

Juni 2026

KOMPAS SAMEN LEREN EN VERBETEREN IN DE EERSTELIJNSZORG

EEN VERDERE VERDIEPING VAN HET NIEUWE
KWALITEITSDENKEN



Colofon

© InEen, Juni 2026

Leden van InEen kunnen dit document voor eigen gebruik vrijelijk kopiëren en bewerken. Anderen kunnen daarvoor een verzoek indienen bij InEen, via info@ineen.nl.

INHOUDSOPGAVE

1 Inleiding – Waarom dit kompas?	4
Scope van het kompas	4
Samen leren en verbeteren	4
Basis blijft gehandhaafd	5
2 Voor wie is dit kompas?	5
3 Het kompas in de praktijk	6
Achterban betrekken	6
4 Thema's	7
4.1 Thema 1 – Samenwerken en netwerken in de eerste lijn	7
4.1.1 Bouwstenen	7
4.1.2 Wat kan een organisatie doen - Tools en instrumenten	7
4.1.3 Reflectievragen	8
4.2 Thema 2 – Cultuur, leiderschap en veiligheid	10
4.2.1 Bouwstenen	10
4.2.2 Wat kan een organisatie doen - Tools en instrumenten	10
4.2.3 Reflectievragen	10
4.3 Thema 3 - Innovatie en toekomstbestendige zorg	12
4.3.1 Bouwstenen	12
4.3.2 Wat kan een organisatie doen - Tools en instrumenten	12
4.3.3 Reflectievragen	13
5 Rol van InEen bij samen leren en verbeteren	14
Bijlagen	15
Bijlage 1: Basis op orde	15
Bijlage 2: Aanvullende afspraken voor HAP: streefwaarden hoog risicoprocessen, indicatoren en monitoring	16
Streefwaarden hoog risicoprocessen	16
Indicatoren hoog risicoprocessen	16
Indicatoren minder urgente zorguitkomsten	17

In de komende jaren staan we voor de maatschappelijke uitdaging om de zorg toegankelijk te houden voor iedereen. De eerstelijnszorg speelt hierin een sleutelrol. Huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers en paramedici bieden herkenbare en laagdrempelige zorg en vanuit deze basiszorg worden de verbindingen gelegd met het sociaal werk, de medisch-specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg. Hoewel de eerstelijnszorg in Nederland van hoog niveau is, staat deze onder druk. De continuïteit van huisartsenzorg is niet langer vanzelfsprekend en het aantal langdurig openstaande vacatures blijft stijgen. Digitalisering, regionale samenwerking en gegevensuitwisseling spelen een steeds grotere rol. Nieuwe ontwikkelingen zoals digitale zorg en AI bieden kansen, maar vragen ook om duidelijke kaders en een herijking van bestaande werkwijzen. Ook de verwachtingen van patiënten zijn veranderd: meer behoefte aan toegankelijkheid, transparantie en passende zorg, terwijl de beschikbare capaciteit onder druk staat. Deze ontwikkelingen maken dat we het huidige kwaliteitsbeleid vanuit InEen – neergelegd in de documenten Kwaliteitsbeleid op Maat (2019) en Kwaliteitsbeleid Huisartsenspoedposten (2023) - tegen het licht hebben gehouden en geëvalueerd.

Bij de start van dit traject was nog geen eindproduct gedefinieerd; dit is gaandeweg met leden ontwikkeld op basis van de opbrengsten uit consultatiemomenten, zoals bijeenkomsten en een ledenenquête. Uit deze consultatiemomenten bleek dat er geen behoefte was aan het actualiseren van de eerdergenoemde documenten; leden gebruikten deze voornamelijk als checklist of hadden hun eigen kwaliteitsbeleid. Wens was vooral dat InEen een verbindende rol gaat spelen, praktijkvoorbeelden deelt en beleid op losse onderdelen maakt, zoals bijvoorbeeld het gebruik van AI. Naast consultatiemomenten zijn werkbezoeken afgelegd en zijn de ideeën over een mogelijk eindproduct en de voortgang daarvan telkens besproken met de beleidsadviescommissies van InEen. Ook hebben we belangrijke stakeholders gesproken om hen vroegtijdig te betrekken in het proces. Een kleine werkgroep samengesteld uit een bestuurder en kwaliteitsfunctionarissen heeft meegelezen en meegedacht over de inhoud. Op basis van al deze inzichten is dit kompas tot stand gekomen.

Scope van het kompas

In de afgelopen jaren is het kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg verschoven van certificering en externe toetsing naar het breder benaderen van kwaliteit als onderdeel van het dagelijks functioneren van de organisatie. Waar eerder de nadruk lag op systemen en normen en toetsen van de inhoudelijke kwaliteit van de geleverde zorg, ligt de focus nu steeds meer op kwaliteit als integraal onderdeel van het dagelijks handelen binnen de organisatie en de inrichting van de zorg. Het kompas Samen leren en verbeteren in de Eerstelijnszorg vervangt daarom de genoemde beleidsdocumenten uit 2019 en 2023. De scope van dit kompas ligt op de organisatiekwaliteit en vertaalt deze naar concrete en praktisch toepasbare handvatten voor de leden: hoe de zorg is georganiseerd, hoe processen verlopen en hoe samenwerking is ingericht en daarin samen leren en verbeteren.

Samen leren en verbeteren

Volgens de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut ligt de essentie van kwaliteit vooral in het samen leren en verbeteren. Kwaliteit moet niet als los onderdeel worden gezien, maar als een samenhangend geheel: een kapstok die richting geeft aan het dagelijks handelen. Het cyclisch werken – plannen, uitvoeren, evalueren en verbeteren – blijft daarbij de basis, waarbij kwaliteit wordt gezien als een continu proces in plaats van een eindproduct.

Door toenemende personeelstekorten is het nog belangrijker om anders te kijken naar organiseren, samenwerken en verbeteren. Samen leren en verbeteren is geen extra opgave, maar een manier om slimmer te werken. Door beter samen te werken in de regio, taken anders te organiseren en van elkaar te leren, kan de beschikbare capaciteit beter worden benut.

Het principe van samen leren en verbeteren vormde al een belangrijk uitgangspunt binnen het Kwaliteitsbeleid op Maat (2019) en het Kwaliteitsbeleid Huisartsenspoedposten (2023) van InEen. In de afgelopen jaren hebben zowel de leden als het bureau van InEen hier invulling aan gegeven en relevante ervaring opgedaan. In de komende periode wordt dit principe verder geïntensiveerd en wordt de ondersteuning vanuit het bureau hier nadrukkelijker op ingericht, met een focus op praktische toepasbaarheid.

Basis blijft gehandhaafd

Een goed kwaliteitsbeleid begint met de basis op orde (bijlage 1). Dat betekent dat afspraken, verantwoordelijkheden en processen duidelijk zijn vastgelegd en in de praktijk worden nageleefd. Centraal hierin staan overzicht, structuur en het werken volgens vaste cycli van plannen, uitvoeren, evalueren en bijstellen en dat er wordt voldaan aan de wetgeving. Zonder deze basis is het lastig om gericht te sturen op kwaliteit of om samen te leren en verbeteren. Daarom vormt dit de randvoorwaarde voor elk kwaliteitsbeleid.

Naast de basis op orde gelden voor de huisartsenspoedposten de gebruikelijke streefwaarden (bijlage 2). Streefwaarden geven richting aan kwaliteit en helpen spoedposten om hun processen te monitoren. Het zijn geen vaste normen of harde eisen, maar referentiepunten die inzicht geven in waar je staat en waar ontwikkeling mogelijk is. Streefwaarden zijn bedoeld om het gesprek te voeren en van elkaar te leren. Door resultaten te vergelijken, worden verschillen zichtbaar en kunnen spoedposten van elkaar overnemen wat goed werkt. Ze ondersteunen daarmee het gezamenlijk verbeteren, zonder dat de streefwaarden worden gebruikt om 'af te rekenen'.

We zijn ons ervan bewust dat er voor InEen een belangrijke opdracht ligt om het gezamenlijk leren en verbeteren goed over het voetlicht te krijgen. Met dit kompas gaan we daar nog meer de nadruk op leggen.

2 VOOR WIE IS DIT KOMPAS?

Dit kompas is bedoeld voor alle leden van InEen. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen verschillende typen leden: regionale huisartsenorganisaties, huisartsenspoedposten, zorggroepen en gezondheidscentra kunnen het kompas allemaal gebruiken als richtinggevend kompas voor hun kwaliteitsontwikkeling. Het Kompas omvat belangrijke thema's, biedt handvatten hoe hiermee aan de slag te gaan en op welke manier InEen de leden daarbij gaat ondersteunen. De vertaalslag naar de praktijk wordt gedaan op het ledenplatform LINK op een daarvoor bestemde kennisbankpagina, waarin gereedschappen, handvatten, formats zullen worden gedeeld (Bouwplaats Kwaliteit).

Omdat regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV) zich de komende jaren verder zullen vormen en professionaliseren, kan het nodig zijn om het kompas op termijn te herijken. Naarmate de regionale samenwerking concreter wordt, gezamenlijke doelen scherper worden

geformuleerd en nieuwe verantwoordelijkheden ontstaan, kunnen de behoeften van RESV's veranderen. Een herijking kan dan helpen om het kompas nog beter te laten aansluiten bij de praktijk van regionale samenwerking, de verdeling van rollen en verantwoordelijkheden en de manier waarop kwaliteit regionaal wordt georganiseerd. Daarmee blijft het kompas toekomstgericht en ondersteunend aan de ontwikkelingen in de eerstelijnszorg.

3 HET KOMPAS IN DE PRAKTIJK

Het kompas kan op verschillende manieren worden ingezet binnen organisaties: als houvast om het gesprek te voeren over waar de organisatie staat en waar verdere ontwikkeling gewenst is, als gespreksinstrument, maar ook als richtinggever bij het opstellen van beleids- en kwaliteitsplannen of bij het vormgeven van gezamenlijke leeractiviteiten in de regio. Organisaties hoeven niet alles tegelijk op te pakken. Het is vaak helpend om te starten met één thema dat aansluit bij de actuele situatie. Zo wordt leren en verbeteren een continu proces dat past bij de eigen context en mogelijkheden.

Achterban betrekken

Een belangrijk onderdeel is het zorgvuldig betrekken van de achterban. Dit vraagt om open en herkenbare gesprekken. Stel vragen die uitnodigen tot reflectie, zoals: "Wat gaat goed in onze regio en waar lopen we tegenaan?" en "Wat vraagt volgens jullie nu de meeste aandacht?" Zorg daarbij voor een veilige setting waarin verschillende perspectieven kunnen worden ingebracht en gewaardeerd. Maak gebruik van afwisselende werkvormen, zoals korte peilingen, casuïstiekbesprekingen of interactieve sessies, om het gesprek toegankelijk te houden. Werk bij voorkeur thematisch en stap voor stap, zodat het overzichtelijk blijft en voor iedereen duidelijk is waarop invloed mogelijk is.

Tot slot is het essentieel om altijd terug te koppelen wat er met de input gebeurt. Geef inzicht in welke signalen zijn opgepakt, welke keuzes zijn gemaakt en waar nog geen vervolg aan wordt gegeven. Dit versterkt transparantie, vertrouwen en betrokkenheid binnen de achterban.

4 THEMA'S

Hieronder worden drie centrale thema's beschreven die richting geven aan samen leren en verbeteren in de eerstelijnszorg. Ze omvatten de belangrijkste onderdelen die nodig zijn om kwaliteit te versterken en toekomstbestendige zorg te organiseren. De thema's hangen met elkaar samen en versterken elkaar. Begin bij wat het meest relevant is voor de eigen situatie en werk van daaruit stap voor stap verder. Elk thema is opgebouwd uit bouwstenen, tools en instrumenten en reflectievragen.

De bouwstenen beschrijven de belangrijkste inhoudelijke ontwikkelgebieden binnen het thema: de onderdelen waarop organisaties zich kunnen versterken. De tools en instrumenten bieden praktische manieren om hiermee aan de slag te gaan. Via de Bouwplaats Kwaliteit op LINK worden concrete formats, praktijkvoorbeelden en hulpmiddelen beschikbaar gesteld om deze ontwikkeling te ondersteunen. Samen bieden ze een kapstok om het gesprek te voeren, prioriteiten te bepalen en gericht aan de slag te gaan. De reflectievragen helpen om het gesprek te voeren over leren en verbeteren in de praktijk. Ze geven richting en maken concreet waar de organisatie staat en waar ontwikkeling mogelijk is. Gebruik de vragen als leidraad voor het gesprek in teams, management en regionale samenwerking. Het is niet nodig om alle vragen te beantwoorden. Kies de vragen die passen bij de actuele situatie en het thema waar je aan werkt. De kracht zit in het gesprek: samen ervaringen delen, verschillende perspectieven horen en bepalen wat de volgende stap is.

4.1 THEMA 1 – SAMENWERKEN EN NETWERKEN IN DE EERSTE LIJN

Goede eerstelijnszorg vraagt om intensieve samenwerking tussen disciplines, organisaties en domeinen. Deze samenwerking gaat verder dan afstemming alleen: het draait om samen leren, kennis delen en het formuleren van gezamenlijke doelen. Dit versterkt de continuïteit van zorg en maakt het mogelijk om beter om te gaan met complexe en meervoudige zorgvragen.

Daarbij staat centraal dat zorg wordt ontwikkeld in samenspraak met patiënten én medewerkers. Toegankelijkheid en begrijpelijkheid van zorg zijn hierbij uitgangspunten, ongeacht de gezondheidsvaardigheden van patiënten.

4.1.1 Bouwstenen

- *Samenwerking en netwerkzorg*: structurele samenwerking tussen disciplines en ketenpartners om samenhang, continuïteit en kwaliteit van zorg te versterken.
- *Domeinoverstijgend leren*: leren met en van professionals uit andere sectoren, zoals het sociaal domein, VVT of de GGZ.
- *Samen met patiënt en medewerker*: gezamenlijk werken aan toegankelijke en begrijpelijke zorg, met expliciete aandacht voor diversiteit en beperkte gezondheidsvaardigheden.
- *Organisatie van zorg en governance*: heldere afspraken over rollen, verantwoordelijkheden en besluitvorming binnen netwerken, met borging van continuïteit, eigenaarschap en effectieve coördinatie van zorg.

4.1.2 Wat kan een organisatie doen - Tools en instrumenten

- *Lerende netwerken*: structurele (regionale) bijeenkomsten organiseren waarin teams, praktijken en ketenpartners ervaringen uitwisselen en samen reflecteren op praktijksituaties en samenwerking.

- Casuïstiekbesprekingen: multidisciplinaire leerbijeenkomsten organiseren waarin complexe of domeinoverstijgende patiëntcasussen gezamenlijk worden geanalyseerd, met aandacht voor samenwerking en overdracht.
- Online beveiligde kennisomgeving: een digitaal platform faciliteren voor het delen van protocollen, samenwerkingsafspraken, goede voorbeelden en lessons learned tussen organisaties en professionals.
- Regionale samenwerkingsafspraken en protocollen: ontwikkelen en implementeren van uniforme werkafspraken met ketenpartners (bijv. SEH, VVT, GGZ, sociaal domein) om samenwerking en overdracht te verbeteren.
- Netwerkcoördinatie/regiefunctie: een (regionale) coördinator of regierol inrichten die samenwerking tussen partijen actief organiseert, knelpunten signaleert en verbindingen legt.
- Gezamenlijke scholing en interprofessioneel opleiden: organiseren van trainingen en scholing voor professionals uit verschillende disciplines gericht op samenwerking, communicatie en ketenzorg.
- Digitale gegevensuitwisseling: inzetten op veilige en efficiënte gegevensdeling (bijv. via regionale systemen of standaarden) om continuïteit van zorg te ondersteunen.
- Spiegelinformatie en feedback: gebruikmaken van regionale data en spiegelinformatie om samenwerking te monitoren en gericht te verbeteren (bijv. verwijspatronen, doorlooptijden, overdracht).
- Patiënt- en medewerkerparticipatie: structureel betrekken van patiënten en medewerkers bij het verbeteren van samenwerking, bijvoorbeeld via panels, feedbacksessies of co-creatiebijeenkomsten.
- Evaluatie en verbetercycli (PDCA): samenwerking en netwerkzorg periodiek evalueren en verbeteren via vaste kwaliteitscycli, met concrete acties en terugkoppeling naar betrokken partijen.

4.1.3 Reflectievragen

Samenwerking in de regio

- In hoeverre werken wij als regionale huisartsenorganisatie of huisartsenspoedpost daadwerkelijk als één netwerk samen met ketenpartners, of vooral naast elkaar?
- Hoe zorgen wij ervoor dat samenwerking niet afhankelijk is van incidenten of individuen, maar structureel is ingebed?
- Welke partners missen we nog in ons netwerk om de zorg beter te maken?

Samenhang en continuïteit van zorg

- In welke mate ervaren patiënten continuïteit in de zorgketen, ook bij overdracht tussen organisaties of disciplines?
- Waar zitten de grootste knelpunten in de overdracht of afstemming tussen dagzorg, spoedzorg en andere domeinen?
- Hoe goed lukt het om complexe zorgvragen gezamenlijk en integraal op te pakken in plaats van sectoraal?

Domeinoverstijgend samenwerken en leren

- Hoe vanzelfsprekend is samenwerking met het sociaal domein, vvt en de ggz in onze regio?
- Wat leren wij actief van andere domeinen?
- Hoe borgen we dat kennis en ervaringen daadwerkelijk worden gedeeld en gebruikt in de praktijk?
- Hoe maken we samenwerking en leren onderdeel van het dagelijks werk in plaats van losse initiatieven?

- Waar zitten nog drempels om echt integraal te werken over domeingrenzen heen?
- Wat hebben we nodig om beter samen te werken over organisatie- en domeingrenzen heen?

Patiënt- en medewerkerperspectief

- In welke mate is de zorg voor patiënten in onze regio begrijpelijk, toegankelijk en afgestemd op uiteenlopende gezondheidsvaardigheden?
- Welke patiëntgroepen bereiken we minder goed?
- Hoe betrekken wij patiënten en medewerkers structureel bij het verbeteren van samenwerking in de keten?
- Waar zien we dat het perspectief van de patiënt nog onvoldoende leidend is in samenwerking en besluitvorming?
- Hoe betrekken we patiënten actief bij het verbeteren van zorg en samenwerking?

Governance en netwerkorganisatie

- Hoe goed zijn rollen, verantwoordelijkheden en besluitvorming binnen ons regionale netwerk georganiseerd?
- In hoeverre ondersteunt onze governancestructuur daadwerkelijk samenwerking, of belemmert deze juist soms flexibiliteit en verbinding?
- Hoe zorgen wij ervoor dat afspraken tussen organisaties niet vrijblijvend zijn, maar ook worden nageleefd en geëvalueerd?

4.2 THEMA 2 – CULTUUR, LEIDERSCHAP EN VEILIGHEID

Dit thema gaat over de voorwaarden die nodig zijn om samen te leren en te verbeteren. Het gaat niet over het leren zelf, maar over hoe je dat mogelijk maakt. Een open en veilige cultuur is hiervoor nodig. In zo'n cultuur worden fouten en successen beide gezien als bronnen van groei. Professionals moeten zich vrij voelen om fouten, vragen en successen te bespreken. Leiderschap is hierin bepalend. Bestuur, management en medisch leiders geven het voorbeeld, maken tijd voor reflectie en stimuleren openheid en leren in het dagelijks werk.

4.2.1 Bouwstenen

- *Veiligheid en vertrouwen*: professionals voelen zich veilig om fouten, vragen en successen te bespreken. Leren van incidenten en afwijkingen (Safety-I) blijft belangrijk, maar wordt verbreed met aandacht voor wat in de dagelijkse praktijk goed gaat en waarom zorg meestal succesvol verloopt (Safety-II). Door zowel Safety-I als Safety-II te benutten, ontstaat een completer beeld van kwaliteit en worden leren en verbeteren structureel versterkt.
- *Inzicht in kwaliteit*: gebruik van data, feedback en patiëntervaringen om te zien wat goed gaat en wat beter kan.
- *Leiderschap en voorbeeldgedrag*: bestuur en management geven het goede voorbeeld en maken leren mogelijk.

4.2.2 Wat kan een organisatie doen - Tools en instrumenten

- Zorg voor een veilige werkomgeving waarin professionals zich vrij voelen om zich uit te spreken.
- Maak leren en reflectie een vast onderdeel van team- en overlegstructuren.
- Bespreek fouten en successen standaard in overleggen (niet alleen als er iets misgaat).
- Stimuleer korte, regelmatige reflectiemomenten in plaats van alleen grote evaluaties.
- Geef als bestuur en management zichtbaar het goede voorbeeld in openheid en leren.
- Maak duidelijk dat het delen van twijfels en fouten gewenst gedrag is.
- Organiseer intervisie en casuïstiekbesprekingen gericht op leren, niet op afrekenen.
- Gebruik feedback uit de praktijk om het gesprek in teams concreet te maken.
- Zorg dat nieuwe medewerkers direct kennismaken met de manier waarop jullie omgaan met leren en veiligheid.
- Deel actief voorbeelden van wat goed gaat én wat beter kan, binnen en tussen organisaties.
- Gebruik data en feedback om inzicht te krijgen in kwaliteit.
- Neem patiëntervaringen actief mee in verbeteracties.
- Haal medewerkers ervaringen op.
- Creëer een veilige omgeving waarin reflectie en openheid worden gestimuleerd.
- Doe benchmarking en gezamenlijke data-analyse (benchlearning).

4.2.3 Reflectievragen

Veiligheid en vertrouwen

- Voelen professionals zich veilig genoeg om fouten, twijfels en lastige situaties te bespreken?
- Is het normaal om elkaar aan te spreken op wat beter kan, zonder negatieve gevolgen?
- Worden fouten gezien als leermomenten of vooral als iets om te vermijden?
- Worden successen net zo actief besproken en gedeeld als fouten?
- Is reflectie een vast onderdeel van ons werk of iets dat we doen als er tijd over is?
- Waar in onze organisatie is al sprake van een open en veilige cultuur, en waar nog niet?
- Wat helpt nu al om openheid te stimuleren, en wat belemmert dat nog?
- Wat houdt mensen tegen om zich uit te spreken?

- Welke kleine veranderingen zouden direct bijdragen aan meer veiligheid en openheid?
- Hoe zorgen we ervoor dat leren zichtbaar leidt tot ander gedrag in de praktijk?

Inzicht in kwaliteit

- Welke vormen van feedback gebruiken we om van elkaar te leren?
- In welke situaties in onze organisatie richten we ons vooral op wat misgaat (Safety-I)?
- Hoe vaak kijken we ook bewust naar wat goed gaat en waarom dat goed gaat (Safety-II)?
- Worden successen systematisch geanalyseerd of vooral vanzelfsprekend gevonden?
- Hoe leren we van situaties waarin het juist goed is gegaan?
- In hoeverre gebruiken we zowel Safety-I als Safety-II als standaard in verbetergesprekken?
- Zijn we als organisatie meer gericht op het voorkomen van fouten of ook op het versterken van wat werkt?
- Hoe kunnen we beter leren van dagelijkse praktijk waarin alles wél goed gaat?
- Hoe krijgen wij op dit moment inzicht in de kwaliteit van zorg die we leveren?
- Welke informatie (data, feedback, ervaringen) gebruiken we structureel om te verbeteren?
- Hoe gebruiken we patiëntervaringen in concrete verbeteracties?
- In hoeverre wordt feedback van medewerkers actief opgehaald en benut?
- Wordt informatie over kwaliteit actief besproken in teams en management, of vooral verzameld?
- Hoe goed kunnen wij op basis van onze informatie echt gericht verbeteren?
- Waar missen we nog belangrijke informatie om goede keuzes te maken?

Leiderschap

- In hoeverre geven bestuur en management zelf het goede voorbeeld in openheid en reflectie?
- Hoe zichtbaar is leren en verbeteren in het gedrag van leidinggevendenden?
- Helpen leidinggevendenden teams om zich veilig en vrij te voelen om te leren?

4.3 THEMA 3 - INNOVATIE EN TOEKOMSTBESTENDIGE ZORG

Toekomstbestendige eerstelijnszorg is duurzaam, digitaal en gericht op vernieuwing die daadwerkelijk werkt in de praktijk. Innovatie wordt ingezet om de zorg toegankelijk te houden, werkdruk te verlagen en/ of de kwaliteit te garanderen.

Duurzame zorg gaat over zorgvuldig omgaan met mensen, middelen en het milieu. Dit betekent inzetten op preventie, behoud van personeel, een gezonde werkomgeving en milieubewust handelen.

Digitale zorg ondersteunt dit door zorg slimmer en dichter bij de patiënt te organiseren, bijvoorbeeld via e-health. Ook AI-toepassingen kunnen bijdragen aan administratieve ondersteuning en efficiëntere werkprocessen, mits deze veilig en verantwoord worden ingezet.

Goede gegevensuitwisseling is daarbij een essentiële randvoorwaarde. Alleen met betrouwbare en veilige uitwisseling van data kunnen zorgverleners effectief samenwerken, continuïteit waarborgen en digitale toepassingen optimaal benutten.

4.3.1 Bouwstenen

- *Duurzame zorg*: inzet op preventie, behoud van personeel, een gezonde werkomgeving, milieubewust handelen en doelmatige inzet van zorgcapaciteit.
- *Digitale zorg en AI*: verkennen, toepassen en opschalen van digitale innovaties zoals e-health en AI, die bijdragen aan toegankelijke, efficiënte en passende zorg.
- *Veilige gegevensuitwisseling*: zorgvuldige, betrouwbare en gestandaardiseerde uitwisseling van patiëntgegevens als randvoorwaarde voor samenwerking, continuïteit van zorg en het gebruik van digitale toepassingen en AI.

4.3.2 Wat kan een organisatie doen - Tools en instrumenten

- Medewerkerstevredenheidsmetingen en werkdrukmonitoring: structureel ophalen van ervaringen van medewerkers over werkplezier, belasting en duurzame inzetbaarheid.
- Vitaliteits- en preventieprogramma's: inzetten op gezondheid, veerkracht en behoud van medewerkers, bijvoorbeeld via coaching, intervisie, leefstijlondersteuning of preventief arbeidsgezondheidsbeleid.
- Digitale consultvormen waar passend: beeldbellen, telemonitoring of digitale triage inzetten om reistijd, belasting en onnodige zorgconsumptie te beperken.
- Experimenteren en opschalen: ontwikkelen, testen en opschalen van innovaties in digitale zorg, AI en duurzame zorgpraktijken.
- Co-creatie met patiënten en medewerkers: actief betrekken van patiënten en professionals bij het ontwerpen, testen en evalueren van nieuwe werkwijzen.
- Digitale randvoorwaarden op orde: investeren in veilige, betrouwbare en gestandaardiseerde gegevensuitwisseling en ICT-infrastructuur.
- Van pilot naar praktijk: resultaten uit pilots systematisch evalueren, delen en vertalen naar structurele werkwijzen binnen de organisatie en regio.
- Regionale samenwerking en kennisdeling: organiseren van inspiratiesessies, leerbijeenkomsten en uitwisseling met koplopers om innovaties te versnellen.
- Ondersteuning bij implementatie: bieden van praktische handvatten, scholing en begeleiding bij de invoering van digitale toepassingen en nieuwe werkwijzen.
- Monitoring en effectmeting: inzichtelijk maken van de impact van innovaties op werkdruk, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

4.3.3 Reflectievragen

Innovatie en praktijkwaarde

- Welke innovaties dragen in onze organisatie daadwerkelijk bij aan betere zorg, lagere werkdruk of hogere patiënttevredenheid?
- In hoeverre maken wij bewuste keuzes in welke innovaties we wel en niet oppakken?
- Hoe borgen we veilige en betrouwbare gegevensuitwisseling in onze samenwerking?

Duurzaamheid

- Hoe dragen wij concreet bij aan duurzame zorg (personeel, preventie, milieu, inzet van capaciteit)?
- Waar liggen voor onze organisatie de grootste kansen om duurzamer te werken?

Digitalisering en toegankelijkheid

- Op welke manier zetten wij digitale zorg in om de toegankelijkheid voor patiënten te verbeteren?
- Voor welke patiëntgroepen werkt digitale zorg goed, en waar vraagt dit nog aanpassing?
- Leveren onze digitale toepassingen in de praktijk daadwerkelijk waarde voor patiënten en professionals?
- Waar ervaren we nog drempels in het gebruik van digitale zorg en hoe kunnen we die verlagen?

AI en innovatiekracht

- Hoe zetten wij AI op een verantwoorde en zinvolle manier in binnen onze organisatie?
- Hoe zetten we AI verantwoord in om werkprocessen te ondersteunen of te verbeteren?
- Hebben wij voldoende kennis en ondersteuning om nieuwe technologieën goed te beoordelen en toe te passen?

Gegevensuitwisseling en samenwerking

- In hoeverre is onze gegevensuitwisseling veilig, betrouwbaar en ondersteunend aan de samenwerking in de keten?
- Waar lopen we tegenaan in de uitwisseling van gegevens met andere partijen?
- Hoe borgen we veilige en betrouwbare gegevensuitwisseling in onze samenwerking?

Implementatie en opschaling

- Hoe zorgen wij dat succesvolle pilots niet blijven hangen, maar daadwerkelijk worden opgeschaald?
- Wat belemmert ons om innovaties structureel te borgen in de praktijk?

Betrokkenheid en verandering

- In hoeverre betrekken wij medewerkers en patiënten bij het ontwikkelen en implementeren van innovaties?
- Hoe zorgen wij voor draagvlak en adoptie van nieuwe werkwijzen binnen de organisatie?

5 ROL VAN INEEN BIJ SAMEN LEREN EN VERBETEREN

InEen helpt leden om het kompas concreet en toepasbaar te maken, zodat het niet alleen richting geeft, maar ook daadwerkelijk wordt gebruikt in beleid, kwaliteitsplannen en regionale samenwerking. Daarbij vervult InEen een verbindende en faciliterende rol in het versterken van samen leren en verbeteren in de eerstelijnszorg. InEen ondersteunt leden door kennis te bundelen, partijen te verbinden en praktische hulpmiddelen te ontwikkelen die direct toepasbaar zijn in de praktijk. Ook maken we ons hard naar relevante partijen (VWS, ZN, IGJ) dat dit document geen basis vormt waarop getoetst wordt maar bedoeld als handvat om te groeien en met elkaar de dialoog aan te gaan.

InEen werkt vanuit vier pijlers:

1. Netwerken

- InEen organiseert, begeleidt en onderhoudt thematische en regionale netwerken waarin leden samen leren en ontwikkelen.
- Opzetten en faciliteren van leernetwerken rond thema's zoals digitalisering, chronische zorg, triage en samenwerking.
- Verbinden van huisartsenorganisaties, huisartsenspoedposten en ketenpartners rondom gezamenlijke vraagstukken.
- Organiseren van bijeenkomsten waarin ervaringen worden uitgewisseld en gezamenlijke oplossingen worden verkend.

2. Kennisdeling

InEen zorgt dat relevante kennis beschikbaar en toepasbaar is voor leden.

- Ontwikkelen en delen van kennis via de digitale omgeving (LINK), webinars en bijeenkomsten.
- Verzamelen en verspreiden van goede voorbeelden en praktijkervaringen van leden.
- Vertalen van landelijke ontwikkelingen naar concrete handvatten voor de praktijk.
- Organiseren van casuïstiekbesprekingen en themasessies rondom actuele vraagstukken.

3. Cultuur en vertrouwen

InEen stimuleert een open en lerende cultuur binnen en tussen organisaties.

- Organiseren van gesprekken en bijeenkomsten over leren, verbeteren en veiligheid.
- Bevorderen van uitwisseling tussen organisaties.
- Delen van voorbeelden waarin reflectie en leren centraal staan.
- Aandacht vragen voor de rol van leiderschap in het creëren van een veilige leeromgeving.

4. Praktische ondersteuning

InEen ontwikkelt en biedt concrete hulpmiddelen die organisaties helpen bij het toepassen van het kompas.

- Ontwikkelen van formats, checklists en toolkits voor gebruik in beleid en praktijk.
- Faciliteren van benchmarking en gezamenlijke data-analyse (benchlearning).
- Ontwikkelen van lerende indicatoren die gericht zijn op verbeteren in plaats van verantwoorden.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Basis op orde

Basis op orde betekent dat de organisatie voldoet aan de noodzakelijke randvoorwaarden op het gebied van kwaliteit, veiligheid, governance, wet- en regelgeving en professioneel handelen. Deze basis vormt het fundament waarop samen leren, verbeteren en vernieuwen mogelijk wordt.

Een goed kwaliteitsbeleid begint met:

- Duidelijke afspraken;
- Heldere verantwoordelijkheden;
- Goed ingerichte processen;
- Cyclisch werken (plannen, uitvoeren, evalueren, bijstellen – PDCA);
- En voldoen aan relevante wet- en regelgeving.

Kwaliteit en governance

- Kwaliteitsmanagementsysteem;
- Certificering/accreditatie (waar relevant);
- Governance volgens de governancecode;
- Statuten en reglementen.

Veiligheid en compliance

- Informatiebeveiliging (zoals NEN7510);
- AVG/privacy;
- Klachtenregeling;
- Patiëntveiligheid;
- Veilige werkomgeving.

Professionals en organisatie

- Bevoegd en bekwaam personeel;
- Functieprofielen;
- Scholing en kwaliteitsregisters;
- Goed werkgeverschap.

Sturing en verbeteren

- Werken volgens richtlijnen en standaarden;
- Monitoren van proces- en uitkomstindicatoren;
- VIM/TIM of andere incident-/verbeterstructuren;
- PDCA-cycli.

Bijlage 2: Aanvullende afspraken voor HAP: streefwaarden hoog risicoprocessen, indicatoren en monitoring¹

Deze streefwaarden en indicatoren worden jaarlijks in de algemene ledenvergadering besproken en desgewenst bijgesteld of aangevuld.

Streefwaarden hoog risicoprocessen

Huisartsen Spoedvisites U1

Bij U1 visites streven we ernaar om in 75% van de gevallen binnen 20 minuten bij de patiënt aanwezig te zijn en in 90% van de gevallen binnen 25 minuten.

De aanrijdtijd is de tijd tussen het moment van de eerste handeling in het EPD op de huisartsenspoedpost en het moment dat de zorgverlener arriveert bij de patiënt.

Spoedtelefoon

De spoedtelefoon wordt zo spoedig mogelijk opgenomen. Bij de spoedtelefoon streven we ernaar dat in 95% van de gevallen binnen 30 seconden een daarvoor gekwalificeerde medewerker de spoedtelefoon opneemt en in 98% binnen 40 seconden.

De wachttijd is de tijd tussen het moment dat de patiënt de huisartsenspoedpost belt en het moment dat een daarvoor gekwalificeerde medewerker de telefoon opneemt. 2

U2 visites

Bij U2 visites streven we ernaar om in 90% van de gevallen binnen 1 uur bij de patiënt aanwezig te zijn en in 98% van de gevallen binnen 2 uur.

Indien zorg niet binnen 1 uur geleverd kan worden is er tussentijds telefonisch contact van de huisartsenspoedpost (door een daarvoor gekwalificeerde medewerker) met de patiënt.

De aanrijdtijd is de tijd tussen het moment van de eerste handeling in het EPD op de huisartsenspoedpost en het moment dat de zorgverlener arriveert bij de patiënt.

Indicatoren hoog risicoprocessen

Voor de hoog risicoprocessen U2 consulten, triage en overdracht spreken we het volgende af:

U2 consulten

Bij U2 aangemerkte zorgvragen waarvoor een U2 consult is geïndiceerd streven we ernaar om de patiënt na binnenkomst zo spoedig mogelijk te helpen.

Zodra de patiënt binnen is:

- wordt gevraagd of de situatie veranderd is
- is er toezicht in de wachtkamer.

De responstijd van U2 consulten is de tijd na afronding NTS-triage en het moment dat de huisarts de behandeling start op de huisartsenspoedpost.

¹ Mei 2026 zijn deze streefwaarden actueel, mochten er wijzigingen zijn dan worden deze gecommuniceerd via de algemene ledenvergadering en bijgewerkt in deze bijlage.

² De wachttijd is inclusief de duur van het bandje en wordt niet gecorrigeerd voor ophangers. Het startmoment van de spoedtelefoon is om meettechnische redenen anders dan het startmoment van de huisartsen spoedvisites.

Triage

De kwaliteit van de triage is cruciaal voor het functioneren van de huisartsenspoedpost. Om de kwaliteit van de triage te borgen wordt geadviseerd om afspraken te maken binnen het interne kwaliteitsbeleid. Hiervoor dient gebruik te worden gemaakt van de Regeling diplomeringstraject Triage.

InEen stimuleert het leren van elkaar door uitwisseling van ervaringen tijdens bijeenkomsten en het delen van scholingsplannen. Met behulp van de indicatoren in de benchmark en het hanteren van de InEen Kernset wordt de kwaliteit van triage inzichtelijk gemaakt.

Overdracht

Voor het thema overdracht wordt in de benchmark gevraagd of er afspraken zijn met ketenpartners. De afspraken op de huisartsenspoedpost tussen huisarts en triagist en tussen dagzorg en huisartsenspoedpost vallen hieronder. Daarnaast zal voor het thema overdracht zoveel mogelijk worden aangesloten op de afspraken zoals vastgelegd in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen (veldnormen).

Voor interne monitoring is het goed als de huisartsenspoedpost afspraken maakt en opneemt in het kwaliteitsbeleid hoe voortgang en kwaliteit gemonitord wordt.

Indicatoren minder urgente zorguitkomsten

Naast bovenstaande streefwaarden en indicatoren voor hoog risicoprocessen zijn er ook indicatoren die bedoeld zijn voor interne monitoring. Telefonische bereikbaarheid voor niet-spoed blijft een onderdeel van de benchmark ter ondersteuning voor het samen leren en verbeteren.

