RSO Nederland, Health~Holland, Institute For Positive Health (iPH), Alles is Gezondheid, Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en het landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept. Op regionaal niveau vormen de ROS'en allianties met publieke organisaties zoals de GGD'en, zorginnovatieregio's, regionale werkgeversorganisaties, de RSO's en de ROAZ. De ROS'en zijn als lid van InEen medeondertekenaar van het IZA. In het rapport '[Integraal Zorg Akkoord \(IZA\) en Regionale Ondersteunings Structuren \(ROS'en\)](#)' gaan zij in op hun rol in de uitvoering van het IZA. Ook is het ROS-netwerk 1 van de ondertekenaars van het Kennis- en Innovatieconvenant 2024-2027, waarmee partijen zich committeren op het thema Gezondheid & zorg aan de doelstelling om gezondheidsverschillen terug te brengen en burgerinitiatieven te betrekken bij innovatie.

Sociaal domein en VNG

Onder [sociaal domein](#) verstaat ZonMw het veld dat uitvoering geeft aan de Jeugdwet, Participatiewet, Wmo en deels de wet Publieke gezondheid. Hierin werken gemeenten en maatschappelijke organisaties samen aan gezondheid, welzijn en veiligheid. Om samen de brede benadering van gezondheid en ondersteuning te bevorderen en burgers volwaardig te laten participeren. Niet alle gemeenten hebben gekozen voor dezelfde inrichting van het sociaal domein. In de ene gemeente omvat het alleen de Jeugdwet, Wmo en de Participatiewet. In andere gemeenten worden ook domeinen als wonen en ruimte, sport en cultuur, onderwijs en kinderopvang, bijstand en schuldhulpverlening en dienstverlening vanuit de sociale basis (zoals welzijn) tot het sociaal domein gerekend. Passende zorg stelt de kwaliteit van leven en het functioneren van mensen voorop. Dat gaat verder dan alleen het behandelen van een zorgvraag. Ook het versterken van de sociale basis draagt bij aan iemands gezondheid. Het gaat daarbij vooral om het voorkomen en oplossen van problemen zoals woningnood, schulden en eenzaamheid maar ook om zingeving en palliatieve zorg. Hierbij is het belangrijk dat er een goede samenwerking is tussen zorgaanbieders, gemeenten, jeugdprofessionals, scholen en andere publieke of maatschappelijke organisaties voor een goede doorverwijzing onderling.

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) is voor de zomer in 2022 gestart met het 'Platform sociaal domein'. De kennis van de 344 gemeenten wordt binnen het Platform sociaal domein samengebracht met die van het rijk en de samenwerkingspartners. Het samenwerkingsplatform werkt aan 1 plek waar alles over het sociaal domein is te vinden en waar de online en de offline wereld met elkaar verbonden worden. Regioadviseurs vormen de kern van het Platform sociaal domein. Zij zijn het vaste aanspreekpunt in de regio en gaan met gemeenten en partners in gesprek over sociaal domein overstijgende vraagstukken, zoals wonen-zorg, de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars, en toegang. Het regio-adviesteam van het platform verbindt de on- en offline wereld en zet de succesvolle ondersteuning samen met de al bestaande teams van Zorg + Veiligheid en Opdrachtnemer & Opdrachtgeverschap Jeugdwet en Wmo voort.

³⁸ [Regionale Samenwerkings Organisatie, RSO Nederland is het netwerk van 12 RSO's. Iedere RSO is ontstaan uit de regionale behoefte aan een neutrale partner die de samenwerking tussen de ziekenhuizen, VVT's, huisartsen en apotheken op inhoud aanjaagt.](#)

F Lijst met afkortingen

Aiotho	Arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker
Aioto	Arts in opleiding tot onderzoeker
Aios	Arts in opleiding tot specialist
Anios	Arts (nog) niet in opleiding tot specialist (wel afgestudeerd)
AW	Academische Werkplaats
AWH	Academische Werkplaats Huisartsenzorg
POH	Praktijkondersteuner Huisartspraktijk
Poiioth	Postdoctoraal onderzoeker in opleiding tot huisarts
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
RHO	Regionale Huisartsen Organisatie
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur
SOH	Spreekuur Ondersteuner Huisartsenpraktijk
VS	Verpleegkundig specialist

www.zonmw.nl

MET KENNIS WERKEN AAN EEN GOEDE GEZONDHEID VOOR IEDEREEN



ZonMw

Laan van Nieuw Oost-Indië 334

2593 CE Den Haag

Telefoon 070 349 51 11

info@zonmw.nl