

Meer tijd voor de Patiënt: Geleerde lessen voor uitrol en structurele verankering

Een vergelijkend onderzoek naar zeven 'Meer tijd voor de Patiënt'
projecten in de huisartsenzorg

Jelle Keuper
Art van Schaijk
Ronald Batenburg



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

November 2021

ISBN 978-94-6122-702-7

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2021 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van het onderzoek “Meer tijd voor de Patiënt: geleerde lessen voor uitrol en structurele verankering”. Het is door het Nivel opgesteld in opdracht van de partijen betrokken bij het Hoofdlijnenakkoord (HLA) Huisartsenzorg: het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), InEen, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Voor de periode 2019-2022 zijn in het HLA Huisartsenzorg verscheidene afspraken gemaakt met zowel uitwerking op landelijk als regionaal niveau. Na tussentijdse evaluatie is besloten om ‘Meer tijd voor de Patiënt’ (MTVDP), een extra impuls te geven. Om deze extra impuls te ondersteunen in met dit onderzoek in kaart gebracht hoe een zevental door zorgverzekeraars gefinancierde MTVDP-projecten in Nederland zijn geïmplementeerd. Daarbij stonden twee hoofdvraagstellingen centraal:

1. Wat zijn/waren voor elk van deze MTVDP projecten de doelstellingen, resultaten, knelpunten (barrières), oplossingen (succesfactoren), welke middelen zijn wanneer ingezet en wat is wanneer met deze inzet bereikt? Wat zijn daarbij de overeenkomsten en verschillen tussen deze MTVDP projecten?
2. Welke lessen kunnen uit deze zeven MTVDP projecten worden geleerd om elders in het land tot een versnelde uitrol van MTVDP projecten te kunnen komen? En wat is er nodig voor een structurele verankering van succesvolle MTVDP projecten?

Wij danken de begeleidingscommissie en alle geïnterviewden voor hun waardevolle feedback en input om dit rapport tot stand te kunnen brengen.

Utrecht, november 2021

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	9
2 Methode	11
3 Resultaten	13
3.1 Achtergrondkenmerken van de projecten	13
3.2 Doelen en resultaten van de projecten	16
3.3 De ervaren barrières en succesfactoren van de projecten	18
3.4 De geleerde lessen van de projecten voor uitrol en structurele verankering van de MTVDP projecten	22
4 Conclusie, discussie en aanbevelingen	27
4.1 Het antwoord op vraag 1 – de doelen, resultaten en barrières van de MTVDP projecten	27
4.2 Het antwoord op vraag 2 - geleerde lessen voor uitrol en structurele verankering de MTVDP projecten	30
Bijlage A Overzicht van verzamelde bronnen	34
Bijlage B Interviewleidraad	40
Bijlage C Visualisatie van de doelen, succes- en faalfactoren en geleerde lessen van de zeven MTVDP-projecten	43

Samenvatting

Aanleiding en doelstelling onderzoek

Door de partijen van het Hoofdlijnenakkoord (HLA) Huisartsenzorg is besloten om een extra impuls te geven aan het onderdeel Meer tijd voor de Patiënt (MTVDP) van dit akkoord. Het doel van MTVDP is even ambitieus als essentieel: het bestendig houden van de huisartsenzorg in Nederland. De reden om een extra impuls aan MTVDP in Nederland te geven komt voort uit een veelheid aan trends en factoren. Enerzijds is er sprake van een sterk groeiende zorgvraag, een groeiende en vergrijzende patiëntenpopulatie en het vaker voorkomen van multimorbiditeit en steeds complexere casuïstiek – mede door de verdere verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Anderzijds worden er steeds meer tekorten op de arbeidsmarkt ervaren voor verschillende functies binnen de huisartsenvoorziening, een hoge werkdruk, ziekteverzuim en minder gelegenheid om nieuwe professionals te kunnen opleiden.

De kerngedachte achter Meer tijd voor de Patiënt (MTVDP) is dat langere consulten zorgprofessionals in staat stellen om beter door te vragen, betere diagnoses te stellen, en beter te kunnen doorverwijzen. Hierdoor komt er meer ruimte voor persoonsgerichte zorg en het komen tot de ‘kern’ van de zorgvraag van patiënten. Dit heeft niet alleen minder terugkeer-consulten voor de praktijk tot gevolg, maar ook kan betere vervolgzorg in andere domeinen worden ingericht. Zo kan ‘onnodige’ huisartsenzorg worden vermeden als er betere doorverwijzing is naar het sociaal domein, welzijnswerk in de wijk en zelfzorg beter tot stand komt. Het is dan ook niet toevallig dat in achterstandswijken, waar de sociaal-medische gezondheidsproblematiek vaak groter is, begonnen is met een aantal door de zorgverzekeraar gefinancierde MTVDP-projecten onder de naam Krachtige Basiszorg. De invulling van het MTVDP-concept is daarbij divers toegepast, en dat geldt ook voor (door de zorgverzekeraar gefinancierde) MTVDP-projecten die na de Krachtige Basiszorg projecten zijn geïnitieerd. Huisartsenvoorzieningen verschillen in context, behoeften en mogelijkheden om langere consulten te realiseren; en kunnen dit dan ook op verschillende manieren doen. Dit brengt de vraag naar voren waaruit die variatie in MTVDP-projecten uit bestaat, in termen van de gestelde doelen, investeringen, resultaten en geleerde lessen. Door hiervan een vergelijkend overzicht te geven kan een verdere uitrol van MTVDP in Nederland worden ondersteund. Daarbij gaat het niet alleen om de uitrol van nieuwe MTVDP-projecten, maar ook een (structurele) verankering van bestaande MTVDP-projecten die als goed voorbeeld kunnen dienen.

Methode

Het doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in een zevental MTVDP-projecten die door zorgverzekeraars in de Nederlandse huisartsenzorg de afgelopen jaren zijn gefinancierd. Er zijn nog meer projecten en initiatieven in Nederland genomen en lopend die onder het concept van MTVDP vallen. Omwille van de afbakening en vergelijking richt het onderzoek op MTVDP-projecten die als zodanig door zorgverzekeraars financieel mogelijk zijn gemaakt, maar wel variëren naar regio, startjaar en deelnemende partijen.

Twee hoofdvraagstellingen zijn dit project-vergelijkende onderzoek opgesteld en opgedeeld in sub-onderzoeksvragen om het onderzoek te structureren:

1. Wat zijn/waren voor elk van deze MTVDP projecten de doelstellingen, resultaten, knelpunten (barrières), oplossingen (succesfactoren), welke middelen zijn wanneer ingezet en wat is wanneer met deze inzet bereikt? Wat zijn daarbij de overeenkomsten en verschillen tussen deze MTVDP projecten?

2. Welke lessen kunnen uit deze zeven MTVDP projecten worden geleerd om elders in het land tot een versnelde uitrol van MTVDP projecten te kunnen komen? En wat is er nodig voor een structurele verankering van succesvolle MTVDP projecten?

De gegevensverzameling voor het onderzoek vond plaats in de periode juli-september 2021. Deze bestond uit bureauonderzoek en interviews met direct betrokken personen bij de zeven MTVDP-projecten, waarbij de verzamelde informatie per project is gecombineerd en voor vergelijking is gestructureerd. Na analyse zijn hieruit de volgende resultaten, conclusies en aanbevelingen naar voren gekomen.

Resultaten

De doelen van de MTVDP-projecten

Het algemene doel van zeven MTVDP-projecten komt overeen met de kerngedachte die we hiervoor beschreven: het realiseren van langere consulten om sneller tot de kern van het (gezondheids)probleem van de patiënt te komen. Door middel van langere consulten en persoonsgerichte zorg (gebruik van Positieve Gezondheid of 4D-model bijvoorbeeld) is meer ruimte voor bredere diagnose, concretere behandelplannen en een efficiënter doorverwijsbeleid. Wat als 'verdergelegen' doelen kunnen worden gezien, staan wel óók in de MTVDP-projecten centraal; namelijk de werkdruk in de praktijk verminderen, het werkplezier van zorgverleners te verhogen en zo ook het verhogen van de patiënttevredenheid.

Achtergronden

Bij de zeven MTVDP-projecten zijn inmiddels zo'n 120 huisartsenpraktijken en/of gezondheidscentra betrokken. De projecten zijn verspreid over Nederland en verschillen in omvang. Het eerste MTVDP-project is gestart in 2014 in Utrecht (Overvecht) als onderdeel van een cluster van 'Krachtige Basiszorg' projecten, gefinancierd door de zorgverzekeraar (en vanaf 2019 ook door de achterstandsfondsen). Het laatste MTVDP-project dat geanalyseerd is, is in 2021 is gestart. Per project verschilt het hoeveel partijen er betrokken zijn bij het tot stand komen van het MTVDP-project. In alle gevallen gaat om huisartsenpraktijken, gezondheidscentra, zorggroepen en de zorgverzekeraar die voor één of enkele jaren een samenwerkingsovereenkomst voor het project zijn aangegaan. In een aantal projecten zijn/waren ook andere partijen expliciet betrokken, zoals het sociaal domein (gemeente, wijkteams), de thuiszorgorganisatie en het lokale ziekenhuis.

Financiering

De praktijken hebben voor uitvoering van de MTVDP-projecten aanvullende financiering gekregen van de zorgverzekeraar (en bij 'Krachtige Basiszorg' ook vanuit de achterstandsfondsen) voor extra capaciteit en nieuwe activiteiten in/vanuit de praktijk. Financiering wordt ingezet om langere consultduur per patiënt (15 minuten in plaats van 10 minuten) te organiseren, maar de manier waarop wordt verschillende ingevuld. In sommige gevallen betekent dit extra inzet van een waarnemer, Praktijkondersteuner (POH), verpleegkundig specialist (VS) of een physician assistant (PA), soms wordt ingezet op een praktijkverpleegkundige of maatschappelijk werker. Daarnaast worden er ook andere soorten activiteiten gefinancierd door huisartsenpraktijken/regio-organisaties om MTVDP toe te passen, zoals meer samenwerking met het sociale domein en medisch-specialistische zorgaanbieders.

Monitoring

De wijze, frequentie en intensiteit van monitoring verschilt per project en is afhankelijk van de fase van het project. Over het algemeen worden positieve en relevant-significante resultaten gerapporteerd door de projecten die een evaluatie uitgevoerd hebben, al is het lastig een causaal verband en/of geïsoleerde effecten vast te stellen omdat nulmetingen en controlegroepen niet altijd zijn ingezet. De meest concrete gemeten resultaten betreffen meer tijdsbesteding van huisartsen aan consultvoering en 'effectieve tijd voor de patiënt', verbetering van werkplezier en vermindering van de ervaren werkdruk, minder verwijzingen naar de tweede lijn en minder voorgeschreven medicatie. Over het algemeen wordt aangegeven dat het MTVDP project kosteneffectief is (geweest), maar het betreft hier inschattingen die bemoeilijkt worden door:

1. het preciseren van de kostenveranderingen buiten de huisartsenzorg, en
2. het aantonen dat deze specifiek het gevolg zijn geweest van het project.

Wel is in een aantal gevallen evident geweest dat ziekenhuizen in de regio een duidelijke vermindering van patiënten hebben ervaren, waardoor de samenwerking in de regio en de rol van de zorgverzekeraar onder druk kwam te staan. En bij het Krachtige Basiszorg-project in Utrecht Overvecht heeft Zilveren Kruis aangetoond dat er een daling was in specialistische ggz-kosten en in de totale zorgkosten, gerelateerd aan meer basiszorg in de wijk en minder poliklinische zorg (Leemrijse et al. 2020).

Barrières en succesfactoren

Er zijn verschillende succesfactoren genoemd voor de implementatie van MTVDP, met name ten aanzien van samenwerking in de regio (bijvoorbeeld met het lokale ziekenhuis en/of het sociaal domein), personeel, patiëntenzorg en de huidige financiering. Naast deze succesfactoren konden de geïnterviewden veel succesfactoren benoemen rond het proces en inrichting van het MTVDP project zelf, zoals de inzet van een projectcoördinator vanuit de zorggroep of een andere regionale (huisartsen)organisatie. Op veel van deze domeinen werden relatief ook veel ervaren barrières genoemd. Daarnaast werden ook specifieke knelpunten genoemd ten aanzien van de ervaren knelpunten in de eigen praktijk.

Conclusie: geleerde lessen

Op basis van dit onderzoek zijn er zes geleerde lessen voor uitrol en structurele verankering van de MTVDP-projecten naar voren gekomen:

1. Een gedeelde visie van de betrokken partijen op kwaliteit van zorg is een belangrijk uitgangspunt voor de start van nieuwe MTVDP projecten en verankering van bestaande MTVDP projecten;
2. Schep interne randvoorwaarden voor een gedeelde visie van de betrokken partijen;
3. Schep externe randvoorwaarden voor een gedeelde visie van de betrokken partijen;
4. Richt een aparte organisatie en een apart proces in voor MTVDP projecten;
5. Betrek het sociaal domein in MTVDP projecten;
6. Continueer en evalueer MTVDP projecten vanuit de maatschappelijke en financiële baten.

Structurele verankering van succesvolle MTVDP projecten vergt volgens veel van de geïnterviewden het maken van langlopende afspraken, niet alleen tussen huisartsenpraktijken, huisartsenorganisaties en zorgverzekeraars, maar ook met andere eerste- en tweedelijns zorgaanbieders en het sociale domein. Daarbij is een open gesprek over financiële prikkels en effecten van productie- en tarievenafspraken op regioniveau nodig, en het formuleren van een overstijgende visie hierop. Financiering of herverdeling van financiering vanuit verschillende domeinen moet dus ook meegenomen worden om

tot een duurzame oplossing te komen. Vooral in de samenwerking met het sociaal domein ligt een uitdaging, maar ook een oplossing omdat hier nog veel winst te behalen valt.

De eerste MTVDP projecten zijn geïnitieerd in en voor achterstandswijken in de grote steden en in wijken waar de (gezondheids)problematiek het meest complex is. De context van de zeven onderzochte MTVDP-projecten is echter diverser. Een verdere uitrol van MTVDP zou bij voorkeur gefaseerd en stapsgewijs plaats moeten vinden. Het zou een keuze kunnen zijn om prioriteit te geven aan praktijken die gevestigd zijn in wijken/regio's met complexe (gezondheids)problematiek omdat daarbij met MTVDP de grootste winst te behalen valt. Maar de snel gegroeide problemen in de huisartsenzorg maakt dat alle regio's in principe 'geschikt' zijn voor een MTVDP-aanpak.

1 Inleiding

De huisarts vervult een cruciale rol in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Als eerste aanspreekpunt voor zorg is de huisarts altijd toegankelijk, 24 uur per dag, 7 dagen per week. Ook is de huisarts ‘poortwachter’ en coördinator van de zorg, maar ook steeds vaker een spil in de samenwerking met het sociale domein. De huisarts kan hierin in toenemende mate ondersteuning bij krijgen en tegelijkertijd wordt huisartsenzorg ook vaker ingebed in regionale huisartsenorganisaties. Zo hebben huisartsdienststructuren, zorggroepen en regionale samenwerkingsverbanden de organisatie van de huisartsenzorg verbreed en geïstitutionaliseerd.

In de afgelopen jaren zijn in Nederland veel lokale en regionale (pilot-)projecten geïmplementeerd die onder het label MTVDP geschaard kunnen worden. De invulling van ‘hoe MTVDP te bereiken’ varieert daarbij echter sterk. Ook is er nog geen overzicht over hoe succesvol deze projecten nu zijn, welke succesfactoren en barrières hierbij naar voren zijn gekomen en hoe hieruit lessen geleerd kunnen worden voor de uitrol van, en impuls aan, MTVDP die de partijen van de HLA voorgenomen hebben. Om een afgebakend onderzoek te kunnen uitvoeren is ervoor gekozen zeven *recent door zorgverzekeraars gefinancierde* MTVDP projecten onder de loep te nemen en deze vergelijkenderwijs te analyseren. Deze zeven projecten zijn over het land verspreid, kennen verschillende settings, maar hebben wel (op één project na) betrekking op meerdere huisartsenpraktijken in een regio.

In 2014 is gestart met het project Krachtige Basiszorg (<https://krachtigebasiszorg.nl/>). Analoog aan dit project is MTVDP inmiddels een brede beweging geworden die zich richt op het verlichten van de toenemende druk op de huisartsenzorg (in achterstandswijken) en de steeds complexere casuïstiek. Op basis van pilotprojecten is en wordt het concept van MTVDP ingezet bij praktijken die te maken hebben met patiënten met meerdere problemen, zowel op het medische als sociale vlak. Het kan dan gaan om patiënten met GGZ-problemen, kwetsbare ouderen en mensen met een gezondheidsachterstand. De gedachte is dat huisartsen door middel van langere consulten een betere diagnose kunnen stellen omdat ze meer tijd hebben om door te vragen. Hierdoor kan men mogelijk sneller tot de ‘kern’ van de zorgvraag komen en kan vervolgzorg beter ingericht worden. Dit moet resulteren in positieve ‘externe’ effecten zoals minder doorverwijzingen naar duurdere zorg, betere routing van patiënten naar het sociale domein en een hogere kwaliteit van zorg. En ook in positieve ‘interne’ effecten voor de huisartsenzorg, zoals het verminderen van de consult- en werkdruk in praktijken en meer opbrengsten van samenwerking met andere zorgverleners en domeinen.

Om inzicht te verkrijgen in de overeenkomsten en verschillen tussen deze zeven lopende (en afgelopen) MTVDP projecten zijn twee hoofdonderzoeksvragen opgesteld. Deze twee hoofdvragen zijn uitgewerkt middels een aantal sub-onderzoeksvragen.

Hoofdvraag 1 heeft betrekking op de achtergrond en uitvoering van lopende MTVDP projecten:

1. *Wat zijn/waren voor elk MTVDP project de doelstellingen, resultaten, knelpunten (barrières), oplossingen (succesfactoren), welke middelen zijn wanneer ingezet en wat is wanneer met deze inzet bereikt? Wat zijn daarbij de overeenkomsten en verschillen tussen de MTVDP projecten?*

De volgende sub-onderzoeksvragen behoren bij hoofdvraag 1:

- Wat zijn/waren voor elk MTVDP project:
 - De doelstellingen?
 - De (verwachte) resultaten?
 - De ervaren barrières bij de implementatie?
 - De gevonden oplossingen en/of succesfactoren?
 - De ingezette (financiële, personele, materiële) middelen?
- Welke middelen zijn wanneer ingezet tijdens het MTVDP project?
- Wat is er met de inzet van deze middelen bereikt in het MTVDP project?
- Wat zijn de overeenkomsten tussen de geanalyseerde MTVDP projecten?
- Wat zijn de verschillen tussen de zeven MTVDP projecten?

Hoofdvraag 2 heeft betrekking op uitbreiding en uitrol van nieuwe MTVDP projecten:

2. *Welke lessen kunnen uit de zeven MTVDP projecten worden geleerd om elders in het land tot een versnelde uitrol van MTVDP projecten te kunnen komen? En wat is er nodig voor een structurele verankering van succesvolle MTVDP projecten?*

De volgende sub-onderzoeksvragen behoren bij hoofdvraag 2:

- Welke geleerde lessen komen voort uit de MTVDP projecten?
- Welke geleerde lessen kunnen elders in het land worden gebruikt voor een (versnelde) uitrol van MTVDP?
- Wat is er nodig voor een structurele verankering van succesvolle MTVDP projecten?

In het volgende hoofdstuk beschrijven we eerst nader de aanpak van dit onderzoek, om tot een vergelijkende analyse van de zeven MTVDP projecten te komen. Het hoofdstuk daarna presenteert de resultaten, waarin eerst hoofdvraag 1 en daarna hoofdvraag 2 wordt beantwoord. Een verdiepende analyse met betrekking tot de generaliseerbaarheid van de gevonden barrières en succesfactoren wordt beschreven in hoofdstuk 4. Dit rapport sluit in hoofdstuk 4 ook af met een concluderend hoofdstuk met daarin enkele aanbevelingen.

2 Methode

Voor totstandkoming van dit rapport is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. In de eerste plaats is gebruik gemaakt van bureauonderzoek. Hiermee zijn via het internet publiek beschikbare bronnen geraadpleegd, waaronder openbare websites, publicaties, presentaties, (kranten)artikelen en beleidsstukken over de verschillende projecten. Via zoekmachines zoals Google en Bing is gezocht op verschillende combinaties van plaatsnamen/regio's (Amsterdam, Deventer, Gorinchem, West-Friesland et cetera) waar de zeven projecten plaatsvinden en zoektermen zoals 'meer tijd voor de patiënt', 'MTVDP' en 'krachtige basiszorg'. Gevonden informatiebronnen die specifieke gegevens over de zeven MTVDP projecten bevatten zijn meegenomen in dit onderzoek. Daarnaast zijn de op de websites gevonden links naar vergelijkbare pagina's meegenomen in deze zoektocht. Om de gevonden kennis te verdiepen is daarnaast contact gezocht met de projectleiders, zorgverzekeraars en betrokken huisartsen van de zeven MTVDP projecten. Hun contactgegevens zijn via de partijen van het HLA verkregen en via deze projectleiders, zorgverzekeraars en huisartsen zijn ook niet publiek beschikbare informatiebronnen verzameld. Bijlage A geeft een overzicht van alle verzamelde informatie per project.

In de tweede plaats zijn er in totaal 14 (video call) interviews gehouden met dezelfde projectleiders, zorgverzekeraars en betrokken huisartsen van de zeven MTVDP projecten. De onderzoekers hebben, om vergelijkingen mogelijk te maken en een zo compleet mogelijk beeld van het project te genereren, een interviewleidraad opgesteld (Bijlage B). Deze interviewleidraad is in samenspraak met de begeleidingscommissie, bestaande uit de HLA partijen, gemaakt. De gestructureerde interviews zijn in de meeste gevallen met één persoon gehouden. Per project is er, daar waar mogelijk, meer dan één interview gehouden om het project vanuit verschillende invalshoeken te kunnen beschrijven. Een ander doel van de interviews, die 45 tot 60 minuten duurden, was om nog verder ontbrekende informatie te verzamelen (zie ook Bijlage A). Na afloop van de interviews zijn verslagen uitgewerkt die daarna geaccordeerd zijn door de geïnterviewde personen en welke zijn verwerkt als input voor dit onderzoeksrapport.

Om onderzoeksvraag 1 en de bijbehorende sub-onderzoeksvragen te beantwoorden is voor het interview een thema-indeling gemaakt om de zeven MTVDP projecten te kunnen vergelijken op de volgende aspecten:

- Projectnaam en -locatie
- Betrokken wijk of regio-organisatie en/of zorgverzekeraar
- Aantal deelnemende praktijken
- Startdatum en initiële looptijd van het project
- Definities project MTVDP
- Doelstellingen
- Ingezette (financiële) middelen
- Bereikte resultaten op basis van verrichte monitoring en evaluaties
- Ervaren knelpunten/barrières en uitdagingen
- Ervaren succesfactoren en/of gevonden oplossingen
- Reflectie op gemaakte keuzes.

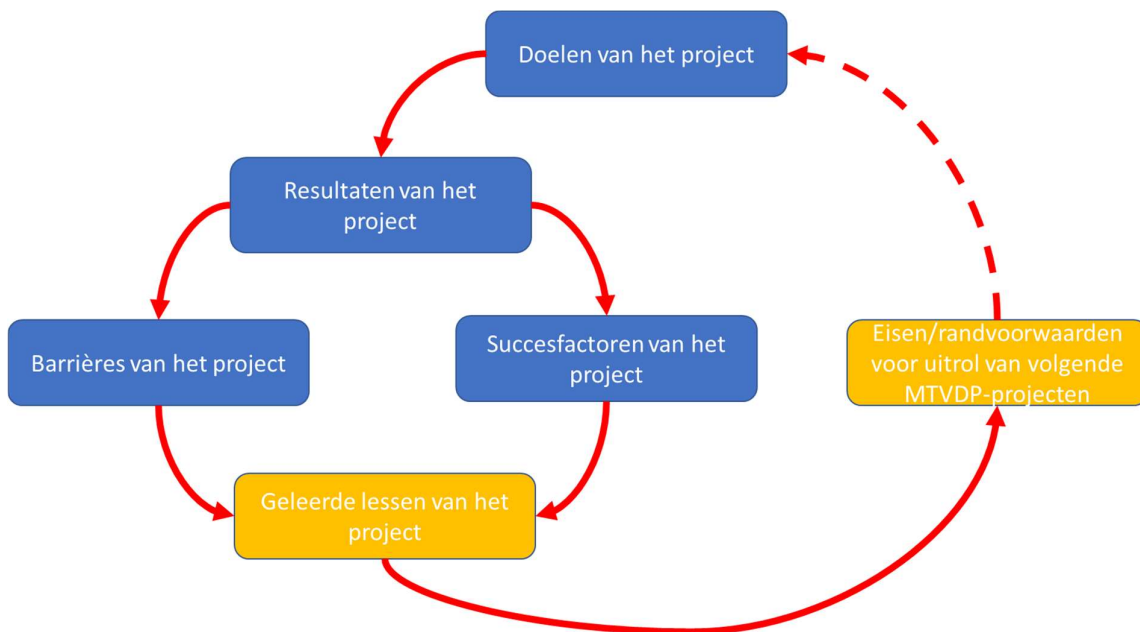
Deze thema's vormen ook de structuur van het eerste deel van het resultaten-hoofdstuk.

Om de tweede onderzoeksvraag en de bijbehorende sub-onderzoeksvragen te beantwoorden is ook een thema-indeling gehanteerd, nu om de overeenkomsten en verschillen tussen de projecten te kunnen beschrijven wat betreft:

- De belangrijkste geleerde lessen (op basis van de succesfactoren en barrières die naar voren zijn gekomen uit de antwoorden op onderzoeksvraag 1).
- Wat volgens de geïnterviewden nodig is voor een verdere uitrol van MTVDP projecten en een (structurele) verankering van MTVDP projecten, in het bijzonder eisen/randvoorwaarden voor:
 - Bekostiging
 - Ondersteuning
 - Samenwerking
 - Kwaliteit van zorg vanuit patiëntperspectief.

Deze thema's vormen de structuur van het tweede deel van het resultaten-hoofdstuk. De thema's van beide onderzoeksvragen bouwen op elkaar voort en vormen een analyse- en evaluatiecyclus die is weergegeven in figuur 1. De blauwe elementen hebben betrekking op onderzoeksvraag 1, en de oranje elementen op onderzoeksvraag 2.

Figuur 1 Analyse- en evaluatiecyclus onderzoek



De onderdelen van deze figuur zijn voor elk van de zeven MTVDP projecten 'ingevuld', waarmee van elk project een concluderend overzicht is gemaakt (Bijlage C). Deze figuren vormen ook de input voor een overkoepelende visualisatie van de eindconclusie, waarin de zeven MTVDP projecten worden samengenomen. Het illustreert wat de overeenkomsten zijn tussen de projecten, en welke inzichten 'gegeneraliseerd' kunnen worden tot geleerde lessen voor de uitrol en structurele verankering van MTVDP projecten in Nederland.

3 Resultaten

3.1 Achtergrondkenmerken van de projecten

In dit eerste onderdeel van het resultaten-hoofdstuk worden enkele basisgegevens van de projecten besproken. Tabel 1 bevat de kenmerken en basisgegevens van de verschillende projecten. Hieruit blijkt de verscheidenheid in achtergrond van deze projecten.

Tabel 1 Projectinformatie

Projectnaam/ locatie	Betrokken zorgverzekeraar	Betrokken regio(- organisaties)	Aantal betrokken praktijken	Start	Initiële looptijd
1. West-Friesland	VGZ	ZonH	12	Nov 2018	14 maanden
2. Krachtige basiszorg	Zilveren Kruis	Regio's: Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht	12*	Utrecht: 2014 Andere steden: 2018/2019	2 jaar
3. Terneuzen	CZ	MAETRI-X	4	2021	2 jaar
4. Gorinchem	VGZ	HenZ, Rivas	41	2016	5 jaar
5. Munstergeleen	CZ	Munstergeleen	1	2019	3 jaar
6. Afferden	VGZ	Noord-Limburg	10	2015	6 maanden
7. Deventer	Eno	HCDO	42	2019	2,5 jaar

* Het gaat hier om 12 wijken/locaties waar Krachtige Basiszorg is gestart. Binnen deze locaties nemen zowel praktijken als gezondheidscentra deel. Inmiddels zijn enkele pilots uitgebreid met aanvullende praktijken/gezondheidscentra. Het exacte aantal deelnemende praktijken is bij de onderzoekers niet bekend.

Van de zeven MTVDP projecten vormt het 'project' onder de noemer 'Krachtige Basiszorg' (gefinancierd door Zilveren Kruis en de achterstandsfondsen) een bijzonder project. Het gaat hier om een cluster van projecten, uitgerold in de verschillende gemeenten (Utrecht, Amsterdam, Den Haag, Rotterdam), waaraan naast huisartsenpraktijken ook grotere gezondheidscentra deelnemen. De Krachtige Basiszorg (KB) projecten zijn uitgebreid beschreven in het recente Nivel-rapport '*Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd: ervaringen van twee jaar implementeren in grootstedelijke achterstandswijken*' (Leemrijse en Korevaar, 2021) en daarnaast is er de website www.krachtigebasiszorg.nl met specifieke informatie over deze projecten. Daarnaast biedt de website <https://toolkitkrachtigebasiszorg.nl> specifieke informatie over het eerste KB project in Utrecht (meer specifiek de wijk Utrecht Overvecht). Deze krachtige basiszorg projecten zijn desondanks meegenomen in de evaluaties in dit rapport.

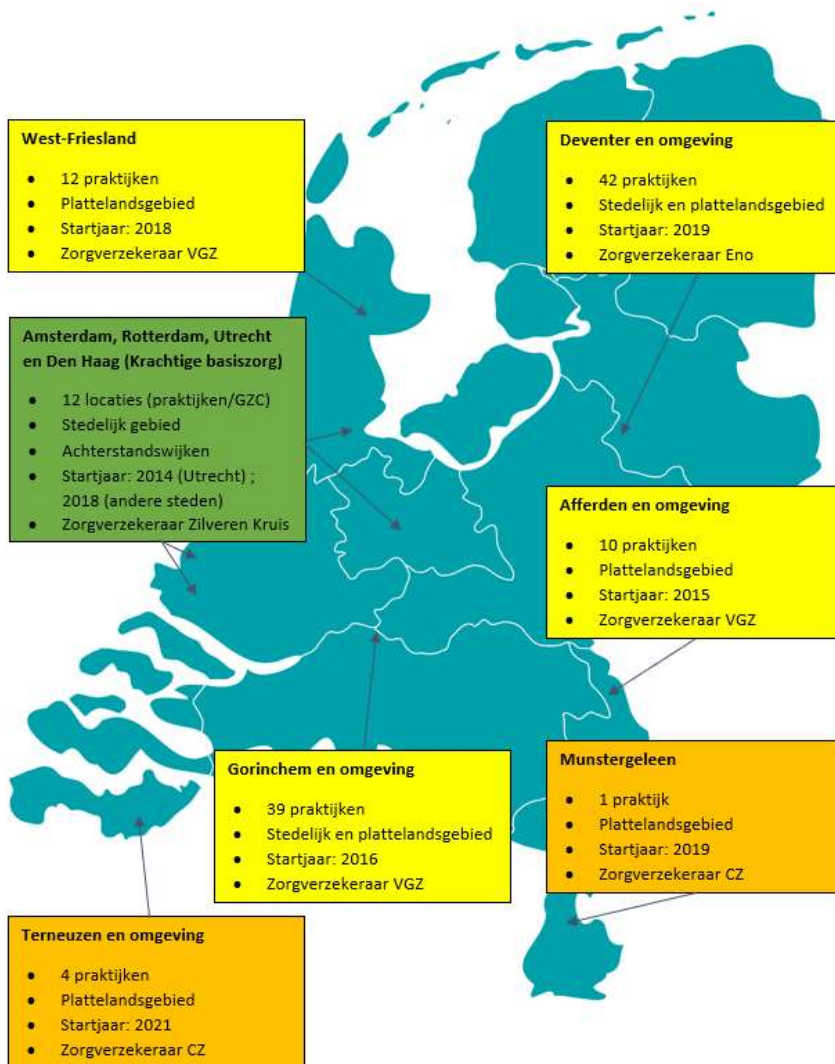
De totale looptijd van de zeven MTVDP projecten varieert sterk doordat een aantal praktijken eerder zijn begonnen dan anderen. Over het algemeen wordt gesproken over een initiële looptijd van 6 maanden tot 5 jaar waarbij de pilots vaak met 1 of 2 jaar verlengd konden worden. Tot heden moment is dit nog steeds gebeurd bij alle projecten. Op dit moment bevinden sommigen projecten – om diverse

redenen die later zullen worden uitgelicht – zich in een kritieke fase met betrekking tot het wel of niet continueren ervan.

Bij een groot deel van de projecten is gedurende de looptijd van het project het aantal deelnemende praktijken uitgebreid. In sommige gevallen was de reden voor uitbreiding dat het project succesvol was, in andere gevallen duurde het langer voor praktijken om voorbereidingen te treffen om deel te nemen. Bij de projecten in Gorinchem en Deventer zijn inmiddels zo'n 40 praktijken aangesloten, in West-Friesland en Afferden gaat het om ruim 10 praktijken. In het cluster van KB projecten zijn in eerste instantie 12 locaties gestart. Binnen deze 12 locaties zijn verschillende praktijken en/of gezondheidscentra betrokken. De projecten in Terneuzen en Munstergeleen zijn met respectievelijk 4 praktijken en 1 praktijk het kleinst, recent gestart en nog lopend in de initiële looptijd van het project.

De zeven projecten in dit rapport zijn zoals eerder aangegeven verspreid over het land gesitueerd. Figuur 2 visualiseert de spreiding nog eens.

Figuur 2 Overzicht zeven onderzochte MTVDP projecten



Per project verschilt het welke partijen betrokken zijn (geweest) bij het implementeren en uitvoeren van het MTVDP project. Zo zijn er projecten waarbij alleen de huisartsenpraktijk/gezondheidscentrum/zorggroep en de zorgverzekeraar betrokken zijn (Deventer en Terneuzen). Bij het MTVDP project in Gorinchem is daarnaast ook het lokale ziekenhuis betrokken. Bij de overige projecten zijn verder nog de gemeente/sociaal domein en enkele andere lokale partijen betrokken (zoals burgers of de thuiszorg). Bij alle projecten is er ondersteuning van de individuele huisartsen op wijk en/of regioniveau.

Bij elk van deze MTVDP projecten in dit rapport was de zorgverzekeraar de financier van de pilot. Bij de vier Krachtige Basiszorg-projecten (Amsterdam, Utrecht, Den Haag en Rotterdam) werd deze financiering aangevuld met financiering door de achterstandsfondsen. Over het algemeen vallen deze projectinvesteringen uiteen in twee onderdelen:

1. transitiekosten: eenmalige kosten voor projectuitvoering en innovatie die gemaakt zijn om te komen van de oude naar de nieuwe situatie en die niet gefinancierd worden in het kader van de productie;
2. structurele kosten: kosten die noodzakelijk zijn om de gewenste situatie te behouden.

De bekostiging van huisartsenzorg vanuit de zorgverzekeraars vindt plaats vanuit de Zorgverzekeringswet en kent drie segmenten: 1) Basisvoorziening huisartsenzorg, 2) Multidisciplinaire zorg en 3) Resultaatbeloning en zorgvernieuwing. De financiering van de verschillende MTVDP projecten werd veelal gedaan vanuit segment 3, als zijnde 'pilots'. Maar ook werden andere of een combinatie van segmenten benut zoals:

- Een opslag op het inschrijftarief per patiënt, geen financiering meer per verrichting;
- Een opslag op het inschrijftarief per patiënt, met daarnaast nog wel financiering (voor een deel van) de verrichtingen;
- Vaste financiering gebaseerd op de omzet van de voorgaande jaren;
- Extra bijdrage voor het aannemen van extra personeel;
- Aparte bijdrage geleverd vanuit een innovatiebudget van de zorgverzekeraar.

Per deelnemende praktijk kan de personele invulling van de MTVDP pilot sterk verschillen. Waar enkele praktijken inzetten op meer waarnemers om het aantal consulten op peil te houden bij verlenging van de consultduur, kunnen andere praktijken juist inzetten op het aannemen van ondersteunend personeel om de huisarts te ontlasten en het contact met het sociaal domein te onderhouden en/of te intensiveren. Bovendien zijn de deelnemende praktijken verschillend van grootte, organisatie en personeelssamenstelling, waardoor ook de aanstellingsgrootte of FTE-vermeerdering onderling sterk kunnen verschillen

Praktijken investeerden in het aannemen en/of uitbreiden van de volgende functies/personeel:

- Huisarts
- Waarnemer
- Doktersassistent
- Praktijkondersteuner Somatiek
- Praktijkverpleegkundige
- Verpleegkundig specialist
- Maatschappelijk werker voor case-gesprekken
- Praktijkmedewerker die de verbinding met het sociale domein vormt
- Praktijkmanager
- Coördinerend projectleider

3.2 Doelen en resultaten van de projecten

Alle projecten sluiten op enigerlei wijze aan op een aantal macro-ontwikkelingen en concepten die gericht zijn op het streven naar een houdbaar zorgsysteem. Dat geldt voor de transformatie naar de Juiste Zorg op de juiste Plek (JZOJP), de beweging naar Positieve gezondheid (ook wel van Zorg en Ziekte (ZZ) naar Gezondheid en Gedrag (GG)), en het idee van ‘Quadruple aim’: het balanceren van het doel om zowel lagere zorgkosten te bereiken, verbetering van patiëntenervaring en betere gezondheidsuitkomsten, betere kwaliteit en bereikbaarheid van zorg, én het verbeteren van het werkplezier van professionals. Ook wordt in de projectplannen en achtergronddocumenten verwezen naar de noodzaak voor verandering en innovatie om oplossingen te vinden voor de toenemende zorgvraag en personele knelpunten. Tevens wordt aangesloten bij meerjaren(beleids)plannen die (onder andere) door regionale netwerken van huisartsvoorzieningen worden opgesteld. De ambitie van het maken van nieuwe (meerjaren) financieringsafspraken met de zorgverzekeraar past ook in deze plannen, omdat er op dit moment voornamelijk kortlopende financieringsafspraken van 1 à 2 jaar bestaan, wat weinig zekerheid biedt. Op praktijkniveau zijn de aanleidingen en doelen nog concreter geformuleerd. Het gaat om ruimte om capaciteit uit te breiden en anders te organiseren, meer consulttijd, betere patiënt-routing, minder verwijzen, hogere kwaliteit van zorg en het verminderen van de werkdruk. Maar ook abstractere doelen worden genoemd, zoals een noodzakelijke verandering in de ‘mentaliteit’ van praktijkhouders om ‘alles alleen te willen oplossen’, ‘te gericht zijn op omzet en consult-productie’ en ‘het meer openstaan voor het verschuiven van werkzaamheden binnen en buiten de praktijk’. Hierin past ook het streven naar ‘echte’ aandacht voor de patiënt, het bereid zijn tijd in te ruimen voor doorvragen en het bieden van een ‘totaal-consult’.

Bij het op een rij zetten van de **doelen** – die in termen van meetbare indicatoren worden geformuleerd – zijn drie categorieën te onderscheiden. Per categorie staan de indicatoren op volgorde van de mate waarin deze door de verschillende geïnterviewden worden genoemd.

Tabel 2 Doelen van de MTVDP projecten

Directe patiëntenzorg	Verwijzingen en voorschrijvingen	Personeel
Minder patiënten per dag per huisarts (werkdruk verlagen in combinatie met een langer consult)	Meer verwijzingen naar sociaal domein	Minder werkdruk bij alle zorgprofessionals in de huisartsenpraktijk
Meer tijd voor de patiënt tijdens consult	Minder verwijzingen naar tweede lijn	Vergroten werkplezier bij alle zorgprofessionals in de huisartsenpraktijk
Minder consulten per dag en per patiënt	Minder medicatie-gebruik	Vermindering administratielast
Meer langere consulten	Lager aantal medicatievoorschriften	Minder personeelsverloop
Hoger aantal M&I verrichtingen	Lager percentage diagnostieaanvragen	
Reductie aantal contactmomenten 'frequent attenders'		
Toename patiënttevredenheid/verbeterde patiëntervaring		
Minder gezondheidsklachten door betere en meer gerichte zorgverlening		
Patiënten kunnen uiteindelijk sneller terecht		

Deze doelen en indicatoren worden op verschillende manieren **gemonitord**. Hoewel in een deel van deze projecten de monitoring intern wordt gedaan door de praktijk, wordt in de meeste gevallen een externe partij gevraagd om de monitoring te verzorgen. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar in sommige gevallen een additionele eigen interne financiële evaluatie uitgevoerd. In veel gevallen wordt gebruik gemaakt van eigen gegevens uit het Huisartseninformatiesysteem (HIS) en het declaratiesysteem van de betrokken zorgverzekeraar. Eén van de middelen die daartoe vaak worden ingezet zijn spiegelinformatie en benchmarking. Hierbij wordt eigen data, waaronder bijvoorbeeld het aantal verwijzingen, tussen de praktijken in het MTVDP project, maar ook met landelijke of regionale cijfers vergeleken. Enkele projecten hebben binnen het project een aparte praktijkscan ontwikkeld ('Plus-praktijken') en hebben patiënt- en medewerkerstevredenheid-onderzoek (laten) uitvoeren. Als kanttekening moet bij de monitoring worden gemeld dat dit een extra administratielast met zich meebrengt, waardoor enkele praktijken hebben besloten na de eerste (positieve) resultaten deze monitoring op een laag pitje te zetten. Monitoring kost de praktijk personeelsinzet of geld wanneer dit uitbesteed is. Omdat men is overtuigd dat de positieve resultaten blijven bestaan is er in veel gevallen voor gekozen om de personeelsinzet en financiële middelen in te zetten op de (in)directe patiëntenzorg.

De wijze, frequentie en intensiteit van monitoring verschilt en is afhankelijk van de fase van MTVDP project. Over het algemeen worden positieve en relevant-significant resultaten gerapporteerd, al is het lastig causale en geïsoleerde effecten vast te stellen omdat nulmetingen en controlegroepen niet altijd zijn ingezet. De meest concrete resultaten betreffen meer tijdsbesteding van huisartsen aan consultvoering en 'effectieve tijd voor de patiënt', verbetering van werkplezier en vermindering van de ervaren werkdruk, minder verwijzingen naar de tweede lijn en minder

voorschrijven van medicatie. In sommige projecten zijn de metingen van patiënt- en medewerkers-ervaringen niet doorgezet, omdat men verwacht dat deze goede resultaten zullen blijven bestaan of zelfs verder verbeteren. Over het algemeen wordt aangegeven dat het MTVDP project kosteneffectief is geweest, maar het betreft hier inschattingen die bemoeilijkt worden door (1) het preciseren van de kostenveranderingen buiten de huisartsenzorg en (2) het aantonen dat deze specifiek het gevolg zijn geweest van het project. Wel is in een aantal gevallen evident geweest dat ziekenhuizen in de regio een duidelijke vermindering van patiëntencontacten hebben ervaren, waardoor de samenwerking in de regio en de rol van de zorgverzekeraar onder druk kwam te staan. Ziekenhuizen hebben namelijk vaak meerjarenafspraken met de zorgverzekeraar over de financiering die zij van hen ontvangen (per verrichting). Bij een afname van het aantal patiëntverwijzingen, nemen ook de inkomsten van de ziekenhuizen af en komt de zorgverplichting van de zorgverzekeraar onder druk te staan.

Praktijken investeerden hun tijd o.a. in:

- Wijkbijeenkomsten
- Casuïstiekbesprekingen
- Intervisie tussen de praktijken
- Metingen via vragenlijsten
- Het bespreken van verwijzingen
- Verbeteren samenwerking sociaal domein
- Invoeren van 'LEAN werken'

3.3 De ervaren barrières en succesfactoren van de projecten

Bij alle MTVDP projecten hebben (of hadden) verschillende barrières en succesfactoren een rol in het proces en de uitkomsten. Ook hier presenteren we weer de 'rode draden' die door veel of de meeste geïnterviewden zijn genoemd, danwel uit de documenten naar voren kwamen. We doen dit in drie categorieën, waarbij een barrière vaak de evenknie is van een succesfactor en andersom.

3.3.1 Ervaren barrières

Binnen de ervaren barrières onderscheiden we verschillende categorieën:

- Relatief veel ervaren barrières werden genoemd ten aanzien van samenwerking in de regio.
- Ook worden er knelpunten ervaren in/binnen de eigen praktijk, met betrekking tot het personeel.
- Maar ook met betrekking tot de patiëntenzorg zelf.

Deze ervaren barrières zijn overzichtelijk weergegeven in Tabel 3 hieronder.

Tabel 3 *Ervaren barrières verdeeld naar onderwerp*

Samenwerking in de regio	Personeel	Patiëntzorg
Huisartsenpraktijken en/of zorgverzekeraars hebben geen afspraken gemaakt met het ziekenhuis en de klinieken over veranderende verwijzingen en patiëntenstromen.	Huisartsen staan niet open voor verandering, taakdifferentiatie; nog klassiek medisch georiënteerd denken.	Zorgsysteem is niet ingericht op de wijk.
Huisartsenpraktijken in de regio staan niet open voor samenwerking.	Huisartsen hebben het gevoel te moeten knokken om niet kopje onder te gaan, hebben het gevoel er alleen voor te staan.	Patiënten met een taal en of digitale achterstand komen niet goed mee.
Geen bestaande samenwerking met wijkteams en de gemeente of deze moest eerst opgezet worden/op gang komen.	Het vinden van (goed) personeel, personeelstekorten in de huisartsenzorg.	Digitale kennis en vaardigheden patiënten.
In het sociaal domein is er sprake van veel personeelwisseling, moeilijk om een brug mee te bouwen.	Het niet meekrijgen van de gehele praktijk; aanhaken ouder personeel bij nieuwe werkwijze.	Band met de patiënt nodig om de leefstijl te veranderen over tijd
Geen bestaande samenwerking met de wijkteams en de organisaties in het sociale domein.	De extra belasting door Covid.	
	Huisvestingskosten, geen uitbreidingsmogelijkheden.	
	Taakverzwaring doktersassistenten.	
	Huisartsen staan teveel onder consultdruk, geen tijd voor strategie en opleiding.	

Tenslotte zijn er nog barrières genoemd met betrekking tot financiering, en wat ook wel ‘het brede plaatje’ wordt genoemd. Wanneer financiering wegvalt, valt ook de extra personele ondersteuning weg. Men ziet als knelpunt ‘ieder jaar weer bang moeten zijn om alles rond te krijgen’. Duurzame financiering zou volgens geïnterviewden uit substitutie van andere zorgsectoren (bijvoorbeeld de tweede lijn) moeten komen. Dat is belangrijk voor een duurzame implementatie van dit soort projecten. Aangegeven wordt dat de focus niet alleen op ‘de praktijk’ gericht moet worden maar op de gehele (eerstelijns)zorg en sociale domein. Er is daarbij een overstijgende visie nodig, waarbij wordt geïnvesteerd in de eerste lijn, in relatie tot de tweede lijn. Hierbij dient in gedachten te worden gehouden dat het financiële doel is om de zorg te verleggen van de tweede lijn richting de huisartspraktijken en de wijken. Tevens dient hier in de personele bezetting rekening mee te worden gehouden om een abnormale werkdruk en onevenredige financiële compensatie te vermijden.

3.3.2 Ervaren succesfactoren

Succesfactoren spiegelen zich aan de ervaren barrières, als gevraagd wordt hoe de knelpunten in het MTVDP project zijn overwonnen of verminderd.

De succesfactoren zijn onderverdeeld in 4 categorieën, en weergegeven in Tabel 4:

- Succesfactoren met betrekking tot de (regionale) samenwerking met ziekenhuizen.
- Succesfactoren c.q. verbeterpunten rond samenwerking met het sociaal domein.
- Naast de eerdere genoemde barrières binnen de praktijk zijn er ook succesfactoren, met daarbinnen aandacht voor de zorg voor patiënten.
- Tenslotte noemende de geïnterviewden veel succesfactoren rond het proces en inrichting van het MTVDP project zelf.

Tabel 4 *Ervaren succesfactoren verdeeld naar onderwerp*

Samenwerking met ziekenhuizen	Personeel	Patiëntenzorg	Proces en inrichting
Open overleg over verdeling zorg tussen eerste en tweede lijn samen met zorgverzekeraar.	Het delen van een praktijkmanager met andere praktijken.	Meer aandacht voor lage SES, en 'veelgebruikers'.	Pilots werken samen en leren van elkaar.
Al langere tijd bestaande coalitie met zorggroep en ziekenhuis.	De zorggroep of koepel neemt taken over die eerst alleen op de schouders van huisartsen rustten.	Patiënten leren zelf aan te geven wat hun behoefte is, zelfredzaamheid.	Een breed palet aan interventies afhankelijk van de behoefte; iedere praktijk mag zijn eigen invulling kiezen.
Organiseer vakgroep-bijeenkomsten tussen ziekenhuis en huisartsen.	Frisse blik van huisartsen en tijd bij het opstarten van een nulpraktijk.	Inzet van 15-minuten spreekuur direct vanaf de start van de pilot.	Aantoonbaar maken van resultaten.
Zorgverzekeraar en ziekenhuis zijn met elkaar in gesprek gegaan over dilemma's, en gezamenlijke visie.	Tijd nemen voor goede begeleiding Verpleegkundig Specialist.	Inzet van patiëntvrijwilligers om patiënten te ondersteunen bij problemen met digitalisering.	Aandacht voor samenwerking, faciliteer 'ontmoetingen'.
	Vertrouwen in het functioneren van eigen personeel.	Eigen regie patiënt, zelf burgers activeren.	Aandacht voor werkplezier en de voordelen van samenwerking.
	Inzet van jong, hoogopgeleid en leergierig personeel.		Er moet een (regionale project)leider zijn die het initiatief draaiende houdt.
Samenwerking met sociaal domein	Waarborging door spiegelbijeenkomsten, maar betrek ook de minder betrokken HA-praktijken.		In het begin klein en eenvoudig houden: kijk naar eigen knelpunten binnen de praktijk en overleg hoe dat te verbeteren.
Samenwerking en continuïteit faciliteren in de wijk.			Project is gestart met koplopers.
Aanstelling en inzet van gespecialiseerd functionaris Sociaal Domein.			Proactieve houding en het durven doen; niet wachten op financiering vanuit de zorgverzekeraar.
Fysieke nabijheid van maatschappelijk werkers.			Vergelijkbare idealen, en overlappende belangen.
Goede structuur opbouwen en sociale kaart/netwerk opbouwen.			Eerst tijd krijgen om zaken op orde te krijgen voordat men het spreekuur anders inricht.
Veelkomers doorverwijzen naar sociaal domein.			
Inzet van een aanspreekpunt binnen het sociaal domein voor de praktijk.			
Sociaal werker die connectie vormt tussen eerste lijn en sociaal domein.			

Naast de vier eerder genoemde categorieën succesfactoren zijn er ook nog succesfactoren genoemd met betrekking tot de financiering van de projecten. Dit betreft niet alleen niet alleen succesfactoren met betrekking tot de financiering van het MTVDP project maar ook van de huisartsenzorg in het algemeen. Geïnterviewden vanuit de huisartsenzorg gaven aan dat het model waarin er één bedrag per patiënt is ('fixed price') en meerjaren-contracten door de zorgverzekeraar de meest wenselijke financiële basis biedt voor verandering in werken en organiseren. Dit spreekt echter niet vanzelf en vergt een 'mindshift' in denken, met betrekking tot financiering en output en het huidige bekostigingsmodel op basis van consulten. Een succesfactor zou zijn als er een gemeenschappelijke visie wordt ontwikkeld op de twee uitgangspunten die er contrasteren:

- 1) financiering per consult als uitgangspunt, wat mogelijk resulteert in veel en snellere consulten, waarbij minder goed wordt doorgevraagd, vaker wordt verwezen en wat mogelijk leidt tot kwalitatief slechtere zorg en hogere kosten in de tweede lijn,
- 2) financiering op basis van een vast bedrag als uitgangspunt, waarbij het gevaar bestaat dat een deel van de huisartsen te weinig 'geprikkeld' wordt tot innovatie en samenwerking. Er is immers al zekerheid over de inkomsten van de praktijk, waardoor het gevaar bestaat dat men achterover gaat leunen, en dit uiteindelijk ten koste gaat van kwalitatief goede zorg.

Een gedeelde visie vergt het kiezen, combineren of overstijgen van beide uitgangspunten. Geïnterviewden gaven aan graag zelf de mogelijkheid te hebben tot het kiezen van de financieringsvorm die bij de praktijk past. Deze oplossing kan ervoor zorgen dat er tevredenheid heerst bij iedere deelnemende praktijk met betrekking tot de financieringsvorm. Met betrekking tot de vraag hoe MTVDP gefinancierd moet worden speelt de discussie over de rol van Segment 3 van de huisartsenfinanciering als tijdelijke vergoedingsmaatregel hier doorheen. Deze tijdelijke vergoedingsmaatregel zou volgens sommigen (zowel verzekeraars als huisartsen) uiteindelijk over moeten gaan naar structurele bekostiging in Segment 1 van de huisartsenfinanciering. Hierbij zal de NZa ook een rol spelen.

3.4 De geleerde lessen van de projecten voor uitrol en structurele verankering van de MTVDP projecten

In deze laatste paragraaf geven we een overzicht van zes geleerde lessen, die voor een groot deel voortbouwen op de hiervoor benoemde succesfactoren en die gebruikt kunnen worden als handvatten voor een verdere uitrol van MTVDP projecten:

1. Start nieuwe en veranker bestaande MTVDP projecten vanuit een gedeelde visie op kwaliteit van zorg
2. Schep interne randvoorwaarden voor een gedeelde visie
3. Schep externe randvoorwaarden voor een gedeelde visie
4. Richt een aparte organisatie en proces in voor MTVDP projecten
5. Betrek het sociaal domein in MTVDP projecten
6. Continueer en evalueer MTVDP projecten vanuit de maatschappelijke en financiële baten

Deze worden hieronder in meer detail besproken.

1. *Start nieuwe en veranker bestaande MTVDP projecten vanuit een gedeelde visie op kwaliteit van zorg*

Een gedeelde visie en gedachtegoed van de betrokken partijen achter de MTVDP projecten wordt gezien als de basis en inspiratie voor succes en verdere uitrol van MTVDP. De te hoge (werk)druk die

de huisartsenzorg nu ervaart heeft één belangrijke oorzaak die overal speelt, namelijk dat er een verklaarbare, maar te snelle groei is in de zorgvraag. Dit maakt een andere visie en een andere manier van kijken en organiseren noodzakelijk, de benodigde mindshift die vaak in interviews werd genoemd. Hiermee werd bedoeld dat men meer gaat kijken naar een andere organisatie van zorgverlening zowel binnen als buiten de praktijk. De visie die uit alle MTVDP projecten naar voren komt, is gebaseerd op een brede en multidisciplinaire manier van diagnosticeren, behandelen en verwijzen in de huisartsenzorg. Waarbij de patiënt centraal staat, er tijd kan worden genomen om goed te bepalen wat in de huisartsenzorg thuishoort, wat in andere (zorg- en welzijns)domeinen, en wat bij de patiënt zelf. Deze visie is niet nieuw en bouwt voort op de kernwaarden van de huisartsenzorg. Deze visie krijgt praktische invulling in de MTVDP projecten door deze te delen en voor de eigen praktijk uit te werken. Dit kan bijvoorbeeld door het implementeren van 4D gesprekken (gesprekken op basis van het 4-domeinenmodel) en – zoals het werd verwoord – aantoonbaar werken vanuit het idee van positieve gezondheid. Anders organiseren krijgt vorm wanneer bewust(er) gestuurd wordt op continuïteit van zorg voor de patiënt. In veel gevallen gaat het er om patiënten gerust te stellen, maar ook het vertrouwen te bieden dat altijd naar de juiste zorg en ondersteuning wordt verwezen.

2. *Schep interne randvoorwaarden voor een gedeelde visie*

Praktijken en huisartsen kunnen deze ideeën niet alleen vormgeven. Uit een aantal projecten blijkt dat er ‘pijnpunten’ binnen de huisartsenpraktijk kunnen zijn. Hoe beter de noodzaak van een nieuwe manier van werken bij de eigen medewerkers doordrongen is, en intern hiervoor de processen op orde zijn, hoe beter de randvoorwaarden om naar het doel te groeien. Zoals een geïnterviewde het verwoordde: *“het eigen centrum moet gezond zijn, anders kun je geen gezonde zorg leveren”*. Dit betekent onder andere een goede begeleiding van de personen die verantwoordelijk zijn voor de triage en het doorsturen van patiënten. Daarnaast is het ook van belang regelmatig als team de collectieve knelpunten te identificeren en die aan te pakken. In veel gevallen betrof dit een schaarste aan tijd en capaciteit. Deze knelpunten kunnen soms opgelost worden door een andere taakverdeling af te spreken, maar soms ook door het gebruik van digitale mogelijkheden. Intern draagvlak voor deze interne veranderingen staat of valt bij het uitgangspunt dat de nieuwe werkwijze op termijn niet meer geld of tijdsinvestering (per persoon) hoeft te kosten dan de eerdere werkwijze.

3. *Schep externe randvoorwaarden voor een gedeelde visie*

Randvoorwaarden waaraan gedacht kan worden bestaan bijvoorbeeld uit (het vastleggen van) structurele samenwerking met collega-huisartsenpraktijken, de zorgverzekeraar en de lokale partijen die in veel projecten betrokken zijn. Voorbeelden van lokale (betrokken) partijen die in de huidige projecten worden genoemd zijn: het ziekenhuis, de GGD, gemeenten, burgerinitiatieven, zorgcollega’s in de GGZ en de langdurige zorg. Dat vraagt regie en coördinatie. In een aantal MTVDP projecten heeft de zorggroep deze regierol, en wordt begeleiding vanuit de zorggroep dan ook als succesfactor genoemd. Niet alle huisartsenpraktijken zijn even actief of betrokken bij een zorggroep. Die verschillen kunnen een barrière zijn, maar vormen ook een kans als er op groepsniveau positieve resultaten worden geboekt door het project. Een geleerde les is praktijken en huisartsen ‘vrijheid en vertrouwen’ te geven zodat zij binnen een regionaal project zaken zelf kunnen blijven invullen. Voor intervisie en kennis delen helpt ‘een stok achter de deur’ zodat deelname aan het project niet vrijblijvend is. Maar het schrijven van een ‘boekwerk van protocollen’ of een blauwdruk blijkt een showstopper voor samenwerking. Ruimte voor eigen invulling afhankelijk van regionale problematiek is daarom een randvoorwaarde op regioniveau.

4. Richt een aparte organisatie en proces in voor MTVDP projecten

In lijn met de vorige geleerde les, is die om een aparte organisatie en proces voor MTVDP projecten op te zetten. Dit kan wellicht weerstand wekken tegen 'weer een extra laag', maar blijkt voor veel projecten toch cruciaal te zijn om huisartsen en praktijken niet extra te belasten met (externe) coördinatietaken. Als oplossing hiervoor werd genoemd dat de zorggroep als coördinator optreedt, maar ook het vastleggen van regionale samenwerkingsverbanden. Een en ander dient onderdeel te zijn van regioplannen wat kan helpen bij het vaststellen van deze rollen. Een verantwoordelijk manager/projectmanager in de regio die overzicht houdt, kan helpen bij het opstellen van projecten en deze in goede banen te leiden en helpt bij het afleggen van verantwoording naar buiten. Deze projectmanager kent de verschillende projecten in de regio en kan deze vergelijken en indien nodig bijsturen. Idealiter is een projectmanager geen controleur, maar eerder een vraagbaak en ondersteuning voor deelnemende praktijken.

5. Betrek het sociaal domein in MTVDP projecten

Een aantal MTVDP projecten richt zich expliciet op een betere samenwerking tussen huisartsenzorg en het sociaal domein. Het zijn vooral de KB projecten waarvoor dit geldt en waar de sociale problematiek in achterstandswijken aanleiding was om in te zetten op betere verwijzing naar maatschappelijk werk en maatschappelijke partijen. Een nieuwe functie als centrale spil tussen de praktijk en het sociaal domein, vervuld door een praktijkverpleegkundige of praktijkondersteuner sociaal domein, bleek een succesvolle interventie om consulten in de praktijk te verminderen die niet-medisch zijn. De 'waterscheiding' tussen het zorgdomein en sociale domein kon hiermee voor een deel worden beslecht, maar speelt ook in niet-achterstandswijken vanwege structurele verschillen in financiering en bestuurlijke verantwoordelijkheid en uitvoeringspraktijk. Het is dan ook een algemeen geleerde les uit de MTVDP projecten dat betere samenwerking met het sociaal domein ervoor zorgt dat een deel van het huidige beroep op de huisartsenzorg daar wordt opgevangen en ook blijft. Daarvoor zijn specifieke investeringen op bestuurlijk niveau nodig omdat huisartsenvoorzieningen en gemeenten geen natuurlijke gesprekpartners zijn. Op operationeel niveau zijn investeringen nodig in wijkmanagement: het opbouwen van 'sociale kaarten', overleggen en bijeenkomsten opzetten met maatschappelijke organisaties, en in het begin meer tijd nemen voor patiënten om eventuele sociale problematiek te kunnen duiden en de juiste verwijzingen (een zogenaamde warme overdracht) te kunnen doen. Dat laatste grijpt terug op de eerste aanbeveling: een brede visie op de patiënt in zijn sociale context, die in het begin meer tijd kost, maar op langere termijn meer tijd voor de juiste patiënten oplevert. Nu lijkt de bal hiervoor bij de huisartsenpraktijken te liggen, maar een geleerde les is ook dat de betrokkenheid en bereidheid van de gemeente een succesfactor is. Als gemeenten de maatschappelijke organisaties die zij financieren ook ondersteunen in een betere samenwerking met de huisartsenzorg, wordt er van twee kanten geïnvesteerd. Hier speelt wel mee dat gemeenten momenteel nog volop worstelen met de decentralisatie-opgave en de eigen tekorten aan personeel en budgetten voor de jeugdzorg en de zorg aan langdurig zieken en ouderen, welke niet gunstig zijn voor het realiseren van substitutie van de huisartsenzorg naar het sociaal domein. Deze achtergrond betreft een veel breder vraagstuk, waar ook de centrale overheid een rol in heeft.

6. Continueer en evalueer MTVDP projecten vanuit de maatschappelijke en financiële baten

Vernieuwingen in de huisartsenzorg, zoals MTVDP projecten die hebben ingezet, waren niet mogelijk geweest zonder financiële investeringen of impulsen. Dat kosten-batenanalyses belangrijk zijn voor een goede evaluatie van deze investeringen is ook een gedeelde visie. Voor alle projecten wordt de kosten-batenanalyse als gunstig gepercipieerd en aangetoond. Al blijft het complex om de directe

financiële effecten van de MTVDP projecten breed te bepalen; bijvoorbeeld hoeveel minder kosten er nu in andere zorgsectoren zijn of worden gemaakt (ziekenhuizen, maar ook de paramedische en langdurige zorg), of hoeveel kosten er zijn voorkomen of bespaard als gevolg van zelfmanagement, preventie, meer arbeidsdeelname, minder ziekteverzuim, leefstijlverbetering, et cetera. Hoe duidelijker dit kan worden aangetoond, hoe beter de discussie kan worden gevoerd of meeropbrengsten ook terug zouden moeten vloeien naar de eerste lijn.

Een geleerde les is dan ook, dat kosten-batenanalyses nog scherper en breder kunnen worden gemaakt. En dat deze analyses niet per definitie door de huisartsenvoorzieningen of de zorgverzekeraar uitgevoerd hoeven te worden, maar dat beide opdrachtgevers kunnen kiezen voor derde partijen die deze onafhankelijk uitvoeren. Net als het belang van een gezamenlijke visie op kwaliteit van zorg een geleerde les is (zie hiervoor), is een geleerde les dat zowel huisartsenvoorzieningen als zorgverzekeraars MTVDP-projecten te baat nemen om (opnieuw) gezamenlijk te bepalen waarop financieel gestuurd zou moeten worden, met inachtneming van de regionale context.

Dat consensus bereiken over de financiering van MTVDP geen eenvoudige opgave is, heeft te maken met de discussie over de 'juiste prikkels' in het huidige financieringssysteem en de verschillende visies daarop. Vanuit de deelnemende huisartsenvoorzieningen worden de MTVDP projecten gezien als dé mogelijkheid om (1) langlopende afspraken met zorgverzekeraars te maken, en (2) deze op een nieuwe leest te schoeien zodat prikkels niet meer gericht zijn op productie- en tarieven-afspraken. Het punt van langlopende afspraken is verbonden met de insteek van alle projectleiders van de MTVDP projecten om deze te continueren. Men ziet het gevaar van verlies van momentum en ook angst voor effecten waardoor er weer terug naar het 'normale' werken gegaan zou moeten worden. Dit brengt de vraag naar voren of de MTVDP investeringsimpuls eenmalig voldoende is (of was) en huisartsenvoorzieningen op eigen kracht het nieuwe werken kunnen doorzetten. Een andere mogelijkheid is dat de extra financiering structureel zou moeten zijn, waarmee de discussie wordt geopend over wat dit voor de kostenontwikkeling betekent. Hiermee komen we weer terug op de kosten-batenanalyse als hiervoor genoemd. Als tegenover structurele financiering, structurele kostenbesparingen staan, dan zou een sector-overstijgende (macro)analyse kunnen onderbouwen hoe gelden verdeeld zouden moeten worden over de verschillende zorgdomeinen, inclusief het sociaal domein. Dit is echter ook een complexe en politiek gevoelige analyse, gegeven de bestaande governance- en financieringssystematiek en fundamentele keuzes die ten grondslag liggen aan het principe van marktwerking en overheidssturing ('wie zou wat moeten krijgen/verdiene en waarom') in de zorg.

Een geleerde les voor zorgverzekeraars is dat positiebepaling nodig is in de gevraagde gedeelde visie en de vormgeving van de structurele financiering van MTVDP projecten. Er was binnen de MTVDP projecten discussie over de mogelijkheid dit soort projecten in het eerste, tweede of derde segment van de huidige huisartsenbesteding onder te brengen. Het derde segment zou beter passen bij de vrijheid van praktijken om eigen plannen te maken afgestemd op de lokale en regionale problematiek. Het eerste en tweede segment zou de mogelijkheid bieden om de huidige beleidsregels met betrekking tot consultfinanciering en vaste tariefbetaling per patiënt te veranderen.

Daarnaast is de verhouding tussen financiering vanuit de O&I-gelden en achterstandsfondsen een punt van discussie, zoals uit een aantal MTVDP projecten naar voren kwam met het oog op toekomstige besteding. Een aantal praktijken kan wel gebruik maken van deze financiering, terwijl een andere praktijk hier niet uit kan putten. Hierdoor kan er scheefgroei ontstaan in de financieringsstromen tussen de praktijken.

Een geleerde les voor alle beleidspartijen, betrokken bij het HLA Huisartsenzorg, is dat ook daar de discussie moet plaats vinden rond structurele financiering van MTVDP projecten. Wanneer daar consensus ontstaat kan er een duidelijk eensgezind advies uitgebracht worden met betrekking tot de structurele financiering. Daarnaast moet de discussie gevoerd worden hoe omgegaan dient te worden met herverdeling van meeropbrengsten, en hoe dit verdeeld wordt, rekening houdend met de andere domeinen naast de huisartsenzorg. De HLA partijen kunnen bijdragen aan de gezamenlijke visie die nodig is voor een uitrol van de MTVDP projecten door een duurzame visie te formuleren.

4 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit onderzoek is een vergelijkende analyse gemaakt van zeven MTVDP projecten die de afgelopen jaren met financiering vanuit zorgverzekeraars in de Nederlandse huisartsenzorg zijn geïnitieerd.

De volgende twee hoofdvraagstellingen stonden daarbij centraal:

- Wat zijn/waren voor elk MTVDP project de doelstellingen, resultaten, knelpunten (barrières), oplossingen (succesfactoren), welke middelen zijn wanneer ingezet en wat is wanneer met deze inzet bereikt? Wat zijn daarbij de overeenkomsten en verschillen tussen de MTVDP projecten?
- Welke lessen kunnen uit de zeven MTVDP projecten worden geleerd om elders in het land tot een versnelde uitrol van MTVDP projecten te kunnen komen? En wat is er nodig voor een structurele verankering van succesvolle MTVDP projecten?

4.1 Het antwoord op vraag 1 – de doelen, resultaten en barrières van de MTVDP projecten

Doelen

Kijken we naar de verschillen en overeenkomsten van de MTVDP projecten, dan zijn er drie clusters te onderscheiden:

- De Krachtige Basiszorg projecten in Utrecht, Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, die gericht zijn op achterstandswijken en de inzet van verpleegkundigen en POH's voor betere samenwerking met het sociaal domein. Al deze projecten zijn relatief vroeg begonnen, vinden plaats in stedelijk gebied, maken gebruik van het 4D-model, worden gefinancierd door Zilveren Kruis en zijn ook eerder geëvalueerd (zie Leemrijse en Korevaar, 2021).
- De projecten in Deventer, Gorinchem, West-Friesland en Afferden, die gericht zijn op het creëren en uitbouwen van groepen van huisartsenpraktijken door uitwisseling van ervaringen met verschillende organisatie-interventies en verandering van consultvoering. Drie van deze (Gorinchem, West-Friesland en Afferden) zijn gefinancierd door VGZ, één (Deventer) door Eno.
- De projecten in Terneuzen en Munstergeleen; beide zijn recent gestart met een klein aantal huisartsenpraktijken in plattelandsgebieden en worden gefinancierd door zorgverzekeraar CZ.

Een aantal MTVDP projecten zijn dus recent begonnen (cluster 3), een aantal andere projecten in cluster 1 en 2 hebben hun initiële looptijd erop zitten, maar er is zeker vanuit de projectleiders en huisartsenvoorzieningen de intentie om deze te continueren – al is niet altijd duidelijk of dat met een nieuwe impuls of een structurele financieringsafspraken vormgegeven kan en moet worden (zie ook hierna).

Het realiseren van een langere consultduur is een centraal doel binnen de huisartsenpraktijken, maar er zijn verschillende wegen om dit te bereiken. Zo is binnen cluster 1 (de KB projecten), maar ook binnen het project in Munstergeleen en Deventer, ingezet op betere **samenwerking met het sociale domein en positieve gezondheid**. Uitgangspunt is een langere consultduur vanuit het idee van

positieve gezondheid met als doel om sneller tot de kern van het (gezondheids)probleem van de patiënt te komen. Het gedachtengoed is dat met langere consulten er een betere diagnose gesteld kan worden en de vervolgzorg beter ingericht kan worden. Ook wordt door een langere consultduur beter zichtbaar dat bepaalde zorgvragen eigenlijk niet-medisch van aard zijn en de patiënt beter geholpen kan worden in het sociale domein of elders. Het beter beheersen van de zorgvraag en het bevorderen van zelfredzaamheid ontlast daarmee de huisarts. Om dit te bewerkstelligen is ingezet op betere samenwerking met wijkteams en het betrekken van de buurt, door een 'linking pin' vanuit de huisartspraktijken hiervoor vrij te maken of aan te stellen.

Binnen de projecten in Deventer, West Friesland, Gorinchem en Afferden (cluster 2) en Terneuzen (cluster 3) stond naast afstemming met lokale partijen in het sociale domein ook **samenwerking en afstemming met het lokale ziekenhuis** centraal. Hier zijn samen met de zorgverzekeraar afspraken gemaakt over de effecten van een langere consultduur op het aantal verwijzingen naar de tweede lijn. Hier kwam de noodzaak voor een gezamenlijke visie op verdeling van de zorgvraag en -behoefte in de regio naar voren, aangezien in Afferden (en in het begin ook in West Friesland) het MTVDP project de inkomsten van het ziekenhuis significant heeft doen dalen. In Deventer is ingezet op meer gezamenlijke consulten met medisch specialisten om zo de doorverwijsprocessen te verbeteren, waarmee meer zorginhoudelijk insteek is gegeven aan meer samenwerking tussen eerste en tweede lijn. In Gorinchem is men gestart met het via een beveiligde app contact opnemen en houden met een specialist uit het ziekenhuis om cases en mogelijke verwijzingen te bespreken. In Terneuzen maakt de betrokken huisartsenpraktijk gebruik van een digitaal communicatiemiddel genaamd Prisma voor intercollegiaal overleg en ook wordt er gebruik gemaakt van een meedenkconsult, waarbij een lokale medisch specialist op afstand kan 'meedenken' over de juiste behandeling voor patiënten.

Een derde manier die bij alle projecten en dus alle clusters is ingezet, is **het aannemen van meer personeel** om tot verlaging van de werkdruk in de praktijk te komen en zo het werkplezier te verhogen. Het doel is om hiermee uiteindelijk ook de patiënttevredenheid te verhogen met daarbij het verlenen van kwalitatief betere zorg met gelijkblijvende of zelfs lagere kosten in de huisartsenzorg. Dit sluit aan bij de 'Quadruple aim' doelstelling die in de zorg steeds vaker centraal wordt gesteld: het tegelijkertijd bereiken van een (1) betere ervaren kwaliteit van zorg, (2) betere gezondheid van de bevolking, (3) lagere zorgkosten én (4) betere (werk)beleving van zorgverleners. De Quadruple aim' benadering breidt het oorspronkelijk 'Triple aim' concept (ofwel het idee van 'waarde gedreven zorg') uit met het vierde element, de tevredenheid van werknemers/teams ('happy professional'). Voor alle betrokken huisartsenvoorzieningen zijn de ervaren werkdruk en personeelstekorten aanleiding geweest om de MTVDP projecten te gebruiken om de capaciteit te vergroten en/of deze anders te gaan organiseren binnen de praktijk. Dit is gelukt door bijvoorbeeld praktijkmanagement en geprotocolleerde zorg minder bij de huisarts en meer bij het medisch en niet-medisch ondersteunend personeel te beleggen.

Dat de MTVDP projecten verschillende doelen en invullingen kennen maakt het enerzijds lastig deze met elkaar te vergelijken. Anderzijds geeft het ook aan dat het per regio en gebied kan verschillen welke interventies en investeringen 'wat, waar en hoe' het beste werken. Een zekere mate van ruimte voor 'maatwerk' is daarom belangrijk om MTVDP projecten goed bij de lokale problematiek en mogelijkheden te laten aansluiten en om hiermee recht te kunnen doen aan de praktijk. Op deze geleerde les komen we hieronder nog terug.

Resultaten

Voor zes van de zeven MTVDP projecten geldt dat de betrokkenen zeer positief zijn over de behaalde resultaten en opbrengsten. Alleen voor het project in Terneuzen, dat pas dit jaar is gestart, is het nog te vroeg om het project te evalueren. De resultaten zijn in alle projecten zo specifiek mogelijk gemeten en geëvalueerd, al verschilt de wijze, frequentie en intensiteit van monitoring per MTVDP project. Hierbij speelt dat het complex is/was om de causale en geïsoleerde effecten vast te stellen, omdat (a) nulmetingen en controlegroepen niet altijd konden worden ingezet en (b) er veel ‘confounding factors’ spelen die ook op macro-uitkomsten als kwaliteit van zorg, zorgkosten (met name op sector- en regioniveau) en werkdruk invloed hebben. Deze factoren maken het moeilijk een rechtlijnige conclusie te trekken over de behaalde resultaten omdat deze factoren een vertekening van de resultaten kunnen geven. Dat geldt niet in de laatste plaats voor de corona-pandemie die speelt en speelde in de looptijd van de verschillende MTVDP projecten. Ook op dit punt komen we in de geleerde lessen terug.

De concrete resultaten die tijdens en na de MTVDP projecten zijn gemeten betreffen niet alleen het hoofdoel ‘meer (effectieve) tijd voor de patiënt’, maar ook de drie wegen die we hiervoor noemden als afgeleide doelen. Het meest prominent is dat er aantoonbaar minder verwijzingen plaatsvinden naar tweede lijn – in sommige gevallen in die mate, dat er nieuwe afspraken moesten worden gemaakt over de financiële consequenties hiervoor voor de driehoek ‘huisarts-ziekenhuis-zorgverzekeraar’. Ook is er aantoonbare verbetering van werkplezier en vermindering van de ervaren werkdruk in de praktijken zichtbaar, samen met een hogere patiënttevredenheid, al worden deze metingen niet constant uitgevoerd omdat men verwacht dat deze op een hoger niveau zullen blijven bestaan. Een reden om deze metingen niet (constant) door te voeren ligt in het feit dat dit een financiële en administratieve last met zich meebrengt en de deelnemende partijen van mening zijn dat goede resultaten reeds bewezen zijn. De opbrengsten van een betere samenwerking met het sociaal domein zijn niet of minder concreet gemeten. Dat is ook lastiger, aangezien (1) het sociaal domein een andere financiering kent dan de huisartsenzorg, (2) doorverwijzingen naar het sociaal domein minder goed geregistreerd worden en (3) daardoor het effect van het MTVDP project op het aantal ‘terugkeerconsulten’ moeilijk te meten is. Dat het wel belangrijk is deze baten in kaart te brengen en dat daarvoor de gemeente hierin een belangrijke rol speelt, is een andere geleerde les die hieronder volgt.

Ervaren barrières en succesfactoren

Een groot aantal barrières en succesfactoren die spelen of hebben gespeeld in de onderzochte MTVDP projecten zijn eerder in dit rapport genoemd. Binnen de projecten in cluster 2 werden barrières genoemd ten aanzien van samenwerking in de regio. Daar was het soms lastig om alle praktijken even snel mee te krijgen in het project, en hen van de meerwaarde van een andere manier van werken en het uitwisselen van ervaringen (maar ook ‘prestaties’) te overtuigen. Binnen enkele praktijken is het probleem van de hoge werkdruk zo groot dat dit een barrière is om over de drempel naar verandering te stappen. Het gepercipieerde gebrek aan mogelijkheden om daadwerkelijk meer tijd voor patiëntenzorg op korte termijn te realiseren (‘de spreekkamer blijft vol’) blijft daarmee het doel van het MTVDP project in de weg staan. Hiervoor werden ook al de barrières genoemd als er geen expliciete afstemming met het ziekenhuis was vanaf het begin van het project. Omgekeerd gold, dat waar regionale samenwerking met ziekenhuizen al inhoudelijk werd vormgegeven, dit ook afstemming over de financiële effecten van MTVDP projecten makkelijker maakt. Hetzelfde geldt voor de samenwerking met het sociaal domein. De projecten in cluster 1 laten op eenzelfde manier zien dat samenwerking succesvoller verloopt als dit niet ‘from scratch’ georganiseerd hoeft te worden. Naast succesfactoren binnen de praktijk en rond de financiering, noemden de geïnterviewden veel succesfactoren rond het proces en inrichting van het MTVDP project zélf. Het zijn immers

veranderprocessen waar verschillende partijen bij betrokken zijn. Deze dynamiek en complexiteit vergt een aparte aanpak, om te voorkomen dat de kosten voor deelname als te hoog, en de baten te vaag of te ver weg worden gepercipieerd.

4.2 Het antwoord op vraag 2 - geleerde lessen voor uitrol en structurele verankering de MTVDP projecten

Zes geleerde lessen

Het zijn de voorgaande succesfactoren en barrières waarop we de geleerde lessen voor uitrol van nieuwe MTVDP projecten, en structurele verankering van bestaande MTVDP projecten, baseren. Een aantal geleerde lessen stipten we hiervoor al aan. Hier vatten we deze samen en geven we aanbevelingen voor wie en wanneer de geleerde lessen vooral betekenis hebben.

1. *Start nieuwe en veranker bestaande MTVDP projecten vanuit een gedeelde visie op kwaliteit van zorg*

Een gedeelde visie en gedachtegoed achter de MTVDP projecten is de basis en inspiratie voor succes en verdere uitrol. Deze basis vergt eensgezindheid en commitment van alle partijen, omdat het immers gaat om samenwerking, afstemming en uitwisseling – zowel van medewerkers binnen huisartsenvoorzieningen, als van partijen binnen de regio (huisartsenvoorzieningen, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, langdurige zorg, thuiszorg, de ggz, sociaal domein, gemeenten). Het gedachtegoed achter MTVDP is dat anders werken en organiseren noodzakelijk is om een brede en multidisciplinaire manier van diagnosticeren, behandelen en verwijzen in de huisartsenzorg mogelijk te maken. Dit betreft een werkwijze waarbij de patiënt centraal staat: er tijd kan worden genomen om goed te bepalen wat in de huisartsenzorg thuishoort, wat in andere (zorg- en welzijns)domeinen, en wat bij de patiënt zelf. Deze visie lijkt vanzelfsprekend maar is wel een basis die uitgesproken en uitgewisseld moet worden om projecten goed te kunnen opstarten en te borgen.

2. *Schep interne randvoorwaarden voor een gedeelde visie*

Het is hiervoor al als interne randvoorwaarde aangegeven: hoe beter de noodzaak voor een nieuwe manier van werken bij de eigen medewerkers wordt onderkend, en intern hiervoor de processen op orde zijn, hoe beter de randvoorwaarden zijn om naar het doel te groeien. Dit is een geleerde les voor de huisartsenvoorzieningen zelf: het regelmatig als team identificeren en aanpakken van de collectieve knelpunten, in veel gevallen schaarste aan tijd en capaciteit. Intern draagvlak voor interne veranderingen staat of valt bij het uitgangspunt dat de nieuwe werkwijze op termijn niet meer hoeft te kosten dan eerdere werkwijze.

3. *Schep externe randvoorwaarden voor een gedeelde visie*

Een andere geleerde les is het belang van externe randvoorwaarden. Regie is nodig om structurele samenwerking te realiseren tussen collega-huisartsenpraktijken, zorgverzekeraars en de lokale zorg- en welzijnspartijen. Deze les is niet direct gericht op de praktijk zelf, maar meer op een organisatieniveau daarboven en kan goed aansluiten bij de regierol die bijvoorbeeld zorggroepen of regionale samenwerkingsverbanden in de huisartsenzorg nu al vervullen. Regie hoeft niet 'top down'

of een 'blauwdruk' te zijn, om ruimte voor eigen invulling te behouden naar gelang de regionale problematiek.

4. Richt een aparte organisatie en proces in voor MTVDP projecten

Het creëren van een gedeelde visie en externe randvoorwaarden vergt een aparte organisatie (zoals een projectleider, wijk of regiobureau) van proces om MTVDP projecten op te zetten. Deze aparte organisatie sluit bij voorkeur aan bij de hiervoor genoemde zorggroepen of regionale samenwerkingsverbanden. Maar het zijn ook aparte coördinatietaken waarbij een verantwoordelijk manager/projectmanager in de regio overzicht houdt, helpt bij het opstellen en in goede banen leiden van projecten, en verantwoording naar buiten aflegt.

5. Betrek het sociaal domein in MTVDP projecten

Betere samenwerking tussen huisartsenzorg en het sociaal domein zorgt voor betere verwijzing naar maatschappelijk werk en maatschappelijke partijen. Dat geldt niet alleen voor de huisartsenzorg in achterstandswijken maar ook breder. Daartoe dient wel de 'waterscheiding' die nu tussen het zorgdomein en sociale domein bestaat te worden beslecht. Op bestuurlijk niveau is het nodig dat huisartsenvoorzieningen en gemeenten 'natuurlijke gesprekpartners' worden. En op operationeel niveau dat investeringen worden gedaan in het opbouwen van overleggen en bijeenkomsten tussen huisartsenvoorzieningen en maatschappelijke organisaties, zoals de KB projecten hebben aangetoond. Deze geleerde les slaat ook op betrokkenheid en bereidheid van de gemeenten, die deze maatschappelijke organisaties financieren. Daarbij geldt wel dat gemeenten momenteel nog volop worstelen met de decentralisatie-opgave en de tekorten aan personeel en budgetten voor de jeugdzorg en de zorg aan langdurig zieken en ouderen.

6. Continueer en evalueer MTVDP projecten vanuit de maatschappelijke en financiële baten

Een laatste geleerde les is dat kosten-baten-analyses van MTVDP projecten (in een aantal gevallen uitgevoerd door extern partijen) nog scherper en breder kunnen worden gemaakt. Daarbij is het van belang dat deze zoveel mogelijk op continue basis plaatsvinden, vooral omdat de baten pas op langere termijn goed te meten zijn en het aantonen van causale projecteffecten complex is. Deze les kan mogelijk worden ingevuld door huisartsenvoorzieningen en de zorgverzekeraar 'opdrachtgever' te laten zijn voor derde partijen die kosten-baten-analyses onafhankelijk uitvoeren. Zodra kosten-baten-analyses uitgevoerd worden, komt de vraag naar voren hoe deze kosten en baten dan gedefinieerd en gemeten zouden moeten worden. En daarbij rijst ook de bredere vraag hoe en waarop bekostiging van de huisartsenzorg (in relatie tot andere zorg- en welzijnsdomeinen) nu en in de toekomst gestuurd zou moeten worden. Dit onderzoek geeft geen geleerde les omtrent deze laatste vraag, maar onderschrijft wel het belang van langlopende afspraken en duidelijkheid over prikkels rond productie- en tarievenafspraken in relatie tot MTVDP. Niet alleen voor de huisartsenzorg 'sec', maar ook in relatie tot andere zorgdomeinen, inclusief het sociaal domein.

Dit betekent ten eerste ook voor zorgverzekeraars dat 'positiebepaling' nodig is met betrekking tot deelname aan en invulling van, (1) de eerder genoemde gedeelde visie en (2) de vormgeving van de structurele financiering van MTVDP projecten. Dit is uiteraard gelieerd aan de discussie omtrent consultfinanciering versus vaste tariefbetaling per patiënt en de verhouding tussen financiering vanuit de O&I-gelden en achterstandsfondsen, waarbij het van belang is om wel recht te doen aan de regionale situaties/-afspraken en huidige praktijk. Ten tweede dient ook op landelijk niveau met partijen, betrokken bij het HLA Huisartsenzorg, de discussie plaats te vinden rond structurele

financiering van MTVDP projecten voor praktijken en wijk-/regio-organisaties én de gezamenlijke visie die nodig is voor een uitrol van de MTVDP projecten door een duurzame visie te formuleren.

Verdere aanbevelingen voor opstart en uitrol van MTVDP-projecten

De zes geleerde lessen zijn weliswaar generiek, maar een aantal hebben meer betrekking op de fase vóór, tijdens en na de opstart van een MTVDP-project.

Waarom moeten partijen denken vóór de start van een MTVDP-project?

- Allereerst is het belangrijk dat praktijken die willen starten met MTVDP de eigen praktijk op orde maken. Knelpunten binnen de praktijken moeten aangepakt worden en alle neuzen moeten dezelfde kant op staan. Soms moet voor deelname aan MTVDP de zorg wat anders worden ingericht binnen de praktijk. Daar moet iedereen achter staan.
- Daarnaast is het van belang dat het personeel de juiste scholing en begeleiding krijgt. Door dit te waarborgen wordt ook vertrouwen in elkaars kunnen gecreëerd.
- Praktijken dienen de tijd te nemen om samenwerkingen (met het sociaal domein en andere zorgpartijen) op te starten. Wanneer vooraf bekend is welke personen actoren zijn, kan er bij het leveren van zorg sneller geschakeld worden. Voldoende tijd inruimen is dus van belang.
- Het maken van afspraken over financiële invulling met de zorgverzekeraar is van belang. Bij voorkeur zijn deze afspraken meerjarig. Ook het maken van afspraken met betrekking tot personele inzet met bijvoorbeeld het sociaal domein zijn van belang om scheve gezichten later te voorkomen.

Waarom moeten partijen denken tijdens de start van een MTVDP-project?

- Wanneer praktijken starten is het van belang om medewerkers te blijven begeleiden om te kijken waar mogelijk knelpunten ontstaan. Door dit te monitoren kan er snel ingegrepen worden.
- Het bespreken van cases tijdens wijktafels, buurtoverleg etc. kan leiden tot intensivering van de samenwerking. Daarnaast raken deelnemers aan de wijktafels op elkaar ingespeeld, en kan samenwerking geïntensiveerd worden. Het delen van kennis met elkaar is dus belangrijk.
- Wanneer gestart worden kan men denken aan het aanstellen van een projectleider binnen de praktijk die ook verantwoordelijk is voor monitoring van de voortgang.
- Praktijken kunnen een aanspreekpunt aanstellen die verantwoordelijk is voor het contact met het sociaal domein. Deze persoon kent binnen het sociaal domein de stromen die er te onderscheiden zijn.

Waarom moeten partijen denken na de start van een MTVDP-project?

- Vaak wordt het belang onderschreven van het blijven monitoren van de resultaten. Zeker bij beginnende projecten is monitoring en evaluatie van belang, tenminste totdat men overtuigd is van de positieve bijdragen aan de gewenste doelen. Partijen zoals een HIS-leverancier kunnen hier mogelijk bij helpen.
- Op basis van de monitoring en evaluatie kan worden bijgestuurd binnen het personeelsbestand of door middel van taakherschikking binnen de praktijk. Zo kan ook voorkomen worden dat de werklast onevenredig verdeeld is.
- Er moeten tijdig nieuwe afspraken worden gemaakt met de financiers. Dit vooral om te voorkomen dat er plotseling financiering wegvalt, of dat een jaar begonnen moet worden zonder afspraken.

Deze driedeling in fasen zal in de praktijk niet even goed te onderscheiden zijn, wat dus ook geldt voor de aanbevelingen. Wel helpt de indeling bij het algemene principe dat wij terugzien in alle MTVDP-

projecten: faseren betekent tijd en ruimte creëren voor verandering. Die betekent ook het zoeken naar maatwerk om te voorkomen dat blauwdrukken of precieze uitrolplannen stranden op de diversiteit die nu eenmaal de realiteit is huisartsenzorg. Regio's en praktijken kennen verschillende patiëntpopulaties, samenwerkingen, knelpunten en ambitieniveau. Daarom is het van belang dat er ruimte blijft voor regio- en praktijk-specifieke invullingen van het MTVDO-concept.

Tot slot

Structurele verankering van succesvolle MTVDP-projecten vergt volgens veel van de geïnterviewden het maken van langlopende afspraken, niet alleen tussen huisartsenpraktijken/huisartsenorganisaties en zorgverzekeraars, maar ook met andere eerste- en tweedelijns zorgaanbieders en het sociale domein. Daarbij is een open gesprek over financiële prikkels en effecten van productie- en tarievenafspraken op regioniveau nodig, en het formuleren van een overstijgende visie hierop. Financiering of herverdeling van financiering vanuit verschillende domeinen moet dus ook meegenomen worden om tot een duurzame oplossing te komen. Vooral in de samenwerking met het sociaal domein ligt de uitdaging, maar ook een oplossing omdat hier nog winst te behalen valt. Een deel van de MTVDP projecten zijn in eerste instantie geïnitieerd in en voor achterstandswijken. Maar de snel gegroeide problemen in de huisartsenzorg en de gehele zorg maakt dat (bijna) alle gemeenten en regio's in principe 'geschikt' zijn voor een MTVDP aanpak. Een verdere uitrol van MTVDP zou bijvoorbeeld stapsgewijs plaats kunnen vinden, waarbij prioriteit gegeven kan worden aan praktijken die gevestigd zijn in wijken/regio's met complexe (gezondheids)problematiek (veel ouderen, niet-westerse allochtonen, achterstandswijken), waarbij met MTVDP de grootste winst te behalen valt.

Er zijn bijna geen huisartsen die geen knelpunten van drukte ervaren tijdens de spreekuren, waarbij er te weinig tijd voor de patiënt is om tot de kern van de problematiek te komen. Omdat deze kern vaak niet bereikt wordt, resulteert dit in terugkerende zorgvragen en belandt men in de vicieuze cirkel van de stijgende drukte. Mede door deze stijgende drukte, stijgt de werkdruk en daalt het werkplezier, met als gevaar dat de kwaliteit van zorg vermindert. Het recente onderzoek van de LHV ¹ toont dit ook weer aan. Het MTVDP gedachtegoed is in principe geschikt voor alle regio's en 'type' huisartsenpraktijken en verdient dus brede uitrol. De huidige vicieuze cirkel van de stijgende drukte, werkdruk en daling van werkplezier en de kwaliteit van zorg noopt tot verandering om de huisartsenzorg in Nederland op een hoog niveau en duurzaam te houden.

¹ <https://www.lhv.nl/actueel/nieuwsberichten/huisartsen-met-handen-in-het-haar-om-bezetting-rond-te-krijgen/>

Bijlage A Overzicht van verzamelde bronnen

Bron	Soort	Titel	Auteurs	Datum	Document/Website
Algemeen	Website	https://meertijdvoordepatient.lhv.nl/			Website
1. West-Friesland					
VGZ	Beleidsstuk, inclusief evaluatie en toolkit en 20 uitwerkte interventies	Nivel aanlevering Meer Tijd voor de Patiënt - VGZ	VGZ & Syntein		Document
Huisartsenpraktijk	Projectvoorstel	Ondersteuningsaanvraag pilotproject Meer tijd voor de patiënt (Westfriesland)		10 Okt 2018	Document
Huisartsenpraktijk	Intentieverklaring	Intentie-overeenkomst Pilot 'meer tijd voor de patiënt'		Okt 2018	Document
Huisartsenpraktijk	Evaluatie	Pilot 'Meer Tijd voor de Patiënt' in West-Friesland Rapportage augustus 2019	Lizzy van der Kooij, Projectleider pilot	26 september 2019	Document
Huisartsenpraktijk	Effectmeting	Presentatie stuurgroep	Zorggroep	September 2019	Presentatie
Huisartsenpraktijk	Resultatenbespreking	Presentatie werksessie		25 juni 2020	Presentatie
Huisartsenpraktijk	Effectmeting	Effectmeting Meer tijd voor de patiënt Zorgkoepel West Friesland	Jill Meijs, VGZ, Zorgkoepel	November 2020	Presentatie
Huisartsenpraktijk	Concept-artikel	West-Friesland project 'Meer tijd voor de patiënt'	Wanneke Sabatino, manager zorgvernieuwing bij Zorgkoepel West Friesland	Juni 2020	Document
Huisartsenpraktijk	Verslag stuurgroep overleg	Verslag stuurgroep pilot 'Meer tijd voor de patiënt'	ZWF, WFHO, VGZ	30 september 2019	Document

Bron	Soort	Titel	Auteurs	Datum	Document/W eb
Huisarts	Beleidsstuk	Voorwaarden PlusPraktijken WFHO/ZWF		2021	Document
2. Krachtige basiszorg Algemeen					
Nivel	Publicatie	Krachtige basiszorg is van meerwaarde in de coronacrisis	C. Leemrijse, J. Korevaar	2020	Document
Nivel	Artikel	Samenwerking tussen zorg- en hulpverleners in de achterstandswijk Overvecht		Maart 2020	Document
Nivel	Concept wetenschappelijk artikel	Experiences with collaboration between professionals from health services and social services to provide care for a patient population with complex health problems in a deprived area: an online survey	C. Leemrijse, N. Bitter, N.C. Makkes, J. Korevaar	Maart 2021	Document
Nivel	Netwerk organogram	Organogram Netwerk Utrecht: Krachtige basiszorg			Document
Nivel	Werkdocument verslag	Verslag o.b.v. Vragenlijsten/interviews t/m februari 2020 Praktijk A		Maart 2020	Document
Nivel	Werkdocument verslag	Verslag o.b.v. Vragenlijsten/interviews t/m februari 2020 Praktijk B		Maart 2020	Document
Nivel	Rapport	Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd: ervaringen van twee jaar implementeren in grootstedelijke achterstandswijken.	C. Leemrijse, J. Korevaar	Juli 2021	Document
Nivel	Toolkit/website	Toolkit Krachtige basiszorg biedt handvatten voor de aanpak van complexe zorg in de wijk (https://toolkitkrachtigebasiszorg.nl/)	C. Leemrijse, Nivel, Stichting Overvecht Gezond	Oktober 2020	Web
Krachtige basiszorg Amsterdam-Noord					
Praktijk	Implementatie plan	Krachtige Basiszorg Praktijk Implementatieplan		Juli 2018	
Krachtige basiszorg Amsterdam Zuid-Oost					

Bron	Soort	Titel	Auteurs	Datum	Document/W eb	
	Nivel	Rapportage	Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd		document	
	Huisartsenpraktijk	Database	Geanonimiseerd patiënten database	Maurice Bom	(excel)document	
	Huisartsenpraktijk	Overeenkomst	Overeenkomst Krachtige Basiszorg 2019-2020	Zilveren Kruis	Maart 2019	document
	Huisartsenpraktijk	Project-aanvraag	Format implementatie Krachtige Basiszorg – Onderlegger aanvraag ZK en AF's	Huisartsen Ganzenhoef	22 juli 2018	(excel)document
	Huisartsenpraktijk	Gespreksverslag	Ganzenhoef – verslag o.b.v. Vragenlijsten/interviews t/m februari 2020		document	
Krachtige basiszorg Rotterdam						
	Huisartsenpraktijk	Onderzoeksvoorstel	Implementatie van krachtige basiszorg in achterstandswijken van vier grote steden		Oktober 2018	document
	Huisartsenpraktijk	Gespreksverslag	Lange Hille – verslag o.b.v. Vragenlijsten/interviews t/m februari 2020		document	
	Huisartsenpraktijk	Projectstructuur	Projectstructuur Duurzame basiszorg		document	
	Huisartsenpraktijk	Projectaanvraag	Format implementatie Krachtige Basiszorg – Onderlegger aanvraag ZK en AF's	GZC Lange Hille	7 juli 2018	(excel)document
Krachtige basiszorg Utrecht						
	Nivel	Artikel	Samenwerking tussen zorg- en hulpverleners in de achterstandswijk Overvecht	Chantal Leemrijse, Neis Bitter, Joke Korevaar	2020	document/artikel
Terneuzen						
	CZ	Projectplan	Innovatie in de huisartsenpraktijk: Meer tijd voor de patiënt, persoonsgerichte zorg, integrale bekostiging	MAETRI-X	12 januari 2021	document/presentatie
Gorinchem						

Bron	Soort	Titel	Auteurs	Datum	Document/W eb
VGZ	Project- beschrijving	aanlevering Meer Tijd voor de Patiënt - VGZ			document/ presentatie
Kwaliteit Als Medicijn (KAM) Symposium	Workshop	Initiatieven in de eerstelij	Angela Vermeulen, Vincent Coenen	7 novem- ber 2018	web
Huisarts en Zorg	Project- informatie	Deelnemende praktijken			document
Huisarts en Zorg	Informatiefolde r	Aan de slag met Meer tijd voor de Patiënt	en Zorg, projectleider Eveline Schroen	30 januari 2020	document/ folder
Huisarts en Zorg	Projectinformat ie	Meer tijd voor de patiënt		Januari 2020	document/ folder
VGZ	Projectinformat ie	Presentatie Meer tijd voor de patiënt		Februari 2020	document/ presentatie
Huisarts en Zorg	Projectbeschrij ving	Meer tijd voor de Patiënt		5 novem- ber 2020	document/ presentatie
Huisarts en Zorg	Projectplan	Projectplan Meer tijd voor de Patiënt 2021		Juli 2021	document
Munstergeleen					
Huisartsenpraktijk	Projectplan	Positief Gezond Munstergeleen	OPERA		document/ presentatie
Huisartsenpraktijk	Werk- document	De impact van Positieve Gezondheid (resultaten)	OPERA	19 augus- tus 2021	document/ presentatie
www.hartpatiente n.nl	Artikel	Meer tijd voor de patiënt en leefstijl voorop	Roel Smeijsters & Carolien Houben	22 april 2021	web
De Limburger	Artikel	De zorgzame huisartsenpraktijk in hartje dorp	Benti Banach	10 oktober 2019	web
Nummer 1	Artikel	Dokteren tussen de bonenstaken	Jos Benders	14 april 2020	web
Institute for positive health	Artikel	Uit de praktijk: De huisarts ziet sommige patiënten nauwelijks meer	Institute for positive health	8 novem- ber 2018	web
Institute for positive health	Artikel	CZ zette Zuid-Limburg op het spoor van Positieve Gezondheid	Institute for positive health	9 februari 2021	web

Bron	Soort	Titel	Auteurs	Datum	Document/W eb
Afferden					
VGZ	Project- beschrijving	aanlevering Meer Tijd voor de Patiënt - VGZ			document/ presentatie
Huisartsenpraktijk	Artikel	Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen	Hans Peter Jung, Thomas Jung, Sil Liebrand, Machteld Huber, Snežana Stupar- Rutenfrans, Michel Wensing	Maart 2018	document/ artikel
Huisartsenpraktijk / zorggroep	Project- beschrijving	Projecten Regiodeal Noord- Limburg		15 mei 2020	document
Huisartsenpraktijk	Artikel	Uitkomsten van het hanteren van Positieve Gezondheid in de praktijk	DHans Peter Jung, Sil Liebrand, Corné van Asten	Oktober 2019	document/ artikel
Huisartsenpraktijk	Artikel	Persoonsgericht zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid	Machteld Huber & Hans Peter Jung	13 oktober 2015	document/ artikel
Medisch Contact	Column	Zinnige zorg dreigt utopie te worden	Hans Peter Jung, Miranda Laurant, Corné van Asten	21 novem- ber 2019	web
Rijksoverheid	Beleids- document	Aanhangsel van de Handelingen Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden tk- 20192020-1537	Bruno Bruins, Minister VWS	30 januari 2020	document
Rijksoverheid	Beleids- document	Aanhangsel van de Handelingen Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden tk- 20192020-1538	Bruno Bruins, Minister VWS	30 januari 2020	document
Rijksoverheid	Beleids- document	Aanhangsel van de Handelingen Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering	Bruno Bruins, Minister VWS	30 januari 2020	document

Bron	Soort	Titel	Auteurs	Datum	Document/W eb
		gegeven antwoorden tk-20192020-1539			
Medisch Contact	Nieuwsbericht	Zinnige zorg dreigt utopie te worden: Limburgse Afferden zit ingeklemd tussen tegenstrijdige eisen	Hans Peter Jung, Miranda Laurant, Corné van Asten	21 november 2019	web
Deventer					
Eno	Contract-informatie	Pilot Meer Tijd Voor De Patiënt			document
HCDO	Evaluatie	Effect Meer Tijd voor de Patiënt op werktevredenheid en verwijzingen huisarts			document
HCDO	Evaluatie	Tussenevaluatie (na 1 jaar deelname) – Meer tijd voor de patiënt		September 2020	
HCDO	Projectplan	Projectplan module MTVDP			document
HCDO	Project-informatie	Deelnemende praktijken			document
HCDO	Projectplan	Projectplan module MTVDP			document
HCDO	Project-voorstel	Meer tijd voor de patiënt - Projectvoorstellen		6 maart 2019	document
HCDO	Projectplan	Pilot Meer Tijd Voor De Patiënt			document

Bijlage B Interviewleidraad

Uitgangspunten

- De vragen die we tijdens het interview voorleggen zullen afhankelijk zijn van de informatie die vooraf al is toegestuurd door degene die geïnterviewd wordt. Er zal bij de vragen met name nadruk liggen op het ophalen en bespreken van informatie die nog niet bekend is, maar wel benodigd is om het project te kunnen evalueren.
- Een beknopt verslag van het interview zal worden toegestuurd aan de geïnterviewde met het verzoek hier binnen 1 week op te reageren ter akkoord.

Opzet van het interview:

1. Kennismaking onderzoeker en geïnterviewde
2. Introductie van onderzoek (doel opdrachtgever)
3. Interview zelf (zie vragen hieronder)

Onderdeel 1: Evaluatie van betreffende MTVDP project

Aanleiding en doelstelling – uitkomstevaluatie

1. Wat was de **aanleiding** voor dit project? En bij wie (welke partijen) lag het initiatief?
2. Hoe is '**Meer tijd voor de patiënt**' in dit project precies gedefinieerd? M.a.w.: wat wordt onder 'tijd' in deze verstaan, is dat consulttijd, tijd van de huisarts, of iets anders?
3. Op de website staat dat het project is gestart op/in [*maand/jaar*], klopt dat? **En loopt het project nog?** Zo nee, waarom en wanneer is het project gestopt. Zo ja, tot wanneer loopt het project nog?
4. Welke **partijen/zorgorganisaties** zijn er betrokken bij het project (samenwerkingsverbanden en ondersteuningsstructuren)?
 - a. Kan kort de rol van zorgverzekeraar [VGZ/ZC/ZK/Eno] omschreven worden?
 - b. En hoeveel huisartsenpraktijken zijn inmiddels betrokken bij het project?
 - c. Is bekend om hoeveel ingeschreven patiënten het daarmee in totaal gaat?
 - d. En waren patiënten/patiëntorganisaties ook betrokken bij dit project?
5. Welke **middelen** zijn ingezet tijdens het project?
 - a. Financiële middelen (wat is/was de begroting c.q. het budget dat is vrijgemaakt, hoe is dat verdeeld naar personeel/materieel/in kind)?
 - b. Personele inzet (kan ingeschat worden voor hoeveel fte/uur huisartsen en andere (zorg/niet-zorg) functionarissen voor dit project vrijgemaakt/ingezet zijn?)
 - c. Overige middelen
6. Wat waren de beschreven/verwachte **doelstellingen, resultaten, uitkomstmaten** van het project?
7. Zijn de vooraf beschreven doelstellingen **behaald**, en waar blijkt dat uit? Is/zijn er aparte evaluaties/onderzoeken gedaan om het project (tussentijds) te evalueren?

8. Kan per beschreven doelstelling (zie 6.) aangegeven worden:
 - a. welke metingen zijn gedaan om deze doelstelling te kwantificeren;
 - b. welke 'drempelwaarden' zijn gehanteerd om te bepalen of de doelstelling is behaald;
 - c. en welke termijn/periode is gehanteerd om dit te bepalen?
succes
9. Zijn er nog **andere resultaten** die uit het project naar voren komen? Denk hierbij aan (voor zover niet al benoemd):
 - a. directe of indirecte opbrengsten/financiën op praktijk- of regioniveau
 - b. verandering van het aantal patiënten per fte huisarts
 - c. verandering in het zorggebruik
 - d. verandering in het aantal doorverwijzingen
 - e. verandering in het werkplezier en werkdruk van het personeel in de huisartsenpraktijk
 - f. verandering in patiëntervaringen

Doeltreffendheid (procesevaluatie)

10. Wat waren de **succesfactoren en barrières/knelpunten** bij dit MTVDP project, en waar blijkt dat uit? Evaluatie en bespreking per succesfactor en barrière/knelpunt. In ieder geval bespreken we de succesfactoren en barrières rond:
 - Bekostiging (waren er voor dit project te weinig of juist voldoende financiële middelen, en hoe uitte zich dat?)
 - Ondersteuning (was er voor dit project te weinig of juist goede ondersteuning, en hoe uitte zich dat?)
 - Samenwerking (was er voor dit project te weinig of juist goede samenwerking tussen partijen/personen, en hoe uitte zich dat?)
 - Patiëntervaringen (waren de patiëntervaringen voor dit project stimulerend of juist belemmerend, en hoe uitte zich dat? En: werkte dit project voor iedere patiënt, of alleen voor een bepaalde patiëntengroepen?)
11. Welke **oplossingen** zijn er bedacht voor de hiervoor benoemde barrières/knelpunten waar jullie tijdens het project tegenaan liepen?
12. Tegen welke **andere uitdagingen** liepen jullie aan tijdens het project?
13. En wat zijn de **huidige en toekomstige** uitdagingen waar jullie tegenaan (gaan) lopen?
14. Welke **keuzes** hebben jullie zelf gemaakt om dit soort uitdagingen proberen op te lossen?

Onderdeel 2: Uitrol MTVDP project(en)

15. Wat waren succesfactoren en barrières in dit project die '**projectgeneriek**' zijn? Oftewel: hoe waarschijnlijk gelden deze volgens u ook voor andere MTVDP achtige projecten in het algemeen? Apart bespreken voor succesfactoren en barrières rond:
 - Bekostiging (zijn voldoende financiële middelen ook voor andere projecten een succes/faal-factor? Of verschilt dat?)

- Ondersteuning (is voldoende ondersteuning ook voor andere projecten een succes/faal-factor? Of verschilt dat?)
 - Samenwerking (is voldoende samenwerking ook voor andere projecten een succes/faal-factor? Of verschilt dat?)
 - Patiëntervaringen (zijn patiëntervaringen, en/of de focus op bepaalde patiëntengroepen, ook voor andere projecten een succes/faal-factor? Of verschilt dat?)
16. Wat zijn volgens u de **minimale eisen** waaraan (vanuit uw ervaring) volgende MTVDP-projecten zouden moeten voldoen? Wat is bijvoorbeeld (vanuit uw ervaring) van wie nodig om tot een versnelde uitrol van het aantal projecten te komen?
 17. Welke **tips** zou je mee willen geven aan huisartsenpraktijken en regionale huisartsenorganisaties die ook met een soortgelijk MTVDP project gaan starten? Hoe kunnen zij bijvoorbeeld barrières voorkomen en/of overwinnen?
 18. Wat is (vanuit uw ervaring) nodig om de **voortgang** van de nieuwe MTVDP projecten te monitoren? Hoe is het succes en de opbrengsten van de (toekomstige) projecten het beste te monitoren/meten?
 19. Tot slot: wat is (vanuit uw ervaring) nodig om tot een **goede uitrol** van dit soort MTVDP projecten in Nederland te komen?
 - a. Is **structurele verankering** hiervoor nodig? En zo ja, hoe en wie heeft daarin welke verantwoordelijkheid?
 - b. Welk geleerde/wijze lessen wilt u mee geven voor een goede uitrol van meer MTVDP projecten in Nederland?

Afsluiting

20. Missen we nog **informatie** die niet tijdens dit interview aan de orde is gekomen, maar die wel belangrijk kan zijn voor het onderzoek?
21. Zijn er nog **andere betrokkenen** bij het project, die we nog zouden moeten interviewen voor ons onderzoek?

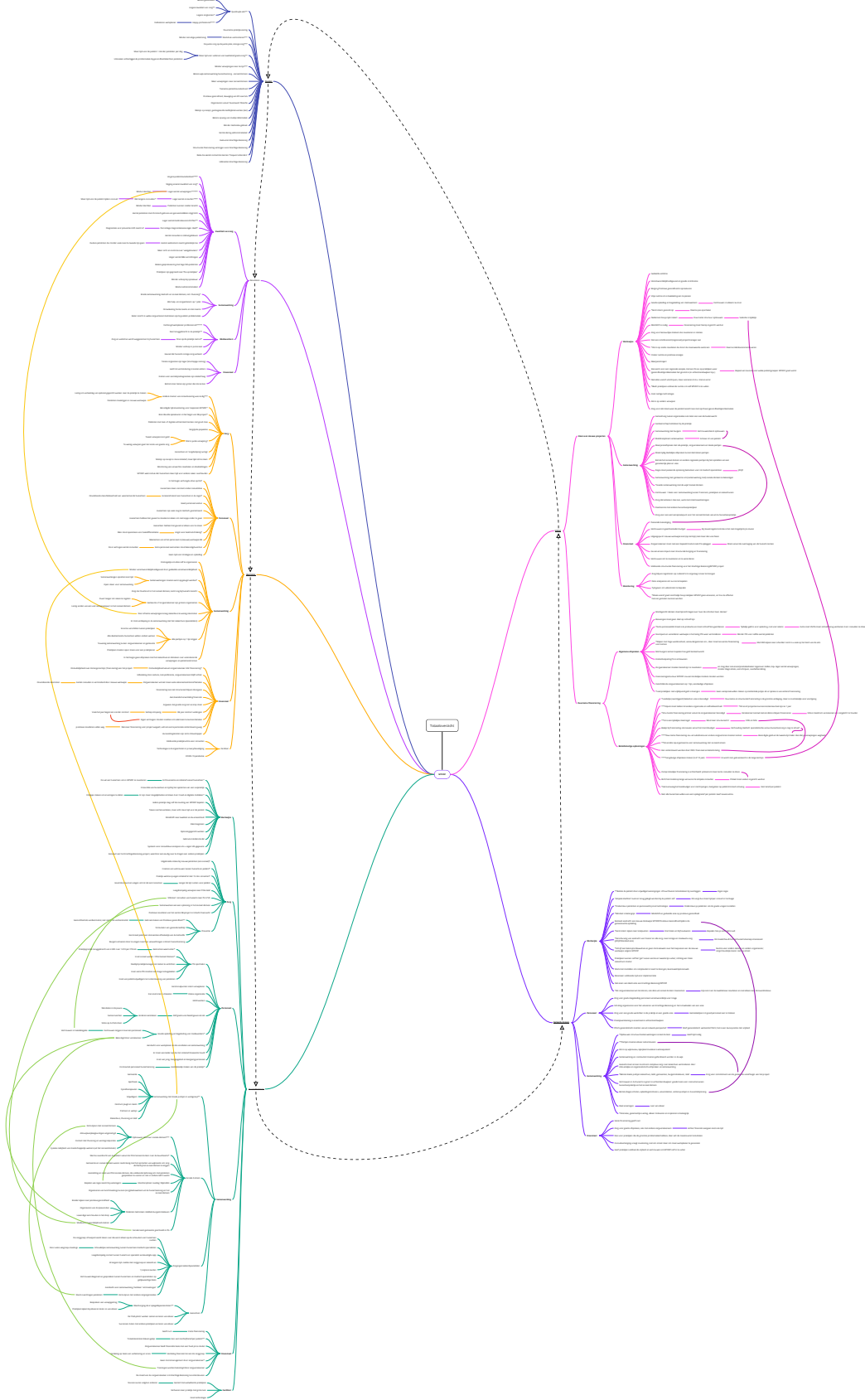
Bijlage C Visualisatie van de doelen, succes- en faalfactoren en geleerde lessen van de zeven MTVDP-projecten

Toelichting bij de mindmaps:

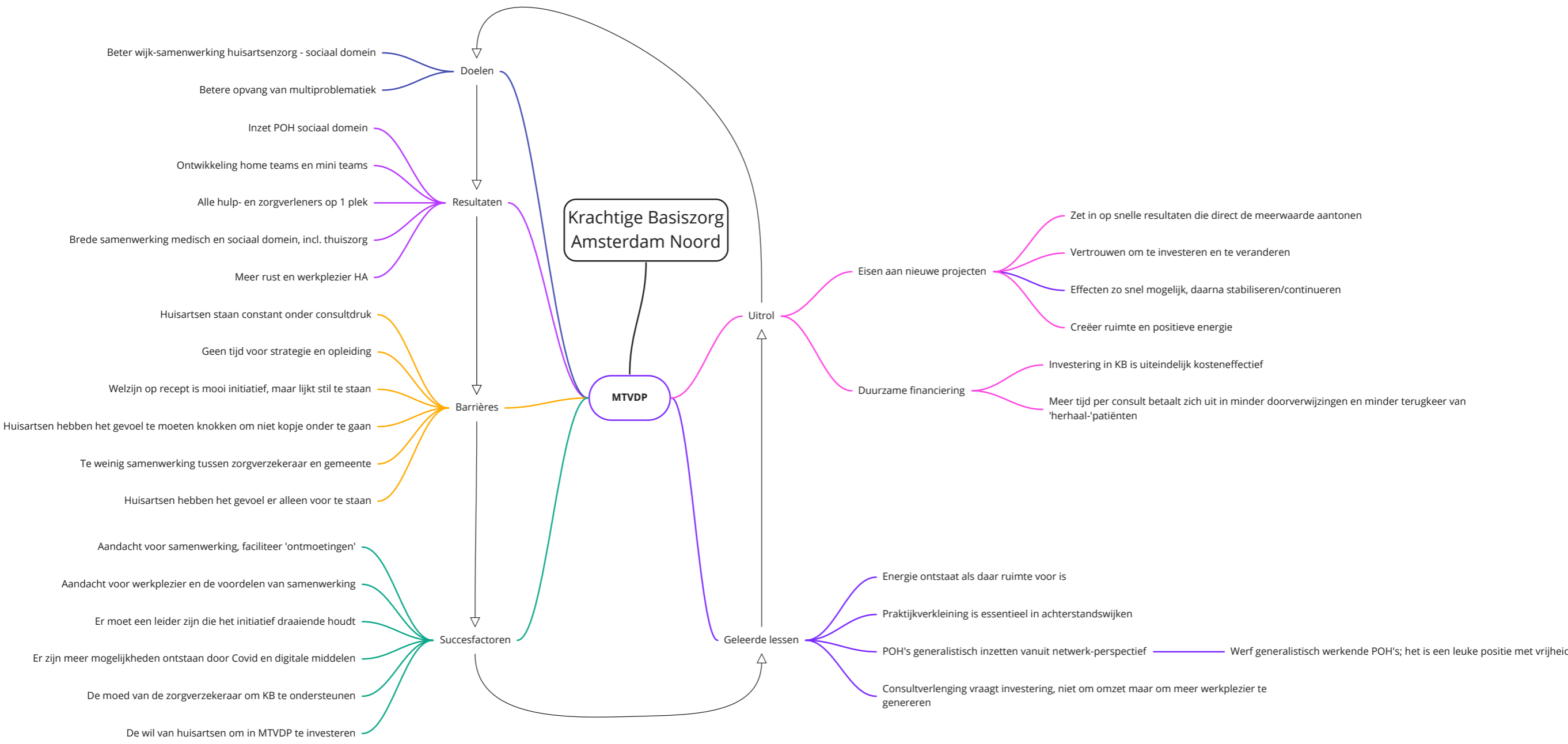
De stippellijn geeft de route aan waarin de fases van belang zijn bij implementatie.

Een asterisk bij de tekst wil zeggen dat dit punt nogmaals is genoemd door de geïnterviewde personen:

- * betekent dat het punt 2x is genoemd.
- ** betekent dat het punt 3x is genoemd etc.







Krachtige Basiszorg Amsterdam ZO

MTVDP

Doelen

- Gezondheidsverbetering (chronisch zieke) populatie
- Verbetering ervaren kwaliteit van zorg
- Vergroten van werkplezier zorgverleners
- Vermindering werkdruk zorgverleners
- Reductie zorgkosten
- Evalueren Krachtige Basiszorg
- Structurele financiering verkrijgen voor KB
- Reductie aantal contactmomenten 'frequent attenders'
- JZOJP
- Uitzoeken achterliggende problematiek bij gezondheidsklachten patiënten

Resultaten

- Het sociaal domein en de huisartsenzorg weten elkaar beter te vinden
- Beter inzicht in welke zorgverleners betrokken zijn bij patiënt-problematiek
- Minder consulten
- Minder verwijzingen
- Gevoel dat huisarts zinnige zorg verleent
- Zorg en werkdruk wordt weggenomen bij huisartsen

Barrières

- Goed personeel vinden
- Meenemen van al het personeel in (nieuwe) werkwijze KB
- Het vinden van een vast aanspreekpunt in het sociaal domein
- COVID-19 pandemie
- Alle deelnemende huisartsen wilden anders werken
- Wanneer financiering voor project wegvalt, valt ook extra personele ondersteuning weg en daarmee de positieve resultaten
- Boordevolle spreekuren in het begin van KB-project
- Onduidelijkheid over de lange termijn van het project

Succesfactoren

- Aanstelling en inzet van POH Sociaal Domein, die voldoende tijd kreeg om met patiënten gesprekken te voeren en ook in andere GZC's werkt
- Organiseren van lunchmeetings tussen (zorg)medewerkers uit de huisartsenzorg en het sociaal domein
- Inzet van 15-minuten spreekuur vanaf het begin
- Creëren van vertrouwen tussen huisarts en patiënt
- Warme overdracht van de patiënt vanuit de POH Sociaal domein naar de buurtteams
- Frisse blik van huisartsen en tijd bij het opstarten van een nulpraktijk
- Tijdsgeest waarbij gemeente en sociaal domein bezig waren met het opstarten van wijkteams om zorg dichterbij het sociaal domein te krijgen
- Positieve resultaten van het eerste KB-project in Utrecht Overvecht
- Continuïteit personeel huisartsenzorg
- Fysieke nabijheid van maatschappelijk werkers (uit het sociaal domein)
- Eenvoud van het KB-project, waardoor eenvoudig over te dragen aan andere praktijken

Uitrol

- Eisen aan nieuwe projecten
 - Kies eerst voor een regionale aanpak, met een focus op praktijken waar (gezondheids)problematiek het grootst is (in achterstandswijken bijv.)
 - Aantoonbaar maken van resultaten en effecten van KB/MTVDP
 - Zorg voor een vast aanspreekpunt voor het sociaal domein vanuit de huisartsenpraktijk
 - Betrek het sociaal domein en andere regionale partijen bij het opstellen van een gezamenlijk plan en visie
 - Zet in op anders verwijzen
 - Geef praktijken de ruimte om KB/MTVDP zelf in te vullen en hoe dit volgens hun het beste gemonitord kan worden
 - Voldoende structurele financiering voor het KB/MTVDP project
 - Stel een coördinerend (regionaal) projectmanager aan
 - Zorg voor één loket waar de patiënt terecht kan met zijn/haar (gezondheids)problematiek
 - Samenwerking tussen het lokale buurtteam en de POH Sociaal Domein

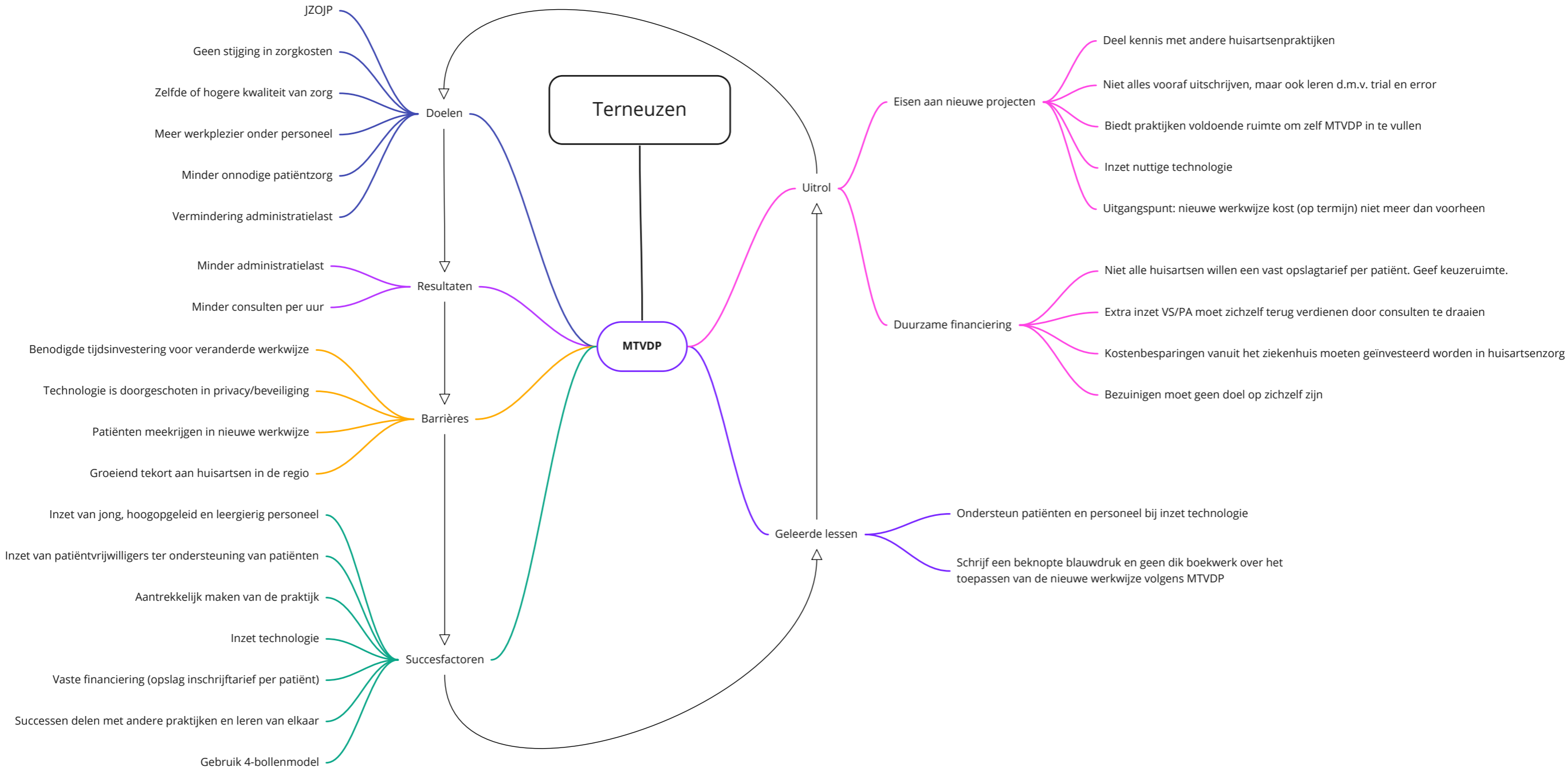
Duurzame financiering

- Duurzame financiering zou uit substitutie van andere zorgsectoren moeten komen
- Financiering primair door zorgverzekeraar
- Laat ook de gemeente financieel bijdragen
- Laat praktijken niet vrijblijvend geld ontvangen
- Landelijk (overstijgend) beleid en visie is benodigd
- Duurzame en structurele financiering is de grootste uitdaging, maar is noodzakelijk voor voortgang
- Wijken met hoge werkloosheid, eenoudergezinnen etc., daar moet ten eerste financiering voor komen

Geleerde lessen

- Vertrouwen in de huisarts is groot in achterstandswijken: goede basis voor connectie tussen huisartsenpraktijk en het sociaal domein
- Betrek de patiënt door vrijwilligersverenigingen of buurthuizen te betrekken bij overleggen
- Zorg voor een goede werksfeer in de praktijk en een goede visie — Gemakkelijker om goed personeel aan te trekken
- Zorg voor commitment van de gemeente vanaf begin van het project
- Intervisie, gezamenlijk overleg, elkaar motiveren en inspireren is belangrijk
- Scholing organiseren voor het uitvoeren van KB en het ontwikkelen van een visie
- Kies voor praktijken die de grootste problematiek hebben, daar valt de meeste winst te behalen
- Stel eisen aan deelname aan KB/MTVDP
- Samenwerking en continuïteit moeten gefaciliteerd worden in de wijk





Terneuzen

MTVDP

Doelen

Resultaten

Barrières

Succesfactoren

Uitrol

Geleerde lessen

Eisen aan nieuwe projecten

Duurzame financiering

Deel kennis met andere huisartsenpraktijken

Niet alles vooraf uitschrijven, maar ook leren d.m.v. trial en error

Biedt praktijken voldoende ruimte om zelf MTVDP in te vullen

Inzet nuttige technologie

Uitgangspunt: nieuwe werkwijze kost (op termijn) niet meer dan voorheen

Niet alle huisartsen willen een vast opslagtariief per patiënt. Geef keuzeruimte.

Extra inzet VS/PA moet zichzelf terug verdienen door consulten te draaien

Kostenbesparingen vanuit het ziekenhuis moeten geïnvesteerd worden in huisartsenzorg

Bezuinigen moet geen doel op zichzelf zijn

Ondersteun patiënten en personeel bij inzet technologie

Schrijf een beknopte blauwdruk en geen dik boekwerk over het toepassen van de nieuwe werkwijze volgens MTVDP

JZOJP

Geen stijging in zorgkosten

Zelfde of hogere kwaliteit van zorg

Meer werkplezier onder personeel

Minder onnodige patiëntzorg

Vermindering administratielast

Minder administratielast

Minder consulten per uur

Benodigde tijdsinvestering voor veranderde werkwijze

Technologie is doorgeschoten in privacy/beveiliging

Patiënten meekrijgen in nieuwe werkwijze

Groeiend tekort aan huisartsen in de regio

Inzet van jong, hoogopgeleid en leergierig personeel

Inzet van patiëntvrijwilligers ter ondersteuning van patiënten

Aantrekkelijk maken van de praktijk

Inzet technologie

Vaste financiering (opslag inschrijftarief per patiënt)

Successen delen met andere praktijken en leren van elkaar

Gebruik 4-bollenmodel

Gorinchem

MTVDP

Doelen

- Meer tijd voor de patiënt = minder patiënten per dag
- Kwaliteit van zorg verbeteren door conceptueel anders werken
- Meer capaciteit per patiënt

Resultaten

- Hogere patiënttevredenheid
- Minder doorverwijzingen naar tweede lijn
- Percentage diagnostieaanvragen daalt met 8,6%
- Meer rust en werkplezier HA
- 5 minuten inloopspreekuur
- Langere consultduur van 15 en 30 minuten
- Bottom-line: baten zijn groter dan de kosten

Barrières

- Taakverzwaring DA
- Samenwerking met het ziekenhuis verdiepen (specialisten)
- Alle partijen op 1 lijn krijgen
- Enorme verschillen tussen praktijken
- Huisartsen en 'zorgdemping' wringt
- Huisvestingskosten zijn soms showstopper

Succesfactoren

- Waarborging door spiegelbijekomsten
- Trainingen worden bekostigd door zorgverzekeraar
- Na zien succes volgden anderen — Gestart met welwillende praktijken
- Al langere tijd coalitie met zorggroep en ziekenhuis
- Vertrouwensbeginsel en gesprekken tussen huisartsen en medisch specialisten op gelijkwaardige basis
- Laagdrempelig contact tussen HA en specialist via beveiligde app
- Verdeling op basis van verbetering en score — Verdeling financiën binnen de zorggroep
- Geen micromanagement door zorgverzekeraar
- Zorgverzekeraar biedt financiële basis met een fixed price model

Uitrol

Eisen aan nieuwe projecten

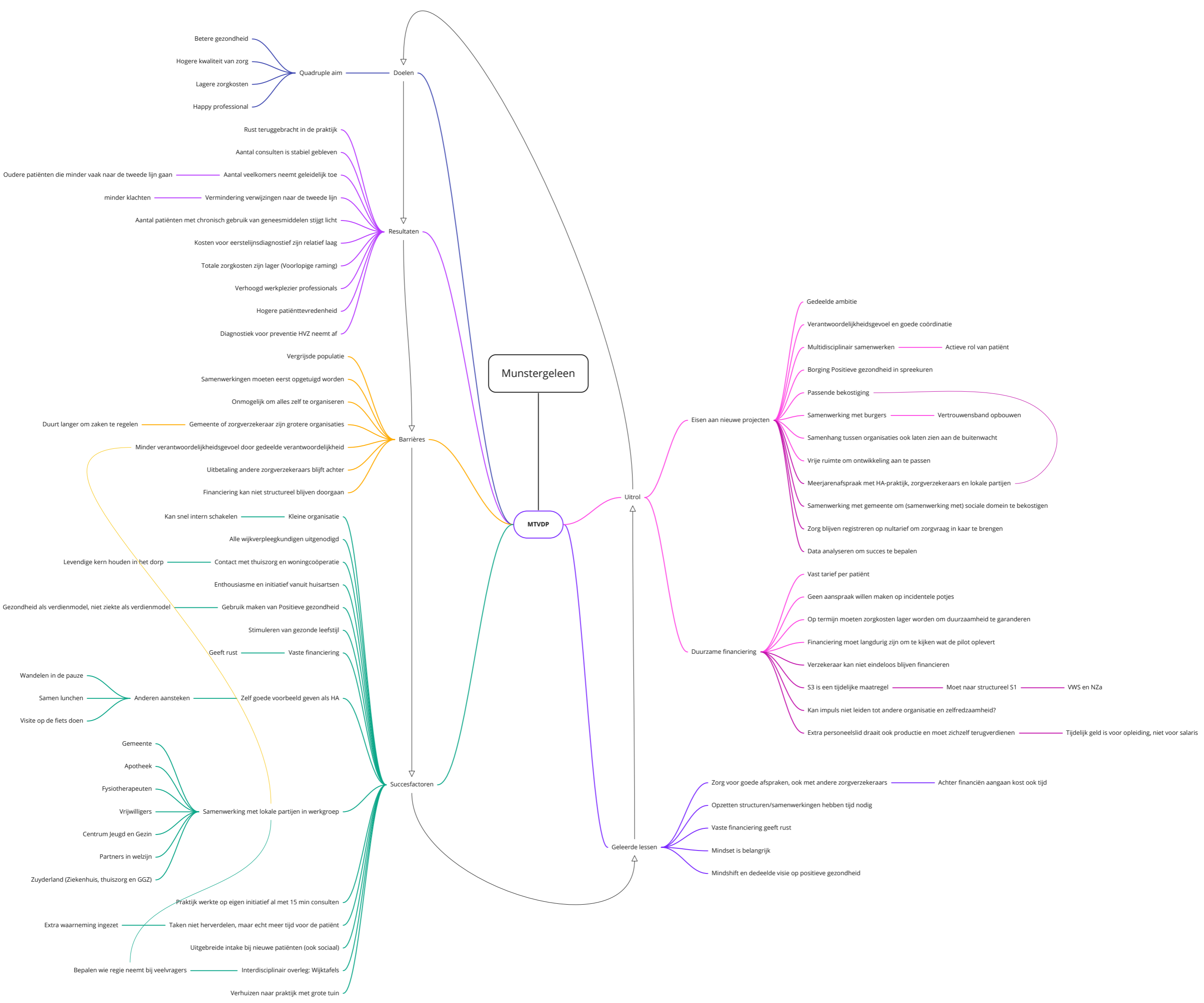
- Vertrouwen = basis voor samenwerking tussen financiers, praktijken en ziekenhuizen
- Ga vanuit een impuls naar structurele borging en financiering

Duurzame financiering

- Zorgverzekeraar moeten bereid zijn te investeren — en mag daar ook eisen/prestatiedoelen tegenover stellen, bijv. lager aantal verwijzingen, minder diagnostiek, voorschrijven, overbehandeling
- Dit soort projecten kunnen kostenneutraal zijn na 1 jaar
- Bekijk financiering ook keuzes vanuit het macrobudget — Verhouding medisch specialistische versus huisartsenzorg is nog te scheef
- Richt het model op lange versus korte simpele consulten — Prikkel moet anders ingericht worden
- Heroverweeg het basisbudget voor inschrijvingen, budgeteer op patiënt/consult-omvang
- MTVDP zou een landelijke module moeten worden

Geleerde lessen

- Scheidt het kaf van het koren, veel 'simpele klachten' kunnen terug gelegd worden bij de patiënt zelf — Dit vergt dus meer tijd per consult nemen om meer vragen te kunnen stellen
- Verschuiving van aandacht van 'massa' en alle zorg, naar zinnige en maatwerk-zorg — Dit maakt/houdt het het huisarts-beroep interessant
- HA moet en kan de stroom complexe zorg naar ziekenhuis verminderen door inhoudelijke en organisatorische afspraken en samenwerking
- Ruimte voor anders denken en anders organiseren; zorginhoudelijk sturen niet op omzet
- Praktijken kunnen zelf het 'gat' tussen eerste en tweede lijn vullen; richting een 'klein ziekenhuis'-model



Afferden

MTVDP

Doelen

- Duurzame praktijkvoering
- Verbeteren werkplezier

Resultaten

- Druk op de praktijk nam af
- Wel langere consulten
- Effect bleef zichtbaar
- Stijging ervaren kwaliteit van zorg
- Stijging werkplezier medewerkers
- Lager aantal verwijzingen
- Lager aantal medicatievoorschriften
- Hoger aantal M&I verrichtingen

Barrières

- Door verhogen aantal consulten — Extra personeel aannemen moet bekostigd worden
- Andere manier van consultvoering was nodig
- Vaak het jaar begonnen zonder contract — Verliep stroperig — Elk jaar contract verlengen
- Samenwerkingen opzetten kost tijd
- Teveel verwijzen kost geld
- Te weinig verwijzen gaat ten koste van goede zorg
- Wat is juiste verwijzing?
- Eigen vermogen moeten inzetten om salarissen te kunnen betalen
- Onduidelijkheid mbt financiering
- Onvoldoende inkomsten — Zorgverzekeraar wil niet meer vaste abonnementstarief betalen — Aantal consulten verminderd door nieuwe werkwijze
- Door afname verwijzingen kreeg ziekenhuis te weinig inkomsten

Succesfactoren

- Totaalinkomsten bleven gelijk — Een vast inschrijftarief per patiënt
- Gebruik maken van werkwijze Positieve Gezondheid (PG)
- Goed door kunnen vragen om tot de kern te komen — Langer de tijd nemen voor patiënt
- Praktijkgroote teruggebracht van 2.300 naar 1.810 per FTE HA — Aannemen waarnemer
- Breder kijken naar positieve gezondheid — Patiënten betrokken middels burgerinitiatieven
- Medeverantwoordelijkheid creëren
- Bekostigd door verzekeraar — Alle medewerkers zijn geschoold in PG
- Sociale team gemeente geschoold in PG
- Wekelijks overleg tussen huisartsen waarin verwijzingen besproken werden
- Samenwerken aan een oplossing in het sociaal domein
- Burgers activeren door te vragen naar hun verwachtingen omtrent huisartsenzorg
- Organiseren van dorpsavonden

Uitrol

- Eisen aan nieuwe projecten
 - Zorgverzekeraar moet niet een bepaald model zoals PG opleggen — Moet vanuit de overtuiging van de huisarts komen
 - Nadenken hoe je tijd creëert — Duurzame structuur opbouwen — Subsidie is tijdelijk
 - Mindshift is nodig — Financiering moet hierop ingericht worden
 - Gemeenschap betrekken bij de praktijk

Duurzame financiering

- Oorspronkelijke financiering is achterhaald: prikkel om meer korte consulten te doen
- Langdurige afspraken maken (5 of 10 jaar)
- Met burgers samen bepalen hoe geld besteed wordt
- Benodigde geld uit de tweede lijn halen doordat je verwijzingen weghaalt
- Marktgericht denken staat lijnrecht tegenover 'over de schotten heen denken'
- Kostenbesparing PG is al bewezen
- Regio moet passende oplossing bedenken voor rol medisch specialisten — JZOJP
- Momenteel alleen subsidiepotjes — Er wordt niet geïnvesteerd in de lange termijn
- NZa in beeld om verzekeraar aan zorgplicht te houden

Geleerde lessen

- Als zorgverzekeraar wil monitoren, ook data uit sociaal domein meenemen
- Partijen moeten elkaar ondersteunen
- Betrek lokale partijen ziekenhuis, GGD, gemeenten, burgerinitiatieven, GGZ
- Bij voorkeur ook (hoge) scholen, opleidingsinstituten, universiteiten, andere partijen in de eerstelijnszorg.

