

Doelmatige praktijkvoering

15 april 2026



Met de NVAVG-leidraad Doelmatige praktijkvoering arts VG 2.0 als kader zoekt zorgorganisatie Eemhart naar manieren om de beperkte capaciteit van artsen VG doelmatig in te zetten. Wat betekent dat in de dagelijkse praktijk?

De NVAVG-leidraad [Doelmatige praktijkvoering arts VG 2.0](#) beoogt de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de arts VG te verbeteren. De leidraad is ontwikkeld tegen de achtergrond van een structureel tekort aan artsen VG en toenemende complexiteit van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Doelmatige inzet van schaarse arts VG capaciteit is daarmee niet alleen een organisatorisch vraagstuk, maar ook een voorwaarde voor continuïteit en kwaliteit van zorg. Arts VG Gerjanne Vlasveld en directeur expertisecentrum Elisabeth Laceulle van zorgorganisatie Eemhart in Baarn/Midden Nederland vertellen hoe zij de leidraad vertalen naar hun praktijk, welke randvoorwaarden daarbij cruciaal zijn en waar zij in

de implementatie tegenaan lopen.

Complementaire zorg: arts VG én huisarts

Zorgorganisatie Eemhart, voorheen Amerpoort-Sherpa, staat voor een betekenisvol leven voor mensen met een beperking, met aandacht, ondersteuning en zorg op maat, midden in de samenleving. Eemhart biedt aan ruim 4700 jongeren en volwassenen met een verstandelijke of lichamelijke beperking zorg en ondersteuning en levert daarnaast uitgebreide ambulante zorg en poliklinische behandeling in het regionale verzorgingsgebied. Bij de organisatie werken zeven artsen VG (ongeveer vijf fte). Dat is relatief weinig voor het aantal mensen waaraan zorg en ondersteuning geboden wordt -wat de noodzaak van doelmatige praktijkvoering benadrukt.

De basis van de zorgverlening binnen Eemhart is helder: er is een duidelijke taakdifferentiatie tussen de arts VG en de huisarts. 'De huisarts levert de generalistische eerstelijnszorg, de arts VG is verantwoordelijk voor specifieke medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking', vat Vlasveld kort samen. Dat klinkt overzichtelijk, maar de praktijk is weerbarstig, benadrukken Laceulle en Vlasveld, juist omdat de meeste zorgvragen niet monodisciplinair zijn.

De uitdaging ligt daarom niet alleen in de verbinding en samenwerking tussen huisarts en arts VG, maar ook in de samenwerking met overige betrokken behandelaren, zoals bijvoorbeeld de orthopedagoog. Vlasveld geeft een voorbeeld: 'Een cliënt die zelfstandig woont, maar dat eigenlijk niet kan, ontwikkelt vaak zowel medische als gedragskundige problematiek. Hoewel de zorgvraag bij de arts VG terechtkomt, is ook de expertise van de orthopedagoog nodig. En dat is het ingewikkelde van de leidraad *Doelmatige praktijkvoering arts VG 2.0* en het MGZ-convenant: die gaan primair in op het medische vraagstuk.'

In deze multidisciplinaire samenwerking is een centrale triagerol weggelegd voor de regioverpleegkundige, conform het MGZ-convenant. Deze triage gaat nadrukkelijk verder dan de keuze tussen huisarts of arts VG. Laceulle: 'Wanneer kunnen we de zorg zo eenvoudig mogelijk bieden? Wat pakt de huisarts op, wat de arts VG en wat de orthopedagoog (die vaak regiebehandelaar is)? Wanneer kan een zorgvraag door een collega met verpleegkundige expertise op de woning worden opgelost?' Een zorgvuldige triage voorkomt dat schaarse specialistische capaciteit wordt ingezet voor vragen die elders beter kunnen worden beantwoord.

Niet-cliëntgebonden taken als vast onderdeel van het vak

Daarmee komt het gesprek al snel op de verhouding tussen cliëntgebonden en niet-cliantgebonden zorg. Idealiter besteden artsen VG ongeveer zeventig procent van hun tijd aan cliëntgebonden zorg en dertig procent aan niet-cliantgebonden taken, al varieert deze verhouding per arts.

Deze niet-cliantgebonden taken worden door Laceulle en Vlasveld niet gezien als extra's, maar als essentieel voor veilige en verantwoorde zorg. Vlasveld: 'Het is de essentie van ons vak. Het zijn juist die zaken die ervoor zorgen dat mensen op verantwoorde wijze verblijf inclusief behandeling binnen de instelling kunnen hebben. De rol van de arts VG onderscheidt zich hiermee duidelijk van die van de huisarts. Waar de huisarts primair de individuele patiënt behandelt, strekt de verantwoordelijkheid van de arts VG zich uit tot het systeem rond de cliënt. Zonder adequaat infectiepreventiebeleid, zorgvuldig beleid rond onvrijwillige zorg, goed georganiseerde medicatieveiligheid en de vertaling daarvan naar werkprocessen op locaties, is hoogwaardige medische zorg niet mogelijk.'

Laceulle vult aan dat veel van deze taken in principe niet elders belegd kunnen worden zonder kwaliteitsverlies en verlies van verbinding. 'Om als professional veilig te kunnen werken en je gedragen te voelen in de organisatie, moet je mee kunnen praten over beleid. Want invloed en verantwoordelijkheid moeten samengaan.' Een groot deel van de niet-cliantgebonden taken zijn daarom geclusterd en passend verdeeld over de kennis, kwaliteiten en voorkeuren van de artsen VG; bijvoorbeeld het meedenken over beleids- en organisatievraagstukken, evaluaties of inhoudelijke samenwerkingsafspraken met externen, richtlijnontwikkeling en inhoudelijke doorontwikkeling van bepaalde expertise of thema's.

'Een terugkerend aandachtspunt daarbij is de afbakening tussen inhoudelijke verantwoordelijkheid van de arts VG en de uitvoerende of organisatorische verantwoordelijkheid van de instelling. De professional moet inhoudelijke kennis kunnen delen en de organisatie faciliteert dat het ook nog toegepast kan worden in de praktijk. Beleidsmatige kwesties worden gezamenlijk besproken; de manager blijft integraal verantwoordelijk voor organisatie, maar nooit zonder inhoudelijke deskundigheid aan tafel. Als je zorgt dat deze rollen vertegenwoordigd zijn, gaat het meestal goed', zegt Laceulle.

Organisatorische randvoorwaarden en ICT

Doelmatige praktijkvoering staat of valt met adequate ondersteunende structuren. Secretariële ondersteuning en doktersassistenten vormen een bekende kwetsbaarheid binnen zorgorganisaties, vanwege personeelstekort. Een ander belangrijk knelpunt is de informatie-uitwisseling met lokale huisartsen 'Huisartsen zijn voor het grootste deel verantwoordelijk voor de medisch

generalistische zorg van de individuele cliënt. Zij hebben doorgaans het medisch dossier van cliënten in beheer. Artsen VG hebben wel behandelverantwoordelijkheid binnen hun vakgebied, maar geen integraal overzicht van het medisch dossier en soms ook geen adequate informatie over de medicatie', zegt Laceulle. 'We zijn daarin wel aan het verbeteren, maar dit maakt het werk voor de artsen behoorlijk ingewikkeld.'

Landelijke regelgeving en het ontbreken van sectorbrede standaardisatie beperken de autonomie van organisaties bij het oplossen van deze problematiek. Eemhart probeert de beschikbare omwegen te benutten door aan te sluiten bij regionale MGZ-afspraken. Laceulle wijst op de ontwikkeling van het meedenkadvies, maar geeft tegelijk aan dat dit een 'kleine druppel op de gloeiende plaat is: we zijn in afwachting van structurele verbetering van data-uitwisseling.'

Zij en Vlasveld signaleren ook dat ICT-faciliteiten binnen de eigen organisatie een belangrijke randvoorwaarde zijn voor doelmatige praktijkvoering. Daarbij merken zij op dat artsen VG niet altijd tijdig betrokken worden bij interne ICT-besluiten, terwijl hun input essentieel is voor passende functionaliteit. 'ICT richt zich met name op de grootste workflow binnen een organisatie en dus niet altijd op de niches waar je als gezondheidscentrum of als arts in zit. Dus dat is nog wel een hele grote uitdaging', aldus Vlasveld.

Reflectie en perspectief

Ondanks de weerbarstige praktijk zijn Laceulle en Vlasveld voorzichtig optimistisch over de richting. 'Ik ben tevreden over de ontwikkelingen die we in de afgelopen tien jaar hebben gemaakt met de leidraad en het MGZ-convenant', zegt Vlasveld. 'Tevreden zijn over waar we nu staan zou impliceren dat we bij het eindpunt zijn, en dat zijn we niet. Maar de leidraad en het MGZ-convenant hebben ons geholpen om intern stappen te zetten, rollen scherp te definiëren en de discussie te structureren. En ja, we kunnen nog veel meer stappen zetten.'

De fusie van twee middelgrote organisaties tot een grotere organisatie biedt daarnaast toegang tot aanvullende expertise, bij voorbeeld op het gebied van kwaliteit en veiligheid, die ondersteunend kan zijn bij de implementatie van beleid en werkprocessen. Tegelijkertijd waarschuwen Laceulle en Vlasveld voor het risico van een 'ongebreidelde groei' van niet-cliëntgebonden taken: hoe groter de organisatie, hoe meer overleg en beleidsvragen op het bord van artsen VG dreigen te belanden.

Laceulle benadrukt tot slot het belang van een duale benadering in de medische zorg voor cliënten die in de woonwijk wonen: 'We treden bewust zowel als organisatie als via de arts VG naar buiten. De organisatie participeert als netwerkpartner, de arts VG

wordt gepositioneerd als inhoudsdeskundige. Zo kunnen dokters met dokters praten en organisaties met organisaties. Dat zorgt ervoor dat beleid en afspraken dicht bij de inhoud van de zorg blijven.

Eemhart laat zien dat implementatie van doelmatige praktijkvoering een continu proces is en de leidraad geen statisch recept. De neuzen staan dezelfde kant op, de formele structuren worden steeds beter geborgd, en arts en management werken constructief samen.

De [NVAVG-leidraad Doelmatige praktijkvoering arts VG 2.0](#) werd op de ALV in 2024 vastgesteld. Om de leidraad te implementeren heeft de NVAVG een [toolkit](#) ingericht. Daarin staan diverse instrumenten om aan de slag te gaan met de leidraad, zoals een video van een praktijkvoorbeeld, een stappenplan, een infographic over de financiering, een toelichting op de financiering, een presentatie voor de regio en collega's en een leidraad voor het gesprek met het management.

Dit artikel is onderdeel van [het aprilnummer van TAVG 2026](#)