

Handreiking

Onderzoek ‘Inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen bij implementatie van interdisciplinaire, vrouwsensitieve netwerkzorg’

De handreiking is ontwikkeld door onderzoekers werkzaam bij het Amsterdam UMC en Parnassia Groep, als onderdeel van het door Nationaal Plan Hoofdzaken, ZonMw gesubsidieerde project: H3-regionaal.

Dr. Trees Juurlink (afdeling Public and Occupational Health, Amsterdam UMC)

Dr. Daniëlle Starreveld (Kenniscentrum ADHD bij Volwassenen en Ouderen, Parnassia Groep)

Versie: Maart 2026

Inhoud

Aanleiding	3
Totstandkoming handreiking.....	4
Belangrijke thema's bij de verdere implementatie van interdisciplinaire vrouwsensitieve zorg	5
1. Efficiëntie en betere zorg van het eerste H3 netwerk.....	6
Aanbevelingen thema 1 Efficiëntie en betere zorg van het eerste H3 netwerk	8
2. Netwerkvorming.....	9
Aanbevelingen thema 2 Netwerkvorming	11
3. Kennis.....	12
Aanbevelingen thema 3 Kennis	14
4. Randvoorwaarden	15
Aanbevelingen thema 4 Randvoorwaarden	18
5. Toekomst: hoe nu verder?.....	19
Aanbevelingen thema 5 Toekomst: hoe nu verder?	20
Referenties.....	21
Bijlage 1 Tabellen	22
Bijlage 2 Overzicht van ERIC strategieën gekoppeld aan coderingen.....	27

Aanleiding

Vrouwen met mentale problemen, zoals depressie, bipolaire stoornis, angststoornissen, ADHD, autisme of persoonlijkheidsstoornissen ervaren vaak dat deze problemen erger worden in periodes waarin hun hormonen schommelen (bijvoorbeeld de week voordat zij ongesteld zijn, na de bevalling, of tijdens de overgang). Ook hebben vrouwen met mentale problemen een verhoogde kans op hartklachten in de overgang. In de huidige gezondheidszorg wordt er onvoldoende rekening gehouden met het verband tussen psychische, hormonale en cardiale problemen door gebrek aan domein overstijgende kennis en ervaring. Veel artsen werken in hun eigen domein.

Op 8 maart 2023 is het Hoofd Hart en Hormonen (H3) netwerk (www.h3-netwerk.nl) opgericht door psychiater Sandra Kooij, cardioloog Janneke Wittekoek en gynaecoloog Dorenda van Dijken. Binnen het H3-netwerk wordt kennis interdisciplinair gedeeld en samengewerkt. Hierdoor kijken artsen beter naar de samenhang tussen klachten.

ZonMw heeft in 2025 onder het programma 'Nationaal Plan Hoofdzaken' een subsidie verleend aan het project *H3-regionaal* van het H3-Netwerk in de subsidieronde *Praktijkoplossingen voor mensen met hersen- en/of psychische aandoeningen sneller realiseren - Ronde 2*. Het doel van dit project was drieledig, namelijk:

1. Organisatie van H3 Netwerk startbijeenkomsten in elke provincie waarbij bestaande kennis gedeeld werd en regionale samenwerking op gang werd gebracht.
2. Identificatie van belemmerende en bevorderende factoren voor het opschalen van het huidige H3-netwerk, een knelpuntenanalyse, resulterend in een handreiking ten behoeve van toekomstige implementatie van interdisciplinaire vrouwsensitieve zorg.
3. Vergroten van de bekendheid over de samenhang tussen psychische, hormonale en cardiale klachten door campagne te voeren via de huidige website.

In 2025 zijn tien H3 netwerkstartbijeenkomsten georganiseerd. De drie noordelijke provincies (Groningen, Friesland en Drenthe) zijn samengevoegd waardoor alle provincies vertegenwoordigd zijn. Tijdens deze bijeenkomsten vond een plenaire sessie plaats waarin kennis gedeeld werd over het H3 netwerk en vrouwsensitieve interdisciplinaire zorg, er werd een video vertoond met het verhaal van een ervaringsdeskundige en deelnemers gingen uit elkaar in kleine groepen om de bevorderende en belemmerende factoren van netwerkzorg en casuïstiek met elkaar te bespreken. De conclusies in kleine groepen werden achteraf plenair besproken. Bij het indelen van de kleine groepen werd rekening gehouden met de regio waarin iemand werkt, zodat dit de basis vormt voor een regionaal H3 netwerk. Na afloop van het programma was er een netwerkborrel.

In deze handreiking worden de evaluatie van de startbijeenkomsten (doel 1) en de resultaten en conclusies van de knelpuntenanalyse (doel 2) met aanbevelingen voor duurzame implementatie van de H3 netwerken beschreven. Hierbij is het van belang op te merken dat de regionale H3 netwerken nog maar recent zijn gestart en de aanbevelingen zich daarom richten op het verder bestendigen en duurzaam borgen van deze netwerken.

Totstandkoming handreiking

De handreiking is ontwikkeld door onderzoekers van het Amsterdam UMC en Parnassia Groep. De handreiking is gebaseerd op evaluatieformulieren die ingevuld zijn na deelname aan H3 netwerkstartbijeenkomsten (n=204) en interviews met de oprichters van het H3 netwerk (n=3) en ambassadeurs betrokken bij het opzetten van een lokaal H3 netwerk (n=2).

Het CFIR framework¹ vormde de basis voor de evaluatieformulieren en de onderwerpen die besproken zijn tijdens de interviews. De interviews richtten zich met name op factoren die bevorderend of belemmerend zijn binnen het opzetten van netwerkzorg en factoren die belangrijk zijn voor samenwerking binnen een netwerk. De kwantitatieve data uit de evaluatieformulieren zijn geanalyseerd middels beschrijvende statistiek (frequenties) in het programma SPSS (IBM SPSS statistics 28). De kwalitatieve data uit de open tekstvelden van de evaluatieformulieren en data uit de interviews zijn geanalyseerd in het programma MAXQDA (versie MAXQDA24). De teksten zijn gecodeerd aan de hand van het CFIR-model, waarmee thema's zijn geïdentificeerd die hieronder nader worden toegelicht. Met deze thema's geven we antwoord op de onderzoeksvragen:

Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren voor het opschalen van interdisciplinaire, vrouwsensitieve netwerkzorg?

Welke factoren zijn belangrijk voor samenwerking binnen interdisciplinaire, vrouwsensitieve netwerkzorg?

In onderstaande resultaten geven we aanbevelingen voor de implementatie van interdisciplinaire, vrouwsensitieve netwerkzorg. Deze aanbevelingen komen voort uit suggesties van de 1) deelnemers aan de H3 netwerkstartbijeenkomsten en geïnterviewden en 2) de implementatie strategieën op basis van de ERIC tool² aan de hand van geïdentificeerde bevorderende en belemmerende factoren. Het is van belang om te vermelden dat deze inzichten zijn gebaseerd op de deelnemers binnen dit onderzoek. Mogelijk zijn er andere inzichten die buiten de reikwijdte van dit onderzoek vallen.

Belangrijke thema's bij de verdere implementatie van interdisciplinaire vrouwsensitieve zorg

Tabel 1 in bijlage 1 toont de resultaten van de kwantitatieve analyse van de evaluatieformulieren. Op basis van deze resultaten en de kwalitatieve analyse van de interviews en open tekstvelden zijn thema's naar voren gekomen die van belang zijn voor het opzetten van regionale interdisciplinaire vrouwsensitieve zorg. Deze thema's bieden handvatten voor de verdere implementatie van interdisciplinaire vrouwsensitieve zorg. De thema's zijn:

- Efficiëntie en betere zorg van het eerste H3 netwerk
- Netwerkvorming
- Kennis
- Randvoorwaarden
- Toekomst: hoe nu verder?

1. Efficiëntie en betere zorg van het eerste H3 netwerk

Vijfentwintig procent van de respondenten van de evaluatieformulieren geeft aan dat de efficiëntie en betere zorg van het eerste H3 netwerk een bevorderende factor is voor implementatie van interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg. Met name vanuit de interviews komen een aantal subthema's naar voren die het belang van het succes van het eerste H3 netwerk onderstrepen.

De juiste zorg voor vrouwen

Vrouwen met langdurige, onbegrepen klachten krijgen vaak niet de juiste zorg. Uit de interviews met de oprichters van het H3 netwerk bleek dit de drijfveer voor samenwerking. Nadat zij met elkaar in gesprek gingen, bleek dat er overlap zat in de patiënten die zij zagen, één van de oprichters geeft aan:

“We begrepen dat deze vrouwen wel drie keer op dezelfde dag op verschillende wachtlijsten terecht zouden kunnen komen en daardoor heel lang moesten wachten voordat ze goed geholpen werden. En ook dat de interactie tussen psychiatrie, cardiologie en hormonen niet altijd duidelijk is voor dokters in het land. Voor huisartsen niet, voor cardiologen niet en voor psychiaters niet. Gynaecologen misschien iets meer. In ieder geval zagen wij opeens dat wij iets te pakken hadden wat voor anderen van belang kan zijn en waar anderen misschien voordeel mee konden doen. Vooral de vrouwen om wie het gaat. Namelijk de duur verkorten voordat zij goede zorg kunnen krijgen.”

De samenwerking tussen psychiatrie, cardiologie en hormonen heeft niet alleen effect op vrouwen die lang op wachtlijsten staan. Er wordt tijdens de interviews ook aangegeven dat interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg handvatten kan bieden voor zorg van vrouwen die veelvuldig zorg gebruiken. Een ambassadeur geeft aan:

“Ik denk dat het ook een groep vrouwen is die paniek en spanningsklachten heeft die daar tools voor moet hebben. Zij blijven inderdaad te veel bij andere specialisme komen.. Daarin kan die samenwerking nut geven, dus ik denk dat dat een heel belangrijk punt is, het nut [van interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg, red].”

Binnen een H3 netwerk wordt samengewerkt om vrouwen de juiste zorg te bieden. Dit is van meerwaarde voor de zorgprofessional, omdat vanuit de interviews naar voren komt dat de vrouwen die in aanmerking komen voor interdisciplinaire, vrouwsensitieve netwerkzorg een uitdaging bieden. Deze vrouwen staan vaak al lang op wachtlijsten en/of krijgen niet de zorg die hen verder helpt. Hierdoor ervaren deze vrouwen vaak mentale klachten. Een van de deelnemers geeft aan:

“Ik vind dat [de zorg voor vrouwen die in aanmerking komen voor H3 zorg, red.] wel echt een enorme uitdaging. En zie ook dat het heel hard nodig is, maar het is wel zwaar, en zware patiënten. [Het gaat om vrouwen die, red] los van hun psychiatrische problemen, ook al lichtelijk getraumatiseerd zijn door hoe lang ze al in het medisch circuit zitten.”

Urgentie

De urgentie van het H3 netwerk werd snel na de oprichting duidelijk doordat vrouwen in korte tijd hun weg wisten te vinden naar het eerste H3 netwerk. Vrouwen namen contact op met de oprichters omdat zij graag hulp wilden. Daarnaast werd er op korte termijn door huisartsen al verwezen voor een 'H3-consult' bij de oprichters, een type consult dat (nog) niet bestaat, terwijl er geen campagne uitgevoerd is. Hierbij moet opgemerkt worden dat de oprichters van het H3 netwerk

regelmatig in media verschijnen, waarin zij de problematiek onder de aandacht brachten. Een van de oprichters omschrijft:

“...want we kregen echt een tsunami van wanhopige vrouwen uit heel Nederland. Dat is ook echt heel naar, want dan zie je dus ook dat de nood zo hoog is.”

“Aan de andere kant, wat ik ook het mooie vind van het project, - en daar was ik ook een soort van verbaasd over - het H3-netwerk is op de één of andere manier heel snel in Nederland geland. Ik kreeg binnen drie maanden verwijzingen van huisartsen: mevrouw wil graag een H3 consult, dat ik denk, dat bestaat niet eens met H3. De naamsbekendheid van H3 is enorm en daar hebben wij niets voor hoeven doen. Wij zijn natuurlijk alle drie wel redelijk veel in de media, maar [...] daar hebben we niet iemand een pr-campagne op hoeven zetten of iemand voor hoeven aanstellen. Dus soms gaan dingen ook wél weer vanzelf.”

Aanbevelingen thema 1 Efficiëntie en betere zorg van het eerste H3 netwerk

Participanten geven aan dat zorg voor vrouwen kan verbeteren door in netwerken samen te werken. Het gaat hierbij om vrouwen met (onbegrepen) klachten waarvoor zij in de huidige praktijk op de wachtlijsten van verschillende professionals terecht (kunnen) komen. De zorg kan verbeteren doordat binnen netwerkzorg zorgprofessionals in gesprek gaan met elkaar om de juiste zorg aan vrouwen te verlenen. De grote vraag naar netwerkzorg geeft aan dat de urgentie voor de ontwikkeling van landelijke dekking van netwerkzorg hoog is.

Aanbevelingen

1. Identificeer kartrekkers die vooroplopen in het uitvoeren van de netwerkzorg voor vrouwen en/of een trekkersrol in het netwerk willen en kunnen innemen (*ERIC-strategie “Identify and prepare champions”*).
2. Beleg sessies om in elke regio te bediscussiëren hoe het netwerk rondom vrouwsensitieve zorg eruit moet en kan zien (*ERIC-strategie “Conduct local consensus discussions”*) en onderzoek belemmerende en bevorderende factoren voor netwerkvorming en uitvoering van zorg (*ERIC-strategie “Assess for readiness and identify barriers and facilitators”*)
3. Betrek, als (regionaal) H3 netwerk, regionale managers, professionals, informele leiders ter bevordering van de bekendheid, positionering en relevantie van het regionale H3 netwerk (*ERIC-strategie “Inform local opinion leaders” en “Involve executive boards”*)

2. Netwerkvorming

Elkaar kennen en kunnen vinden

Het kennen van collega's en elkaar kunnen vinden, was de belangrijkste bevorderende factor, gekozen door 72 procent van de respondenten van de evaluatieformulieren. Elkaar niet kunnen vinden is voor 54 procent een belemmerende factor om goede interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg te kunnen leveren. Ook tijdens de interviews werd het belang hiervan besproken.

Het bleek met name van belang dat de verschillende specialisaties die relevant zijn voor interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg vertegenwoordigd zijn in de lokale netwerken. Dit is breder dan de H3 disciplines (hoofd, hart, hormonen; zie randvoorwaarden). Op basis van de opkomst van verschillende disciplines tijdens de netwerkbijeenkomsten is terug te zien dat cardiologen minder vertegenwoordigd zijn. Dit heeft tot gevolg dat niet elk lokaal netwerk de expertise van een cardioloog in kan schakelen. Hierdoor ontbreekt expertise in het netwerk die nodig is om de volledige interdisciplinaire netwerkgang te leveren. Een ambassadeur geeft aan:

“[...] dus je hebt gewoon je collega's nodig in je andere disciplines om mee te kunnen overleggen [...].”

Naast de vertegenwoordiging van elke specialisatie is het van belang dat aangesloten zorgprofessionals beschikbaar zijn en dat het duidelijk is wat ze kunnen bieden. Het werkt belemmerend als zorgprofessionals wel aangesloten zijn, maar geen tijd hebben om te brainstormen of doorverwezen vrouwen (op korte termijn) te zien. Een van de oprichters zegt hierover:

“Of we zeggen goh, [netwerk-collega], deze moet je echt zien, want die kan nergens heen en die is echt heel ziek. En nou ja, ik heb geen plek. Maar dan zeg ik 'ja', want [netwerk-collega] doet ook zulke dingen voor mij. En zo werkt het natuurlijk. Als je elkaar kent dan doe je wat voor elkaar en natuurlijk vooral voor de patiënten.”

Communicatie

Voor 54 procent van de respondenten is communicatie een bevorderende factor voor interdisciplinaire, vrouwsensitieve netwerkgang, 21 procent geeft aan dat (gebrek aan) communicatie een belemmerende factor is voor succesvolle samenwerking. Als respondenten expliciet gevraagd worden wat belangrijk is voor samenwerking, dan geeft 62 procent aan dat laagdrempelige communicatie belangrijk is. Verder geeft 43 procent aan dat het gebruik van effectieve communicatie belangrijk is.

Het belang van wederkerige communicatie werd tijdens de interviews besproken. Op het moment dat wederkerige communicatie ontbreekt, daalt de intrinsieke motivatie om het lokale netwerk verder vorm te geven en/of te onderhouden. De oprichters van het H3 netwerk stellen daartegenover dat zij “heel veel bellen, mailen, appen” om casuïstiek met elkaar te bespreken. Dit motiveert omdat zij zo snel duidelijkheid krijgen over hoe ze een vrouw direct kunnen helpen.

Geschikte communicatiemiddelen worden verder toegelicht in 4. Randvoorwaarden.

Gedeelde verantwoordelijkheid om vrouwen te helpen

Ongeveer de helft van de respondenten (49%) geeft aan dat de gedeelde verantwoordelijkheid om vrouwen te helpen een bevorderende factor is voor interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg. Daarnaast geeft 19 procent aan dat gedeelde visie en doelen bevorderend werken voor

netwerkworg. Belangrijk voor een goede samenwerking is voor 46 procent het opstellen van gezamenlijke en duidelijke doelen en voor 27 procent commitment.

In de interviews komen deze onderwerpen ook veelvuldig terug. Voor vrijwel alle geïnterviewden is het verbeteren van zorg voor vrouwen de grootste motivatie om het H3 netwerk op te richten of hierbij aan te sluiten als ambassadeur. Een van de oprichters geeft aan:

“En ja, het grote belang was natuurlijk de gedeelde motivatie om het lot van vrouwen te verbeteren. En dat sprak heel veel mensen aan.”

De afwezigheid van een ervaren gedeelde verantwoordelijkheid kan belemmerend werken. Dit wordt onderschreven door een ervaring van een ambassadeur. Het opzetten van een lokaal H3 netwerk stukt namelijk op het moment dat niemand anders gemotiveerd lijkt te zijn om extra werkzaamheden uit te voeren om dit lokale netwerk op te zetten. Zij geeft aan:

“En, het gevoel dat ik een beetje krijg, is dat iedereen wel graag wil, maar het moet vooral geen enkele moeite van diegene kosten, maar dan ook echt helemaal niets.”

Aanbevelingen thema 2 Netwerkvorming

De participanten uitten een behoefte aan de vertegenwoordiging van zorgprofessionals van alle specialisaties die een rol spelen in H3 zorg. Hierbij is het belangrijk dat zorgprofessionals bereikbaar zijn en kenbaar maken wat ze een lokaal netwerk kunnen bieden. Succesvolle communicatie binnen een netwerk is laagdrempelig en wederkerig. Om H3 zorg succesvol te implementeren is het nodig dat de aangesloten zorgprofessionals een gedeelde verantwoordelijkheid ervaren om voor de zorg van vrouwen samen te werken in een netwerk. Dit is veelal gebaseerd op de intrinsieke motivatie van de betrokken zorgprofessionals.

Aanbevelingen

1. Breng per regio in kaart welke zorgprofessionals (willen) samenwerken in H3 zorg voor vrouwen en wat zij te bieden hebben en nodig hebben (*ERIC-strategie: “Build a coalition”, “Promote adaptability” en “Conduct local needs assessment”*).
2. Geef voorlichting aan lokale opinieleiders in alle relevante disciplines over het belang van H3 zorg met als doel dat zij zich actief gaan inzetten binnen een lokaal netwerk en andere lokale zorgprofessionals enthousiasmeren zich hier ook bij aan te sluiten (*ERIC-strategie “Inform local opinion leaders”*).
3. Werk samen met de regio, kartrekkers en lokale opinieleiders uit waar behoeften, mogelijkheden, maar ook mogelijke drempels liggen en bedenk een geïnformeerd plan van aanpak gebruikmakend van kansen & mogelijkheden en bedenk oplossingen voor de belangrijkste belemmerende factoren (*ERIC-strategie: “Conduct local consensus discussions”, “Conduct local needs assessment”, “Assess for local readiness and identify barriers and facilitators”, “Inform local opinion leaders” en “Promote adaptability”*).

3. Kennis

Beschikbare kennis en kennisdeling is voor 67 procent van de respondenten van de evaluatieformulieren een bevorderende factor voor interdisciplinaire, vrouwsensitieve netwerkzorg. Voor 28 procent is (het gebrek aan) kennis een belemmerende factor voor netwerkzorg. Vanuit de interviews zijn de volgende subthema's m.b.t. kennis en kennisdeling naar voren gekomen.

Elkaar opleiden

De meerwaarde van samenwerken in een netwerk is dat je van elkaar kan leren, aldus vier van de vijf geïnterviewden. Voor de ambassadeurs heeft dat met name betrekking op kennisdeling. Voor de oprichters van het H3 netwerk wordt er ook gesproken over elkaar opleiden zodat het niet meer nodig is om voor relatief simpele medische handelingen door te verwijzen. Een voorbeeld:

“Soms is de vraag helemaal niet zo moeilijk en kunnen we best zelf een stapje nemen. Bijvoorbeeld hormoontherapie voorschrijven als je dat geleerd hebt. En dat heb ik geleerd dankzij het H3 netwerk. Als het niet ingewikkeld is, kan ik die stap nemen.”

Door deze kennis- en vaardighedenverbreding ervaren zij dat ze een betere arts zijn. Belangrijk hierin is dat ze buiten de geijkte richtlijnen naar hun patiënten kijken. Er is vooral oog voor de vrouw die vaak al langere tijd met klachten kampt. De oprichters geven aan dat het vaak over complexe patiënten gaat, waarbij het dus extra van belang is om als arts de klinische blik te verbreden. Dankzij de samenwerking binnen het H3 netwerk kunnen zij dit.

“Ik kan gewoon beter zorg verlenen doordat ik [samenwerk met andere specialisaties] en ik voel me zekerder [...].”

“Ik denk dat je door netwerkzorg, een betere dokter wordt en zelfs een beter mens. Ik maak me af en toe echt zorgen over: hoeveel vrouwen heb ik tien jaar geleden niet tekort gedaan omdat ik toen die kennis nog niet had die ik nu wel heb. Dus ik denk dat je betere zorg kan leveren. Ik denk dat het heel inspirerend en verrijkend is, ook voor jezelf en het geeft je veel meer voldoening, want je kan vrouwen gewoon [...] beter helpen.”

Scholing

Naast de kennisdeling binnen (lokale) H3 netwerken, beschrijven de oprichters belangrijke middelen om andere (toekomstige) artsen op te leiden in interdisciplinaire, vrouwsensitieve gezondheidszorg. Een belangrijk middel dat al toegepast is tijdens de netwerkbijeenkomsten is het schrijven van een handboek over interdisciplinaire, vrouwsensitieve gezondheidszorg. Dit handboek werd voorafgaand aan de netwerkbijeenkomst gedeeld met deelnemers zodat zij tijdens de netwerkbijeenkomst vragen konden stellen over de inhoud. Door het stellen van deze vragen kregen de oprichters inzicht in de hiaten van het handboek. De onderwerpen van de vragen werden toegevoegd aan het handboek, waardoor dit uiteindelijk een completer document is geworden. De oprichters zijn voornemens om dit handboek bij te blijven werken op basis van de vragen die hierover binnenkomen en te delen via de website van het H3 netwerk.

Daarnaast zijn de oprichters actief in het opnemen van masterclasses, podcasts en webinars om hun expertise te delen.

“Ik denk ook dat belangrijk is dat er scholing komt. Meer georganiseerde scholing, webinars die klaarstaan voor elke discipline. Boeken die aangepast moeten worden aan

vrouwsensitieve gezondheidszorg. Ja, er is heel veel werk. We hebben ook contacten met compendium geneeskunde daarover, die heel enthousiast zijn om met ons samen daar een plan voor te maken. Maar dat is nog niet morgen gedaan natuurlijk. Kortom, we hebben opnieuw een vervolg subsidie nodig om dit te kunnen doen. Maar we denken dat het heel kansrijk is en ook heel noodzakelijk voor betere vrouwen gezondheidszorg in Nederland.”

Wetenschappelijk onderzoek

In de interviews wordt door de oprichters aangegeven dat zij vanwege de urgentie om de vrouwenzorg te verbeteren direct op medisch vlak zijn gaan handelen. Hierbij hebben zij altijd oog gehouden voor de wetenschappelijke onderbouwing van de medische zorg die zij verlenen. Desondanks geven zij ook aan dat er aanvullend onderzoek gedaan moet worden om interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg wetenschappelijk beter te onderbouwen. Ook een van de ambassadeurs beargumenteert dat wetenschappelijk bewijs van het nut van interdisciplinaire, vrouwsensitieve netwerkzorg bijdraagt aan de motivatie om deze zorg te verlenen.

Aanbevelingen thema 3 Kennis

Voor succesvolle samenwerking wordt de behoefte aan kennisdeling geuit. Dit heeft betrekking op kennis en vaardigheden. Dit kan gedaan worden in de vorm van scholing (congressen/symposia, college's, webinars, masterclasses, podcasts, etc.) en het delen van een Handboek over H3 zorg. Daarnaast is het belangrijk om tijdens de opleiding tot arts toekomstige artsen te informeren over het belang van H3 zorg via colleges en het aanpassen van studiemateriaal. Het uitbreiden van wetenschappelijk onderzoek om de meerwaarde van H3 zorg in kaart te brengen is nodig om de draagkracht voor H3 zorg te vergroten.

Aanbevelingen

1. Organiseer educatieve bijeenkomsten waarin zorgprofessionals kennis op doen die relevant is in de interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg en creëer een leernetwerk waarin kennisdeling en uitwisseling centraal staan (*ERIC-strategie: "Conduct educational meetings" en "Create a learning collaborative"*).
2. Deel verschillende materialen, zoals een handboek, podcasts, webinars over interdisciplinaire, vrouwsensitieve netwerkzorg met zorgprofessionals die zich aansluiten bij lokale netwerken (*ERIC-strategie: "Distribute educational materials"*).
3. Pas educatiemateriaal voor toekomstige artsen aan (*ERIC-strategie: "Develop educational materials"*).
4. Stimuleer kennisoverdracht binnen lokale netwerken (*"ERIC-strategie: "Identify and prepare champions" en "Distribute educational materials"*).

4. Randvoorwaarden

Tijdsgebrek

Voor 67 procent van de respondenten van het evaluatieformulier is tijdsgebrek een belemmerende factor voor interdisciplinaire, vrouwsensitieve netwerkzorg. Dertien procent geeft aan dat tijd een bevorderende factor is. In de interviews werd de tweeledigheid van dit onderwerp duidelijk besproken.

Eenzijds kost de oprichting van en deelname aan een (lokaal) H3 netwerk voor zorgprofessionals veel eigen tijd. De oprichters van het H3 netwerk benoemen meermaals dat zij veel eigen tijd investeerden in de oprichting van het huidige H3 netwerk en investeren in de huidige samenwerking. Deze tijd zit in extra contactmomenten met collega's, doorverwezen vrouwen die een zorgprofessional op korte termijn willen zien, het volgen van scholing en uitbreiden van eigen kennis en vaardigheden, etc. Dit maakt dat voor deze belangrijke factor voor succesvolle samenwerking de intrinsieke motivatie van de zorgprofessional belangrijk is.

Die intrinsieke motivatie en bereidheid om eigen tijd te investeren zijn ook van belang voor ambassadeurs die lokale H3 netwerken opzetten. Als er een gebrek is aan deze factoren dan loopt de oprichting van een lokaal H3 netwerk al snel stil. Een van de ambassadeurs beschrijft:

“Ik denk vooral dat tijdsgebrek. Iedereen is natuurlijk hartstikke druk en dan is het wel fijn als iemand anders het organiseert. Je kan gewoon meedoen met iets. Maar ik denk ook dat mensen die in het [organisatie met multidisciplinair team rondom vrouwsensitieve zorg] zitten er minder moeite mee zullen hebben om iets te doen, omdat ze hun eigen menopauze multidisciplinaire [samenwerking] hebben.”

Anderzijds kan H3 zorg tijd opleveren doordat vrouwen sneller de zorg krijgen die zij nodig hebben. De zorgprofessional kan namelijk breder naar de klachten van een vrouw kijken dan hun eigen specialisatie en basisvaardigheden van andere disciplines uitvoeren. Hierdoor krijgen vrouwen sneller de juiste zorg.

“Ja en vooral voor de vrouwen die niet op die wachtlijst hoeven. Want ik zeg altijd als wij allemaal één stapje in elkaars domein zouden zetten, dan scheelt dat één of twee wachtlijsten.”

Financiering

Gerelateerd aan tijdsgebrek is financiering voor de zorg. Vierenveertig procent van de respondenten van het evaluatieformulier van de netwerkbijeenkomsten geeft aan dat financiering een belemmerende factor is. Voor 13% is (het hebben van) financiering een bevorderende factor voor interdisciplinaire, vrouwsensitieve netwerkzorg.

In de handreiking komen meerdere factoren naar voren die van belang zijn voor interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg, bijv. elkaar kennen en kunnen vinden, communicatie, opleiding en kennisdeling. Dit zijn factoren die tijd van een zorgprofessional kosten waar in de huidige organisatie van de zorg geen vergoeding tegenover staat. Dit betekent dat een zorgprofessional die in loondienst werkt afhankelijk is van een leidinggevende of hier tijd aan besteed mag worden. Voor zorgprofessionals die als ZZP'er werken, is het makkelijker om deze keuze te maken, maar zij dragen zelf de kosten van de uren die zij niet declarabel werken om zich in te zetten voor H3 zorg. In een van de interviews kwam bijvoorbeeld naar voren dat het volgen van scholing voor ZZP'ers

dubbele kosten met zich meebrengt. Enerzijds het gemis aan declarabele zorg op zo'n moment, anderzijds de kosten voor het volgen van de scholing. Een mogelijke oplossing is om de activiteiten voor H3 zorg in eigen tijd uit te voeren (zoals de netwerkbijeenkomsten in het H3 regionaal project). Hiermee wordt echter wel de intrinsieke motivatie van de zorgprofessional aangesproken om de scholing in eigen tijd te volgen.

Onderstaand citaat illustreert ook dat de zorg die verleend wordt binnen interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg vaak moeilijk te vangen is in een DBC:

“Dus ik denk wij zijn heel goed bezig met die kennisdeling. En de enthousiastelingen hebben we bij ons nu en we krijgen ze ook nog wel zover om misschien een keer een telefoontje eraan te wagen of wat dan ook. Maar dan kom je op een gegeven moment wel op de DBC-vergoedingen. Past in geen enkele DBC. Ik manoeuvreer me daar aardig doorheen want ik heb zoiets van ja, of ik nou bloeddruk behandel of ADHD of een hormoon of wat dan ook. Ik zal de patiënt toch moeten controleren. En of ik nou een statine voorschrijf of HST zit in dezelfde route. Weet je, dat vind ik ook altijd zo. Leefstijl geneeskunde wordt niet vergoed. Hoezo? Jij kan toch een patiënt niet iets voorschrijven? Het is toch niet zo dat ik alleen als ik een recept meegeef dat dat een rechtmatige DBC is? Het is toch ook gewoon mondelinge adviezen die je geeft? Hoeft toch niet altijd wat te doen?”

Tijdsgebrek en financiering gaan hangen met elkaar samen. Een mogelijke oplossing hiervoor is dat een MDO met drie of meer disciplines declarabel is. Op die manier is het dus wel mogelijk om vergoeding te krijgen voor interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg. Het volgende citaat geeft weer hoe de factoren tijdsgebrek en financiering samenhangen en beschrijft een MDO:

“Wij doen dat of deden dat in het [eigen organisatie], eens in de maand van 16.30u tot 18.30u, dus het gaat eigenlijk gedeeltelijk buiten werktijd. We deden dat via Zoom. Het voordeel van het [eigen organisatie] was natuurlijk dat we daar allemaal in elkaars dossiers konden kijken. Dus dan zit je met de AVG iets makkelijker. En we konden ook met elkaar tussendoor overleggen via het portaal van het [eigen organisatie]. Je vraagt natuurlijk altijd toestemming, dus we hebben ons aan de regels gehouden en DBC technisch als meer dan drie verschillende specialisten aanwezig zijn, en dat heb je natuurlijk ook in het H3 netwerk, dan is zo'n MDO declarabel voor een instelling.”

Coördinatie en organisatie van netwerkzorg

Een andere belemmerende factor die door bijna de helft van de respondenten (47%) genoemd werd is het ontbreken van coördinatie en organisatie. Voor 18 procent is de (aanwezigheid van) coördinatie en organisatie een bevorderende factor voor succesvolle interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg. Op de vraag wat belangrijk is voor een succesvolle samenwerking, gaf 43% aan dat coördinatie en organisatie belangrijk is. Zeventwintig procent gaf aan dat een duidelijke taakverdeling en verantwoordelijkheid nodig is voor een goede samenwerking.

Ook vanuit de interviews komt het belang van deze factor naar voren. Allereerst geven de oprichters van het H3 netwerk aan dat de komst van een projectleider van het H3 regionaal project ervoor gezorgd heeft dat de zakelijke kant van het H3 netwerk vorm kreeg. Deze projectleider ondersteunde in de organisatie van het opzetten van lokale H3 netwerken. Ook door de ambassadeurs werd de meerwaarde van een projectleider besproken. Dankzij deze projectleider werden lijsten met contactgegevens van de deelnemers aan de netwerkbijeenkomsten opgesteld en gedeeld met de ambassadeurs. Hierdoor konden zij verdere acties uitzetten. Ook zorgde deze

projectleider ervoor dat de netwerkkaart op de website van het H3 netwerk bijgewerkt werd. Een van de oprichters geeft aan:

“Dus de voortgang borgen. Dingen delen. Reactie vragen. Opmerkingen van: “hoe gaat het?”, “Hoe kijken jullie erop terug?”, “Wat anders?”. Zo iemand zou bijvoorbeeld ook maandelijkse MDO's kunnen regelen. Ook procesbewaking van: “Goh, ik zie dat in de silo app zijn te veel vragen”. Het zijn altijd dezelfde mensen die het beantwoorden, de andere mensen achter hun vordden zitten, maar ook van de persoonlijke zorg: “Hoe vinden jullie dat het gaat?”, “Loopt het zoals je wil dat het loopt?”, “Waar heb je behoefte aan?”, “Ondersteuning?”. Echt een ondersteunende rol. Dat merk ik ook als er bijvoorbeeld iemand is die een agenda maakt voor een jaar voor de MDO's en die ook bijvoorbeeld de Zoom link maakt die een week van tevoren wordt gestuurd voor de vergadering. Het is meer een secretariële ondersteunende rol.”

Uitbreiding en opschaling

Een andere factor waar een projectleider bij kan ondersteunen is het geleidelijk opschalen van de doelgroep. De oprichters geven aan dat zij enthousiast begonnen met het aanspreken van zorgprofessionals en ervaringsdeskundigen. Door de urgentie voor ervaringsdeskundigen kwam er een grote vraag naar 'H3 zorg' die zij zelf niet konden bieden. Daardoor maakten zij de keuze om zich eerst te focussen op medicatie-voorschrijvende zorgprofessionals. Het doel was om hen eerst op te leiden, zodat er een grote groep zorgprofessionals is waar ervaringsdeskundigen bij terecht kunnen. Door het H3 regionaal project is er op het moment van schrijven van deze handreiking de wens om de groep zorgprofessionals uit te breiden zodat ook niet-medicatie voorschrijvende beroepen opgenomen worden in lokale H3 netwerken. Ook is er ruimte om informatiematerialen voor ervaringsdeskundigen te maken, zodat zij beter geïnformeerd het gesprek met hun zorgprofessional ingaan.

Digitale communicatiemiddelen

Uit de interviews komt naar voren dat er voor H3 zorg veelvuldig gebruik gemaakt wordt van digitale communicatiemiddelen. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld Doctolib Connect (voorheen Siilo), MS Teams, Zoom, portaal van het ziekenhuis, etc. Voor de communicatie over patiënten, wordt het gebruik van Doctolib Connect aangemoedigd, i.v.m. de veiligheid van patiëntengegevens. Als ondersteunend personeel ontbreekt, ligt de verantwoordelijkheid om dit op te zetten bij de ambassadeurs van een lokaal H3 netwerk. Hierbij moet er rekening gehouden worden met bekwaamheid in het gebruik van deze middelen door betrokkenen.

In de interviews was ook aandacht voor de website van het H3 netwerk. Deze moet bijgehouden worden. Hierover zegt een oprichtster het volgende:

“We hebben en nog steeds een hele goede webmaster die ook de webinars opneemt, filmpjes opneemt en die eigenlijk heel laagdrempelig en ook heel betrokken is om ons te helpen. Dat is een super samenwerking en dat was al voordat we subsidie hadden. Eigenlijk hadden we geen geld en daar deed hij ook niet al te moeilijk over, dus dat was geweldig. En ja, dat faciliteert natuurlijk de communicatie met je doelgroep.”

Aanbevelingen thema 4 Randvoorwaarden

De participanten geven aan dat er een aantal randvoorwaarden noodzakelijk zijn voor succesvolle implementatie van interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg. Allereerst moeten zorgprofessionals tijd hebben voor H3 zorg. Als tweede wordt aangegeven dat er duidelijkheid moet zijn over de vergoeding van H3 zorg. Een derde belangrijke randvoorwaarde is de aanwezigheid van (secretariële) ondersteuning zodat zorgprofessionals zelf geen tijd hoeven te steken in de zakelijke kant van het regionale H3 netwerk. Het definiëren van de doelgroep is een vierde randvoorwaarde. Als laatste is er behoefte aan digitale communicatiemiddelen.

Aanbevelingen

1. Capaciteit en middelen: creëer voldoende capaciteit, zowel in tijd als middelen, voor zorgprofessionals om effectief in netwerken samen te werken, stel bij voorkeur een projectleider beschikbaar (*ERIC-strategie: "Access new funding" en "Develop an informal blueprint"*).
2. Structurele en duurzame aansturing: zorg voor een duurzaam en overkoepelend orgaan dat sturing geeft aan H3 zorg (*ERIC-strategie: "Build a coalition" en "Access new funding"*).
3. Digitale communicatie: ondersteun in het gebruik van digitale communicatiemiddelen zoals Doctolib Connect (voorheen Siilo), MS Teams en Zoom voor laagdrempelige communicatie tussen zorgprofessionals (*ERIC-strategie: "Change physical structure and equipment" en "Develop a formal implementation blueprint"*).

5. Toekomst: hoe nu verder?

Vanuit de interviews met de oprichters van stichting H3 netwerk kwamen een aantal factoren naar voren die van belang zijn voor de toekomst van de stichting H3 netwerk dat nu bestaat uit meerdere regionale H3 netwerken.

Waarborgen kwaliteit zorg

De uitbreiding van interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg betekent dat collega's zorg gaan verlenen onder de naam H3. Een punt van zorg hierbij is dat collega's met een andere visie zorg verlenen die niet past binnen de kwaliteitseisen die de oprichters van het H3 netwerk stellen. Een oplossing hiervoor is dat er op de netwerkkaart een disclaimer wordt geplaatst.

H3 zorg als specialisme

In de interviews geven de oprichters aan dat H3 zich in een ideale wereld zou ontwikkelen als een eigen specialisme. Hierbij is het met name van belang om bepaalde mensen, groepen of instellingen belangrijk te maken zodat zij er ook trots op zijn dat ze het label H3 dragen. Het effect hiervan is tweeledig. Allereerst bevordert het de intrinsieke drijfveer van het betrokken zorgpersoneel. Zij zullen meer vrouwen zien, waardoor ze ook meer willen weten van de problematiek waar het om gaat. Anderzijds zorgt het ervoor dat H3 zorg een begrip wordt waarvoor bijscholingen en congressen georganiseerd worden.

Ondersteuning voor lokale H3 netwerken

De oprichters van het H3 netwerk geven in de interviews aan dat zij geen kartrekkers zijn van lokale H3 netwerken. Wel blijft een punt van aandacht om ondersteuning te bieden aan de lokale H3 netwerken. Een van de oprichters zegt hierover:

“Mijn idee daarover, en niet gezegd dat we dat zo gaan doen, ik zou me kunnen voorstellen dat wij bijvoorbeeld één keer per maand of twee keer per maand een uurtje online beschikbaar zijn voor vragen en casuïstiek.”

“Als we een goede groep specialisten aan elkaar hebben geknoopt dan kunnen wij als H3 oprichters heel erg werken aan kennisdelen, nieuwe masterclasses, onze ervaringen en ook ons openstellen voor waar de ambassadeurs niet uitkomen. Dan kunnen wij een keer echt een landelijk overleg opzetten. Dat zou dan een volgende fase zijn.”

Aanbevelingen thema 5 Toekomst: hoe nu verder?

Voor de toekomst van interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg is het van belang dat duidelijk blijft dat elke aangesloten zorgprofessional verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg die hij/zij levert. Om Netwerkgorg te professionaliseren is het van meerwaarde om H3 zorg tot een specialisme uit te laten groeien waarbij specifieke personen en/of instellingen aanzien krijgen voor de specifieke interdisciplinaire, vrouwsensitieve zorg die zij verzorgen. Een voorbeeld hiervan zijn de oprichters van het eerste H3 netwerk die zich in blijven zetten voor kennisdeling en ondersteuning met lokale H3 netwerken.

Aanbevelingen

1. Breed draagvlak creëren: creëer een breed draagvlak en stimuleer bewustwording en samenwerking binnen een netwerk, bijvoorbeeld via terugkerende netwerkbijeenkomsten (*ERIC-strategie: “Promote network weaving” en “Build coalition”*).
2. H3 zorg als specialisme: investeer tijd en geld in wetenschappelijk onderzoek om H3 zorg tot specialisme uit te laten groeien (*ERIC-strategie: “Develop academic partnerships”*).
3. Formuleer een gezamenlijk doel voor kwalitatief goede H3-zorg en professionalisering, bijvoorbeeld door nascholing met accreditatie, ontwikkelen van richtlijnen en verdere kennisdeling (*ERIC-strategie: “promote network weaving”, “Develop an implementation blueprint” en “Build a coalition”*).

Referenties

1. Damschroder, L.J., Reardon, C.M., Widerquist, M.A.O. *et al.* The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Sci* **17**, 75 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
2. Powell, B.J., Waltz, T.J., Chinman, M.J. *et al.* A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Sci* **10**, 21 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>

Bijlage 1 Tabellen

Tabel 1. Overzicht van huidige samenwerking, bevorderende, belemmerende en belangrijke factoren voor netwerkvorming.

	Totaal (n=204)	NH (n=19)	GE (n=13)	ZH (n=28)	LI (n=31)	NB (n=30)	UT (n=28)	OV (n=22)	ZL (n=6)	NN (n=13)	FL (n=14)
Discipline											
(Kader)huisarts	45 (22.1)	7 (36.8)	3 (23.1)	7 (25.0)	7 (22.6)	8 (26.7)	2 (7.1)	4 (18.2)	2 (33.3)	3 (23.1)	2 (14.3)
Psychiater	48 (23.5)	4 (21.1)	4 (30.8)	5 (17.9)	5 (16.1)	6 (20.0)	13 (46.4)	3 (13.6)	1 (16.7)	2 (15.4)	5 (35.7)
Cardioloog	5 (2.5)	1 (5.3)		1 (3.6)	1 (3.2)			1 (4.5)		1 (7.7)	
Gynaecoloog	43 (21.1)	3 (15.8)	4 (30.8)	6 (21.4)	7 (22.6)	9 (30.0)	2 (7.1)	5 (22.7)		5 (38.5)	2 (14.3)
Verpleegkundig specialist	45 (22.1)	3 (15.8)	1 (7.7)	7 (25.0)	9 (29.0)	4 (13.3)	9 (32.1)	7 (31.8)	1 (16.7)	1 (7.7)	3 (21.4)
Physician assistant	4 (2.0)		1 (7.7)						1 (16.7)		2 (14.3)
Anders	13 (6.4)	1 (5.3)		2 (7.1)	2 (6.5)	3 (10.0)	2 (7.1)	1 (4.5)	1 (16.7)	1 (7.7)	
Missend	1 (0.5)							1 (4.5)			
Huidige samenwerking											
Geen	139 (68.1)	9 (47.4)	10 (76.9)	18 (64.3)	20 (64.5)	24 (80.0)	21 (75.0)	12 (54.5)	5 (83.3)	10 (76.9)	10 (71.4)
Incidenteel	41 (20.1)	8 (42.1)	2 (15.4)	8 (28.6)	3 (9.7)	3 (10.0)	6 (21.4)	4 (18.2)	1 (16.7)	1 (7.7)	4 (28.6)
Regelmatig, maar niet structureel	15 (7.4)		1 (7.7)	2 (7.1)	5 (16.1)	1 (3.3)	1 (3.6)	3 (13.6)		2 (15.4)	
Structureel	8 (3.9)	1 (5.3)			3 (9.7)	2 (6.7)		2 (9.1)			
Intensief en geïntegreerd	1 (0.5)	1 (5.3)									
Missend	1 (0.5)							1 (4.5)			
Bevorderende factoren (meerdere antwoorden mogelijk)											
Elkaar kennen en kunnen vinden	147 (72.1)	13 (68.4)	9 (69.2)	23 (82.1)	26 (83.9)	19 (63.3)	19 (67.9)	17 (77.3)	5 (83.3)	10 (76.9)	6 (42.9)
Beschikbare kennis en kennisdeling	136 (66.7)	16 (84.2)	7 (53.8)	17 (60.7)	24 (77.4)	18 (60.0)	17 (60.7)	11 (50.0)	4 (66.7)	12 (92.3)	10 (71.4)
Laagdrempelige communicatie	110 (53.9)	11 (57.9)	8 (61.5)	15 (53.6)	13 (41.9)	20 (66.7)	13 (46.4)	16 (72.7)	2 (33.3)	6 (46.2)	6 (42.9)
Gedeelde verantwoordelijkheid om vrouwen te helpen	100 (49.0)	9 (47.4)	6 (46.2)	12 (42.9)	12 (38.7)	22 (73.3)	15 (53.6)	8 (36.4)	3 (50.0)	7 (53.8)	6 (42.9)
Bewezen nut en urgentie van het eerste opgerichte H3-netwerk	51 (25.0)	6 (31.6)	2 (15.4)	4 (14.3)	12 (38.7)	4 (13.3)	11 (39.3)	3 (13.6)	2 (33.3)		7 (50.0)
Gedeelde visie en doelen	39 (19.1)	3 (15.8)	1 (7.7)	4 (14.3)	6 (19.4)	6 (20.0)	5 (17.9)	5 (22.7)	3 (50.0)	4 (30.8)	2 (14.3)
Coördinatie en organisatie	36 (17.6)	1 (5.3)	3 (23.1)	7 (25.0)	8 (25.8)	3 (10.0)	7 (25.0)			3 (23.1)	4 (28.6)
Financiering	27 (13.2)	3 (15.8)	1 (7.7)	3 (10.7)	5 (16.1)	5 (16.7)	3 (10.7)	5 (22.7)		2 (15.4)	
Tijd	26 (12.7)	1 (5.3)		6 (21.4)	5 (16.1)	5 (16.7)	3 (10.7)	4 (18.2)		2 (15.4)	
Regel en wetgeving	5 (2.5)		1 (7.7)	1 (3.6)		1 (3.3)			1 (16.7)		1 (7.1)
Anders ^a	2 (1.0)				1 (3.2)	1 (3.3)					

	Totaal (n=204)	NH (n=19)	GE (n=13)	ZH (n=28)	LI (n=31)	NB (n=30)	UT (n=28)	OV (n=22)	ZL (n=6)	NN (n=13)	FL (n=14)
Belemmerende factoren (meerdere antwoorden mogelijk)											
Tijdsgebrek	136 (66.7)	13 (68.4)	5 (38.5)	20 (71.4)	23 (74.2)	20 (66.7)	19 (67.9)	15 (68.2)	3 (50.0)	10 (76.9)	8 (57.1)
Elkaar niet kunnen vinden	110 (53.9)	9 (47.4)	7 (53.8)	17 (60.7)	17 (54.8)	12 (40.0)	19 (67.9)	11 (50.0)	3 (50.0)	8 (61.5)	7 (50.0)
Ontbreken van coördinatie en organisatie	95 (46.6)	8 (42.1)	6 (46.2)	13 (46.4)	15 (48.4)	15 (50.0)	13 (46.4)	10 (45.5)	2 (33.3)	6 (46.2)	7 (50.0)
Financiering	89 (43.6)	10 (52.6)	5 (38.5)	12 (42.9)	12 (38.7)	12 (40.0)	14 (50.0)	10 (45.5)	3 (50.0)	9 (69.2)	2 (14.3)
Ontbreken van kennis en kennisdeling	58 (28.4)	4 (21.1)	3 (23.1)	6 (21.4)	13 (41.9)	13 (43.3)	6 (21.4)	7 (31.8)	1 (16.7)	1 (7.7)	4 (28.6)
Ontbreken van laagdrempelige communicatiemiddelen	42 (20.6)	8 (42.1)		5 (17.9)	4 (12.9)	7 (23.3)	4 (14.3)	7 (31.8)	1 (16.7)	2 (15.4)	4 (28.6)
Verschillen in visie en doelen	24 (11.8)	3 (15.8)	1 (7.7)	1 (3.6)	3 (9.7)	5 (16.7)	3 (10.7)	1 (4.5)	1 (16.7)	2 (15.4)	4 (28.6)
Regel en wetgeving	17 (8.3)	2 (10.5)	2 (15.4)	2 (7.1)	2 (6.5)	1 (3.3)	2 (7.1)	1 (4.5)	1 (16.7)		4 (28.6)
Ontbreken van vertrouwen in elkaar	15 (7.4)	1 (5.3)	1 (7.7)	4 (14.3)	1 (3.2)	3 (10.0)	1 (3.6)	2 (9.1)	2 (33.3)		
Anders ^b	3 (1.5)					1 (3.3)	1 (3.6)	1 (4.5)			
Belangrijk voor samenwerking in een netwerk											
Mogelijkheid om laagdrempelig informatie te delen en feedback te geven en krijgen	127 (62.3)	10 (52.6)	6 (46.2)	25 (89.3)	17 (54.8)	21 (70.0)	18 (64.3)	15 (68.2)	3 (50.0)	7 (53.8)	5 (35.7)
Gezamenlijke en duidelijke doelen	94 (46.1)	11 (57.9)	8 (61.5)	9 (32.1)	13 (41.9)	16 (53.3)	10 (35.7)	12 (54.5)	3 (50.0)	5 (38.5)	7 (50.0)
Coördinatie en organisatie van het netwerk	88 (43.1)	7 (36.8)	6 (46.2)	13 (46.4)	19 (61.3)	9 (30.0)	15 (53.6)	6 (27.3)	2 (33.3)	7 (53.8)	4 (28.6)
Gebruik van effectieve communicatie en samenwerkingstools	87 (42.6)	10 (52.6)	3 (23.1)	13 (46.4)	16 (51.6)	11 (36.7)	14 (50.0)	10 (45.5)	1 (16.7)	4 (30.8)	5 (35.7)
Commitment	55 (27.0)	6 (31.6)	2 (15.4)	5 (17.9)	9 (29.0)	10 (33.3)	10 (35.7)	7 (31.8)	1 (16.7)	2 (15.4)	3 (21.4)
Duidelijke taakverdeling en verantwoordelijkheden	54 (26.5)	9 (47.4)		6 (21.4)	9 (29.0)	13 (43.3)	4 (14.3)	2 (9.1)	3 (50.0)	4 (30.8)	4 (28.6)
Vertrouwen en autonomie	35 (17.2)	6 (31.6)	3 (23.1)	2 (7.1)	5 (16.1)	7 (23.3)	2 (7.1)	5 (22.7)	1 (16.7)		4 (28.6)
Flexibiliteit in hoe en wanneer er gewerkt wordt	28 (13.7)	3 (15.8)	2 (15.4)	5 (17.9)	4 (12.9)	4 (13.3)	4 (14.3)	3 (13.6)		2 (15.4)	1 (7.1)
Leiderschap	17 (8.3)	1 (5.3)		3 (10.7)	3 (9.7)	1 (3.3)	4 (14.3)	4 (18.2)			1 (7.1)
Besluitvorming	14 (6.9)	2 (10.5)		2 (7.1)	2 (6.5)	1 (3.3)	1 (3.6)	3 (13.6)		1 (7.7)	2 (14.3)
Anders ^c	1 (0.5)					1 (3.3)					

	Totaal (n=204)	NH (n=19)	GE (n=13)	ZH (n=28)	LI (n=31)	NB (n=30)	UT (n=28)	OV (n=22)	ZL (n=6)	NN (n=13)	FL (n=14)
Kennis na de netwerkbijeenkomst											
Ik heb genoeg geleerd, ik kan hier goed mee verder	90 (44.1)	6 (31.6)	7 (53.8)	9 (32.1)	14 (45.2)	15 (50.0)	12 (42.9)	13 (59.1)	2 (33.3)	3 (23.1)	9 (64.3)
Ik heb best wat geleerd, maar ik mis nog een paar dingen	83 (40.7)	9 (47.4)	5 (38.5)	15 (53.6)	9 (29.0)	14 (46.7)	13 (46.4)	8 (36.4)	2 (33.3)	5 (38.5)	3 (21.4)
Ik heb wel iets opgepikt, maar ik heb nog veel vragen	16 (7.8)	2 (10.5)	1 (7.7)	2 (7.1)	3 (9.7)		3 (10.7)			4 (30.8)	1 (7.1)
Ik mis nog veel kennis en zou graag uitleg of verdieping willen	13 (6.4)	2 (10.5)		2 (7.1)	4 (12.9)	1 (3.3)		1 (4.5)	1 (16.7)	1 (7.7)	1 (7.1)
Missend	2 (1.0)				1 (3.2)				1 (16.7)		
Klaar om zelfstandig in een H3-Netwerk te werken											
Ja, ik beschik nu over voldoende kennis om zelfstandig verder te gaan	46 (22.5)	2 (10.5)	3 (23.1)	6 (21.4)	9 (29.0)	3 (10.0)	5 (17.9)	11 (50.0)		4 (30.8)	3 (21.4)
Grotendeels, al zijn er nog een paar punten waar ik meer over zou willen weten	87 (42.6)	10 (52.6)	6 (46.2)	11 (39.3)	13 (41.9)	16 (53.3)	10 (35.7)	9 (40.9)	3 (50.0)	4 (30.8)	5 (35.7)
Gedeeltelijk, ik mis nog de nodige informatie om goed verder te kunnen	53 (26.0)	3 (15.8)	2 (15.4)	9 (32.1)	7 (22.6)	10 (33.3)	12 (42.9)	1 (4.5)	2 (33.3)	3 (23.1)	4 (28.6)
Nee, ik heb nog veel vragen en behoefte aan aanvullende uitleg of verdieping	13 (6.4)	4 (21.1)	1 (7.7)	2 (7.1)	1 (3.2)		1 (3.6)	1 (4.5)		2 (15.4)	1 (7.1)
Missend	5 (2.5)		1 (7.7)		1 (3.2)	1 (3.3)			1 (16.7)		1 (7.1)

NH Noord-Holland; GE Gelderland; ZH Zuid-Holland; LI Limburg; NB Noord-Brabant; UT Utrecht; OV Overijssel; ZL Zeeland; NN Noord Nederlandse provincies (Friesland, Groningen en Drenthe); FL Flevoland.

^a Ander genoemde bevorderende factoren zijn: belichten van immunologische aspecten en verdieping (wetenschappelijk onderzoek); transmurale samenwerking i.p.v. de huidige situatie waarin de huisarts verwijst naar specialist.

^b Ander genoemde belemmerende factoren zijn: nog in opleiding; nog onvoldoende bekendheid; geen aanspreekpunt bij cardiologen

^c Ander genoemde factoren belangrijk voor samenwerking is om net als bij de specialisten huisartsen te betrekken die er affiniteit mee hebben.

Tabel 2. Evaluatie van de netwerkbijeenkomsten

	Totaal (n=204)	NH (n=19)	GE (n=13)	ZH (n=28)	LI (n=31)	NB (n=30)	UT (n=28)	OV (n=22)	ZL (n=6)	NN (n=13)	FL (n=14)
Algemene tevredenheid over de bijeenkomst											
Zeer tevreden	96 (47.1)	11 (57.9)	6 (46.2)	12 (42.9)	17 (54.8)	9 (30.0)	16 (57.1)	11 (50.0)	4 (66.7)	3 (23.1)	7 (50.0)
Tevreden	95 (46.6)	7 (36.8)	7 (53.8)	15 (53.6)	11 (35.5)	20 (66.7)	10 (35.7)	11 (50.0)	1 (16.7)	8 (61.5)	5 (35.7)
Neutraal	8 (3.9)	1 (5.3)		1 (3.6)	1 (3.2)		2 (7.1)			2 (15.4)	1 (7.1)
Ontevreden	1 (0.5)				1 (3.2)						
Zeer ontevreden											
Missend	4 (2.0)				1 (3.2)	1 (3.3)			1 (16.7)		1 (7.1)
Organisatie van de bijeenkomst											
Zeer goed georganiseerd	96 (47.1)	11 (57.9)	9 (69.2)	14 (50.0)	11 (35.5)	11 (36.7)	17 (60.7)	9 (40.9)	5 (83.3)	2 (15.4)	7 (50.0)
Goed georganiseerd	101 (49.5)	8 (42.1)	4 (30.8)	13 (46.4)	17 (54.8)	18 (60.0)	11 (39.3)	13 (59.1)		11 (84.6)	6 (42.9)
Gemiddeld georganiseerd	3 (1.5)			1 (3.6)	2 (6.5)						
Slecht georganiseerd											
Zeer slecht georganiseerd											
Missend	4 (2.0)				1 (3.2)	1 (3.3)			1 (16.7)		1 (7.1)
Locatie van de bijeenkomst											
Uitstekend	87 (42.6)	10 (52.6)	8 (61.5)	17 (60.7)	11 (35.5)	8 (26.7)	15 (53.6)	6 (27.3)	2 (33.3)	2 (15.4)	8 (57.1)
Goed	105 (51.5)	8 (42.1)	5 (38.5)	10 (35.7)	17 (54.8)	19 (63.3)	13 (46.4)	16 (72.7)	2 (33.3)	10 (76.9)	5 (35.7)
Neutraal	6 (2.9)	1 (5.3)		1 (3.6)	1 (3.2)	2 (6.7)				1 (7.7)	
Matig	1 (0.5)				1 (3.2)						
Slecht											
Missend	5 (2.5)				1 (3.2)	1 (3.3)			2 (33.3)		1 (7.1)
Waardering catering											
Uitstekend	55 (27.0)	9 (47.4)	9 (69.2)	3 (10.7)	11 (35.5)	3 (10.0)	10 (35.7)	3 (13.6)	2 (33.3)	3 (23.1)	2 (14.3)
Goed	126 (61.8)	9 (47.4)	4 (30.8)	19 (67.9)	18 (58.1)	20 (66.7)	18 (64.3)	18 (81.8)	3 (50.0)	9 (69.2)	8 (57.1)
Neutraal	13 (6.4)			5 (17.9)	1 (3.2)	3 (10.0)		1 (4.5)		1 (7.7)	2 (14.3)
Matig	6 (2.9)	1 (5.3)		1 (3.6)		3 (10.0)					1 (7.1)
Slecht											
Missend	4 (2.0)				1 (3.2)	1 (3.3)			1 (16.7)		1 (7.1)
Effectiviteit break-out sessies											
Zeer effectief	27 (13.2)	2 (10.5)	4 (30.8)	7 (25.0)	3 (9.7)	1 (3.3)	3 (10.7)	2 (9.1)	1 (16.7)	9 (69.2)	2 (14.3)
Effectief	141 (69.1)	12 (63.2)	9 (69.2)	17 (60.7)	21 (67.7)	23 (76.7)	20 (71.4)	17 (77.3)	4 (66.7)	3 (23.1)	9 (64.3)
Neutraal	27 (13.2)	4 (21.1)		4 (14.3)	4 (12.9)	5 (16.7)	5 (17.9)	2 (9.1)		1 (7.7)	2 (14.3)
Onvoldoende	4 (2.0)	1 (5.3)			2 (6.5)						
Zeer onvoldoende											
Missend	5 (2.5)				1 (3.2)	1 (3.3)		1 (4.5)	1 (16.7)		1 (7.1)

	Totaal (n=204)	NH (n=19)	GE (n=13)	ZH (n=28)	LI (n=31)	NB (n=30)	UT (n=28)	OV (n=22)	ZL (n=6)	NN (n=13)	FL (n=14)
Tevredenheid netwerk mogelijkheden											
Zeer tevreden	59 (28.9)	5 (26.3)	3 (23.1)	8 (28.6)	11 (35.5)	2 (6.7)	9 (32.1)	11 (50.0)	2 (33.3)	4 (30.8)	4 (28.6)
Tevreden	117 (57.4)	9 (47.4)	9 (69.2)	20 (71.4)	18 (58.1)	21 (70.0)	16 (57.1)	8 (36.4)	2 (33.3)	8 (53.8)	7 (50.0)
Neutraal	23 (11.3)	5 (26.3)	1 (7.7)		1 (3.2)	5 (16.7)	3 (10.7)	3 (13.6)	1 (16.7)	2 (15.4)	2 (14.3)
Ontevreden	1 (0.5)					1 (3.3)					
Zeer ontevreden											
Missend	4 (2.0)				1 (3.2)	1 (3.3)			1 (16.7)		1 (7.1)
Aanbevelingsbereidheid											
Zeer waarschijnlijk	117 (57.4)	11 (57.9)	9 (69.2)	20 (71.4)	20 (64.5)	11 (36.7)	19 (67.9)	12 (54.5)	3 (50.0)	6 (46.2)	6 (42.9)
Waarschijnlijk	75 (36.8)	7 (36.8)	4 (30.8)	6 (21.4)	8 (25.8)	17 (56.7)	9 (32.1)	10 (45.5)	2 (33.3)	5 (38.5)	7 (50.0)
Neutraal	7 (3.4)	1 (5.3)		2 (7.1)	1 (3.2)	1 (3.3)				2 (15.4)	
Onwaarschijnlijk	1 (0.5)				1 (3.2)						
Zeer onwaarschijnlijk											
Missend	4 (2.0)				1 (3.2)	1 (3.3)			1 (16.7)		1 (7.1)

NH Noord-Holland; GE Gelderland; ZH Zuid-Holland; LI Limburg; NB Noord-Brabant; UT Utrecht; OV Overijssel; ZL Zeeland; NN Noord Nederlandse provincies (Friesland, Groningen en Drenthe); FL Flevoland.

Bijlage 2 Overzicht van ERIC strategieën gekoppeld aan coderingen

Codes	#	Valt in	Eric strategie
Innovation source	24	Efficiëntie en betere zorg van het eerste H3 netwerk	• Build a coalition 31% • Identify and prepare champions 31% • Promote adaptability 31%
Innovation Relative Advantage	39	Netwerkvorming	• Identify and prepare champions 45% • Conduct local needs assessment 34%
Innovation design	19	Netwerkvorming	• Promote adaptability 48% • Develop educational materials 33%
Partnership & connections	25	Netwerkvorming; Toekomst	• Build a coalition 62% • Develop academic partnerships 50% • Promote network weaving 50%
Information Technology Infrastructure	21	Randvoorwaarden	• Assess for readiness and identify barriers and facilitators 36% • Change physical structure and equipment 32%
Work infrastructure	35	Randvoorwaarden	• Assess for readiness and identify barriers and facilitators 36% • Change physical structure and equipment 32%
Relational Connections	35	Netwerkvorming	• Build a coalition 62% • Develop academic partnerships 50% • Promote network weaving 50%
Communications	24	Netwerkvorming	• Build a coalition 62% • Develop academic partnerships 50% • Promote network weaving 50%
Culture - recipient centeredness	20	Netwerkvorming	• Identify and prepare champions 52% • Assess for readiness and identify barriers and facilitators 41%
Culture - deliverer centeredness	20	Netwerkvorming; Randvoorwaarden; Kennis	• Identify and prepare champions 52% • Assess for readiness and identify barriers and facilitators 41%

Tension for change	31	Efficiëntie en betere zorg van het eerste H3 netwerk; Netwerkvorming	• Identify and prepare champions 48% • Conduct local consensus discussions 43% • Conduct local needs assessment 43%
Compatibility	13	Randvoorwaarden	
Relative priority	13	Netwerkvorming	• Conduct local consensus discussions 46% • Alter incentive allowance structures 39%
Available resources	44	Randvoorwaarden	• Access new funding 78% • Change physical structure and equipment 48%
Funding	32	Randvoorwaarden	• Access new funding 78% • Change physical structure and equipment 48%
Access to knowledge & Information	41	Kennis	• Conduct educational meetings 79% • Develop educational materials 59% • Distribute educational materials 55%
High-level leaders	16	Efficiëntie en betere zorg van het eerste H3 netwerk; Netwerkvorming	• Involve executive boards 45% • Identify and prepare champions 41%
Implementation facilitators	22	Randvoorwaarden	• Build a coalition 44% • Involve executive boards 37%
Implementations leads	11	Randvoorwaarden	• Identify and prepare champions 67% • Inform local opinion leaders 44%
Other implementation support	10	Randvoorwaarden	
Need	19	Netwerkvorming; Efficiëntie en betere zorg van het eerste H3 netwerk; Toekomst	
Capability	25	Kennis	
Motivation	64	Netwerkvorming; Kennis; Randvoorwaarden	
Teaming	61	Netwerkvorming; Randvoorwaarden;	
Assessing needs - Innovation deliverers	35	Randvoorwaarden; Toekomst	

Planning	34	Randvoorwaarden; Toekomst	• Develop a formal implementation blueprint 73% • Conduct local needs assessment 50%
Engaging - Innovation deliverers	40	Randvoorwaarden; Efficiëntie en betere zorg van het eerste H3 netwerk	• Identify and prepare champions 63% • Conduct local consensus discussions 42%
Doing	15	Randvoorwaarden	

*In principe 2 meest passende strategieën gekozen per factor, mits percentages gelijk waren of Level 1 strategie

Cut-off ERIC

Level 1 strategies >50 % of experts ranked this one of their top seven strategies for the barrier

Level 2 strategies between 20 - 50 % of experts ranked this one of their top seven strategies for the barrier