



Uitgangspunten herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Februari 2026



Aanleiding uitgangspunten en uitwerking

De toegankelijkheid van de wijkverpleging staat onder druk. Cliënten, mantelzorgers en zorgverleners ervaren soms dat het lastig is om tijdig wijkverpleging te organiseren. Huisartsen besteden vaak veel tijd aan het rondbellen om passende zorg te vinden. Met name bij cliënten met een complexere zorgvraag lukt het soms niet om zorg tijdig te organiseren.¹ De verwachting is dat deze druk de komende jaren verder toeneemt als de zorg niet anders wordt ingericht. Het borgen van toegankelijke zorg voor iedereen – nu en in de toekomst – is daarom een gedeelde ambitie van alle betrokken partijen. Dit is onder meer vastgelegd in het *Integraal Zorgakkoord (IZA)* en de *Visie Eerstelijnszorg 2030*.

Op wijk- en regioniveau is daarom betere samenwerking tussen sectoren nodig. In de visie eerstelijnszorg is dit geformuleerd als het samenwerken in een “hecht wijkverband” en regionaal eerstelijns-samenwerkingsverband (RESV). De wijkverpleging zal daarom op veel plaatsen herkenbaar en aanspreekbaar georganiseerd moeten worden. Enerzijds zodat cliënten en zorgverleners weten waar zij terecht kunnen als iemand wijkverpleging nodig heeft. Anderzijds om deel te kunnen nemen aan de samenwerkingsverbanden zoals hierboven beschreven.

In 2020 is de leidraad herkenbare en aanspreekbare (H&A) wijkverpleging gepubliceerd². Uit het eindrapport van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) van maart 2024³ over de implementatie van H&A wijkverpleging, blijkt dat er mooie stappen zijn gezet, maar ook dat H&A wijkverpleging nog niet overal van de grond is gekomen. Daarom hebben betrokken partijen landelijk afspraken gemaakt om H&A wijkverpleging overal te implementeren, aansluitend bij de visie eerstelijnszorg 2030. Het doel van deze uitwerking is om partijen te ondersteunen bij de implementatie van H&A wijkverpleging.

Wat is het doel van deze uitwerking?

De voorliggende uitwerking heeft drie hoofddoelen:

1. Uitgangspunten delen waaraan herkenbaar en aanspreekbaar georganiseerde wijkverpleging moet voldoen om aan te sluiten bij de gewenste werkwijze in de eerstelijnszorg 2030.
2. Rollen en verantwoordelijkheden verduidelijken van zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de realisatie van deze uitgangspunten.
3. Praktische lessen en tips delen van cliënten, wijkverpleegkundigen, aanbieders en zorgverzekeraars om samenwerking in de wijk verder te versterken.

Een duurzame samenwerking vraagt dat de wijze van organiseren aansluit bij de dagelijkse praktijk van zorgverleners én toegevoegde waarde biedt voor de cliënt. Voor de uitwerking van de uitgangspunten hebben daarom interviews plaatsgevonden met zes verschillende regio's, om te leren van de praktijk.

1 Equalis (2024): clientvolgend onderzoek in de wijkverpleging.

2 ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, VNG, VWS, ZN en Zorgthuis.nl: Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging (2020)

3 <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2023-0469.pdf>

1. Uitgangspunten

Onderstaande vijf uitgangspunten beschrijven waaraan H&A wijkverpleging moet voldoen:

1. Om de wijkverpleging nu en in de toekomst herkenbaar, aanspreekbaar, effectief en efficiënt naast de huisarts te kunnen laten functioneren is een **coördinerend mechanisme** in de wijkverpleegkundige as nodig dat herkenbaar is op het niveau van de huisartsenpraktijk. Het mechanisme moet eraan bijdragen dat zorgvragen van burgers/cliënten, huisartsen en andere verwijzers/zorgverleners snel op de juiste plek terechtkomen. Dit mechanisme gaat verder dan alleen een telefoonnummer, want voor een goede samenwerking is het belangrijk dat in ieder geval de kernpartners rond de huisartsenpraktijk in de wijk elkaar kennen. Zodat zij elkaar laagdrempelig kunnen vinden, op elkaar kunnen rekenen, inzicht hebben in de capaciteit, verantwoordelijkheid pakken en proactief kijken naar de populatie. Dit betekent niet dat dit voor elke huisartsenpraktijk apart wordt opgezet, maar wel dat dit mechanisme voor elke huisarts(enpraktijk) herkenbaar en effectief is. De wijkverpleging organiseert zich daarbij zodanig dat:
 - a. In elke regio een vaste gemandateerde deelname vanuit de wijkverpleging is in het RESV (te organiseren op niveau van zorgorganisaties).
 - b. In elke regio een coördinerend mechanisme in de wijkverpleegkundige as is dat voorziet in de punten zoals hierboven beschreven (te organiseren op niveau van zorgorganisaties, maar effectief op niveau van zorgverleners).
 - c. In elke wijk een vaste gemandateerde deelname namens de wijkverpleging is aan het hechte wijkverband (te organiseren op niveau van zorgverleners).
2. In elke regio werken aanbieders van wijkverpleging zodanig samen dat zij zich committeren aan landelijke normen zoals het normenkader wijkverpleging en aan regionale samenwerkingsafspraken. Zo nemen zij gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de toegang tot zorg voor inwoners van het betreffende gebied. Vanuit deze samenwerking organiseren aanbieders dus de drie elementen onder uitgangspunt 1. Daarachter blijft voor cliënten keuze tussen aanbod van verschillende zorgaanbieders. Voor het opzetten van samenwerking geldt dat deze in beginsel open staat voor alle aanbieders van wijkverpleging die bereid zijn volgens de landelijk vastgelegde – en regionaal verder uitgewerkte – uitgangspunten te werken.
3. Het coördinerend mechanisme in de wijkverpleegkundige as is goed aangesloten op bestaande afspraken en structuren t.b.v. coördinatie van wijkverpleging (zoals onplanbare nachtzorg, ELV-coördinatiefunctie) en zorgcoördinatie⁴. Het is voor burgers, cliënten en samenwerkingspartners duidelijk wanneer zij waar terechtkunnen met welke vragen, waarbij aanbieders zorgen voor zichtbaarheid en transparantie.
4. Per regio wordt een vorm van samenwerking en mandatering door de wijkverpleging gekozen die past bij de lokale en regionale situatie. Dit gebeurt in samenhang met de in opbouw zijnde RESV's. Om regio's bij deze keuze te ondersteunen, worden voorbeelden actief gedeeld.
5. Wanneer aanbieders niet zelf het initiatief nemen, maakt de marktleider zorgverzekeraar (contract) afspraken met een of enkele aanbieders van wijkverpleging om het initiatief te nemen om de samenwerking zoals beschreven onder uitgangspunt 1 te organiseren. De eindverantwoordelijkheid voor de gemandateerde afvaardiging blijft bij de zorgaanbieders liggen. De zorgverzekeraar biedt benodigde middelen voor het opzetten⁵ en onderhouden van deze samenwerking in de wijkverpleging en denkt actief mee.

⁴ Kamerbrief over vervolg implementatie zorgcoördinatie | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl

⁵ Voor zover die niet op andere manieren al beschikbaar zijn. Zie bijvoorbeeld: <https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/voucher-versterking-regionale-monodisciplinaire-organisatiegraad-eerstelijnszorg-2025>

2. Rollen en verantwoordelijkheden bij opzetten H&A wijkverpleging

Hieronder is beschreven welke rol en verantwoordelijkheid de zorgaanbieder en zorgverzekeraar hebben om de samenwerking te realiseren en welke succesvolle stappen de regio's hierin hebben aangedragen.

Situatie 1: Zorgaanbieders nemen het initiatief tot samenwerking

Verantwoordelijkheden zorgaanbieders:

- Initiatief nemen: starten met het vormen van samenwerking tussen aanbieders van wijkverpleging. Elkaar leren kennen, probleemschets beschrijven, een gezamenlijke visie conform het normenkader wijkverpleging ontwikkelen en doelstellingen bepalen.
- Afstemming en betrokkenheid: actieve samenwerking zoeken met verwijzers (zoals huisartsen en ziekenhuizen) én de zorgverzekeraar.
- Keuzemogelijkheden: bij het opzetten en de uitvoering van de samenwerking wordt rekening gehouden met voorkeursopties van huisartsen in werkwijze en de keuzevrijheid van cliënten (minimale variant van keuzevrijheid is het aangeven van een voorkeursaanbieder door cliënten/naasten).
- Zeggenschap: de zorgprofessionals uit de teams wijkverpleging geven aan wat nodig is om goede zorg te bieden en samen te werken in de wijk. Dit is leidend voor de bestuurlijke samenwerkingsafspraken tussen organisaties. In het hele proces is zeggenschap geborgd.
- Bestuurlijk mandaat: zorgen dat bestuurders met mandaat aan tafel zitten om besluiten te kunnen nemen betreffende het H&A samenwerkingsverband.
- ICT en gegevensdeling: bijdragen aan de ontwikkeling en het gebruik van een ICT-ondersteuning, bijvoorbeeld in de vorm van een gedeeld zorgportaal.
- Leren en verbeteren: deelnemen aan pilots, evalueren en op basis daarvan het model bijstellen (op alle niveaus, zowel door bestuurders als door professionals).
- Communicatie en draagvlak: zorgen voor duidelijke communicatie en het creëren van draagvlak onder alle betrokken partijen.
- Financiën: meedenken over opstartkosten en structurele kosten en het gesprek hierover aangaan met de preferente zorgverzekeraar.

Verantwoordelijkheden zorgverzekeraars:

- Zorgverzekeraars nemen een actieve rol om met aanbieders afspraken te maken over de inhoud van samenwerking en financiering van opstartkosten. Of extra inspanningen of kosten nodig zijn, verschilt per regio; waar extra kosten gemaakt worden, tonen zorgverzekeraars zich welwillend en zoeken zij samen met aanbieders naar passende oplossingen. Structurele en opstartkosten worden daarbij besproken, waarbij opstartkosten kunnen worden gefinancierd via bijvoorbeeld ZonMw of transformatiegelden.

Situatie 2: Er is (nog) geen samenwerking in de regio

Verantwoordelijkheden zorgverzekeraar:

- Wanneer aanbieders niet zelf het initiatief nemen, maakt de marktleider zorgverzekeraar (contract) afspraken met een of enkele aanbieders van wijkverpleging om het initiatief te nemen om de samenwerking te organiseren. Bijvoorbeeld via het organiseren van overleggen, het starten van een ondersteunend traject of het delen van goede voorbeelden.
- De zorgverzekeraar denkt actief mee over bekostiging⁶ en draagt daar zo nodig ook met middelen en/of financiering aan bij.
- Monitoring en bijsturing: de voortgang van samenwerking wordt gevolgd. Bij stagnatie wordt actief bijgestuurd, bijvoorbeeld met behulp van het aanpassen van inkoopafspraken.

Verantwoordelijkheden zorgaanbieders:

- Zorgaanbieders participeren actief in het opzetten van samenwerkingsverbanden en ondersteunen de trajecten die gericht zijn op het verbeteren van de samenwerking. De onder situatie 1 beschreven verantwoordelijkheden voor de aanbieder blijven ook in deze situatie gelden.

3. Lessen uit zes regio's

Voor deze uitwerking hebben er interviews plaatsgevonden met zes regio's. Deze zes regio's geven allen op hun eigen wijze invulling aan herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Er is bewust gekozen voor zes diverse regio's om goed zicht te krijgen op de verschillende wijzen waarop er samengewerkt kan worden. Uit de interviews blijkt dat de wijze waarop de samenwerking is ingericht, grotendeels wordt bepaald door regiokenmerken, zoals het aantal aanbieders en een stukje historie. In bijlage 1 is een uitgebreide omschrijving van de zes voorbeelden toegevoegd. De bevindingen op hoofdlijnen zijn:

- Uit de interviews komt naar voren dat de herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging in elke regio op een eigen manier invulling krijgt, maar wel belangrijke elementen te herkennen zijn. De uitkomsten hiervan hebben we in een tabel hieronder samengevat. In al deze zes regio's wordt dit vormgegeven door:
 - Coördinatie van cliëntvragen (bijvoorbeeld door een centrale toegang of een gedeeld portaal voor stroomlijning van cliëntvragen).
 - Duidelijke afspraken tussen aanbieders over kwaliteit, samenwerking en inzet (rechten en plichten).
 - Beperkte maar aanwezige keuzevrijheid voor cliënten, afhankelijk van capaciteit en systeemstructuur.
- Samenwerking zit vooral op relationeel niveau en is afhankelijk van regio-specifieke kenmerken. Landelijk uitgewerkte modellen van bovenaf blijken daarin niet wenselijk.
- Een samenwerkingsverband (zoals H&A), is behulpzaam in het versterken van andere samenwerkingen. H&A fungeert daarmee als basis voor het organiseren van mandatering naar het hechte wijkverband en RESV.
- Er werd in de regio's nagedacht over de invulling van het hechte wijkverband, maar dat was nog niet zodanig georganiseerd, hetzelfde geldt voor mandatering voor het RESV.

6 Voor zover die niet op andere manieren al beschikbaar zijn. Zie bijvoorbeeld: <https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/voucher-versterking-regionale-monodisciplinaire-organisatiegraad-eerstelijnszorg-2025>

Tabel 1. Overzicht van hoe de zes regio's de uitgangspunten van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging hebben vormgegeven.

Regio/model	Coördinatie klantvraag	Rechten en plichten	Keuzevrijheid cliënt
Noord-Oost Brabant	◆ Centraal portaal ◆ Dagelijks overleg wijkverpleegkundigen	● Toetredingscriteria ● Gezamenlijke visie vereist ● Contract met CZ / VGZ	● Voorkeurs-aanbieder mogelijk ○ Afhankelijk van capaciteit
Oudewater	◆ Coördinatie via huisartsen en VIP Live ◆ Korte lijnen lokaal wijkvp en huisartsen	● Gezamenlijke afspraken over inzet en bereikbaarheid ● Gedeelde visie	○ Keuze uit beperkt aantal aanbieders ● Persoonlijke bekendheid
Amsterdam	◆ Verwijspunt 020 ◆ Zorg In de Wijk (ZIW)-tafel met 15 aanbieders	● Selectieve inkoop ● Hoofd- en onderaannemerschap ● Toetredingscriteria (zoals toegevoegde waarde binnen bestaande zorgaanbod)	○ Binnen ZIW-netwerk ● Voorkeur mogelijk bij beschikbaarheid
Midden-West Brabant	◆ Centraal digitaal aanmeldportaal ◆ Via schakelteams	● Deelname via schakelteams ● Gedeelde visie	● Voorkeurs-aanbieder mogelijk ○ Beperkt door capaciteit
Noord-Limburg	◆ Klantcontactcenter ◆ Gezamenlijk beheer wachtlijsten	● Gezamenlijke coördinatie ● Mandatering via ambassadeurs	● Mogelijk binnen samenwerking ○ Soms beperkt aanbod
Westland-Schieland-Delfland	◆ Centraal coördinatiepunt ◆ Automatische verdeling via Point	● Deelnameplicht bij rooster ● Alleen gecontracteerden	○ Minder keuzevrijheid ● Snel hulp via beschikbaarheid

Legenda:

● = Ja, volledig aanwezig

○ = Gedeeltelijk / beperkt

◆ = Werkproces / coördinatievorm

4. Tips van aanbieders voor organiseren samenwerking

- *Leg op medewerkersniveau contact tussen verschillende aanbieders*
Het voorbeeld van op elk niveau koffie met elkaar drinken voor goede samenwerking werd overal genoemd.
- *Betrek huisartsen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars vanaf het begin*
Zorg dat verwijzers, zoals huisartsen en ziekenhuizen, vanaf het allereerste moment betrokken zijn. Geef hun bijvoorbeeld toegang tot het zorgportaal waar aanvragen binnenkomen. Betrek ook de preferente zorgverzekeraar als volwaardige partner om draagvlak en ondersteuning te waarborgen.
- *Stel een duidelijke trekker aan met bestuurlijk mandaat*
Benoem een trekker die het proces coördineert en zorg dat bestuurders of directies met mandaat aan tafel zitten. Dit verhoogt de slagkracht en helpt om gezamenlijke doelen te behalen.
- *Neem samen als regio verantwoordelijkheid*
Zorgaanbieders en zorgverzekeraars delen samen de verantwoordelijkheid voor het efficiënt inzetten van zorgcapaciteit binnen de regio. Dit vraagt om heldere afspraken en gezamenlijke visie.
- *Stem visie, werkwijze en processen af*
Alle betrokken partijen hanteren een gezamenlijke visie en werkwijze. Maak duidelijke afspraken over samenwerking en processen. Vertrouwen, communicatie en een hechte samenwerking zijn cruciaal.
- *Faciliteer efficiënte communicatie en gegevensuitwisseling*
Gebruik een centraal portaal voor zorgaanvragen (bijvoorbeeld VIP Live of een regionaal portaal). Houd communicatie laagdrempelig en stimuleer directe contacten tussen zorgaanbieders en verwijzers.
- *Implementeer het model stapsgewijs met ruimte voor pilot en feedback*
Start met een zorgvuldige fasering en pilots waarin feedback van alle betrokkenen wordt meegenomen. Dit bevordert draagvlak en optimaliseert het model in de praktijk.
- *Maak gebruik van de kracht van professionals*
Focus op wat werkt in de praktijk en voorkom langdurige beleidsdiscussies. Professionals kennen de inhoud en kunnen samen snel resultaten boeken.
- *Wees flexibel en denk vooruit*
Blijf anticiperen op toekomstige ontwikkelingen, bijvoorbeeld op het gebied van preventie en zelfredzaamheid, om het model duurzaam te maken.
- *Zorg als samenwerkingsverband voor een goede en overzichtelijke website*
De website geeft ruimte om cliënten, verwijzers en financiers inzicht te geven in welke aanbieders bij het samenwerkingsverband zijn aangesloten, in welke wijk welke aanbieder actief is en wat hun specialismen zijn.

Bijlage 1: Aanvullende informatie uit de interviews

Er hebben interviews plaatsgevonden met onderstaande zes regio's⁷:

- *Regio Amsterdam*: een stedelijk gebied met zo'n 15 gecontracteerde partijen. Dit 'beperkte' aantal gecontracteerde aanbieders vloeit voort uit het Zilveren Kruis inkoopmodel 'Zorg in de wijk' van een aantal jaren terug. Een deel van de aanbieders zonder contract, werkt in onderaanneming bij één van de gecontracteerde partijen. De gecontracteerde partijen in Amsterdam vormen samen het samenwerkingsverband Zorg in de wijk. In oprichting is een gezamenlijk aanmeldpunt voor zorgvragen. De zorgaanbieders die in onderaanneming zijn, zijn geen deelnemers van het samenwerkingsverband, maar de afspraken die daar worden gemaakt worden overgenomen door de onderaannemers.
- *Regio Oudewater*: een dorp met twee aanbieders van wijkverpleging. Gezien het geringe aantal aanbieders is er geen apart samenwerkingsverband opgericht. De twee partijen werken intensief samen en verwijzen naar elkaar door als een van beiden geen capaciteit beschikbaar heeft.
- *Regio Noord-Limburg*: een regio met een drietal grote aanbieders die in de markt domineren en voor de rest kleine partijtjes. De drie grote partijen hebben sinds een aantal jaar hun samenwerking steeds verder geïntensiveerd op het niveau van zowel professionals als managers en bestuurders. Er zijn afspraken gemaakt over o.a. visie en het stroomlijnen van processen.
- *Regio Midden-West Brabant*: vooral stedelijk gebied en zo'n 20 gecontracteerde aanbieders. Samenwerking verloopt in twee fasen. Fase 1 is afgerond, het werken in zogenoemde schakelteams. Er is een gebiedsindeling gemaakt waar wijkverpleegkundigen uit meerdere wijkteams en buurtteams van verschillende organisaties samenwerken in een Schakelteam. Hier coördineren ze de zorg en zoeken met oog voor positieve gezondheid de verbinding met andere wijkpartners. Fase 2 is in ontwikkeling: het oprichten van een regionaal aanmeldpunt.
- *Regio Noord-Oost Brabant*: 22 partijen coördineren de zorgvraag door te werken met een regionaal aanmeldpunt, welke is onderverdeeld in deelgebieden. Per deelgebied komen de wijkverpleegkundigen van de deelnemende organisaties iedere werkdag bij elkaar om de binnengekomen zorgvragen te coördineren.
- *Regio Westland, Schiedam en Delft*: in de regio wordt gewerkt met een gezamenlijk coördinatiepunt voor zowel zorgvragen voor wijkverpleging als voor intramurale bedden. Het coördinatiepunt wordt om de beurt bemand door vier zorgaanbieders en het ziekenhuis. Het aantal aanbieders dat (via Point) een zorgvraag aangeboden krijgt via het coördinatiepunt is groter. Het coördinatiepunt is een onderdeel van de totale samenwerking tussen partijen in de regio.

⁷ De samenwerkingsvormen die er mogelijk zijn, zijn niet gelimiteerd tot onderstaande zes varianten.

Bijlage 2: Autoriteit Consument & Markt (ACM)

In het kader van het IZA, hebben verschillende overleggen plaatsgevonden tussen brancheverenigingen en de ACM en hebben IZA-partijen een infographic opgesteld om duiding te geven aan de mogelijkheden van samenwerking binnen de mededingingsregels. Uitgangspunt daarbij is dat de ACM geen aanleiding ziet voor onderzoek uit eigen beweging als aan de leidende principes wordt voldaan:

1. De doelstellingen van samenwerkingsafspraken tussen partijen zijn concreet en meetbaar ‘op papier’ beschreven in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg (“Wat worden patiënten/cliënten er per saldo beter van?”).
2. De partijen van de ‘zorgdriehoek’ (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, vertegenwoordigers van patiënten/cliënten en mogelijk gemeenten) zijn volwaardig betrokken bij de betreffende afspraken.

Daarnaast brengt de ACM actief de mogelijkheden van samenwerking binnen de mededingingsregels onder aandacht. Zie bijvoorbeeld:

- [Samenwerken in de wijkverpleging | ACM](#)
- [Speech: Samenwerken in de regio, de Mededingingswet en de rol van de ACM](#)
- [Mag niet van de ACM? Er mag meer dan je denkt!](#)

De ACM schrijft op haar website dat in beginsel iedere zorgaanbieder in de wijk zich bij een herkenbaar en aanspreekbaar wijkverband moet kunnen aansluiten. Het is echter niet zo dat een samenwerkingsverband een inspanningsverplichting heeft om andere aanbieders bij het team te laten aansluiten. Ook zijn toelatingseisen mogelijk mits objectief bijdragend aan het samenwerkingsdoel. Ter illustratie beschrijft de ACM dat eisen als voldoen aan geldende wet- en regelgeving en professionele standaarden mogelijk zijn. Een eis dat een aanbieder gecontracteerd is, geen zzp’er is of een bepaalde omzetsdrempel heeft gehaald, hangt daarentegen onvoldoende samen met het doel van een herkenbaar en aanspreekbaar wijkteam. Het is behulpzaam afspraken vast te leggen, om de kans dat een partij in de toekomst een klacht indient bij de ACM te beperken.



Deze uitwerking is opgesteld door het Ministerie van VWS, Actiz, Zorgthuisnl en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en is afgestemd met Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Patiëntenfederatie Nederland en Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).