



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn - een verkenning

E.P.C. Hopman
R.S. Batenburg
D.H. de Bakker

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-90-6905-9723_

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2009 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting en conclusie	7
1 Inleiding	17
1.1 Achtergrond	17
1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen	18
1.3 Aanpak/werkwijze	18
1.4 Opbouw rapport/leeswijzer	19
2 Het beleidskader: Versterking eerste lijn als thema in het overheidsbeleid	21
2.1 Inleiding	21
2.2 1974-1987: Versterking van de eerste lijn door regionale planning	21
2.3 1987-2002: Terugtrekkende overheid en zelfregulering	22
2.4 2002 – heden: de terugkeer van de eerste lijn in een periode van marktwerking	22
2.5 Conclusie	24
3 Wijkgerichte samenwerking	25
3.1 Inleiding: Ontwikkeling monodisciplinaire samenwerking	25
3.2 De opkomst van gezondheidscentra en hometeams	25
3.3 Stagnatie in de jaren negentig	27
3.4 Wijkgericht samenwerken: De huidige situatie	27
3.5 Gezondheidscentra: De meerwaarde onderzocht	30
3.6 Vernieuwende initiatieven op het vlak van wijkgerichte samenwerking: een verkenning	31
3.6.1 Monodisciplinaire samenwerking	32
3.6.2 Multidisciplinaire samenwerking	36
3.7 Conclusie	40
4 Patiënt- en aandoeninggerichte samenwerking	43
4.1 Inleiding	43
4.2 Disease-managementprogramma's	43
4.3 De opkomst van zorggroepen	44
4.3.1 Zorggroepen: Vorm, aantallen en spreiding	45
4.4 Initiatieven op het vlak van patiënt- en aandoeninggerichte samenwerking: een verkenning	46
4.4.1 Monodisciplinaire samenwerking	47
4.4.2 Multidisciplinaire samenwerking	55
4.4.3 Preventie en leefstijl	60
4.5 Conclusie	63

5 Management en organisatie	65
5.1 Inleiding	65
5.2 Initiatieven op het vlak van facilitatie en ondersteunende: Een verkenning	65
5.2.1 Aansturing van huisarts- (en fysiotherapie)praktijken	66
5.2.2 Aansturing van, en facilitatie door, apotheken	67
5.2.3 Aansturing bij verpleging en verzorging aan huis	67
5.2.4 Aansturing door zorgverzekeraars	68
5.3 Conclusie	69
6 Ontwikkelingen in andere sectoren	71
6.1 Inleiding	71
6.2 Accountancy	72
6.3 Notariaat	73
6.4 Advocatuur	73
6.5 Detailhandel	74
6.6 Conclusie	75
Literatuur	77
Bijlage 1: Vragenlijst aan samenwerkingsverbanden	81

Voorwoord

Het voor u liggende rapport verschaft een beeld van in de eerste lijn voorkomende organisatorische samenwerkingsvormen. Het geeft de indruk van een dynamische sector waarin een bont palet van organisatievormen zich voortdurend vernieuwd en ontwikkeld. In dit rapport wordt gepoogd daarin enige orde en structuur aan te brengen. Het rapport is in eerste instantie geschreven om te dienen als inspiratiebron voor indieners in het ZonMw-programma 'Op één lijn'. Maar ook voor andere geïnteresseerden in recente ontwikkelingen in de eerste lijn biedt het rapport een actueel overzicht.

Het rapport is in korte tijd tot stand gekomen mede dankzij de bereidwillige medewerking van ROS-en, koepelorganisaties en contactpersonen van organisatievormen die ons respectievelijk hebben geholpen bij het opsporen van en het informatie verschaffen over samenwerkingsvormen in de eerste lijn. Daarvoor danken wij hen hartelijk.

De auteurs

Samenvatting en conclusie

Samenvatting

Het voor u liggende rapport beschrijft een verkennende studie die, ter voorbereiding van het ZonMw-programma 'Op één lijn', is uitgevoerd naar in de Nederlandse eerste lijn voorkomende organisatorische samenwerkingsvormen. De studie beoogt niet zozeer volledig te zijn, maar een dwarsdoorsnede te presenteren van in Nederland voorkomende organisatorische samenwerkingsvormen. Wij vatten hieronder de resultaten van deze studie samen aan de hand van de in de inleiding geformuleerde onderzoeksvragen. De beide eerste onderzoeksvragen laten zich het eenvoudigst gecombineerd beantwoorden.

1. Welke organisatorische samenwerkingsvormen komen voor in de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland?
2. Hoe kunnen deze worden gekarakteriseerd qua aansturing, deelnemende zorgverleners, inhoudelijke gerichtheid, relatie met andere sectoren (GGD, Arbo, gemeente, tweede lijn), financiering en innovatief karakter?

Er is een enorme variëteit van organisatorische samenwerkingsvormen in de eerste lijn, waarin op het oog weinig structuur valt te ontdekken. Toch hebben we hiertoe een poging gedaan door drie typen van organisatorische samenwerking te onderscheiden. In de eerste plaats zijn er samenwerkingsvormen op wijkniveau, waarbij het zowel om mono- als multidisciplinaire samenwerking kan gaan, maar waar het in principe het geheel van de zorg betreft en niet specifieke aandoeningen. In de tweede plaats zijn er organisatorische samenwerkingsvormen die focussen op het tot stand brengen van samenwerking rond specifieke aandoeningen, vaak op een hoger aggregatieniveau dan een wijk maar nog wel in een geografisch afgebakend gebied. In de derde vorm van organisatorische samenwerking vindt het management of de facilitaire organisatie op een hoger aggregatieniveau plaats dan een individuele praktijk. Deze drie vormen van organisatorische samenwerking worden hieronder toegelicht.

In de *wijkgerichte* samenwerking zien we de laatste jaren dat de solistisch werkende eerstelijnszorgverlener aan het verdwijnen is om plaats te maken voor *monodisciplinaire* samenwerkingsverbanden. Bij de huisartsen is het percentage solisten nog het hoogst (20% in 2008), maar ook hier daalt het jaarlijks. De bekendste en oudste vorm van wijkgerichte, *multidisciplinaire* samenwerking in de eerste lijn zijn de gezondheidscentra; dit zijn wijkgerichte centra die geïntegreerde eerstelijnszorg bieden vanuit een gezamenlijke huisvesting. Er zijn circa 180 gezondheidscentra in Nederland. Gezondheidscentra kunnen meer dan tien verschillende disciplines in huis hebben. Ongeveer 11% van de Nederlandse huisartsen is gevestigd in een gezondheidscentrum. Naast de huisarts zijn ook de fysiotherapeut, de diëtiste, het algemeen maatschappelijk werk, de apotheek en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige in meer dan de helft van de centra vertegenwoordigd. Het merendeel van de gezondheidscentra is georganiseerd in lokale koepels. Daarnaast zien wij ook een kleine 70 samenwerkingsverbanden die zich 'medisch

centrum' noemen. Hierbij is ook sprake van gemeenschappelijke huisvesting en meerdere disciplines onder één dak. De teamsamenstelling lijkt in grote mate op die van gezondheidscentra. Buiten deze categorieën komen nog andere multidisciplinaire samenwerkingsverbanden voor. In het verleden werden deze 'hometeams' genoemd, waarvan er in de jaren tachtig van de vorige eeuw meer dan 400 van bestonden. Nu telt de monitor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn buiten de voornoemde categorieën nog tussen de 1.300 en 1.400 formele samenwerkingsverbanden in de eerste lijn waarbinnen, naast de huisarts, minstens één andere discipline is vertegenwoordigd.

Kijken we naar de recente ontwikkelingen dan zien we aan aantal lijnen. In de eerste plaats zien we huisartsenpraktijken die experimenteren met ver doorgevoerde vormen van taakdelegatie. Met 'ver' bedoelen we verder dan enkel een praktijkondersteuner voor de chronische zorg die inmiddels al gemeengoed is binnen de eerste lijn. Het gaat hier om de introductie van praktijkverpleegkundigen, 'nurse practitioners' of 'physician assistants' - getalsmatig betreft het enkelingen. In de tweede plaats zien we dat er op diverse plaatsen in Nederland nog steeds initiatieven worden waargenomen om nieuwe gezondheidscentra op te richten, dan wel de zorg in een wijk of gemeente te integreren (moderne vormen van hometeams?). Daarnaast zien we ook initiatieven van bijvoorbeeld fysiotherapeuten die zich regionaal organiseren.

In zijn algemeenheid kan gezegd worden dat dit type samenwerkingsverband veel relaties heeft met externe partijen, zoals ziekenhuis, thuiszorg, ARBO, gemeente, ouderenorganisaties, woningcorporaties, en verpleeg- en verzorgingshuizen. Financieel zijn het voor gezondheidscentra de NZa-beleidsregels die bijdragen aan de financiering. Daarnaast draagt de gemeente in enkele gevallen bij aan het opzetten van een samenwerkingsverband. Het innovatieve ondernemerschap zit vooral bij de trekkers om nieuwe samenwerkingsverbanden op dit vlak tot stand te brengen. Zij investeren veel tijd in het opzetten van nieuwe organisatievormen, zonder daarbij -vanuit een idealistische visie over hoe de eerste lijn zou moeten worden georganiseerd- garantie op succes te hebben.

De laatste jaren zijn *aandoeningsgerichte*, organisatorische samenwerkingsvormen in opmars. Op de vleugels van het succes van disease management-programma's en met de functionele bekostiging in het vooruitzicht, heeft inmiddels zo'n 80% van de huisartsen zich aangesloten bij een zorggroep. Zorggroepen zijn organisaties die met zorgverzekeraars contracten afsluiten om de zorg voor specifieke chronische aandoeningen in een regio te verzorgen. We zien hierbinnen diverse vormen. Er zijn in de eerste plaats zorggroepen met alleen huisartsen die vervolgens andere disciplines subcontracteren. Er bestaan ook organisaties van paramedici die zich organiseren om in een betere positie te komen om te onderhandelen met zorgverzekeraars of zorggroepen van huisartsen. Daarnaast zijn er ook zorggroepen waarin de diverse disciplines met elkaar samenwerken rond de zorg voor specifieke chronische aandoeningen.

Deze vorm van aandoeninggerichte samenwerking zien we vooral rond chronische aandoeningen. Toch zijn er ook andere voorbeelden. Zo zijn er samenwerkingsverbanden van verloskundigenpraktijken die samenwerken om praktijkoverstijgend producten als bijvoorbeeld prenatale screening aan te bieden. Een aparte groep die wij binnen dit kader

onderscheiden zijn organisatievormen die zich richten op preventie in de eerste lijn, en dan met name degenen die een gezondere leefstijl proberen te bevorderen bij mensen met een aandoening of verhoogd risico hierop.

Al deze samenwerkingsvormen hebben gemeenschappelijk dat zij praktijkoverstijgend zijn, maar zich in de regel tot een afgebakende regio beperken. Aandoeninggerichte samenwerkingsverbanden hebben in zijn algemeenheid minder relaties met andere partijen dan de wijkgerichte vormen van samenwerking. Er wordt wel vaak samengewerkt met ziekenhuizen. De gemeente speelt hier veel minder een rol als samenwerkingspartner. De voornaamste bron van financiering wordt gevormd door de zorgverzekeraar. Innovatief zijn deze vormen van samenwerking absoluut, en de trekkers ervan kunnen dan ook als innovatieve ondernemers worden getypeerd.

De derde vorm van samenwerking richt zich puur op het *management* van groepen van praktijken. De gedachte is hier dat specifieke organisaties het management van praktijken overnemen zodat de hulpverleners in de praktijken zelf zich op de patiëntenzorg kunnen concentreren. Ook binnen deze categorie zien we grote diversiteit. Al langer bestaat de vorm dat gezondheidscentra de managementfunctie concentreren in lokale of regionale koepels. In de apotheekwereld hebben we ketens zien ontstaan die op een veel hoger schaalniveau werken en grote groepen apotheken faciliteren. Dergelijke ketenvorming zien we nu recenter ook in de huisartsenzorg, in de fysiotherapie en bij gezondheidscentra. Op het terrein van verpleging en verzorging kan de Buurtzorgorganisatie tot deze groep gerekend worden. Nieuw is ook de bemoeienis van verzekeraars met een georganiseerde eerste lijn. Zo contracteert AGIS eerstelijnszorg in grote steden in samenhang met elkaar, en zet Menzis zelf eerstelijnszorgcentra op.

Het indelen van organisatorische samenwerkingsvormen is gevaarlijk omdat er een waardeoordeel aan kan worden verbonden, wat zeker de bedoeling niet is. In wijkgericht werkende gezondheidscentra kunnen (en worden) ook prima zorgprogramma's voor chronisch zieken aangeboden. Zorgverleners die deelnemen in zorggroepen kunnen daarnaast ook uitstekend samenwerken met andere zorgverleners in de wijk voor de andere zorg. Datzelfde geldt voor praktijken die deel uitmaken van ketens. De toedeling van organisatievormen tot bovenstaande types is soms ook arbitrair. Zo hadden de koepelorganisaties van gezondheidscentra ook in het managementhoofdstuk kunnen worden ingedeeld.

3. Wat is bekend over deze samenwerkingsvormen in termen van toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid, en transparantie?

De mate waarin de in dit rapport beschreven initiatieven kunnen worden gezien als 'best practice' hangt af van de vraag of zij aantoonbaar bijdragen aan een betere toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en/of transparantie van de zorg. In het algemeen is er echter weinig bekend over de mate waarin de beschreven initiatieven bijdragen aan een betere toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en transparantie van de zorg. Nog het meeste is bekend over de bijdrage aan kwaliteit en doelmatigheid van gezondheidscentra - dit op basis van onderzoek uit de jaren tachtig en negentig. In die zin kan het

gezondheidscentrum worden gezien als de 'best practice' op het gebied van wijkgerichte eerstelijnsamenwerking. Dit met de kanttekening dat het concept gezondheidscentrum zich vernieuwt, wat zowel tot uiting komt in veranderingen binnen de bestaande centra als bij de nieuw gestichte centra of daarop lijkende organisatievormen. Er lijkt meer variatie te zijn gekomen in bijvoorbeeld teamsamenstelling en het aantal grotere centra neemt toe. Ten aanzien van taakdelegatie is er in zijn algemeenheid bekend dat dit leidt tot betere zorg, maar niet noodzakelijkerwijs tot goedkopere zorg omdat de werklust van de huisarts er niet mee vermindert. In hoeverre deze conclusies van toepassing kunnen worden verklaard op de in dit rapport beschreven initiatieven met ver doorgevoerde taakdelegatie is niet bekend. Een dergelijke conclusie kan ook worden getrokken met betrekking tot de zorggroepen. In zijn algemeenheid is door middel van experimenten aangetoond dat diseasemanagement-programma's leiden tot betere zorg. In die zin zijn de zorggroepen veelbelovend. In hoeverre de zorggroepen deze belofte gaan waarmaken dient nog te worden afgewacht.

4. Wat is bekend over knelpunten van bedrijfsmatige aard, ten aanzien van financiering, organisatie, taakafbakening en dergelijke?

De meest genoemde knelpunten zijn van financiële aard. Zij hebben alles te maken met de overgangssituatie waarbij subsidiëring van samenwerkingsverbanden op zich gaat worden vervangen door functionele bekostiging van samenhangende zorg voor specifieke aandoeeningen. Bij wijkgerichte samenwerkingsverbanden, die voor hun exploitatie afhankelijk zijn van subsidie, is er de onzekerheid in hoeverre de nieuwe financieringsregeling de samenwerking niet de facto gaat ondermijnen. De onderhandelingen met de zorgverzekeraars, die in principe vaak positief staan maar ook harde afspraken over betere zorg en meerwaarde willen, verlopen moeizaam. Gemeenten springen soms bij in de opstart van dit type samenwerking, maar dat is zeker geen gemeengoed.

Bij aandoeninggerichte vormen van samenwerking worden met name financiële knelpunten genoemd rond het proces van onderhandelen en contracteren: verre verzekeraars die niet automatisch volgen, onervarenheid, moeizame communicatie en problemen rond declaratie. Dit lijkt te maken te hebben met het nieuwe karakter van deze wijze van contracteren en onwennigheid aan beide zijden.

5. In hoeverre hebben zich in andere sectoren voor professionele dienstverlening ontwikkelingen voorgedaan waarvan in de eerste lijn kan worden geleerd?

De ontwikkelingen zoals in dit rapport voor de eerstelijnsgezondheidszorg zijn beschreven staan niet op zichzelf. Schaalvergroting en specialisatie zien we ook in andere sectoren van professionele dienstverlening. Zowel bij de accountancy, het notariaat als de advocatuur zien we dat het aantal 'vrije beroepsbeoefenaren' is afgenomen ten opzichte van het aantal professionals in dienstverband. Met name in de accountancy en bij de advocatuur zien we zeer grote maatschappen met partners in diverse landen, waarbij het overigens opmerkelijk is dat deze nog wel als een gemeenschap van gelijken functioneren. Regelgeving die vrijgevestigde notarissen bevoordeelt verdwijnt. Bij advocaten zien we een trend naar meer specialisatie, alsook binnen de detailhandel. De ont-

wikkelingen binnen de laatstgenoemde sector lijken in eerste instantie ver van het bed van de eerste lijn, maar wanneer we in de geschetste scenario's de merkfabrikanten door de tweede lijn vervangen, en de detailhandel door de eerste lijn, dan zijn de scenario's eenvoudig toe te passen op de zorg. Voor de eerste lijn kan dus geleerd worden van de ervaringen in deze sectoren die al verder zijn voortgeschreden.

Conclusie en aanbevelingen

Er is een groot aantal samenwerkingsvormen gevonden in het kader van deze in een korte periode uitgevoerde verkenning. Samen bieden zij een bont palet. De rode draad die er doorheen loopt is schaalvergroting. De eerste lijn is traditioneel een sector die wordt gekenmerkt door (monodisciplinair) kleinbedrijf. Dat is enerzijds de kracht van de sector. Laagdrempelig en in de directe omgeving van mensen wordt generalistische zorg geboden. Voor veel functies is het niveau van de wijk of praktijk echter te kleinschalig. Management, innovatie, personeelsbeleid, logistiek en ICT zijn allemaal voorbeelden van zaken die op een hoger schaalniveau kunnen worden georganiseerd, zonder dat de voordelen van laagdrempelige zorgverlening in de wijk in gevaar komt. Door schaalvergroting na te streven op niveaus waar het kan, kan kwaliteitsverhoging en efficiencywinst worden bewerkstelligd. In essentie komt het daar op neer bij vrijwel alle gepresenteerde organisatievormen in dit boekje. Daarbij onderscheiden wij drie hoofdvarianten:

1. Organisatievormen die geïntegreerde zorg op populatieniveau in een wijk of dorp omvatten (bijvoorbeeld gezondheidscentra)
2. Organisatievormen die de zorg rond een bepaalde patiëntengroep integraal aanbieden (bijvoorbeeld zorggroepen)
3. Organisatievormen die zich richten op het organiseren van de managementfunctie op een praktijkoverstijgend niveau.

We bespreken elk van deze onderdelen in het licht van hun mogelijkheden voor het ZonMw-programma 'Op één lijn'.

Wijkgerichte organisatievormen

Gebaseerd op een concept dat 30 jaar geleden innovatief was bieden gezondheidscentra geïntegreerde eerstelijnszorg. Dat betekent dat binnen deze centra veel kennis is opgebouwd rond samenwerking in de eerste lijn - zowel op het terrein van zorgprogramma's voor chronisch zieken als op het terrein van preventie. Er is dus ook 30 jaar ervaring met management en organisatie van de eerste lijn. De meeste centra zijn georganiseerd in lokale koepels waarbij de centra zelf een redelijk grote mate van zelfstandigheid hebben en de koepels een faciliterende rol ten aanzien van management, innovatie, ICT enzovoort. Tot dusver profiteerden de gezondheidscentra van subsidies vanwege de grotere overhead als gevolg van de samenwerking.

Nu de subsidies voor gezondheidscentra worden afgebouwd moeten de centra een omslag maken naar nieuwe situatie waarin zorgprogramma's voor chronisch zieken functioneel

worden bekostigd. In principe verkeren de centra in een goede uitgangspositie om zorgprogramma's voor chronisch zieken en preventieprogramma's op te zetten vanwege de al lange traditie met samenwerking en organisatie en de aantoonbare meerwaarde. De onduidelijkheid hoe de functionele bekostiging er precies uit gaat zien betekent echter dat er grote onzekerheid is bij de centra. Een potentieel probleem is voorts dat de koepels meer afhankelijk zijn van het voortbestaan van subsidies dan de individuele centra en de centra als het gevolg van functionele bekostiging mogelijk zelfstandigheid moeten inleveren. In onderhandelingen met verzekeraars zijn de meeste relatief kleinschalig en worden verschillen tussen centra door de verzekeraar uitgespeeld.

Een ander punt is de totstandkoming van nieuwe centra. Onder het bestaan van de subsidieregeling kwamen de laatste jaren (met grote inspanning) nog centra tot stand, met name in uitbreidingswijken. Deze inventarisatie laat diverse initiatieven zien die erop gericht zijn om samenwerking in een dorp of wijk te versterken. Het gaat daarbij zowel om initiatieven met gemeenschappelijke huisvesting als initiatieven waarbij verschillende disciplines apart gehuisvest blijven. Recent is besloten de subsidieregeling voor gezondheidscentra in VINEX-gebieden gedurende twee jaar voort te zetten via de Begrotingswet (VWS, 2009). Of (en hoe) onder het nieuwe bekostigingssysteem nieuwe centra buiten uitbreidingswijken tot stand komen is nog onduidelijk.

Wijkgerichte samenwerking heeft als voordeel dat kan worden samengewerkt met andere wijkgericht werkende instanties. Zo speelt bij de totstandkoming van nieuwe centra de gemeente soms een rol, bijvoorbeeld door expliciet ruimte in bestemmingplannen in te ruimen. In een enkel geval heeft de gemeente ook een rol gespeeld bij het oplossen van het huisartstekort. Andere samenwerkingsverbanden rapporteren echter dat de gemeente de ontwikkeling van de eerste lijn als een private gelegenheid beschouwt of alleen in woorden maar nooit in daden de eerste lijn steunt.

Was het gezondheidscentrum in aanleg een duidelijk concept met de aanwezigheid van de driepoot 'huisarts-maatschappelijk werk-wijkverpleging', de laatste jaren lijkt er steeds meer variatie te zijn gekomen tussen centra (zelfs ook binnen koepels). Daarnaast zijn er ook praktijken opgekomen die zich medisch centrum noemen en qua teamsamenstelling maar weinig van gezondheidscentra verschillen. De vraag of gezondheidscentra in zijn algemeenheid een meerwaarde hebben, wordt door het vervagen van het concept moeilijker beantwoordbaar. Dat geldt in nog sterkere mate voor samenwerkingsverbanden zonder gemeenschappelijke huisvesting waarvan de meerwaarde tot dusver nog nauwelijks is onderzocht. Niettemin zijn er situaties denkbaar waarbij gemeenschappelijke huisvesting niet zinvol of haalbaar is. Bij het investeren in nieuwe organisatievormen dient in beide gevallen te worden gezocht naar breed toepasbare concepten, waarvan de meerwaarde aantoonbaar kan worden gemaakt.

Adviezen voor het ZonMw-programma:

- Ondersteun (koepels van) gezondheidscentra die op een innovatieve wijze omslag maken naar functioneel bekostigd systeem, waarin met name de relatie management/professionals aandacht behoeft;

- Ondersteun kansrijke nieuwe initiatieven gezondheidscentra onder de nieuwe omstandigheden;
- Ondersteun kansrijke nieuwe samenwerkingsinitiatieven zonder gemeenschappelijke huisvesting;
- Bij voorkeur niet in individuele situaties, maar in concepten die in meerdere settings worden toegepast.

Aandoeninggerichte organisatievormen

Zorggroepen als organisaties (van overwegend eerstelijnszorgaanbieders) die met zorgverzekeraars contracten afsluiten om de zorg voor specifieke aandoeningen in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren zijn de laatste jaren als paddenstoelen uit de grond geschoten. De achtergrond is deels opportunistisch: de mogelijkheid om zorg voor specifieke patiëntengroepen door de verzekeraar gefinancierd te krijgen. Wij zien zowel monodisciplinaire als multidisciplinaire zorggroepen. In het eerste geval gaat het om organisaties van huisartsen die vervolgens andere disciplines subcontracteren, of paramedici die zich hebben verenigd om sterker te staan in de onderhandelingen met huisartsen en zorgverzekeraars. In multidisciplinaire zorggroepen hebben disciplines zich verenigd binnen één organisatie om zo gezamenlijk de zorg te coördineren. In aansluiting op de zorggroepen zijn er ook verschillende nieuwe organisatievormen die zich richten op het aanbieden van preventieactiviteiten voor mensen met (hoog risico op) een aandoening. De snelle opkomst van organisatievormen in deze categorie lijkt vergelijkbaar met de opkomst van de huisartsenposten enkele jaren geleden.

Het grote voordeel is dat de zorggroepen, aangestuurd door de financieringsvorm, (multidisciplinaire) integrale zorg bieden waarvan uit experimenten is gebleken dat dit tot kwaliteitsverhoging leidt. Het opportunistische karakter en de sterke positie van huisartsen erin (die mogelijk andere disciplines op minimale basis subcontracteren) leiden echter ook tot scepsis. Bovendien wordt gewezen op het gevaar van versnippering als een deel van de zorg via apart gefinancierde zorgprogramma's wordt aangeboden en de rest als vanouds per discipline gefinancierd uit Zorgverzekeringswet aanvullende verzekering, deels AWBZ, deels WMO en deels gemeente (Van Dijk et al, 2009). De rol van de gemeente bij zorggroepen is afwezig. Het gaat hier puur om contracten tussen eerstelijnszorgaanbieders en de verzekeraar.

Dit rapport maakt duidelijk dat veel zorggroepen nog in de beginfase van hun ontwikkeling zitten. Veel samenwerkingsverbanden zijn nog niet geformaliseerd. Het proces van onderhandeling met zorgverzekeraars verloopt vaak nog moeizaam en onwennig.

Adviezen voor het ZonMw-programma:

- Ondersteun de professionele ontwikkeling van zorggroepen;
- Besteedt aandacht aan initiatieven waarin het potentiële probleem van versnippering van de zorg wordt getackeld;
- Ondersteun ook initiatieven van andere disciplines dan alleen huisartsen;
- Ook hier is het van belang vooral te kijken naar breder toepasbare concepten.

Management

In Hoofdstuk 5 zijn organisatievormen beschreven die zich richten op het praktijkoverstijgend aanbieden van de managementfunctie. Doel is daarbij vaak ontlasting van administratieve en organisatorische taken van zorgverleners. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om ketenvorming van in eerste instantie apotheken en tegenwoordig ook huisartsen, paramedici en gezondheidscentra. Vaak betreft het ook commerciële initiatieven die zich afspelen in een competitieve omgeving. Vraag is in hoeverre dit soort initiatieven door het ZonMw-programma moeten worden ondersteund. Onderscheidend daarbij is of ook sprake is van zorginhoudelijke vernieuwing met een potentiële meerwaarde voor de patiënt.

Advies voor het ZonMw-programma:

- Ondersteun managementinitiatieven met een in potentie zorginhoudelijke meerwaarde voor patiënten.

Tot slot

Een vraagstuk dat momenteel sterk speelt is dat er enerzijds initiatieven zijn om tot een betere samenwerking op wijkniveau te komen -dit met mogelijk betere aansluiting op andere wijkgerichte voorzieningen-, terwijl er anderzijds er initiatieven zijn om de zorg voor specifieke aandoeningen te regelen. Laatstgenoemde lijken zich eerder op regionaal niveau af te spelen. Beide type initiatieven kunnen in principe op elkaar aansluiten, maar het risico bestaat ook dat gescheiden circuits zullen ontstaan met het gevaar van versnippering. Aandacht voor de aansluiting van deze circuits op elkaar lijkt derhalve gewenst.

Verder rijst de vraag of de diverse organisatievormen uit gaan van de lokale zorgvraag. Dit is, hoewel ook niet specifiek onderzocht, niet eenduidig uit de bevragingen naar voren gekomen. Vanwege het beleidsmatige belang van een goede afstemming van het aanbod op de lokale vraag, bevelen wij dit wel aan als een te gebruiken criterium bij het ondersteunen organisatievormen in het ZonMw-programma. Daarbij kan bijvoorbeeld van de VAAM worden uitgegaan (zie: www.nivel.nl/vaam).

Evenzo is de rol van ICT om samenwerking tussen zorgverleners te faciliteren van groot belang, maar in deze inventarisatie nauwelijks terug te vinden. Dat geldt zeker voor zorggroepen waarin de zorgverleners van verschillende disciplines in principe vanuit hun eigen praktijk blijven werken. De disciplines werken met verschillende systemen. Het totstandkomen van een goede ICT is een belangrijke randvoorwaarde.

De nieuwe organisatievormen komen tot stand in een sterk concurrerende omgeving - dit maakt de bereidheid tot delen van ervaringen er niet groter op. Dat bleek soms zelfs al bij het opvragen van basale informatie in het kader van deze inventarisatie. Bereidheid tot delen van informatie is daarom een belangrijk criterium; onderzoek kan daarbij een rol

spelen. Zo kan bijvoorbeeld een minimale set worden afgesproken die alle projecten moeten leveren.

Niet onverwacht is de observatie dat nauwelijks iets van evidence te vinden voor eventuele verhoogde kwaliteit en/of doelmatigheid van de diverse organisatievormen (behalve bij de gezondheidscentra) - dit is een observatie die vooral van belang is voor de onderzoekskant van het ZonMw-programma. Hij dient ook hier te worden gemaakt, want wat zou moeten worden geïmplementeerd als de 'best practices' in feite nog niet bekend zijn?

Ten slotte wordt nogmaals beklemtoond dat ook vanuit het oogpunt van het delen van ervaringen concepten de voorkeur verdienen die worden uitgetoetst in meerdere settings boven samenwerking in individuele praktijksituaties, waar het effect sterk gekleurd wordt door lokale omstandigheden.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De gezondheidszorg staat voor grote uitdagingen: de bevolking verouderd, technologische mogelijkheden nemen toe, de rol van patiënten verandert en de zorg wordt duurder. De belangrijkste vraag is hoe de zorg georganiseerd moet worden om ook in de toekomst voldoende, goede en toegankelijke zorg te kunnen blijven bieden. Het ministerie van VWS, patiëntenorganisaties en beroepsgroepen zijn het erover eens dat het antwoord gezocht moet worden in een sterke, wijkgerichte, geïntegreerde eerstelijnszorg (Bouwennotitie VWS, 2003a; Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg VWS, 2004; Doelstellingenbrief VWS, 2008a). Het ministerie sluit met deze opvatting aan bij het belang dat aan de eerste lijn wordt gehecht op Europees (Gezondheidsraad, 2004) en mondiaal niveau (World Health Report; World Health Organization, 2008).

In de Doelstellingenbrief Eerstelijnszorg (VWS, 2008a) worden de contouren geschetst van een samenhangend programma ter versterking van de eerstelijnszorg. Daarin staan de volgende doelstellingen centraal:

- meer samenhang in de zorg;
- meer innovatie, ondernemerschap en betere zorginkoop;
- grotere transparantie, betere kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid;
- betere organisatie van de acute zorg.

Het ZonMw-programma 'Versterking Eerstelijnszorg' dient nadrukkelijk te worden gezien in het verlengde van deze Doelstellingenbrief, zij het dat de acute zorg erbuiten valt. In de opdrachtbrief geeft VWS aan dat het ZonMw programma zich dient te richten op de volgende thema's:

- **Samenhang en versterking van de eerstelijnsorganisatie** - In lopende ZonMw-programma's zoals het Ouderenprogramma, het Disease management-programma en het vierde Preventieprogramma ligt de nadruk op procesinnovatie; het accent in het eerstelijnsprogramma ligt op de organisatie, dus een meer bedrijfskundige benadering.
- **Verbreding van het eerstelijnsaanbod** - De zorg dient doelgroepgericht te zijn en gebaseerd op de gezondheidstoestand in wijken en buurten met aandacht voor preventie, arbocuratieve taken en gemeentelijke taken in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet publieke gezondheid (Wet PG).
- **Ondernemerschap en innovatie** - In het programma is ruimte om innovatieve concepten te ontwikkelen bijvoorbeeld rond de zorg voor specifieke chronische ziektes. Transparantie en kwaliteit zijn daarbij belangrijk opdat op basis daarvan de patiënt kan kiezen en de verzekeraar de zorg kan inkopen.

In het programma, waarbij het accent ligt op implementatie, zal ook onderzoek een plaats hebben omdat het van belang is dat nieuwe organisatievormen worden geëvalueerd op hun bijdrage aan kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Er is in totaal € 18,65 miljoen beschikbaar voor de periode 2009-2013.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

De in dit rapport gepresenteerde inventarisatie dient ter voorbereiding van dit programma. Veelbelovende innovaties waarop het programma kan voortbouwen worden geïdentificeerd. Lacunes in kennis worden gesignaleerd. De huidige studie beoogt een beeld te geven van in Nederland voorkomende samenwerkingsvormen, van wat bekend is over de bijdrage van deze samenwerkingsvormen aan doelmatigheid en kwaliteit van de eerste lijn als zodanig en de gezondheidszorg als geheel. Op basis van deze doelstelling kunnen de volgende onderzoeksvragen geformuleerd worden:

1. Welke organisatorische samenwerkingsvormen komen voor in de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland?
2. Hoe kunnen deze worden gekarakteriseerd qua aansturing, deelnemende zorgverleners, inhoudelijke gerichtheid, relatie met andere sectoren (GGD, Arbo, gemeente, tweede lijn), financiering en innovatief karakter?
3. Wat is bekend over deze samenwerkingsvormen in termen van toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid, en transparantie?
4. Wat is bekend over knelpunten van bedrijfsmatige aard, ten aanzien van financiering, organisatie, taakafbakening en dergelijke?
5. In hoeverre hebben zich in andere sectoren voor professionele dienstverlening ontwikkelingen voorgedaan waarvan in de eerste lijn kan worden geleerd?

1.3 Aanpak/werkwijze

Om de hiervoor genoemde onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is deskresearch uitgevoerd, en zijn contactpersonen van samenwerkingsverbanden bevestigd. Dit met als doel om een dwarsdoorsnede aan Nederlandse samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn nader te kunnen bestuderen in het licht van de onderzoeksvragen. De studie is nadrukkelijk *niet* gericht op volledigheid, maar vormt een *verkenning* die erop gericht is beschrijvingen te geven van voorkomende samenwerkingsvormen binnen de Nederlandse eerste lijn.

Grofweg valt de gehanteerde werkwijze op te delen in twee stappen. Om te beginnen diende er een selectie aan te bevestigen samenwerkingsverbanden samengesteld te worden (stap 1), waarna deze selectie aan samenwerkingsverbanden benaderd kon worden voor bevestiging (stap 2). Deze twee stappen worden hieronder beschreven.

Stap 1 - Samenstellen van selectie aan samenwerkingsverbanden

Bij het zoeken naar samenwerkingsverbanden, is gebruik gemaakt van internet, tijdschriften en bevestiging van de ROS'en. Op de website van de LVG (www.lvg.org) zijn uitgebreide ledenlijsten van koepelorganisaties van gezondheidscentra en van zorggroepen gevonden. Op de website 'De Nieuwe Praktijk' (www.denieuwepraktijk.nl) werd naar samenwerkingsverbanden gezocht met de term 'ondernemerschap'. De tijdschriften 'De Eerstelijns' (onlangs verschenen), 'Huisarts in Praktijk' en 'Zorgmarkt' werden gescreend op samenwerkingsverbanden. Directeuren/managers van de ROS'en zijn benaderd met het verzoek om namen (en contactpersonen) van samenwerkingsverbanden

aan te leveren, welke zij in het licht van het onderzoek interessant achtten. In totaal zijn er uiteindelijk 103 samenwerkingsverbanden verzameld, welke allen zijn benaderd voor bevraging.

Stap 2 - Bevraging van samenwerkingsverbanden

Aan de hand van de doelstelling en de onderzoeksvragen is een beknopte vragenlijst samengesteld (zie bijlage 1). Omdat de data in een kort tijdsbestek vergaard diende te worden en de vragenlijst bovendien beknopt was, is ervoor gekozen de vragenlijst, vergezeld van een toelichting op het onderzoek, per e-mail op te sturen naar de samenwerkingsverbanden. Dit werd geacht sneller tot input te leiden dan alternatieve vormen van bevraging (zoals bijvoorbeeld telefonische bevraging, waarbij het plannen van afspraken een tijdrovende klus zou vormen). Na twee weken is er een herhalingsmail verstuurd met wederom het verzoek tot deelname en de bijgevoegde vragenlijst. Ditmaal werd men verzocht om, indien mogelijk, uiterlijk in week 22 te reageren. De data zijn uiteindelijk tot in week 30 aangeleverd en meegenomen in de inventarisatie. Speciale dank gaat uit naar de ROS'en die vaak op eigen initiatief contact hebben gezocht met de door hen gesuggereerde samenwerkingsverbanden, en hen de vragenlijst hebben voorgelegd.

In totaal is er input ontvangen vanuit 51 samenwerkingsverbanden. Met betrekking tot de samenwerkingsverbanden die de vragenlijst niet (ingevuld) retour hebben gestuurd, is gepoogd de vragen uit de vragenlijst zo goed mogelijk te beantwoorden aan de hand van informatie uit bijvoorbeeld tijdschriften en van hun internetsite (indien aanwezig).

De bestudeerde samenwerkingsverbanden vormen slechts een greep uit alle initiatieven die er op dit vlak momenteel binnen de Nederlandse eerste lijn bestaan. Dit rapport beoogt hiervan een dwarsdoorsnede te presenteren - het onderzoek vormt dus een verkenning en is nadrukkelijk *niet* uitputtend. De bestudeerde samenwerkingsverbanden zullen mede om deze reden steeds zo veel mogelijk in algemene termen beschreven worden. Namen van samenwerkingsverbanden zullen alleen worden genoemd bij het beschrijven van hun zorgaanbod. Overige informatie wordt zo veel mogelijk algemeen (lees: anoniem) gerapporteerd.

1.4 Opbouw rapport/leeswijzer

Het rapport kent de volgende opbouw. Hoofdstuk 2 schetst de historie van (versterking van) de eerste lijn. Aan de orde komt de periode waarin versterking van de eerste lijn met name geschiedde door regionale planning (i.e., 1974-1987; paragraaf 2.2), de periode waarin de overheid zich terugtrok en zelfregulering de boventoon voerde (i.e., 1987-2003; paragraaf 2.3) en de periode waarin marktwerking zijn intrede doet binnen de eerste lijn (i.e., 2003-heden; paragraaf 2.4).

Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van wijkgerichte samenwerking. Aan de orde komt de ontwikkeling van monodisciplinaire samenwerking (paragraaf 3.1), de opkomst gezondheidscentra en hometeams¹ (paragraaf 3.2), de stagnatie in de jaren negentig (paragraaf 3.3) en de huidige situatie van wijkgericht samenwerken in termen van aantallen en spreiding (paragraaf 3.4). Ook wordt in dit hoofdstuk de meerwaarde van gezondheidscentra onderzocht (paragraaf 3.5) en volgt een beschrijving van de in dit onderzoek onderzochte wijkgebonden samenwerkingsverbanden (paragraaf 3.6).

Hoofdstuk 4 geeft een beschrijving van aandoeninggerichte samenwerking. Begonnen wordt met een beschrijving van de opkomst van disease-managementprogramma's (paragraaf 4.2) en zorggroepen (paragraaf 4.3). In paragraaf 4.4 volgt een beschrijving van de in dit onderzoek onderzochte aandoeninggebonden samenwerkingsverbanden.

Hoofdstuk 5 schenkt aandacht aan aansturing op het gebied van management en organisatie. In paragraaf 5.2 wordt een beschrijving gegeven van de in dit onderzoek onderzochte organisaties die ondersteuning bieden op het gebied van management en bedrijfsvoering.

Hoofdstuk 6 schetst, ter inspiratie, een overzicht van organisatorische ontwikkelingen in andere sectoren. Algemene trends worden beschreven (paragraaf 6.1), en bijzondere aandacht is er voor ontwikkelingen binnen de accountancy (paragraaf 6.2), het notariaat (paragraaf 6.3), de advocatuur (paragraaf 6.4) en de detailhandel (paragraaf 6.5).

¹ Hometeams zijn samenwerkingsverbanden van verschillende disciplines die doorgaans ook in gezondheidscentra zijn vertegenwoordigd, maar dan niet onder één dak

2 Het beleidskader: Versterking eerste lijn als thema in het overheidsbeleid

Dit hoofdstuk schetst de historie van (versterking van) de eerste lijn. Aan de orde komt de periode waarin versterking van de eerste lijn met name geschiedde door regionale planning (i.e., 1974-1987), de periode waarin de overheid zich terugtrok en zelfregulering de boventoon voerde (i.e., 1987-2002) en de periode waarin marktwerking zijn intrede doet binnen de eerste lijn (i.e., 2002-heden).

2.1 Inleiding

De totstandkoming van het ZonMw-programma versterking van de eerste lijn is een uitvloeisel van de hernieuwde beleidsmatige belangstelling voor de eerste lijn de afgelopen jaren. Die belangstelling was niet voor het eerst; ook in de jaren zeventig en tachtig mocht de eerste lijn zich in de belangstelling van het overheidsbeleid verheugen. In dit hoofdstuk gaan we kort in op die periode, en vervolgens op de periode daarna waarin de belangstelling voor de eerste lijn verflauwde om ten slotte uit te komen in huidige periode van hernieuwde belangstelling.

2.2 1974-1987: Versterking van de eerste lijn door regionale planning

Het beleid in de jaren tachtig ging uit van het echelonneringsprincipe, het opdelen van de gezondheidszorg in intern samenhangende echelons, respectievelijk de eerste, de tweede en de derde lijn. Dit idee werd geïntroduceerd in de Structuurnota Gezondheidszorg van Staatssecretaris Hendriks in 1974. Versterking van het oplossend vermogen van de eerste lijn ter voorkoming van een onnodig beroep op de tweede lijn en daarmee gepaard gaande hogere kosten van de gezondheidszorg was ook toen al de achterliggende gedachte. Substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn werd nagestreefd. De getrapte toegang van de specialist via de verwijzing van de huisarts was hierin een belangrijk instrument. Praktijkverkleining van huisartsen werd hiertoe (financieel) mogelijk gemaakt. Maar ook de handhaving van de positie van de eerstelijnsverloskunde is het vermeld waard. Daarnaast werd de interne samenhang binnen de eerste lijn versterkt door de stimulering van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden via overheidssubsidies. Het Experiment Gezondheidszorg Almere met een sterke vanuit één organisatie werkende eerste lijn met zorgverlening vanuit wijkgericht erkende gezondheidscentra en een opzettelijk krap bemeten tweede lijn was het paradepaardje in dat beleid.

Een belangrijk verschil met nu is gelegen in de wijze waarop het beleid ter versterking van de eerste lijn zou moeten worden gerealiseerd. Aansluitend bij opvattingen van de World Health Organization (Alma-Ata declaration, zie ook de Bakker, 1989) werd uitgegaan van regionalisering, opdeling van Nederland in intern samenhangende, functionele regio's met een belangrijke rol voor de gemeente in de planning van de eerstelijnsgezondheidszorg binnen die regio's (en de provincie voor wat betreft de

tweedelijnsgezondheidszorg). Maatregelen die op het vlak van regionalisering werden genomen betroffen het invoeren van een vestigingsregeling voor huisartsen onder regie van de gemeenten, decentralisatie van het algemeen maatschappelijk werk naar de gemeente, herstructurering van het kruiswerk tot grotere eenheden (in de jaren zeventig waren er nog circa 1500 lokale kruisverenigingen, dit aantal was teruggelopen tot ruim 200 aan het eind van de jaren tachtig). Ook werd een regionale ondersteuningsstructuur voor huisartsen opgericht (de voorloper van de huidige ROS-en; NIVEL, 1987).

2.3 1987-2002: Terugtrekkende overheid en zelfregulering

De voorstellen van de Commissie Dekker in 1987, betekenden een ruw einde van de plannings- en regionalisatieideeën. Marktwerving, terugtrekkende overheid en zelfregulering werden de sleutelwoorden in het beleid. De stimuleringsregeling voor samenwerkingsverbanden werd onderwerp van discussie omdat subsidies niet pasten in het marktdenken (al bestaan er nog tot op de dag van vandaag subsidieregelingen). Het vestigingsbesluit voor huisartsen werd ingetrokken en de regie bij vestiging van nieuwe huisartsen kwam bij de beroepsgroep zelf te liggen. De echelonneringsgedachte werd in toenemende mate als belemmerend gezien bij complexe thuiszorgpatiënten, waar het erom ging alle deskundigheid, capaciteit en faciliteiten bijeen te brengen om mensen in de thuissituatie te kunnen blijven verzorgen (STG, 1992). Transmurale zorg, samenwerking tussen eerste lijn, thuiszorg, verpleeghuizen en ziekenhuizen mocht zich in de belangstelling verheugen. Experimenten en projecten op dit terrein werden door de overheid ondersteund (bijvoorbeeld verloskundige samenwerkingsverbanden; zie de Veer, Meijer & Groenewegen, 1996). De schaalvergroting in de thuiszorg zette nog verder door. Instellingen voor wijkverpleging en gezinszorg fuseerden daartoe gestimuleerd door de overheid. De verdere professionalisering van beroepsgroepen in de eerste lijn werd eveneens door de overheid door middel van subsidies ondersteund (Bennema-Broos, Sluijs, Wagner, Temmink & Hofhuis, 2000). Dit heeft onder meer geleid tot een indrukwekkend stelsel van richtlijnen voor de huisartsenzorg (de NHG-standaarden), maar ook de paramedische zorg, de verloskundige zorg en de farmaceutische zorg werden door meerjarige programma's ondersteund (Hofhuis, Plas & van den Ende, 2004; Wiegers & Janssen, 2005; Hendriks, Vervloet & van Dijk, 2005). Dit paste allemaal in het beleid van zelfregulering. Beroepsgroepen werden geacht zelf de verantwoordelijkheid te nemen voor de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid (Bennema-Broos et al., 2000).

2.4 2002 – heden: de terugkeer van de eerste lijn in een periode van marktwerking

Zo rond het jaar 2002 kwam een tweede kentering. Versterking van de eerste lijn werd opnieuw een thema in het beleid van de overheid (Bouwstenennotitie VWS, 2003a; VWS, 2008a, 2008b), overigens breed gedragen door veldpartijen (Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg, VWS, 2004). De revival van de eerste lijn in Nederland sluit ook aan bij internationale ontwikkelingen. De Gezondheidsraad pleitte op basis van een

analyse van de European primary care voor een sterke eerste lijn. De European Observatory on Health Systems and Policies geeft in 2006 een overzicht van de hervorming van de eerste lijn in Europa onder het motto 'Primary Care in the driver's seat' (Saltman, Rico & Boerma, 2006). Ook in het recente World Health Report wordt de eerste lijn een centrale positie toebedeeld in de gezondheidszorg (World Health Organization, 2008).

Het besef dat een sterke eerste lijn noodzakelijk is om bij een groeiend aantal ouderen en chronisch zieken de gezondheidszorg als totaal betaalbaar te houden lag ten grondslag aan deze kentering. De sterke nadruk op monodisciplinaire professionele ontwikkeling maakte plaats voor een hernieuwde aandacht voor de eerste lijn als samenhangend geheel. Voor een deel kwam dat voort uit de 'oude' bezwaren tegen een eerste lijn die qua organisatie en financiering versnipperd was, waardoor samenhang in de zorg -zo nodig in de zorg voor chronisch zieken, in de acute zorg en in achterstandswijken- niet kon worden gerealiseerd. Voor een deel kwam het voort uit de veranderde verhoudingen in de gezondheidszorg die te maken hebben met de omslag naar een meer vraaggestuurd stelsel, waarin patiënten en verzekeraars een grotere invloed hebben. Patiëntenorganisaties en verzekeraars pleiten voor het uitgaan van de vraag naar zorg van patiënten in wijken en buurten (NPCF, 2004, ZN, 2002) op basis waarvan het aanbod vormgegeven zou moeten worden. In samenhang daarmee leidden arbeidsmarktontwikkelingen ook tot meer aandacht voor organisatie in de eerste lijn. De (verwachte) capaciteitstekorten bij huisartsen en in de verpleging en verzorging leidden tot meer aandacht voor taakherschikking en taakverschuiving. Ook dit noopt tot denken over disciplinegrenzen heen. Kwalitatief zien we ook een toenemende belangstelling bij afstuderende huisartsen om zich te kunnen concentreren op zorgverlening en het management aan anderen over te laten. Recenter (VWS, 2007b) is daar de gedachte bijgekomen om eerste lijn en public health met elkaar te verbinden vanuit het idee dat een goed georganiseerde, wijkgericht werkende eerste lijn een uitstekende infrastructuur biedt om laagdrempelig en in de directe leefomgeving van mensen preventieprogramma's aan te bieden.

Versterking van de eerstelijnszorg vinden we daarom weer terug in diverse nota's van het Ministerie van VWS ('Een dynamische eerstelijnszorg', 2008c; doelstellingenbrief eerstelijnszorg, 2008a). Er zijn wel verschillen met het verleden; stond in de jaren tachtig de lokale aanpak en de rol van de gemeente als plannende instantie centraal om meer samenhang in de zorg te bewerkstelligen, nu wordt daarnaast ook nadrukkelijk gekozen voor aansturing op samenhangende zorg op het niveau van patiëntcategorieën. Dit met de kanttekening dat ook nu lokale samenhang in de zin van samenwerking tussen gemeente en eerste lijn met name in het kader van preventie en de Wmo wordt bepleit. Een ander verschil is dat in de jaren tachtig sterk werd aangestuurd op specifieke samenwerkingsconcepten als het gezondheidscentrum. Nu wordt het vormgeven van samenwerking overgelaten aan de innovatiekracht en de ondernemerschap van het veld. Concreet betekende één en ander dat er een rem is gezet op subsidies voor beroepsgroepen (VWS, nota 'Kennis, Innovatie, Meedoen', 2003b), dat de ondersteuningsstructuur voor huisartsen is omgezet naar een ondersteuningstructuur voor de eerste lijn als geheel, en dat er instrumenten worden ontwikkeld om vraagsturing te bevorderen (Eerstelijnszorgcentra

door Cliënten Bekeken, NPCF, 2006; Vraag Aanbod Analyse Monitor, Brouwer, Sixma, Delnoij, van der Meulen-Arts, 2006).

Met de plannen voor functionele bekostiging wordt daarnaast gewerkt aan een financieringsvorm die aanstuurt op multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Het idee is dat het totaal van de zorg (dus van alle disciplines) voor een specifieke aandoening wordt gefinancierd op basis van een contract met de verzekeraar waarin ook afspraken over kwaliteit en transparantie zijn vastgelegd. De plannen beperken zich tot diabetes, COPD, hartfalen en cardiovasculair risicomangement. De bestaande NZa beleidsregels ter stimulering van multidisciplinaire samenwerking (de voortzetting van de subsidie-regelingen van gezondheidscentra zoals die in het verleden bestonden) zullen, als de functionele bekostiging doorgaat, uiteindelijk komen te vervallen.

2.5 Conclusie

De conclusie van dit hoofdstuk is dat de beleidsmatige aandacht voor (samenwerking in) de eerste lijn terug is van weggeweest. Er zijn wel duidelijk verschillen met het verleden. Planning en de rol van de gemeente hebben plaatsgemaakt voor marktdenken en contractering door zorgverzekeraars. Het tot stand brengen van lokale samenhang op wijkniveau is nog wel als beleidsdoel gebleven met name vanwege de relatie naar de Wmo en Public Health. Daarnaast wordt met name op het terrein van de financiering aangestuurd op samenhang op het niveau van gedefinieerde patiëntencategorieën. Beide kunnen met elkaar samengaan, maar het hoeft niet als bijvoorbeeld de zorg voor patiëntencategorieën op hogere schaalniveaus wordt georganiseerd dan wijk of gemeente.

3 Wijkgerichte samenwerking

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op samenwerking zoals die plaatsvindt op lokaal niveau. Aan de orde komt de ontwikkeling van monodisciplinaire samenwerking, de opkomst gezondheidscentra en hometeams, de stagnatie in de jaren negentig en de huidige situatie van wijkgericht samenwerken in termen van aantallen en spreiding. Ook wordt in dit hoofdstuk de meerwaarde van gezondheidscentra onderzocht en volgt een beschrijving van de in dit onderzoek onderzochte wijkgebonden samenwerkingsverbanden.

3.1 Inleiding: Ontwikkeling monodisciplinaire samenwerking

Lange tijd was het aantal organisatorische samenwerkingsvormen in de eerste lijn uiterst overzichtelijk. Het ging in essentie om monodisciplinair kleinbedrijf. Figuur 3.1 (zie pagina 24) laat zien dat in 1990 nog meer dan de helft van de huisartsen werkzaam was als solist en nog geen 20% in een groepspraktijk werkte. Voor fysiotherapeuten en verloskundigen was het beeld minder extreem, maar ook hier was nog overwegend sprake van kleinbedrijf. Dezelfde figuren laten zien dat het beeld met name na 2000 aan het veranderen is; anno 2008 werkt de helft van de huisartsen in een groepspraktijk. Bij de fysiotherapeuten en de verloskundigen lagen de percentages in beide gevallen op ruim 80%. Er kan dus gesteld worden dat de monodisciplinaire schaalvergroting aan het doorzetten is.

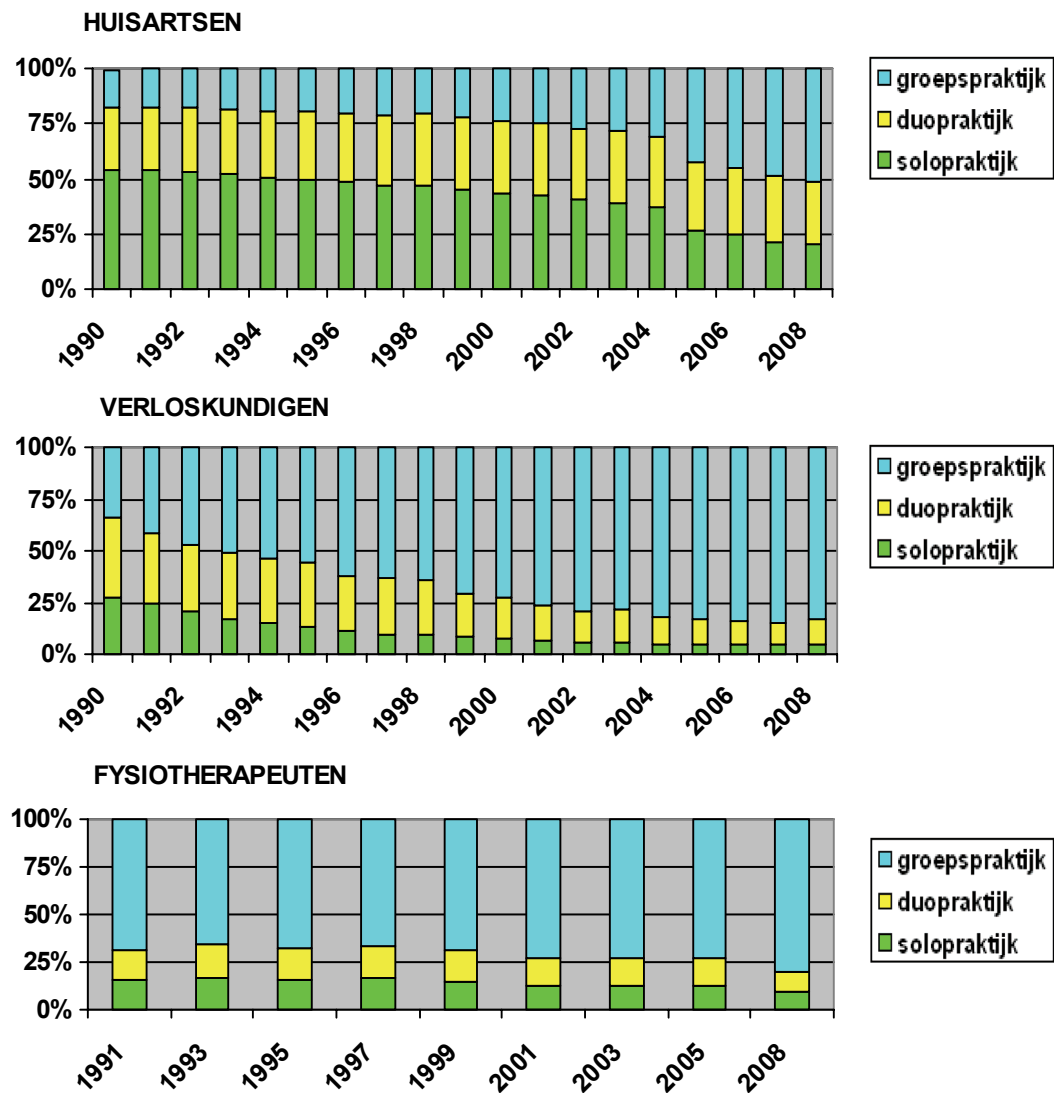
3.2 De opkomst van gezondheidscentra en hometeams

Hét model voor multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn is vanouds het gezondheidscentrum. De eerste gezondheidscentra werden al in 1970 gesignaleerd. Zij ontstonden vanuit een idealistische visie op samenwerking, in een periode dat vooral de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werk in de belangstelling stond ter voorkoming van wat toen 'somatische fixatie' werd genoemd (Ros, Hutten & Groenewegen, 1996).

Een gezondheidscentrum werd destijds gedefinieerd als een samenwerkingsverband met tenminste één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werkende onder één dak. Kenmerk was ook het wijkgerichte karakter van de gezondheidscentra. In de jaren zeventig en tachtig groeide hun aantal snel tot ongeveer 150 rond 1990. Ongeveer 10% van de Nederlandse bevolking was in 1990 ingeschreven bij een huisarts die werkte in een gezondheidscentrum. Ruim de helft van het aantal centra was in grote uitbreidingswijken gevestigd. Daarnaast zagen we veel centra ontstaan in achterstandswijken van grote steden, waar destijds relatief weinig huisartsen waren gevestigd. Boerma (1989) constateerde dat de combinatie van de aanwezigheid van nieuwbouwwijken en linkse wethouders zorgde voor snelle uitbreiding. Naast gezondheidscentra waren er ook hometeams (i.e., multidisciplinaire samenwerkingsverbanden van hierboven genoemde

disciplines, maar dan niet gehuisvest onder één dak). Warmenhoven (1987) telde in 1986 425 hometeams in Nederland. Zij floreerden vooral op het platteland, waar de lijnen tussen de zorgverleners van verschillende disciplines kort waren. In stedelijke gebieden kwam multidisciplinaire samenwerking moeizamer tot stand omdat de werkgebieden van de verschillende disciplines niet samenvielen (de Bakker, 1987).

Figuur 3.1: Aantallen huisartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen in Nederland naar praktijkvorm, 1990/91-2008 (Bron: Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten, huisartsen en verloskundigen, NIVEL, 2008)



Het NIVEL telde jarenlang aantallen en samenstelling naar disciplines van de gezondheidscentra volgens de bovenstaande 'klassieke' definitie. Tabel 3.1 laat zien dat in de laatste telling (in 1997) naast voornoemde kerndisciplines ook de fysiotherapeut, de diëtist, de verloskundige, de ziekenverzorgende en de apotheek in een meerderheid van

de centra aanwezig waren. Het aantal centra stagneerde toen al een aantal jaar op rond de 150.

Tabel 3.1: Aantal gezondheidscentra waarin de verschillende disciplines aanwezig zijn, per 1 januari 1997

Discipline	Aantal gezondheidscentra	Als % alle gezondheidscentra
Huisarts	148	100,0
Wijkverpleegkundige	148	100,0
Maatschappelijk werk	148	100,0
Fysiotherapie	129	87,2
Verloskunde	100	67,6
Gezins-/Bejaardenverzorging	43	29,1
Ziekenverzorging	100	67,6
Farmacie	80	54,1
Tandheelkunde	52	35,1
Diëtetiek	113	76,4
Logopedie	44	29,7
Psychologie	24	16,2
Oefentherapie	25	16,9
Thuiszorgmanager	30	20,3
Overige	88	59,5

3.3 Stagnatie in de jaren negentig

Een belangrijke factor in die stagnatie is de grootscheepse reorganisatie in de thuiszorg, waardoor de detachering van wijkverpleegkundigen onder druk komt te staan. Daarnaast speelde ook de decentralisatie van het maatschappelijk werk naar de gemeente een rol en zal ook de (aangekondigde) introductie van marktwerking die leidde tot discussie over rijks-subsidies hebben meegespeeld. Maar ook de visie op samenwerking verschoof van multi- naar monodisciplinaire samenwerking. Onder andere door de adviezen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (1994) die 'samenwerking op de medische as' tussen huisartsen en specialisten bepleitte (Ros, Hutten & Groenewegen, 1996).

3.4 Wijkgericht samenwerken: De huidige situatie

De monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn die door het NIVEL wordt uitgevoerd geeft een recent overzicht met betrekking tot de stand van multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn (Hansen, Nuijen & Hingstman, 2007). Deze monitor richt zich op samenwerkingsverbanden vanuit het perspectief van huisartsenpraktijken en kijkt vervolgens naar de volgende indicatoren voor samenwerking:

- als er op het praktijkadres van de huisarts Meerdere disciplines Onder Een Dak zijn gevestigd spreekt men van een MOED;
- indien er tussen de huisartsenpraktijk en één van de eerstelijnsdisciplines schriftelijke afspraken zijn vastgelegd wordt gesproken van een 'formeel samenwerkingsverband';

- indien huisartsenpraktijken zich naar buiten toe als een samenwerkingsverband presenteren in folder of website wordt gesproken van een 'geannonceerd samenwerkingsverband';
- indien de zorgverzekeraar financieel bijdraagt ten behoeve van de samenwerking wordt gesproken van een gefinancierd samenwerkingsverband.

Deze criteria maken het mogelijk om te tellen. Begin 2007 maakte 50% van alle huisartsenpraktijken in Nederland deel uit van een MOED, 39% van een formeel samenwerkingsverband, 37% van een geannonceerd samenwerkingsverband en 14% van een gefinancierd samenwerkingsverband. In algemene zin bleek uit de monitor dat monodisciplinaire samenwerking de afgelopen jaren sterk is gegroeid, maar multidisciplinaire samenwerking nog achterbleef. Momenteel wordt een tweede monitoringsronde uitgevoerd.

Bij gebrek aan een algemeen geaccepteerde definitie van het begrip gezondheidscentrum wordt in de monitor samenwerkingsverbanden het aantal gezondheidscentra niet geteld. De in het kader van de monitor verzamelde gegevens maken wel mogelijk om een schatting te doen (Hansen et al, 2007). Zo bleken 303 huisartsenpraktijken (7% van de in totaal circa 4300 getelde huisartsenpraktijken in de monitor) de naam 'Gezondheidscentrum' of gerelateerde namen als 'Medisch Centrum' in de praktijknaam te voeren. Nadere analyse leert dat het hier om 182 *gezondheidscentra* en 67 *medische centra* gaat (soms bevat een gezondheidscentrum meerdere huisartsenpraktijken). De naam 'gezondheidscentrum' of 'medisch centrum' blijkt echter niet garant te staan voor het in huis hebben van een min of meer omvattend aanbod van eerstelijnsdisciplines. Zo hebben elf gezondheidscentra en elf medische centra, naast de huisarts, geen enkele andere discipline in huis. Tabel 3.2 laat zien welke disciplines er precies in huis zijn bij gezondheids- en medische centra met, naast de huisarts, meer dan drie andere disciplines.

Tabel 3.2: Meest voorkomende disciplines in gezondheidscentra/medisch centra met naast de huisarts meer dan drie andere disciplines in huis

Discipline	% binnen gezondheidscentra	% binnen medisch centra
Fysiotherapie	89%	75%
Diëtetiek	73%	60%
Algemeen maatschappelijk werk	73%	30%
Apotheek	64%	60%
Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige	55%	55%
Oefentherapie	47%	58%
Eerstelijnspsycholoog	47%	40%
Jeugdgezondheidszorg	41%	15%
Verpleging en verzorging	38%	28%
Verloskunde	38%	35%
Logopedie	35%	25%
Tandarts	27%	25%

De fysiotherapeut is in zowel het gezondheids- als het medisch centrum de meest voorkomende andere discipline. Daarnaast treffen we in de meerderheid diëtistes, maatschappelijk werkers (in het geval van gezondheidscentra), apotheken, sociaal-psychiatrische

verpleegkundigen en oefentherapeuten (in het geval van medisch centra) aan. Het belangrijkste verschil tussen gezondheidscentra en medisch centra betreft de aanwezigheid van het algemeen maatschappelijk werk dat we veel vaker tegenkomen in gezondheidscentra. Dit wijst nog op de erfenis van het 'oude' concept van gezondheidscentra met de driepoot huisarts, wijkverpleegkundige en algemeen maatschappelijk werker.

In totaal zijn bijna 1000 huisartsen werkzaam binnen de hier beschreven groep van gezondheidscentra en medisch centra. Dat is 11% van het totaal aantal huisartsen dat in Nederland werkzaam op 1 januari 2008 werkzaam is (NIVEL, Beroepen in de zorg).

Een andere manier van tellen is te kijken naar de ledenlijst van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, waarvan veel gezondheidscentra lid zijn. De LVG stelt geen expliciete inhoudelijke criteria aan lidmaatschap, maar op de site is een lijst terug te vinden van 'koepels van gezondheidscentra' en gezondheidscentra die niet onder een koepel vallen.

Tabel 3.3: Overzicht koepels van gezondheidscentra

Naam koepel	Werkgebied	Aantal centra
Zorggroep Almere	Almere	23
Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra	Amsterdam	10
Stichting GAZO	Amsterdam Zuidoost	6
Stichting Gezondheidscentra Eindhoven	Eindhoven	9
Stichting Gezondheidscentra Enschede	Enschede	4
Stichting Haagse Gezondheidscentra	Den Haag e.o.	8
Stichting Gezondheidscentra Haarlemmermeer	Haarlemmermeer	3
Symphony Gezondheidscentra	Verspreid	2
Stichting Wijkgezondheidscentra Huizen	Huizen	2
Stichting Eerstelijnsgezondheidszorg Lelystad	Lelystad	3
Stichting samenwerkende Gezondheidscentra Lelystad	Lelystad	5
Stichting Gezondheidscentra Maarssebroek	Maarssebroek	2
Stichting Gezondheidscentra Maastricht	Maastricht	3
Rijncoepel, geïntegreerde eerstelijnszorg	Noordwijk	2
Zorg op zuid	Rotterdam-zuid	4
Stichting BOOG	Rotterdam-zuidoost	3
Zorg op Noord	Rotterdam-noord	6
Sprong	Rotterdam	3
Stichting FEZ	Schagen	1
Stichting Gezondheidscentra Utrecht	Utrecht	5
Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra	Utrecht Leidsche Rijn	5
Viva! Zorggroep	Velsen/Beverwijk	2
Vitea	Verspreid	12
Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer	Zoetermeer	11
Menzis Eerstelijnszorg	Verspreid	3
Totaal		140

Bron: LVG (www.lvg.org).

Tabel 3.3 laat zien dat er 24 koepels zijn met in totaal 137 gezondheidscentra. De meeste koepels bestaan al langere tijd en werken binnen een gespecificeerd gebied. Zo zijn er koepels in de grotere steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Eindhoven,

Enschede), alsmede in de grotere groeikernen (Almere, Zoetermeer, Lelystad, Maarssebroek). De koepels variëren sterk in grootte; Zorggroep Almere is met 23 centra veruit de grootste, maar ook zijn er meerdere koepels met slechts twee of drie centra. De centra van deze kleinere koepels delen bijvoorbeeld vaak alleen een directeursfunctie. Daar waar grotere koepels wel meer dan 2000 medewerkers in dienst kunnen hebben, gaat het bij de kleinere koepels vaak om enkele tientallen mensen.

Betrekkelijk nieuw zijn organisatie als Vitea, Symphony en Menzis. De twee eerstgenoemden zijn organisaties die zich (op commerciële basis) met name richten op het overnemen van management van individuele huisartsenpraktijken en gezondheidscentra. Zij richten zich veel minder duidelijk op een specifiek geografisch gebied dan de andere koepels. Dat geldt ook voor zorgverzekeraar Menzis, die op verschillende plaatsen in het land gezondheidscentra stichtte. Eén ervan betreft overigens het Gezondheidscentrum Asielzoekers, dat geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg verleent aan in asielzoekers. Overigens betreft het in feite een virtueel centrum omdat de asielzoekers verspreid zijn over centra in het land.

Uit de inventarisatie komt naar voren dat de individuele centra over het algemeen relatief zelfstandig lijken te zijn - ook indien zij onder een koepelorganisatie vallen. Zo hebben sommige koepels juridische entiteiten per gezondheidscentrum. Op deze manier hoeft lidmaatschap van een koepel niet te betekenen dat er een vast aantal disciplines in dat gezondheidscentrum aanwezig is. Er zijn echter wel uitzonderingen, zoals de Zorggroep Almere.

Naast de gezondheidscentra die verenigd zijn in een koepel, zijn er ook 45 'losse' samenwerkingsverbanden die zich als gezondheidscentrum afficheren en lid zijn van de LVG. Deze gezondheidscentra variëren in samenstelling naar discipline, maar in de meeste gezondheidscentra zijn de apotheker, de fysiotherapeut, de verloskundige, de diëtiste, de thuiszorg, de eerstelijnspsycholoog en de maatschappelijk werker vertegenwoordigd (www.lvg.org).

3.5 Gezondheidscentra: De meerwaarde onderzocht

In de loop der jaren is er het nodige onderzoek gedaan naar de 'meerwaarde' van gezondheidscentra. Aanvankelijk richtte dit onderzoek zich vooral op de vraag in hoeverre huisartsen in gezondheidscentra minder naar de specialist verwijzen. Wijkel (1986) liet op basis van gegevens van de toenmalige ziekenfondsen zien dat huisartsen in gezondheidscentra minder verwezen dan huisartsen daarbuiten. Vooral bij de schouwende specialismen, zoals bij de internist of reumatoloog, was dit effect goed te zien. Het leidde ook -zij het in mindere mate- tot minder ziekenhuisopnames en minder verpleegdagen. Dit onderzoek was destijds een belangrijke onderbouwing van de subsidieregeling van gezondheidscentra. Later is dit onderzoek gerepliceerd met recentere gegevens (Wijkel, van der Zee & de Bakker, 1992) en bleek het verschil nog steeds te bestaan, vooral in vergelijking met solopraktijken.

In 1996 vond er door de toenmalige Ziekenfondsraad (tegenwoordig College Voor Zorgverzekeringen) een evaluatie plaats van de subsidieregeling voor gezondheidscentra. Het NIVEL deed onderzoek ten behoeve van deze evaluatie met de volgende conclusies:

1. Gezondheidscentra onderscheiden zich van monodisciplinaire samenwerkingsverbanden op een aantal kwaliteitskenmerken op het terrein van samenwerking (bijvoorbeeld afspraken over veel voorkomende problematiek, het aanbieden van preventie-activiteiten), opstelling naar buiten (systematische patiëntraadpleging, het hebben van een klachtregeling bijvoorbeeld) en organisatie (bereikbaarheid en wachttijden bijvoorbeeld).
2. Het lagere verwijscijfer werd opnieuw bevestigd. Daarnaast werden indicaties gevonden dat huisartsen in gezondheidscentra zuiniger voorschreven. Ten aanzien van de klinische consumptie (i.e., doorverwijzingen naar de tweede lijn en het zorggebruik dat daar aan vast zit) waren er te weinig gegevens voor handen om een eenduidige conclusie te trekken.

De Ziekenfondsraad besloot op basis van dit onderzoek de subsidieregeling te continueren. Het meeste onderzoek nadien is rond individuele koepels of centra geweest (bijvoorbeeld Huijsman en Hagenaars, 2008), maar niet meer gericht op het concept als zodanig.

Gezondheidscentra staan als hét multidisciplinair samenwerkingsverband in de wijk na een periode van stagnatie weer volop in de belangstelling. Het aantal centra lijkt de afgelopen jaren weer te groeien en er komen ook vergelijkbare samenwerkingsverbanden als 'medische centra'. Er lijkt minder dan in het verleden sprake te zijn van een vast concept. Er is variatie tussen centra, bijvoorbeeld in teamsamenstelling, zelfs als zij deel uitmaken van een koepelorganisatie. Knelpunten liggen vooral op het terrein van de bekostiging nu de subsidie zal stoppen en er nog onduidelijkheid is over nieuwe op samenwerking gerichte financieringsvormen zoals de functionele bekostiging. Wij gaan daar in het volgende hoofdstuk op in.

Overigens dient te worden opgemerkt dat over de meerwaarde van wijkgerichte, multidisciplinaire buiten gezondheidscentra niets bekend is.

3.6 Vernieuwende initiatieven op het vlak van wijkgerichte samenwerking: een verkenning

In deze paragraaf komen nieuwe initiatieven van wijkgerichte samenwerking aan de orde. In hoeverre 'nieuw' ook vernieuwend is, in de zin van een organisatievorm die tot dusver in het geheel nog niet bekend was, is soms moeilijk te bepalen. De initiatieven zijn in elk geval vernieuwend binnen de context waarin zij plaatsvinden.

3.6.1 *Monodisciplinaire samenwerking*

Hieronder volgen enkele voorbeelden van monodisciplinaire samenwerking op wijk-niveau. Deze samenwerkingsverbanden zullen globaal worden beschreven op basis van de volgende punten: zorgaanbod, deelnemende partijen, aansturing en eventuele samenwerking met externe zorgverleners, financiers, innovatief ondernemerschap en toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg.

Tabel 3.4: Onderzochte voorbeelden van monodisciplinaire samenwerking op wijk-niveau

Naam	Zorgaanbod
Taakdelegatie binnen huisartspraktijken	
Huisartsenpraktijk Mozaïek (Rotterdam)	In Mozaïek werken gespecialiseerde praktijkverpleegkundigen, die onder supervisie van huisartsen medische taken uitoefenen, in overeenstemming met het landelijke project 'praktijkondersteuning huisartsen'.
Gezondheidscentrum West (Groningen)	Gezondheidscentrum gesticht door Menzis (zie ook hoofdstuk 5) naar aanleiding van huisartsentekort in de wijk. De huisartsen in het centrum hebben taken verschoven naar doktersassistenten, een fysiotherapeut, een nurse practitioner, een diabetesverpleegkundige, en de apotheek.
Project 'Nurse practitioner in de huisartsenpraktijk' (Brabant en Limburg)	In twaalf huisartsenpraktijken in Brabant en Limburg zijn verpleegkundigen opgeleid tot nurse practitioner (NP). De NP's ontlasten vijftig huisartsen (met in totaal 110.000 ingeschreven patiënten) door patiënten met eenvoudigere klachten te helpen. De huisartsen houden zo meer tijd over voor complexe zorgvragen en groeimogelijkheden van de praktijk.
Fysio-, oefen- en ergotherapeuten	
Fysiocirkel (Noord-Holland)	Fysio Cirkel is een regionaal samenwerkingsverband van fysiotherapiepraktijken in Noord Holland, dat in de volle breedte actief met het vak fysiotherapie bezig is.
FysioCompany (regio Den Bosch)	FysioCompany is een samenwerkingsverband van fysiotherapiepraktijken regio 's-Hertogenbosch, Eindhoven en Roermond. Het zorgaanbod omvat de fysiotherapie in de meest brede zin.
Para Medische Coöperatie MensInBeweging U.A. (Zeeland)	PMC MensInBeweging is een coöperatief regionaal samenwerkingsverband van ruim 75 fysiotherapeuten. Alle verbijzonderingen en specialisaties binnen de fysiotherapie zijn vertegenwoordigd.
Apotheken	
Apotheek Zorgbureau Leiden, Gouda e.o. (AZb)	Het AZb is een samenwerkingsverband tussen 86 apotheken in de regio Leiden en Gouda en vormt, middels een 1-loket, ondersteuning op het gebied van de levering van medische hulpmiddelen, specialistische geneesmiddelen en farmaceutische patiëntenzorg. Daarnaast verzorgt het kwaliteitsprojecten samen met andere regionale hulpverleners (zoals huisartsen, thuiszorg en ziekenhuis).

➤ *Zorgaanbod, deelnemende partijen, aansturing en samenwerking met externe partijen*

Voor wat betreft zorg binnen de **huisartspraktijk** vindt er steeds meer taakdelegatie plaats. In de meeste huisartsenpraktijken is inmiddels een POH (i.e., praktijkondersteuner op HBO-niveau) werkzaam die zich met name richt op geprotocolleerde zorg voor chronisch zieken (van Dijk, Verheij, van den Hoogen & de Bakker, 2009). Dit leverde voor de huisartsen nauwelijks tijdwinst op omdat het zorg was die in het verleden maar gedeeltelijk plaatsvond (zie bijv. Laurant, Hermens, Braspenning en Sibbald, 2004). Huisartsen in praktijken met praktijkondersteuners hebben daardoor per fulltime-equivalent niet meer patiënten dan huisartsen zonder ondersteuners (Maas, van den Berg,

van der Velden & Hingstman, 2005). Dat is wel het geval -of althans nadrukkelijk de bedoeling- in de hier beschreven initiatieven. De huisarts wordt werk uit handen genomen door patiënten met eenvoudige klachten te helpen. De huisarts kan daardoor in dezelfde tijd een groter praktijkpopulatie bedienen.

Ook op het gebied van de **fysio-, oefen- en ergotherapie** worden nieuwe, praktijk-overstijgende samenwerkingsinitiatieven waargenomen - al dan niet vastgelegd als juridische entiteit. Alle onderzochte samenwerkingsverbanden betreffen een regionaal verband, en de aangesloten zorgverleners zijn -voor zover vermeld- werkzaam vanuit hun eigen praktijk. Eén van de onderzochte samenwerkingsverbanden geeft aan dat, naast samenwerking, ook strategische schaalvergroting (i.e., het verkennen van de grenzen), keurmerken en werkprocessen, Public Relations, ICT en kwaliteit- en tevredenheidsmeting en -verantwoording punten binnen het samenwerkingsverband zijn de aandacht hebben. Bovendien geeft zij aan dat de samenwerking kostenbesparend werkt door het centraliseren van administratieve handelingen en het gezamenlijk gebruiken van één database. Er worden geen knelpunten gerapporteerd rondom onderlinge taakdelegatie- of afbakening binnen het samenwerkingsverband, noch rondom de aansturing ervan. Wat betreft samenwerking met andere zorgverleners geeft één samenwerkingsverband aan te participeren in een stuurgroep ketenzorg en in diverse projectgroepen waarin tevens huisartsencoöperaties, een ziekenhuis, thuiszorginstanties, een centrum voor geestelijke gezondheidszorg en verpleeg- en rusthuizen vertegenwoordigd zijn. Eén samenwerkingsverband werkt structureel samen met een loopnetwerk, een COPD kennisnetwerk en een geriatrienetwerk in de regio. Eén samenwerkingsverband geeft aan dat samenwerking met andere zorgverleners (huisarts, arbo etc.) in de planning zit. Geen van de bevraagde samenwerkingsverbanden geven aan dat de gemeente een faciliterende rol bij haar totstandkoming heeft gespeeld. Deze samenwerkingsverbanden zitten op het grensvlak van wijkgerichte samenwerking en samenwerking op het terrein van specifieke patiëntencategorieën. Doordat zij allen aangeven zich in principe op de volle breedte van zorg van fysiotherapeuten te richten en niet op een specifieke aandoeningen, zijn zij in dit hoofdstuk ingedeeld.

Apotheken werken ook samen op regionaal niveau. Een voorbeeld is het Apotheek Zorgbureau Leiden, Gouda e.o. (AZb), een samenwerkingsverband tussen 86 apotheken in deze regio. Kerntaken binnen deze samenwerking zijn het bieden van ondersteuning bij de levering van medische hulpmiddelen, specialistische geneesmiddelen en farmaceutische patiëntenzorg, alsmede het opzetten van kwaliteitsprojecten met andere regionale hulpverleners (als huisartsen, thuiszorg en ziekenhuis) - hiertoe zijn vier verpleegkundigen in dienst. Structurele samenwerking vindt plaats met regionale ziekenhuizen, thuiszorginstellingen, huisartsen, praktijkondersteuners en waarnodig andere disciplines. De samenwerking apotheken en aansturing van regionale projecten worden door het AZb gedaan. De gemeente heeft geen faciliterende rol gespeeld bij de totstandkoming van deze samenwerking.

➤ *Financiering*

Wat betreft samenwerking binnen de **huisartsenpraktijk** is het project 'nurse practitioners' financieel mogelijk gemaakt door zorgverzekeraars en het ministerie van VWS. In Groningen is het Zorgverzekeraar Menzis die bijdraagt in de financiering van het centrum. Van het andere samenwerkingsverband is niet bekend of er andere financieringsbronnen zijn behalve de reguliere tarieven.

Van de bevroegde samenwerkingsverbanden van **fysio-, oefen- en ergotherapeuten** geeft er één aan dat de aanloopfase door de ROS is bekostigd in de vorm van ondersteuningsuren (een projectleider) en inhuur van extern juridisch advies. Echter, geen van de drie samenwerkingsverbanden beschikt momenteel over financiers - de partners dragen uitsluitend zelf bij aan de financiën van het samenwerkingsverband. Volgens twee samenwerkingsverbanden verloopt dit vooralsnog probleemloos (waarbij één samenwerkingsverband stelt dat dit alleen opgaat als de administratieve lastendruk niet groter wordt dan momenteel het geval is). Eén samenwerkingsverband geeft aan het achterwege blijven van financiële facilitatie als een ernstige tekortkoming te zien. Volgens haar wordt er zo geen recht gedaan aan de wens tot innovatie en een sterke eerste lijn.

Het bevroegde samenwerkingsverband van **apotheken** geeft aan dat de deelnemende apotheken zelf indirect voor de financiering van het samenwerkingsverband zorgen - dit door het betalen van contributie aan het AZb bureau. Als knelpunt wordt aangetekend dat, door het grote succes en de bereidheid van alle partijen om via het 1-loket vragen te stellen of aanvragen/recepten te verwerken, het het AZb veel tijd kost om deze kwaliteit in de toekomst ook op eenzelfde wijze te blijven bieden. Het blijkt dat het 1-loket niet alleen voor de apotheken, maar voor alle zorgverleners veel voordelen geeft. In de loop der jaren wordt er steeds frequenter gebruik gemaakt van het 1-loket, maar is uitbreiding van personeel niet mogelijk aangezien de financiering maar van één kant komt, namelijk de apothekers.

➤ *Innovatief ondernemerschap*

Het innovatieve ondernemerschap bij **huisartspraktijken** met ver doorgevoerde vormen van taakdelegatie zit in het feit dat er ongebaande paden worden betreden in de zin dat praktijkondersteuners en verpleegkundigen taken krijgen die voorheen waren voorbehouden aan de huisarts. De risico's van de taakdelegatie zijn voor rekening van de huisarts omdat deze eindverantwoordelijk blijft.

Eén samenwerkingsverband van **fysio-, oefen- en ergotherapeuten** geeft aan dat haar leden onderling kunnen doorverwijzen, en expertise en verbijzonderingen bij elkaar inhuren waardoor iedere praktijk alle mogelijke verbijzonderingen in de fysiotherapie kan bieden. Uit de wens die dit samenwerkingsverband heeft, om uiteindelijk te komen tot een multidisciplinaire paramedische coöperatie, spreekt een sterk innovatief karakter. De eerste stap in de richting van deze multidisciplinaire paramedische coöperatie is inmiddels gezet door de verwezenlijking van participatie van enkele eerstelijns ergotherapeuten. Momenteel wordt er binnen dit samenwerkingsverband gewerkt aan het onderling afstemmen van de dienstverlening waardoor de juiste expertise op het juiste moment kan worden ingezet. Een ander samenwerkingsverband geeft aan dat het nieuw is dat

fysiotherapeuten op deze manier met elkaar samenwerken. Ook hier gaat het om het samen sterker staan teneinde kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren.

Het innovatieve ondernemerschap bij deze vorm van samenwerking zit hem erin dat voormalig concurrenten met elkaar gaan samenwerken teneinde zo sterker te staan. Samenwerking kost op zijn minst (en zeker in de aanvangsfase) tijd en betekent ook verlies aan autonomie. Bij onderlinge doorverwijzing lopen therapeuten het risico dat zij zelf wél naar anderen verwijzen terwijl anderen dat omgekeerd niet of in onvoldoende mate doen, waardoor omzetverlies optreedt. De inschatting is dat ondanks deze risico's iedereen er uiteindelijk beter van wordt.

Ook bij de samenwerking tussen **apotheken** zit het innovatieve ondernemerschap hem erin dat voormalig concurrenten met elkaar gaan samenwerken teneinde zo sterker te staan. Het opzetten (en lopend houden) van het 1-loket en de kwaliteitsprojecten vraagt investeringen van de deelnemende apotheken, zonder dat de beoogde meerwaarde in kwaliteit en doelmatigheid destijds gegarandeerd waren. Daarnaast (maar hierover is geen informatie ontvangen) is het niet ondenkbaar dat de inspanningen om een samenwerkingsverband tot stand te brengen ongelijk verdeeld zijn. Zelfs met externe ondersteuning komt samenwerking vaak neer op een beperkt aantal 'trekkers' die hier, mogelijk vanuit een idealistische visie, veel (vrije) tijd in investeert.

➤ *Kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geleverde zorg*

Het Groningse gezondheidscentrum is geëvalueerd door het NIVEL en het IMTA (Institute for Medical Technology Assessment). Deze evaluatie laat zien dat men erin geslaagd is het huisartstekort op te lossen door meer andere disciplines in te zetten. Verder bleek dat zowel patiënten als zorgverleners tevreden waren. Het ruime aanbod aan andere disciplines betekende echter wel dat de kosten hoger waren dan in de 'oude' situatie met gewone huisartsenpraktijken (van den Berg, Koopmanschap, de Bakker & Verheij, 2007).

Met betrekking tot het Nurse Practitioner project binnen de **huisartspraktijk** rapporteert het samenwerkingsverband in Brabant/Limburg dat patiënten even tevreden zijn over de geleverde zorg van de verpleegkundige als die van de huisarts bij vergelijkbare klachten. Door het project is de toegang tot de huisartsenzorg bovendien verbeterd; patiënten kunnen bijvoorbeeld eerder terecht voor kleine kwalen. Huisartsen ervaren met de komst van de Nurse Practitioners 'meer lucht', werkdrukverlichting, meer tijd voor complexe zorgvragen en groeimogelijkheden van de praktijk. De Stichting KOH start een vervolgpriject waarin de praktijkondersteuner wordt opgeleid tot nurse practitioner.

Uit een onderzoek van de universiteit van Maastricht, waarin binnen vijftien huisartsenpraktijken uit bovengenoemd project patiënten met alledaagse klachten willekeurig waren toegewezen aan een huisarts of een nurse practitioner, bleek dat de kwaliteit van zorg vergelijkbaar was (Dierick-van Daele, Metsemakers, Derckx, Spreeuwenberg & Vrijhoef, 2009).

Een samenwerkingsverband van **fysio-, oefen- en ergotherapeuten** geeft aan dat iedere praktijk verplicht is aangesloten bij een digitaal patiënttevredenheidssysteem. Verder zijn bij haar alle praktijken verplicht om (zodra dit is gerealiseerd) mee te werken aan het leveren van prestatie-indicatoren. Elk lid dient bovendien jaarlijkse een kwaliteitsjaarverslag af te leveren. Een ander samenwerkingsverband evalueert jaarlijks over en weer met de zorgverzekeraar waarmee zij een contract heeft afgesloten, en geeft aan verder geen verantwoording aan derden af te leggen. Een derde samenwerkingsverband geeft aan dat uniforme registratie het straks mogelijk maakt daadwerkelijk aan praktijkonderzoek te doen, en om zo de effectiviteit van behandelingen te toetsen.

Het samenwerkingsverband van apotheken geeft aan dat er in het algemeen in de levering van medische hulpmiddelen zeer geregeld fouten ontstaan in het traject thuiszorg – huisarts, huisarts – apotheek en apotheek – patiënt of ziekenhuis – apotheek – apotheek – patiënt. Tevens verloopt de communicatie tussen deze partijen doorgaans moeizaam, door verminderde bereikbaarheid en door veelheid aan medewerkers binnen de thuiszorg, ziekenhuizen, huisartspraktijken en apotheken. Door het instellen van een 1-loket worden deze problemen grotendeels ondervangen. Door het AZb staat de apotheek in direct contact met de behandelaar en/of voorschrijver, en heeft zij een totaaloverzicht van de patiënt waardoor volledige medicatiebewaking -en daardoor bevordering van therapietrouw- mogelijk is.

3.6.2 *Multidisciplinaire samenwerking*

Hieronder volgen enkele voorbeelden van multidisciplinaire samenwerkingsvormen op wijkniveau. Deze samenwerkingsverbanden zullen globaal worden beschreven op basis van de volgende punten: zorgaanbod, deelnemende partijen, aansturing en eventuele samenwerking met externe zorgverleners, financiers, innovatief ondernemerschap en toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg.

Tabel 3.5: Onderzochte voorbeelden van multidisciplinaire samenwerking op wijk-niveau

Naam	Zorgverleners/Zorgaanbod
Basisteam Osdorp	Het samenwerkingsverband levert niet directe zorg, maar zorgt door goede afstemming van de afzonderlijk geleverde zorg en door gezamenlijke sociale informatievoorziening en scholing voor betere kwaliteit van die zorg en hulpverlening. Betrokken zorgverleners: huisartsen, thuiszorginstellingen (V&V zorgaanbieders), maatschappelijke werk, GGZ.
Commelij (Communicatie Eerstelijnsgezondheidszorg IJsselmuiden)	Gezamenlijke automatisering van zes huisartspraktijken en een apotheek in IJsselmuiden.
Gelijke Gezondheid Gelijke kansen (GGGK; Tilburg)	Gezonder maken van bewoners van lage SES wijken in Tilburg. Voedingsvoorlichting en behandeling in het kader van preventie en behandeling overgewicht. Betrokken zorgverleners: diëtist, GGD, gemeente Tilburg, welzijnswerk, GGZ, Thebe Voeding en Dieet, verslavingszorg, INGZ (voorzittersrol)
Medisch Centrum Aalst (Aalst Waalre)	Medisch Centrum Aalst beoogt een samenwerking tussen diverse disciplines in de eerste lijn te optimaliseren om zo een betere patiëntenzorg te realiseren. Betrokken zorgverleners: o.a. huisarts, poh, fysio-, podot-, en mensendiecktherapeut, verloskundige, psycholoog en diëtist.
De Nije Veste (Nijkerk)	Bieden van geïntegreerde eerstelijnszorg - met name aan mensen met chronische aandoeningen. Betrokken zorgverleners: huisartsen/poh's, fysiotherapeuten, eerstelijnspsychologen, apotheek, maatschappelijk werk, podotherapeut, oefentherapeuten, diëtist, ergotherapeuten, thuiszorg, medisch specialisten, logopedist.
Stichting GESP (Geïntegreerde Eerstelijns Samenwerkings Project; Harderwijk)	De organisatie van zorg voor ouderen/cliënten met complexe zorgvragen optimaliseren en beter op elkaar afstemmen. Het betreft zorg in de eerste lijn in samenwerking met de thuiszorg waarbij minimaal drie zorgverleners betrokken zijn. Betrokken zorgverleners: alle eerstelijnszorgverleners in de gemeente Harderwijk.
Weten Is Elkaar Leren (WIEL) Apeldoorn	Realiseren van een sluitend aanbod op het terrein van wonen, welzijn, zorg, domotica, vervoer, toegankelijkheid, informatievoorziening, dagbesteding voor mensen voor wie zelfstandig thuis wonen onmogelijk is - dit door middel van woonservicegebieden. Betrokken zorgverleners: ouderenadviseurs van de welzijnsorganisatie, het algemeen maatschappelijk werk (MD Veluwe), thuiszorgorganisaties.
Wijkse Integratie binnen de Eerste Lijn (WIEL) Wijk bij Duurstede	WIEL is geen officieel vastgelegd samenwerkingsverband; wel is er een intentieverklaring getekend om gezamenlijk (i.e., alle eerstelijns, de thuiszorg, gemeente en wmo raad) samenwerking te structureren en formaliseren. In eerste instantie ligt de focus op: diabetes, astma/COPD, CVR, angst & depressie en geriatrie. Betrokken zorgverleners: alle eerstelijnszorgverleners in de gemeente Wijk bij Duurstede en thuiszorg.

➤ *Zorgaanbod en deelnemende partijen*

Huisartsen, fysiotherapeuten en eerstelijnspsychologen zijn in aantal het sterkst vertegenwoordigd in de onderzochte samenwerkingsverbanden. Praktijkondersteuners, verloskundigen, logopedisten, diëtisten, ergotherapeuten, apotheken en podotherapeuten worden meerdermalen genoemd, evenals de thuiszorg en maatschappelijk werk. In de meeste gevallen is het zorgaanbod van het samenwerkingsverband zeer breed en behelst het de gehele eerstelijnszorg binnen een bepaalde regio; in andere gevallen is het zorgaanbod iets specifiek en richt het zich bijvoorbeeld op generalistische zorg voor ouderen of cliënten met een complexe zorgvraag, of op preventie met betrekking tot cliënten uit lage SES wijken.

➤ *Aansturing*

Niet alle samenwerkingsverbanden hebben een formele status; van de acht bevroegde verbanden zijn er twee formeel (stichting), vier niet-formeel en van twee samenwerkingsverbanden is het onduidelijk of het een formeel of informeel samenwerkingsverband betreft. Drie niet-formele samenwerkingsverbanden worden aangestuurd door een stuur- of projectgroep vanuit de betrokken disciplines. Eén van deze samenwerkingsverbanden geeft aan dat de geplande vorming van een stichting door achterblijvende financiering nog niet rond is - de betrokken zorgverleners hebben hiertoe al wel een intentieverklaring getekend. Eén van de formele samenwerkingsverbanden geeft aan dat er bij hen bewust een splitsing is aangebracht tussen een stichting voor de stenen en de faciliteiten (de gebruikers sluiten daarvoor een huurovereenkomst) en een zorggroep voor de te leveren zorg. Hierbij bestaat de vrijheid dat ook zorgverleners die niet in het gebouw een ruimte huren (bijvoorbeeld thuiszorg, GGZ, maatschappelijke dienstverlening, huisartsen, etc.) kunnen aansluiten. De deelnemers aan de zorggroep sluiten daarmee een toetredingsovereenkomst. Met deze opzet is volgens dit samenwerkingsverband een belangrijk knelpunt verholpen voor wat betreft de verstrengeling van financiering van geïntegreerde zorg versus bekostiging van de faciliteiten.

Hoewel er geen expliciete knelpunten rondom de aansturing werden gemeld, gaf één samenwerkingsverband aan dat de geplande vorming van een stichting vanwege tekortschietende financiën nog niet van de grond is gekomen. Een ander samenwerkingsverband gaf aan dat zij vooralsnog niemand in dienst kon nemen voor de secretariële organisatie van het multidisciplinair overleg.

➤ *Samenwerking met externe partijen*

Vier van de acht bevroegde samenwerkingsverbanden geven aan structureel samen te werken met externe partijen. Genoemd worden: andere zorgverleners uit de eerste lijn, het ziekenhuis, de gemeente en provincie, de GGD, arbodiensten, ouderenorganisaties, woningcorporaties, thuiszorgorganisaties en verpleeg- en verzorgingshuizen.

Structurele samenwerking met de gemeente wordt door vijf samenwerkingsverbanden expliciet genoemd. Eén samenwerkingsverband geeft aan dat de gemeente zitting heeft in de stuurgroep en faciliteert in vergader- en conferentieruimten. Een ander samenwerkingsverband geeft aan dat de gemeente, samen met de woningcorporatie, heeft geholpen met de huisvesting. Eén samenwerkingsverband noemt eveneens de woningcorporatie als structurele (externe) samenwerkingspartij. Bij een ander samenwerkingsverband betaalt de gemeente de externe adviseur, levert ondersteuning (dit in de vorm van een beleidsambtenaar) en financiert de netwerkbijeenkomsten. Ook heeft deze gemeente voor de komende beleidsperiode het voornemen om woonservicegebieden te ontwikkelen.

Andere vormen van samenwerking met de gemeente zijn strikt financieel van aard en worden derhalve beschreven in de volgende alinea ('Financiering'). De overige samenwerkingsverbanden geven niet aan dat de gemeente een faciliterende rol zou hebben gespeeld.

➤ *Financiering*

Vier samenwerkingsverbanden geven aan dat de gemeente financieel bijdraagt aan het samenwerkingsverband. Eén van hen geeft aan dat de gemeente destijds deelsubsidie heeft verleend ten behoeve van betrokkenheid van huisartsen bij ontwikkelingen op het vlak van Wmo. Een ander samenwerkingsverband geeft aan dat de gemeente een subsidie heeft verstrekt waardoor onder meer de pilotfase kon worden gerealiseerd, maar dat het een probleem is dat er geen structurele oplossing bestaat om haar initiatief te financieren, waardoor continuïteit een probleem kan worden. Zij geeft aan druk bezig te zijn met het meten van de effecten om straks bij mogelijke financiers structurele gelden te verkrijgen. Eén samenwerkingsverband geeft aan enige steun van een ROS te ontvangen, bijvoorbeeld in de vorm van begeleiding door een adviseur. Eén samenwerkingsverband geeft aan haar financiering (deels) via de zorgverzekeraar te hebben geregeld.

Een samenwerkingsverband heeft financiering aangevraagd volgens de Module Geïntegreerde Eerste Lijn, maar deze is afgewezen. Het probleem is dat zorgverleners onder één dak gevestigd dienen te zijn, wat niet mogelijk is in de betreffende gemeente. Daarnaast geeft zij aan dat onduidelijkheid met betrekking tot de nieuwe verwachte financiering (functionele bekostiging) een knelpunt vormt.

➤ *Innovatief ondernemerschap*

Op de vraag waaruit volgens hen innovatief ondernemerschap spreekt kwam weinig expliciete reactie. Enkele voorbeelden:

"De betrokkenheid van alle eerstelijnszorgverleners gemeentebreed die zich lokaal inzetten om de multidisciplinaire afstemming voor cliënten te regelen. Het aanstellen van een casemanager die niet functiegebonden is, maar wisselt per (zorgfase van de) cliënt, en de regie en coördinatie van de zorg als overzicht bewaakt."

"[Naam samenwerkingsverband] is zeker een innovatieve organisatievorm omdat daar een splitsing is aangebracht tussen een organisatie voor 'stenen en faciliteiten' en een organisatie voor 'zorg'. Dit betekent dat er ruimte is ontstaan voor huurders van het gebouw zonder dat zij direct verplicht zijn/worden om aan een zorgprogramma deel te nemen. Externe partijen kunnen nu eenvoudig aansluiten bij de zorgorganisatie zonder dat zij verplicht zijn/worden om een ruimte te huren. Het gebouw wordt beheerd/geëxploiteerd door een stichting; de zorgorganisatie is Zorggroep [Naam samenwerkingsverband], een coöperatief verband van aanbieders (praktijken en organisatie) die een afgesproken en gecontracteerde zorgproducten leveren (vooralsnog chronische zorgprogramma's)."

De samenwerkingsverbanden overziend is het moeilijk om vast te stellen of deze zich in vernieuwende zin onderscheiden van reeds bestaande eerstelijns samenwerkingsverbanden zoals gezondheidscentra. Wat zij gemeenschappelijk hebben is dat zij in bestaande situaties met gevestigde belangen eerstelijns samenwerking van de grond proberen te tillen. De ervaring leert dat dit complex en tijdrovend is zonder garantie op succes. Niet voor niets is in gemeenten als Almere -waar de gezondheidszorg vanaf het begin aan kon

worden opgebouwd- een groot deel van de Nederlandse gezondheidscentra gevestigd. De belangen zijn per definitie ongelijk, tussen bijvoorbeeld beginnende praktijkhouders die fors hebben geïnvesteerd en praktijkhouders die tegen hun pensioen aanzitten en belang hebben bij het overdragen van hun praktijk. De inspanningen om een samenwerkingsverband tot stand te brengen zijn ook ongelijk verdeeld. Zelfs met externe ondersteuning komt het vaak neer op een beperkt aantal 'trekkers' die hier veel (vrije) tijd in investeert. Zij doen dat vanuit een (idealistische) visie een sterkere eerste lijn op te zetten. Het risico dat zij lopen is dat hun inspanningen niets opleveren. Dit bij elkaar maakt hen tot innovatieve ondernemers.

➤ *Kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geleverde zorg*

Weinig samenwerkingsverbanden geven feedback over de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de door hen geleverde zorg. Sommigen geven aan dat zij (mogelijk vanwege het ontwikkelstadium waarin het samenwerkingsverband verkeert) nog geen maten hebben, geen metingen hebben verricht, en/of nog geen resultaten paraat hebben. Twee samenwerkingsverbanden geven eenduidig aan dat zij naar buiten toe verantwoording afleggen over de kwaliteit van de door hen geleverde zorg. In één geval verlangen de subsidieverstrekking (gemeente en provincie) dit. Het betreffende samenwerkingsverband kan dit nog niet met zekerheid stellen, maar hoopt dat de resultaten onder andere minder doorverwijzingen naar de tweede lijn, minder overlegtijd, meer continuïteit van zorg en een eenduidiger zorgbeleid zoals gecommuniceerd naar de patiënt zullen uitwijzen. Als dit kan worden aangetoond behoort structurele financiering tot de mogelijkheden. Een ander samenwerkingsverband geeft aan dat zij deelnemen aan projecten om patiëntervaring te meten en te gebruiken in kwaliteitsverbetering zoals ECB ('eerstelijnszorg door cliënten bekeken', dat onderdeel is van het contract met de zorgverzekeraar voor geïntegreerde eerstelijnszorg producten) en de CQ-index.

3.7 Conclusie

Dit hoofdstuk laat zien dat:

- de solistisch werkende eerstelijnszorgverlener zijn langste tijd lijkt te hebben gehad;
- de bekendste vorm van multidisciplinaire samenwerking traditioneel het gezondheidscentrum is en dat ook nog steeds is;
- dat er binnen het concept gezondheidscentrum of daarop lijkende organisaties ('medische centra') meer pluriformiteit lijkt op te treden;
- er komen nog steeds nieuwe gezondheidscentra bij, maar bij elkaar is slechts 11% van de Nederlandse huisartsen werkzaam in een gezondheidscentrum;
- onderzoek in de jaren tachtig en negentig laat zien dat gezondheidscentra een meerwaarde hebben;
- multidisciplinaire samenwerking buiten gezondheidscentra getalsmatig veel vaker voorkomt (de helft van de praktijken zit met minimaal een andere discipline onder één dak en 39% heeft een formeel samenwerkingsverband met minimaal één andere discipline);
- over de meerwaarde van wijkgerichte, multidisciplinaire samenwerking buiten gezondheidscentra niets bekend is;

- er kleinschalige initiatieven op het gebied van ver gaande taakdelegatie binnen huisartsenpraktijken; deze zijn wel onderzocht maar het is nog te vroeg voor een duidelijke algemene conclusie hierover.

Knelpunten bij het tot stand brengen van nieuwe samenwerkingsverbanden in de eerste lijn liggen vooral op het terrein van de financiering, zo komt naar voren uit de inventarisatie. Veel wijkgerichte samenwerkingsverbanden zijn met name voor wat betreft hun overhead afhankelijk van de subsidies voor gezondheidscentra. Deze subsidies worden thans afgebouwd in het vooruitzicht van de invoering van functionele bekostiging. Wijkgerichte samenwerkingsverbanden moeten nu zelf onderhandelen met zorgverzekeraars en verschillende centra rapporteren dat die onderhandelingen moeizaam verlopen. Verzekeraars willen, ook als zij in principe positief staan tegenover gezondheidscentra, afspraken over betere zorg en een aantoonbare meerwaarde. Voor individuele centra is de meerwaarde moeilijk aan te tonen. Daarnaast wordt het knelpunt gerapporteerd dat elke verzekeraar eigen prestaties/afspraken wil, ook als die maar weinig patiënten heeft.

Wijkgerichte samenwerkingsverbanden rapporteren dat zij veel samenwerken met hun omgeving: de tweede lijn, de thuiszorg, de GGD, verzorging-/verpleeghuizen en de gemeenten. De gemeente speelt soms een faciliterende rol bij de totstandkoming - in een enkel geval was zij zelfs initiatiefnemer. De faciliterende rol van de gemeente is echter zeker geen gemeengoed. Soms acht de gemeente de eerste lijn in het algemeen, en wijkgerichte zorginitiatieven in het bijzonder, expliciet een private aangelegenheid. Met name de innovatiekant wordt herhaaldelijk genoemd als terrein waarop gemeente niet wil investeren. In een enkel geval wordt, tot slot, ook de problematische vastgoedmarkt genoemd als probleem.

4 Patiënt- en aandoeninggerichte samenwerking

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van aandoeninggerichte samenwerking. Na een korte inleiding volgt een beschrijving van de opkomst van disease-managementprogramma's en zorggroepen. Daarna volgt een beschrijving van de in dit onderzoek onderzochte aandoeninggebonden samenwerkingsverbanden.

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen organisatievormen aan de orde die zich richten op optimalisering van de multidisciplinaire zorg voor mensen met een specifieke aandoening. Dit moet worden gezien tegen de achtergrond van de toenemende vergrijzing, verandering in leefgewoontes en verbeteringen van medische technologieën. Hierdoor zal het aantal chronisch zieken de komende twintig jaar sterk toenemen, wat maakt dat de zorgvraag rondom ziekten als diabetes, COPD, hartfalen en cardiovasculair risicomanagement steeds complexer van aard wordt. Om de zorg voor chronisch zieken te optimaliseren en de groeiende zorglast door de vergrijzing het hoofd te kunnen bieden, zijn maatregelen nodig om de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken te verbeteren. In de 'Kaderbrief 2007-2011 visie op gezondheid en preventie' beschrijft de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS, 2007a) dan ook de noodzaak om tot een brede programmatische aanpak van chronische ziekten te komen. De ambitie is de toename van chronische aandoeningen af te vlakken, complicaties en comorbiditeit te voorkomen of zo lang mogelijk uit te stellen en de kwaliteit van leven en de regie over de eigen gezondheid te bevorderen.

4.2 Disease-managementprogramma's

Disease-managementprogramma's kunnen aan dit streven bijdragen. Een dergelijke programmatische en systematische aanpak van de afzonderlijke elementen van het zorgproces rondom een (chronische) ziekte of aandoening, dient kwaliteit en doelmatigheid van de verleende zorg te bevorderen. De Stichting Stuurgroep Scenario's Gezondheidszorg (STG), alsmede Zorgverzekeraars Nederland (ZN) definiëren disease management als *'het proces waarin een voortdurende verbetering van meetbare resultaten van het behandelcontinuüm (preventie, diagnostiek en management) van een specifieke ziekte wordt bevorderd'*. De effectiviteit van disease-managementprogramma's lijkt inmiddels bewezen: samenwerking rondom een (chronische) ziekte of aandoening leidt doorgaans tot betere zorg (Gress et al., 2009; Drewes, Boom, Graafmans, Struijs & Baan, 2008; Schrijvers et al., 2005).

Disease management is een concept dat in de jaren negentig in de Verenigde Staten is ontwikkeld, en inmiddels wereldwijd verspreid is. Spreeuwenberg (in Schrijvers et al., 2005) stelt echter dat de concrete verschijningsvorm sterk afhankelijk blijkt te zijn van

het gezondheidszorgsysteem waarbinnen het wordt toegepast. In Europa is slechts in beperkte mate sprake van disease-management, maar dit lijkt snel te veranderen. In Nederland, waar disease-management zich over het algemeen nog in een ontwikkelstadium bevindt, vormen zorgprogramma's een goed voorbeeld. Met name de zorg rondom diabetes type II, maar ook rondom COPD, hartfalen en cardiovasculair risicomanagement, wordt steeds vaker in de vorm van een zorgprogramma aangeboden.

Er zijn echter ook kanttekeningen geplaatst. Zo laten van Dijk en collega's (van Dijk, Rijken, de Bakker, Verheij, Groenewegen & Schellevis, 2009) zien hoeveel comorbiditeit patiënten met een chronische aandoening hebben. Door het optimaliseren van de zorg per aandoening wordt voorbijgegaan aan het integrale persoonsgerichte karakter van de eerstelijnszorg.

4.3 De opkomst van zorggroepen

De laatste jaren hebben zich zorggroepen ontwikkeld als organisatievorm waarin dergelijke zorgprogramma's worden aangeboden. Naar schatting neemt 80% van de Nederlandse huisartsen deel in een zorggroep (de Wildt, Talboom & Leusink, 2009). De LVG, die met haar 'Nulmeting Zorggroepen' (de Wildt & Leusink, 2008) de stand van zaken rondom zorggroepen recent in kaart heeft gebracht, definieert de zorggroep als volgt:

"Zorggroepen zijn organisaties (van overwegend eerstelijnszorgaanbieders) die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren".

De NZa (visiedocument, 2009) hanteert de volgende -vergelijkbare- definitie:

"Een zorggroep is een organisatie waarbinnen een groep zorgaanbieders zich in een juridische entiteit hebben verenigd om de zorgverlening op het gebied van één of meer (chronische) ziekten te verzorgen. Zij sluiten contracten met zorgverzekeraars om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren"

De zorggroepen vormen een betrekkelijk nieuw organisatieconcept, dat goed aansluit bij de toenemende diversiteit en dynamiek in de eerstelijnszorg. Daar waar wijkgebonden samenwerking de zorg van oudsher organiseert op één plek (bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum), maakt de zorggroep het mogelijk om verschillende disciplines te verenigen zonder dat deze op één locatie gehuisvest hoeven te zijn. Bij deze aandoeninggebonden vorm van samenwerking wordt integrale zorg dus rondom een patiëntencategorie of ziekte georganiseerd. De verschillende betrokken zorgverleners zijn zo in staat om, ieder vanaf zijn of haar eigen werkplek, gezamenlijk een integraal zorgproduct leveren.

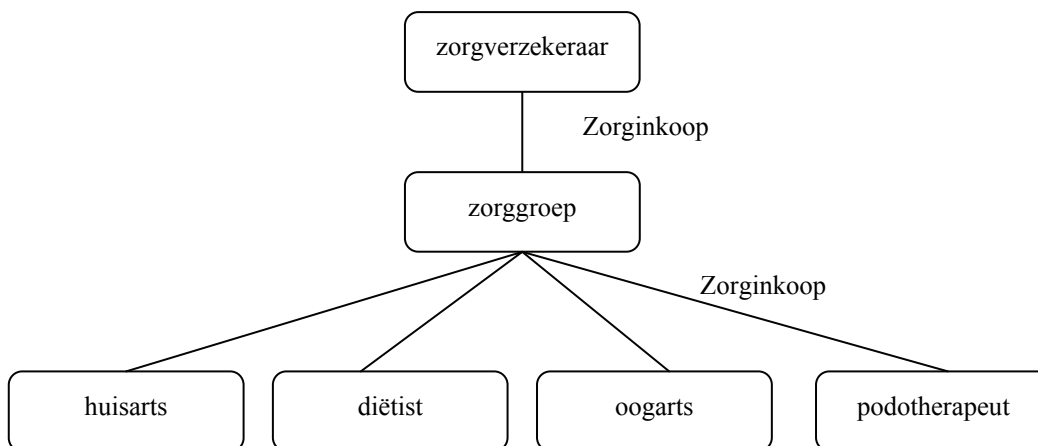
De opkomst van de zorggroepen heeft alles te maken met de plannen om een aantal chronische aandoeningen functioneel te gaan bekostigen (zie paragraaf 2.5). Met de invoering van functionele bekostiging wil de overheid zorgverleners in de eerste lijn

stimuleren rond bepaalde aandoeningen te gaan samenwerken en daarmee mogelijk substitutie van de tweede naar de eerste lijn te bevorderen (VWS, 2008d). Concreet betekent functionele bekostiging dat, waar tot dusver de financiering per eerstelijnsdiscipline apart was geregeld, nu het totaal van de eerstelijnszorg (en ook eventueel een stuk tweedelijnszorg) voor patiënten met specifieke chronische aandoeningen door verzekeraars wordt gecontracteerd en bekostigd. Door de partijen in het veld meer ruimte te bieden om de zorg samenhangend te organiseren rondom de zorgvraag, hoopt de overheid de zorg te verbeteren in termen van toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en transparantie (VWS, 2008a). Met hun zorgprogramma's rondom chronische ziekten lopen zorggroepen zich als het ware warm voor de functionele bekostiging, welke vanaf 2010 zal worden ingevoerd.

4.3.1 *Zorggroepen: Vorm, aantallen en spreiding*

Een zorggroep is een juridische entiteit; in de hoedanigheid van rechtspersoon sluit zij een zorgcontract af met een zorgverzekeraar. In dit contract wordt overeengekomen welke zorg de zorggroep zal leveren, en tegen welke prijs. De zorggroep (hoofdcontractant; vaak zijn dit groepen huisartsen) wordt ervoor verantwoordelijk gehouden dat de integrale zorgprestatie (i.e., het totale pakket van overeengekomen zorg) naar behoren wordt geleverd. De hoofdcontractant heeft weer afspraken met zorgverleners (subcontractanten), die op hun beurt verantwoordelijk zijn om naar behoren -en tegen vooraf overeengekomen tarieven- zorg te leveren. Er bestaat dus een contractuele verhouding tussen enerzijds zorggroepen en zorgverzekeraars en anderzijds zorggroepen en zorgverleners (zie figuur 4.1). Het gemiddeld aantal huisartsen binnen een zorggroep ligt rond de 80 (LVG, 2008). Deze huisartsen hebben over het algemeen de beslissingsbevoegdheid in zorggroepen.

Figuur 4.1: Inkoopmarkten op twee niveaus



Op 1 januari 2009 telde Nederland een kleine honderd zorggroepen (bron: www.artsennet.nl), welke redelijk gelijkmatig over het land zijn verspreid (zie figuur 4.2) en waarvan enkele nog in een oprichtingsfase verkeren. De Nulmeting Zorggroepen van

de LVG (2008) wijst uit dat de meeste bevroegde zorggroepen in 2006 en 2007 zijn ontstaan, gevolgd door een stagnatie in 2008.

Figuur 4.2: Aantal en spreiding van zorggroepen in Nederland (Bron: LVG, 2008)



4.4 Initiatieven op het vlak van patiënt- en aandoeninggerichte samenwerking: een verkenning

Binnen de categorie zorggroepen bestaat er variatie in organisatievorm. Wij onderscheiden in de eerste plaats monodisciplinaire samenwerkingsverbanden; groepen praktijken die samenwerken om sterker te staan in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar of met de hoofdcontractant. In de tweede plaats zijn er multidisciplinaire zorggroepen; hierin werken praktijken van meerdere disciplines samen om de zorg voor

specifieke patiëntencategorieën aan te bieden, en daarvoor een contract aan te gaan met zorgverzekeraars. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het onderscheid niet altijd even scherp valt te maken. In deze paragraaf worden deze samenwerkingsvormen op grond van de gemaakte inventarisatie inhoudelijk nader beschreven. Daarbij beperken wij ons niet tot zorggroepen. Ook andere vormen van samenwerking tussen praktijken gericht op specifieke patiëntencategorieën komen aan de orde.

4.4.1 *Monodisciplinaire samenwerking*

Hieronder volgen enkele voorbeelden van organisatievormen waarin praktijken van één discipline samenwerken en die zich richten op specifieke aandoeningen en/of patiëntgroepen. Deze samenwerkingsverbanden zullen globaal worden beschreven op basis van de volgende punten: zorgaanbod, deelnemende partijen, aansturing en eventuele samenwerking met externe zorgverleners, financiers, innovatief ondernemerschap en toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg.

In deze paragraaf zal ook het rapport Nulmeting Zorggroepen van de LVG (LVG, 2008) worden aangehaald, omdat dit recent nog een uitgebreid overzicht schetste van monodisciplinaire samenwerking rondom verschillende chronische ziekten.

Tabel 4.1: Onderzochte voorbeelden van monodisciplinaire samenwerking rondom specifieke aandoeningen en/of patiëntgroepen

Naam	Zorgverleners/Zorgaanbod
Huisartspraktijken	
Coöperatie Groot Zuid (Amsterdam Zuid)	Coöperatie Groot Zuid, bestaande uit meerdere solo en duopraktijken van huisartsen, ontwikkelt een gestructureerd aanbod rond ketenzorg in Amsterdam Zuid. Er zijn/worden zorgaanbodplannen, gebaseerd op NHG standaarden, ontwikkeld rond DM, Astma/COPD en ouderenzorg.
Diabetescirkel Kop van Noord-Holland B.V.	Faciliteren van huisartsen in de zorg voor de DM type 2.
Groninger Huisartsen Coöperatie (GHC)	De Groninger Huisartsen Coöperatie faciliteert het contracteren van ketenzorg - momenteel diabetes en binnenkort ook astma/COPD.
Huisartsenzorg Arnhem	Ongeveer 180 huisartsen in de regio Arnhem hebben zich verenigd teneinde zorg rondom chronische aandoeningen te bieden. Tot nu toe: diabeteszorg, maar in de toekomst ook zorg voor andere chronische aandoeningen.
Stichting Regionale Huisartsenzorg Heuveland (RHZ)	Implementeren van zorgmodellen, kwaliteitsbeleid, facilitering van praktijkondersteuning, en ICT ondersteuning. Leveren van de keten-DBC's Diabetes en COPD. In ontwikkeling zijn de DBC's GGZ en Hart- en vaatziekten.
Synchroon (Oss-Uden-Veghel)	Regisseren en faciliteren van chronische zorg, te beginnen met diabeteszorg type 2.
Zorggroep Haaglanden (ZGH)	Regisseren en leveren van chronische zorg, waarvan de geleverde kwaliteit transparant, doelmatig en toekomstbestendig is.

Naam	Zorgverleners/Zorgaanbod
Fysiotherapeuten	
Coöperatie Samenwerkende Fysiotherapeuten Veenendaal (CSFV)	Alle fysiotherapiepraktijken in Veenendaal zijn aangesloten bij dit samenwerkingsverband. Ze bieden vijf gezamenlijk zorgproducten aan (i.e., forse COPD, langdurige lage rugklachten, preventie, reuma en whiplash) en hebben deze verdeeld over de deelnemende praktijken.
De Schouderwerkgroep	Binnen De Schouderwerkgroep bieden manueel therapeuten kwalitatief hoogstaande multidisciplinaire (patiënten)zorg aan op het aandachtsgebied van de schouder en de daarbij behorende pathologie, gebaseerd op best evidence based practice en methodisch handelen.
Verloskundigen en kraamverzorgenden	
Echo Enzo (Zwolle)	Echo Enzo verricht echoscopisch onderzoek bij vrouwen in de regio Zwolle. In eerste instantie omvat deze zorg de 20 weken echo en de combinatietest en eventuele overige eerstelijns echo's. Echo Enzo is een initiatief van acht eerstelijnsverloskundigen, die zelf werkzaam zijn in verschillende praktijken in het gebied Zwolle en omstreken.
Regionale Samenwerking Rondom de Partus: Het Bevallingsmaatje	Het Bevallingsmaatje is geen officieel vastgelegd samenwerkingsverband. Initiatiefnemers hebben elkaar opgezocht om op relatief kleine (werkbare) schaal een scholing op te zetten voor kraamverzorgenden, zodat ze adequaat ingezet kunnen worden bij partusassistentie. Hiermee is tegemoet gekomen aan een aanbeveling van de stuurgroep LIP Kraamzorg.
Stedelijk versieteam Amsterdam	Alle zwangeren met een stuitligging krijgen een uitwendige versie ² aangeboden in de eerstelijnszorg door gespecialiseerde en gecertificeerde verloskundigen, in een laagdrempelige, eerstelijnssetting. Alle eerstelijnsverloskundigen praktijken verwijzen voor versies naar dit team waarmee afspraken over samenwerking, terugrapportage en doorverwijzen bij complicaties zijn vastgelegd.
Verloskundig Centrum Achterhoek (EVA)	Verloskundig Centrum Achterhoek (EVA) verzorgt echoscopie en prenatale screening voor acht verloskundigenpraktijken. In de toekomst zullen er meer praktijkoverstijgende activiteiten worden georganiseerd, zoals een kindervenspreekuur en voorlichtingsavonden.
Verloskundig Centrum de Poort (Leiden)	Het Verloskundig Centrum De Poort is een is een samenwerkingsverband tussen verloskundigenpraktijken in de regio Leiden en de STBN (Stichting thuisbevalling Nederland). Zwangeren die zich aanmelden bij een verloskundige, worden voor verschillende onderzoeken naar het centrum verwezen.

➤ *Zorgaanbod en deelnemende partijen*

Huisartsen/huisartsenpraktijken verenigen zich steeds vaker in een huisartsencoöperatie of -cirkel en verzorgen in die hoedanigheid zorgprogramma's rondom specifieke aandoeningen. Alle zeven de bevraagde samenwerkingsverbanden van huisartsen leveren een diabeteszorgprogramma. Eén samenwerkingsverband levert ook een COPD-programma; vier geven aan dat deze in voorbereiding is. Ook andere chronische aandoeningen, zoals GGZ en hart en vaatziekten staan op de planning. Dit beeld komt overeen met de Nulmeting zorggroepen van de LVG, waaruit blijkt dat diabetes voor vrijwel alle zorggroepen het eerste zorgprogramma is en astma/COPD het tweede. De ontwikkeling van een diabetesprogramma wordt gefaciliteerd door het bestaan van een NDF-zorgstandaard diabetes (Nederlandse Diabetes Federatie, 2007).

² Bij een stuitligging ligt de baby met het hoofd bovenaan in de baarmoeder en met het achterwerk (of de stuit) naar beneden. Voor de bevalling houdt deze positie extra risico's in. De gynaecoloog kan daarom proberen het kind te draaien zodat het met het hoofd beneden komt te liggen - dit noemt men een externe of uitwendige versie.

Deze zorgstandaard, waarvan eveneens een patiëntversie bestaat, omschrijft nauw de componenten en randvoorwaarden waaraan diabeteszorg moet voldoen. Aan de hand van (landelijk vastgestelde) prestatie-indicatoren kunnen zorgverzekeraars beoordelen of de overeengekomen kwaliteit van de zorg ook daadwerkelijk wordt geleverd - hierdoor zullen zij sneller geneigd zijn contracten af te sluiten met zorggroepen. De ontwikkeling van dit zorgprogramma verloopt iets moeizamer, wat mogelijk voor een deel is te wijten aan het (vooralsnog) ontbreken van een zorgstandaard.

Op het vlak van **fysiotherapie** bestaan er ook monodisciplinaire samenwerkingsverbanden die zich richten op één of enkele specifieke aandoening(en). Zo biedt één van de bevraagde samenwerkingsverbanden zorg op het gebied van de schouder en de daarbij behorende pathologie. Het andere samenwerkingsverband biedt maar liefst vijf zorgproducten aan, namelijk: zorg bij forse COPD, langdurige lage rugklachten, preventie, reuma en whiplash.

Ook op het vlak van de **verloskunde en kraamverzorging** vindt monodisciplinaire samenwerking rondom specifieke aandoeningen en/of patiëntgroepen plaats. Het zorgaanbod van de bevraagde samenwerkingsverbanden loopt sterk uiteen. Zo zijn er drie samenwerkingsverbanden die het voor de aangesloten verloskundigen(praktijken) mogelijk maakt specifiek onderzoek, zoals bijvoorbeeld een echoscopie of prenatale screening, te verrichten. Een ander samenwerkingsverband van verloskundigen verzorgt een uitwendige versie aan zwangeren met een stuitligging, en een samenwerkingsverband rondom kraamzorg verzorgt scholing teneinde kraamverzorgenden adequaat partus-assistentie te kunnen laten bieden.

➤ *Aansturing*

Drie van de zeven bevraagde samenwerkingsvormen van **huisartsen** hebben de structuur van een coöperatie, twee van hen zijn een stichting, één is een vereniging, en bij één is de juridische structuur onbekend. Dit beeld komt overeen met het onderzoek van de LVG (LVG, 2008), dat uitwijst dat de meest voorkomende juridische structuren van zorggroepen de coöperatie, de besloten vennootschap en de stichting zijn. In de meeste zorggroepen werkt een groot aantal huisartsen samen.

Eén van de bevraagde samenwerkingsverbanden tussen huisartsen geeft duidelijk aan twee actieve organisatieonderdelen te kennen, namelijk de vereniging en de zorggroep. De vereniging kent een bestuur en een ledenraad. Het bestuur bestaat uit huisartsen, eventueel aangevuld met externe adviseurs. De ledenraad wordt gevormd door een vertegenwoordiging van de aangesloten huisartsen. Daarnaast kan het bestuur commissies en werkgroepen instellen, met een specifieke taakstelling. Zij ondersteunen en adviseren het bestuur. De zorggroep is opgericht voor het regisseren en faciliteren van chronische zorg, en omvat per chronische aandoening een specifieke zorggroep. Deze zorg wordt geboden vanuit de individuele huisartsenpraktijken.

Eén huisartsencoöperatie geeft aan uit twee BV's te bestaan, te weten: de BV centrale huisartsenpost en de BV diabetescirkel. Beide BV's worden aangestuurd door een directeur - samen vormen zij de Raad van Bestuur, met als Toezichthouder een Raad van

Commissarissen. De Coöperatie is eigenaar van de beide BV's. Het interessante hieraan is dat er een verbinding ontstaat tussen de organisatie van de acute zorg buiten kantooruren (de huisartsenpost) en de chronische zorg. Beide zaken worden praktijkoverstijgend geregeld. Het verbinden van de organisaties betekent dat optimaal van de faciliteiten kan worden geprofiteerd (de huisartsenpost zou anders overdag leeg staan) en dat het management wordt gedeeld.

Op het vlak van juridische zaken bestaan ook knelpunten; onvoldoende juridische kennis en onvoldoende kennis van contractsluiting worden vaak als probleem ervaren, zo blijkt uit het rapport van de LVG (LVG, 2008).

Andere knelpunten op het vlak van onderlinge samenwerking -die overigens sterker naar voren komen in het LGV rapport dan in de huidige bevraging- blijken ICT gerelateerd te zijn. Het bestaan van verschillende huisartsinformatiesystemen, de koppeling van ICT tussen de verschillende ketenpartners, het ontbreken van een ICT-tool, informatieverzameling en uitwisseling tussen de eerste en tweede lijn worden nogal eens als problematisch ervaren. Het opzetten van een gedegen ICT-systeem, wat de onderlinge samenwerking aanzienlijk vergemakkelijkt, vormt een investering die vaak pas loont bij samenwerking tussen grotere groepen zorgverleners (i.e., meer dan 30; NZa, 2009). Bij samenwerking tussen kleinere groepen zorgverleners loont een dergelijke investering vaak niet.

Ook op het organisatorische vlak worden knelpunten ervaren (LVG, 2008). Registratiediscipline (i.e., het op tijd en naar behoren aanleveren van rapportages door alle zorgverleners) wordt op dit vlak het meeste genoemd. Betrokkenheid van de deelnemende partijen, samenwerking tussen de ketenpartners, bezetting van bestuursfuncties/management en onderlinge communicatie werden ook vaak genoemd. Een mogelijke oplossing voor problemen van organisatorische aard vormt het uitbesteden van managementtaken. Er bestaan organisaties die faciliterende ondersteuning aanbieden zodat de zorgverlener zich meer op zorginhoudelijke (en minder op organisatorische) taken kan richten. Dit kan structureel of tijdelijk zijn - ofwel, met of zonder behoud van zelfstandigheid van de zorgverlener. In hoofdstuk 5 worden dergelijke faciliterende organisaties in meer detail beschreven.

Van de twee bevroegde samenwerkingsverbanden van **fysiotherapeuten** is er één een formeel samenwerkingsverband in de vorm van een coöperatie; het bestuur is hier de aansturende partij. Van het andere samenwerkingsverband is de status (i.e., formeel of niet-formeel) niet bekend.

Voor wat de samenwerkingsverbanden op het gebied van **verloskunde en kraamzorg** betreft is er in de meeste gevallen geen sprake van een formeel samenwerkingsverband. In drie van de gevallen draagt de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) bij aan de aansturing. Eén samenwerkingsverband betreft een coöperatie, waarvan het bestuur (bestaande uit vijf verloskundigen) de aansturing verzorgt. Eén samenwerkingsverband wordt aangestuurd door een coördinator. Er worden geen specifieke knelpunten gemeld rondom de aansturing van het samenwerkingsverband. Wel tekent één van de samen-

werkingsverbanden aan dat vernieuwing van het bestuur mogelijk een knelpunt gaat worden, omdat verloskundigen het eigenlijk al te druk hebben om ook nog een bestuursfunctie te kunnen bekleden.

➤ *Samenwerking met externe partijen*

Van de zeven bevroegde samenwerkingsverbanden tussen **huisartsen** geven er vier aan structureel samen te werken met externe partijen (drie samenwerkingsverbanden geven hierover geen informatie). Het ziekenhuis wordt vier keer genoemd; verder wordt de GGZ genoemd, evenals de centrale huisartsenpost, het huisartsenlab, de GGD, thuiszorg en fysiotherapeuten. Geen van de samenwerkingsverbanden geeft aan dat de gemeente een faciliterende rol heeft gespeeld bij de totstandkoming van het samenwerkingsverband. Op basis van de Nulmeting Zorggroepen van de LVG (2008) blijken -naast de huisarts, de assistent en de praktijkondersteuner- de diëtist, de gespecialiseerd verpleegkundige en het diagnostisch centrum de meest voorkomende disciplines in het zorgprogramma diabetes te zijn. In lang niet alle gevallen is er al sprake van een samenwerkingscontract met deze betrokken disciplines. Dit kan verklaren waarom deze bij onze bevraging niet expliciet genoemd zijn.

De coöperatie van **fysiotherapeuten** maakt zorgproducten in nauwe samenwerking met huisartsenpraktijken, oefentherapiepraktijken, diëtisten, ergotherapiepraktijken, apothekers. Het andere samenwerkingsverband van fysiotherapeuten werkt niet zozeer samen met andere partijen. Wel doet één van de manueel therapeuten, in nauwe samenwerking met de orthopeed, triage op de polikliniek orthopedie van het ziekenhuis. Van daaruit zijn er verwijzingen naar de manueel therapeuten werkzaam binnen de eerste lijn, neurologen, reumatologen, orthopeden.

Van structurele samenwerking met externe partijen is bij vier van de vijf samenwerkingsverbanden van **verloskundigen en kraamverzorgenden** sprake: twee van hen hebben afspraken met de tweede lijn, over bijvoorbeeld verwijzingen en beleid bij complicaties; één van hen heeft -naast banden met eerstelijnsdoorverwijzers- ook banden met de derde lijn en één samenwerkingsverband geeft aan samen te werken met zowel huisartsen en ziekenhuizen. In geen van de gevallen lijkt de gemeente een faciliterende rol bij de totstandkoming te hebben gespeeld.

➤ *Financiering*

De startfase van een **huisartsenzorggroep** kan niet zonder financiering. Hoe deze startfinanciering is geregeld, is onderzocht in de Nulmeting Zorggroepen van de LVG (LVG, 2008). Hieruit kwam naar voren dat huisartsen zelf de voornaamste startfinanciers zijn - zij dragen middels een eenmalige bijdrage, contributie, voorfinanciering of borg vaak financieel bij aan de start van de zorggroep. Veelal gaat het om een bedrag tussen de € 500,- en de € 1.000,-. Ook zorgverzekeraars, huisartsenlaboratoria, ziekenhuizen, regionale ondersteuningsstructuren, huisartsenorganisaties, alsmede thuiszorgorganisaties, VWS/ ZonMw, en (overige) ontvangen subsidies worden genoemd als startfinanciers. De bedragen die uit deze bronnen worden verkregen variëren tussen de € 5.000,- en € 250.000,-. Opgemerkt wordt dat er, naast directe betaling, ook sprake kan zijn van het

betalen in natura. Toch wordt het rond krijgen van een startfinanciering vaak als problematisch ervaren.

Het merendeel van de door ons bevroegde samenwerkingsverbanden van huisartsen geeft aan dat de financiering via de zorgverzekeraar loopt. Eén samenwerkingsverband geeft te kennen dat zij werkt met een genormeerd budget en op basis van een tarief - beiden vastgesteld door de zorgverzekeraar en voorgelegd aan de NZa. Een ander samenwerkingsverband wordt gefinancierd door middel van de overhead op de keten DBC's. Weer een ander samenwerkingsverband geeft aan dat de deelnemende huisartsen betalingen ontvangen van de zorggroep - dit naar rato van afname van de zorgproducten. De overheadkosten van de ZGH worden hierbij zo laag mogelijk gehouden.

Van de 55 zorggroepen die zijn bevroegd bij de Nulmeting Zorggroepen van de LVG (LVG, 2008) gaven er 40 aan een contract te hebben over een zorgprogramma met een zorgverzekeraar. Verder bleek dat de manier waarop zorgprogramma's worden gefinancierd nogal varieert. Wat opvalt is dat het merendeel van de zorggroepen haar programma financiert door middel van een zogenaamde DBC. De inhoud van deze DBC's loopt echter nogal uiteen, en hangt af van de afspraak tussen zorggroep en zorgverzekeraar. Tabel 4.2 schetst een overzicht van verschillende wijzen van financiering van het zorgprogramma diabetes. Ook enkele van de in dit onderzoek bevroegde zorggroepen lieten weten de diabetesbehandeling te kunnen declareren via een keten-DBC, waartoe zij een contract hebben afgesloten met de hoofdverzekeraar in de regio (en daarmee met de overige zorgverzekeraars). Er bestaat echter nog geen formele DBC rondom diabetes. De term DBC betreft hier dus waarschijnlijk een overeengekomen tarief tussen zorggroep en zorgverzekeraar.

Tabel 4.2: Wijze van financiering van het zorgprogramma diabetes (Bron: LVG, 2008)

Financiering zorgprogramma diabetes	Respons (n)	Percentage
Onvolledige DBC (kosten van eerstelijnszorgaanbieders m.u.v. bijvoorbeeld farmacie en thuiszorg)	13	24%
Overheadfinanciering (alleen organisatiekosten)	11	20%
Integrale DBC (inclusief kosten van medisch specialistische zorg)	8	14%
Integrale eerstelijns DBC (alle kosten van eerstelijnszorgaanbieders inclusief farmacie, diagnostiek, etc.)	3	6%
M&I financiering (module modernisering & innovatie)	3	6%
Combinatie	5	9%
Anders	5	9%
Missing	7	12%
Totaal	55	100%

Hoewel zij aangeven tevreden te zijn over het resultaat van de onderhandelingen met de zorgverzekeraar, blijken huisartsenzorggroepen over het algemeen ontevreden te zijn over het proces dat hieraan vooraf ging.

Bijna alle bevroagde huisartsenzorggroepen uit de nulmeting van de LVG (LVG, 2008) gaven aan knelpunten te ondervinden bij het contracteren met zorgverzekeraars. Een overzicht wordt gegeven in tabel 4.3. Te zien valt dat de meest genoemde knelpunten betrekking hebben op het feit dat verre zorgverzekeraars niet (automatisch) volgen, dat er onervarenheid, discontinuïteit en gebrek aan medische kennis wordt waargenomen bij de zorgverzekeraar, dat het traject van contracteren gekenmerkt wordt door een moeizame communicatie en lange doorlooptijd, en dat er weinig onderhandelingsruimte bij de zorgverzekeraar wordt waargenomen.

Tabel 4.3: Ervaren knelpunten bij contracteren met zorgverzekeraars; bevraging van 55 zorggroepen (Bron: LVG, 2008)

Knelpunt	Aantal malen genoemd
Verre zorgverzekeraars volgens niet (automatisch)	29
Onervarenheid, discontinuïteit en gebrek aan medische kennis bij zorgverzekeraar	28
Moeizaam traject, moeizame communicatie, lange doorlooptijd	27
Weinig onderhandelingsruimte bij zorgverzekeraar	25
Administratieve afhandeling zorgverzekeraar	15
Onervarenheid, discontinuïteit en gebrek aan medische kennis bij zorggroepen	12
Aanvraagprocedure tarief NZa	11
Anders	7
Missing	1
Totaal	155

De afwikkeling van declaraties verloopt vaak ook nog niet vlekkeloos. Met name de duur van de afwikkeling (te lang), en het declareren van de zorggroep naar de zorgverzekeraar worden vaak door zorggroepen als problematisch ervaren. Digitaal declareren wordt specifiek genoemd als knelpunt.

De door ons bevroagde coöperatie van **fysiotherapeuten** bedruipt zichzelf uit de opbrengsten van de verrichtingen. Zij geeft aan dat zij nu kosten draagt die eigenlijk ook op andere beroepsgroepen zouden moeten drukken. Er wordt nu gesproken met de zorgverzekeraar om te kijken of hier een structurele oplossing voor kan worden gevonden. Het andere bevroagde samenwerkingsverband van fysiotherapeuten geeft aan dat zij een subsidie ontvangt van de VvAA³ (ten behoeve van de ontwikkeling van een elektronisch patiënten volgsysteem).

Twee bevroagde samenwerkingsverbanden van **verloskundigen en kraamverzorgenden** geven aan dat de coöperatieleden/aangesloten zorgverleners zelf de kosten van het samenwerkingsverband dragen. Eén samenwerkingsverband verwacht financiële steun van een zorgverzekeraar, en wordt daarnaast momenteel al voor een deel gefinancierd door Yunio⁴ en door de regionale ondersteuningsstructuur (ROS). Eén samenwerkingsverband

³ Vereniging voor Verzekering van Artsen Automobilisten.

⁴ Yunio is een onderdeel van Sensire en levert zorg en dienstverlening aan (aanstaande) ouders en hun kinderen.

ontvangt financiële steun van de STBN⁵. Eén samenwerkingsverband verstrekt, naast een zorginhoudelijk knelpunt (i.e., verschillende tarieven door verschillende zorgverleners voor dezelfde zorgverlening), geen informatie over financiering van het samenwerkingsverband.

➤ *Innovatief ondernemerschap*

Volgens één van de door ons bevroegde samenwerkingsverbanden tussen **huisartsen** blijkt innovatief ondernemerschap uit het feit dat men, met behoud van de bestaande praktijkstructuren, kwaliteitszorg kan leveren op het niveau dat geëist wordt van gezondheidscentra. Een ander samenwerkingsverband van huisartsen geeft aan dat innovatief ondernemerschap blijkt uit het feit dat haar coöperatie tevens gebruikt kan worden voor andere (niet nader toegelichte) zaken dan het faciliteren van ketenzorg. Eén samenwerkingsverband stelt dat zij, naast het bieden van de zorgproducten, ook ondersteuning verzorgt op diverse andere vlakken, waaronder scholing, kwaliteit (praktijkcertificering), ICT, samenwerking, huisvesting, inkoop etc.

Voor wat betreft samenwerking tussen **fysiotherapeuten** spreekt volgens één van de onderzochte samenwerkingsverbanden innovatief ondernemerschap uit de door haar toegepaste triage, welke binnen de muren van het ziekenhuis wordt uitgevoerd door de eerstelijnsmanueel therapeut, in nauwe samenwerking met de orthopeed. Van daaruit zijn er doorverwijzingen naar andere zorgverleners. Volgens het andere bevroegde samenwerkingsverband van fysiotherapeuten is zij uniek binnen de Nederlandse eerste lijn. Door fysiotherapeuten in een concurrerende markt op inhoud met elkaar te verbinden, zou er een unieke structuur ontstaan die een voorbeeld kan zijn voor andere regio's.

Uit het feit dat de vijf bevroegde samenwerkingsverbanden van **verloskundigen en kraamverzorgenden** vrij uniek zijn, spreekt op zich al innovatief ondernemerschap; verschillende zorgverleners -veelal concurrerend- hebben elkaar opgezocht en de krachten gebundeld. Eén van de samenwerkingsverbanden licht de meerwaarde van de samenwerking toe:

"Het verloskundig centrum is ontstaan door samenwerking tussen twee verloskundigenkringen. Beide kringen wilden de prenatale screening voor hun cliënten organiseren. Echter, om aan de landelijke kwaliteitseisen te voldoen bleek het noodzakelijk de krachten te bundelen. Deze eisen houden in dat er voldoende zwangeren onderzocht moeten worden, dat er voldoende echoscopistes zijn en ook het echoapparaat moet voldoen aan hoge kwaliteitseisen. Door samen te werken met acht praktijken voldoen we aan deze eisen."

Vaak kan zorg die van oudsher voorbehouden was aan de tweede lijn, daarom nu binnen de eerste lijn worden aangeboden. Eén samenwerkingsverband benadrukt het bestaande vertrouwen en de gelijkwaardigheid tussen de eerste en de tweede lijn, en bestempelt de samenwerking met het ziekenhuis als bijzonder.

⁵ STBN is een organisatie die is opgericht ter ondersteuning van de eerstelijnsverloskunde.

➤ *Kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geleverde zorg*

Nagenoeg alle samenwerkingsverbanden van **huisartspraktijken** geven aan dat er scherp wordt toegezien op kwaliteit en doelmatigheid. In meerdere gevallen houdt de zorgverzekeraar hierover informatie bij op basis van geregistreerd declaratiegedrag van de zorgverleners - deze informatie wordt teruggekoppeld naar de zorggroep. Zelf leveren de meeste samenwerkingsverbanden, afgeleid van prestatie-indicatoren, jaarlijks gegevens aan over de geleverde zorg. De meeste samenwerkingsverbanden schrijven op basis hiervan verbeterplannen. Eén samenwerkingsverband geeft aan dat de betrokken partijen samenwerkingsovereenkomsten hebben opgesteld, welke door allen is ondertekend. Hierin zijn bindende afspraken over kwaliteit, ingang en toegang tot de zorg vastgelegd - dit alles om de patiënt een goed totaalpakket te kunnen garanderen. Een ander samenwerkingsverband geeft juist aan geen eisen te stellen aan de manier waarop huisartsen hun zorg organiseren - zij werken al volgens richtlijnen als de actuele NHG-Standaard DM2 en de NDF-Zorgstandaard. Wel vindt hier, door middel van een gestructureerd, gecombineerd, intern en extern kwaliteitssysteem, onderlinge toetsing plaats. Meerdere samenwerkingsverbanden zetten patiënttevredenheidsonderzoek in. Enkele samenwerkingsverbanden doen dit nog niet, maar hebben het op de planning staan.

Eén van de bevraagde samenwerkingsverbanden van **fysiotherapeuten** geeft aan dat voor de uitvoering van zorgprogramma's standaarden en voorwaarden worden opgesteld. Verder levert het een jaarverslag. Op de website staat beschreven welke fysiotherapeuten welke registraties in het kwaliteitsregister hebben. Ook het andere samenwerkingsverband heeft zichzelf kwaliteitseisen opgelegd.

Eén samenwerkingsverband van **verloskundigen** stelt dat zorg die voorheen volledig binnen de tweede lijn werd geleverd, binnen een jaar volledig binnen de eerste lijn wordt aangeboden. De kostenbesparing is aanzienlijk, en de kwaliteit is gebleken uit wetenschappelijk onderzoek. De resultaten worden frequent naar buiten gebracht door middel van presentaties. Een ander samenwerkingsverband geeft aan dat er steeds meer naar haar wordt doorverwezen. Bovendien is het centrum benaderd als opleidingspraktijk voor echoscopisten. Eén samenwerkingsverband geeft aan recent een nulmeting te hebben verricht; over een half jaar vindt er wederom een meting plaats, waarna de resultaten zullen worden teruggekoppeld naar de zorgverzekeraar. Men verwacht dat er minder doorverwijzingen naar de tweede lijn zullen worden waargenomen. Een ander samenwerkingsverband geeft aan dat de vergunninghouder de kwaliteit van het zorgaanbod onderzoekt. Eén samenwerkingsverband verwijst, wat betreft kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geleverde zorg, naar haar jaarverslag.

4.4.2 Multidisciplinaire samenwerking

Hieronder volgen enkele voorbeelden van multidisciplinaire samenwerking die zich richt op specifieke aandoeningen en/of patiëntgroepen. Deze samenwerkingsverbanden zullen globaal worden beschreven op basis van de volgende punten: zorgaanbod, deelnemende partijen, aansturing en eventuele samenwerking met externe zorgverleners, financiers, innovatief ondernemerschap en toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg.

Tabel 4.4: Onderzochte voorbeelden van multidisciplinaire samenwerking rondom specifieke aandoeningen en/of patiëntgroepen

Diabeteszorg Beter	Verbeteren van de kwaliteit van de diabeteszorg in de eerste lijn en het beantwoorden aan die groeiende zorgvraag - dit in zes ziekenhuisregio's. Betrokken eerstelijnszorgverleners: huisarts, -assistente, praktijk-ondersteuner, apotheek, diëtiste, diabetesverpleegkundige
Diabeteszorgstraat regio Zuidoost Brabant	Verbeteren van diabeteszorg in de eerste lijn. Betrokken eerstelijnszorgverleners: huisarts, praktijkondersteuner, diabetesverpleegkundige en diëtist (in 2010 ook fysiotherapeut).
Ketenzorg voor zwangeren met angst voor de bevalling in en rond Apeldoorn	Ontwikkelen en implementeren van transmurale zorgketen voor zwangeren met angst voor de bevalling in de regio Apeldoorn, gericht op angstreductie. Betrokken eerstelijnszorgverleners: verloskundige, haptonomisch zwangerschapbegeleider, psycholoog.
Kindercentrum Noord 'Octopus' (Rotterdam)	Bieden van psychosociale en medische zorgverlening aan kinderen in de eerste lijn met complexe problematiek. Betrokken eerstelijnszorgverleners: fysiotherapeuten, logopedisten, diëtisten, psychologen.
Multidisciplinaire samenwerking rondom jonge kind Lochem	Stroomlijnen van de samenwerking rondom het jonge kind. Betrokken (eerstelijns)zorgverleners: fysiotherapie, ergotherapie, intern begeleider, consultatiebureau, schoolarts/verpleegkundige, kinderarts, orthopedagoog.
Multidisciplinair Samenwerkingsverband (MDS) Weert	Aanbieden van geïntegreerde eerstelijnszorg aan cliënten met neurologische aandoeningen. Betrokken eerstelijnszorgverleners: ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, diëtist.
Paramedici Neede	Verbeteren van zorg voor patiënten met ademhalingsklachten. Betrokken eerstelijnszorgverleners: oefentherapeute, fysiotherapeut, logopediste, gz psycholoog.
Pozob Veldhoven	Pozob omvat de totale zorg rondom de diabetespatiënt. Betrokken (eerstelijns)zorgverleners: huisarts, diabetesverpleegkundige, podotherapeut, pedicure, praktijkondersteuner.
Stichting Diamuraal	De doelstelling van het project Diabetes Eemland Transmuraal is om op efficiënte wijze te kunnen voldoen aan een algemeen geaccepteerde Zorgstandaard voor goede diabeteszorg. Betrokken eerstelijnszorgverleners: huisarts, diëtist, podoloog.
Stichting Ketenzorg (Rotterdam)	Stichting Ketenzorg beoogt ontwikkelde protocollen voor de eerstelijnszorg aan te passen aan de situatie voor Rotterdamse diabetespatiënten (en later ook andere chronisch zieken). Betrokken eerstelijnszorgverleners: huisartsen en de samenwerkende gezondheidscentra.
Zorgprogramma Palliatieve Zorg (Kralingen Crooswijk)	Verbeteren van de kwaliteit van de palliatieve zorg van patiënten en hun naasten in de eerste-lijnszorg in Kralingen-Crooswijk. Betrokken eerstelijnszorgverleners: huisarts, psycholoog.

➤ *Zorgaanbod en deelnemende partijen*

Er zijn elf multidisciplinaire samenwerkingsverbanden rondom specifieke aandoeningen bevraagd. Het zorgaanbod loopt nogal uiteen; zo zijn er vijf multidisciplinaire samenwerkingsverbanden bevraagd die zorg bieden aan diabetespatiënten, twee samenwerkingsverbanden die zich richten op het jonge kind (waarvan één samenwerkingsverband specifiek op kinderen met complexe psychosociale en medische problematiek), één samenwerkingsverband dat zorg biedt aan zwangere vrouwen met angst voor de bevalling, één samenwerkingsverband dat zich richt op patiënten met neurologische aandoeningen, één samenwerkingsverband dat de zorg voor patiënten met ademhalingsklachten wil verbeteren, en tot slot één samenwerkingsverband dat zich richt op palliatieve zorg. De meest voorkomende disciplines binnen deze samenwerkingsverbanden zijn de huisarts, de diëtist, de fysiotherapeut, de psycholoog en de logopedist. Ook de prak-

tijkondersteuner en -verpleegkundige, alsmede de oefen-, ergo- en podotherapeut worden meerdermalen genoemd.

Knelpunten rondom de taakafbakening worden niet veel genoemd, maar zijn er wel. Zo geeft een diëtist van één samenwerkingsverband rondom diabeteszorg aan dat sommige praktijkondersteuners zich niet houden aan het protocol voor wat betreft verwijzing naar de diëtist (dat is: 90 minuten voor elke 'nieuwe' diabeet). Ook wordt er door de praktijkondersteuner mogelijk onvoldoende gewezen op de mogelijkheid van dieetinterventie. Een andere diëtist geeft te kennen dat het geven van advies over maaltijden in combinatie met medicatie zowel door haar als door de praktijkondersteuner wordt gedaan, en niet altijd even duidelijk afgebakend is.

Een samenwerkingsverband rondom zorg voor het jonge kind merkt ten aanzien van de samenwerking op dat er onduidelijkheid of geen overeenstemming bestaat over de tijd die verschillende zorgverleners spenderen aan het verbeteren van de onderlinge samenwerking. De mensen van de werkvloer zijn van dit belang overtuigd, maar dit lijkt niet altijd door management ondersteund te worden.

➤ *Aansturing*

Vier van de elf bevraagde samenwerkingsverbanden geven aan een formele status te hebben: drie in de vorm van een stichting (aangestuurd door een bestuur) en één in de vorm van een commanditaire vennootschap. Verder worden twee samenwerkingsverbanden aangestuurd van uit een ROS. Eén samenwerkingsverband wordt aangestuurd door een regioteam, en daarbij gefaciliteerd door een medisch coördinatie centrum (deze levert onder andere de spiegelrapportages).

➤ *Samenwerking met externe partijen*

Wat betreft structurele samenwerking met externe partijen geven vier samenwerkingsverbanden aan dat hiervan sprake is met (specialisten binnen) het ziekenhuis. Eén van deze samenwerkingsverbanden geeft echter aan dat het ziekenhuis zelf onderdeel uitmaakt van het samenwerkingsverband. Een andere samenwerkingsverband geeft aan dat de relatie met het ziekenhuis flink is verbeterd vanwege een prettige manier van rapporteren, welke ontwikkeld is door het samenwerkingsverband zelf. Ditzelfde samenwerkingsverband geeft aan dat het wel jammer is dat de samenwerking met huisartsen uit de regio wat moeizaam verloopt; huisartsen (toch vaak het eerste aanspreekpunt) hebben het vaak druk en hebben hun prioriteiten vaak elders liggen - dit staat structurele samenwerking met deze partij vooralsnog in de weg. Twee samenwerkingsverbanden geven aan niet structureel samen te werken met externe partijen. Van vijf samenwerkingsverbanden is het onduidelijk of, en in hoeverre, zij samenwerken met externen.

De gemeente lijkt geen wezenlijke rol te spelen: vijf samenwerkingsverbanden geven aan geen structurele banden met de gemeente te onderhouden - één van deze samenwerkingsverbanden geeft aan wel aansluiting te zoeken, maar dit wil nog niet lukken. Van zes samenwerkingsverbanden is het onduidelijk of, en in hoeverre, de gemeente hen faciliteert.

➤ *Financiering*

Wat de financiering betreft geven enkele samenwerkingsverbanden rondom diabeteszorg aan dat de zorgkosten kunnen worden gedeclareerd middels DBC's. Voor wat betreft de kosten van het samenwerkingsverband zelf geven er vier aan enige vorm van financiering te ontvangen: drie via de zorgverzekeraar (waarbij één van hen ook ZonMw noemt), en één samenwerkingsverband heeft destijds een startsubsidie ontvangen van het Fonds Achterstandswijken. Vier samenwerkingsverbanden geven expliciet aan niet gefinancierd te worden. Eén van deze samenwerkingsverbanden geeft te kennen dat de zorgverzekeraar weliswaar interesse heeft getoond in financiering, maar dat er op dit moment nog niets mee gebeurt. Nog een ander samenwerkingsverband meldt dat zij op het moment pogingen doet om additionele gelden bij de zorgverzekeraar aan te vragen via de beleidsregel innovatie. Van drie samenwerkingsverbanden is het onduidelijk of, en hoe, zij financiële steun ontvangen.

➤ *Innovatief ondernemerschap*

Uit multidisciplinaire samenwerkingsverbanden spreekt op zichzelf al innovatief ondernemerschap. Veel eerstelijnsdisciplines komen elkaar in het veld doorgaans niet automatisch tegen, of slechts via omslachtige wegen. Eén van de bevroegde samenwerkingsverbanden stelt dat zij een voorbeeld is van samenwerking tussen vier disciplines die elkaar niet vanzelfsprekend treffen (namelijk: de ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist en diëtist). Dat zorgverleners uit verschillende disciplines (zowel binnen de eerste lijn, als tussen de eerste en de tweede lijn) elkaar voor wat betreft bepaalde aandoeningen of patiëntgroepen opzoeken en korte lijnen willen leggen is dus op zich al innovatief te noemen. Eén samenwerkingsverband stelt:

"Het is een toonbeeld van innovatief ondernemerschap omdat het een werkgroep is, waarvan de leden op persoonlijke titel begonnen zijn, en door hun gedrevenheid en betrokkenheid met de doelgroep zeer inventief, intensief en innovatief de grenzen tussen eerste lijn en tweede lijn én die tussen domeinen van zorgverleners proberen te slechten. Ze gebruiken elkaars potentie heel duidelijk. Daarnaast zien ze ook een taak hun werkwijze aan collega's (in eerste en tweedelij, multidisciplinair) te onderwijzen."

Om tot een dergelijke samenwerking te komen lijken motivatie, betrokkenheid, gedrevenheid en waardering voor elkaars kennis en kunde welhaast randvoorwaarden, getuige enkele citaten van bevroegde samenwerkingsverbanden. Een voorbeeld:

"Wij zijn als vrij gevestigde professionals erg gemotiveerd om nieuwe dingen te ontwikkelen. Dit project is uniek in deze stad en misschien ook wel in de rest van Nederland. Het is leuk om met gelijkgestemden zo'n initiatief op te pakken. Het moet wel klikken, anders kom je tot niets. Wij hebben allemaal iets met deze doelgroep en wij zijn bereid om er tijd en energie in te investeren. Andere samenwerkingsinitiatieven zijn vaak te groot en slepen te lang voort, zonder dat er wat uitkomt, dat motiveert niet. Wat je vooral niet moet doen is gaan jagen. Wij zijn nu twee jaar met elkaar bezig en zijn nu tot een mooi resultaat gekomen dat de mogelijkheid en het vertrouwen biedt om samen door te gaan."

De overtuiging om door middel van onderlinge samenwerking bij te kunnen dragen aan een verbeterende kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid, en de motivatie om hier gezamenlijk de schouders onder te zetten, lijken dus noodzakelijke ingrediënten voor het opzetten en continueren van succesvolle multidisciplinaire samenwerking.

Het opzetten van multidisciplinaire samenwerking rondom specifieke aandoeningen is duidelijk een complexe en tijdrovende klus. Zo verkeert bekostiging rondom ketenzorg en specifieke aandoeningen nog in een ontwikkelstadium. Dit leidt ertoe dat er doorgaans veel tijd en energie zit in onderhandelingen tussen zorgverleners onderling, maar ook tussen zorgverleners en zorgverzekeraars. Onderlinge terugkoppeling over de kwaliteit van de geleverde zorg brengt een grote administratieve last met zich mee. De belangen van verschillende zorgverleners in de keten zijn bovendien niet per definitie gelijk - de te leveren inspanningen evenmin. Gegeven dat succes niet gegarandeerd is, kan men stellen dat er makkelijk risico's gelopen worden dat de geleverde inspanningen niets opleveren. Dit bij elkaar maakt hen tot innovatieve ondernemers.

➤ *Kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geleverde zorg*

Veel samenwerkingsverbanden geven aan dat de samenwerking tussen zorgverleners, die buiten het samenwerkingsverband om niet vanzelfsprekend is, wezenlijk bijdraagt aan de kwaliteit en continuïteit van de geleverde zorg. Ook draagt het bij aan een betere toegankelijkheid, omdat patiënten vaker en sneller terecht zouden komen op de plek waar zij moeten zijn. Dat samenwerking tussen verschillende zorgverleners het zorgproces rondom de patiënt kan stroomlijnen spreekt uit het volgende voorbeeld, afkomstig van één van de bevroegde samenwerkingsverbanden:

"Eén van de dingen waar de ondernemers tegenaan liepen was de rapportage. Iedereen vulde zijn eigen formulier in en hield zijn eigen dossier bij. De cliënt moest zijn verhaal telkens opnieuw doen en kreeg soms tegenstrijdige adviezen van de verschillende hulpverleners. Dat moest beter. Met z'n vieren is er een jaar lang gewerkt aan een gezamenlijk rapportageformulier. Nu kunnen op één A4 alle relevante gegevens van de cliënt met betrekking tot de behandeling en de voortgang worden ingevuld. Voor de cliënt en voor alle hulpverleners is dat een enorme verbetering. Aan de hand van het ontwikkelde rapportageformulier worden gezamenlijke doelen voor de cliënt opgesteld en worden de taken onderling verdeeld."

Deze efficiënte manier van rapporteren heeft er, volgens het betreffende samenwerkingsverband, mede toe geleid dat de samenwerking met externe partijen (in dit geval: specialisten in het ziekenhuis) flink is verbeterd.

Ook andere samenwerkingsverbanden geven aan succes te boeken. Een bevroegd samenwerkingsverband rondom diabeteszorg geeft aan dat uit de evaluatie van het project onder andere een participatiegraad van 95% van de deelnemende regionale huisartsen bleek, een aanzienlijke verschuiving van de zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn tot stand was gebracht, dat er aantoonbaar sterk verbeterde gezondheidsuitkomsten waren (daling morbiditeit en mortaliteit) en lagere patiëntgebonden zorgkosten. Een ander samenwerkingsverband rondom diabetes stelt dat zij zich door de efficiënte inzet van middelen

(inclusief participatie van de patiënt) ten doel stelt sterk te blijven sturen op kwaliteit van zorg en tevens de toenemende zorgvraag in de toekomst op te vangen, zonder navenant veel druk op het zorgbudget uit te oefenen. Dat de patiënt hierbij toegang heeft tot het EPD (digitaal logboek) is volgens haar van extra aanvullende waarde; de patiënt krijgt hierdoor namelijk inzicht in het zorgproces, in zijn/haar eigen zorggegevens en fysieke toestand, en kan hierdoor meesturen in de zorg.

Ook het samenwerkingsverband rondom zwangere vrouwen blijkt succesvol: uit een eerder uitgevoerde pilot bleek dat de door het samenwerkingsverband gehanteerde benadering zwangere vrouwen (en hun partners) goed had gedaan, en met meer tevredenheid terug deed kijken op de bevalling (cijfers uit dit onderzoek zijn binnenkort voorhanden). Een samenwerkingsverband rondom het jonge kind stelt dat deze zorg er door de samenwerking ook beter uit komt; zo worden ouders inmiddels beter doorverwezen.

Eén van de bevroegde samenwerkingsverbanden rondom diabeteszorg geeft aan dat het proefproject (waarvan zij deel uitmaakte) nu verder door Nederland uitgerold zal worden, en dat op dezelfde manier tevens andere ziektebeelden (in dit geval: COPD) aangepakt zullen gaan worden. Als het wiel eenmaal uitgevonden lijkt te zijn, plukt men daar elders of op een ander vlak dus mogelijk de vruchten van. Dit zou het geval niet zijn als het project niet succesvol was geweest, aldus de contactpersoon van dit samenwerkingsverband.

Het afleggen van (financiële) verantwoording over de kwaliteit van de geleverde zorg wordt door niet alle samenwerkingsverbanden expliciet gemeld. Het ontvangen van financiële steun van de zorgverzekeraar maakt doorgaans dat uitkomsten (proces-, structuur- en uitkomstindicatoren) nauwkeurig worden vastgelegd en gerapporteerd. Eén samenwerkingsverband, dat op verschillende locaties operatief is, noemt het afleveren van spiegelrapportages (deze worden verzorgd door een medisch coördinatie centrum). Ook symposia, publicaties en jaarverslagen worden meerdermalen genoemd.

4.4.3 Preventie en leefstijl

Een aparte plek verdienen in dit hoofdstuk de organisatievormen die zich richten op preventie en leefstijl; zij laten de toenemende aandacht voor preventie in de eerste lijn zien. Onder het motto 'voorkomen is beter dan genezen' ontstaan er steeds meer multidisciplinaire (zorg)programma's en samenwerkingsverbanden die zich richten op mensen met chronische aandoeningen, of een verhoogd risico hierop - dit met als doel te voorkomen dat deze mensen ziek worden of dat er co-morbiditeit optreedt onder degenen die al ziek zijn. Het gaat hier dus niet om preventie gericht op de algemene populatie, maar om preventie die gericht is op patiëntencategorieën die al een aandoening hebben of een verhoogd risico daarop lopen.

Hieronder zijn de onderzochte multidisciplinaire samenwerkingsverbanden op het gebied van preventie een leefstijl, de betrokken zorgverleners en hun zorgaanbod weergegeven. Het betreft zowel organisaties als programma's. Daarna worden de samenwerkingsverbanden globaal beschreven aan de hand van de volgende punten: zorgaanbod,

deelnemende partijen, aansturing, eventuele samenwerking met externe zorgverleners, financiers, innovatief ondernemerschap en toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg.

Tabel 4.5: Onderzochte voorbeelden van multidisciplinaire samenwerking op het gebied van preventie een leefstijl

Naam	Zorgverleners/Zorgaanbod
Axis - Overgewicht en kindervens	Laten afvallen van obese vrouwen met een kindervens zodat ze uiteindelijk zwanger kunnen worden. Betrokken eerstelijnszorgverleners: fysiotherapeut, diëtiste en psycholoog.
Beweeg je Beter (Amsterdam)	Bevorderen van een actievere leefstijl van mensen met gezondheidsklachten (als gevolg van chronische ziekten zoals diabetes). Richt zich specifiek op achterstandswijken. Zorgverleners: huisartsen, fysiotherapeuten en oefentherapeuten.
BeweegKuur	Professioneel begeleiden en ondersteunen van mensen met (een verhoogd risico op) diabetes type 2 naar een actievere leefstijl. Betrokken eerstelijnszorgverleners: huisarts, leefstijladviseur (poh), fysiotherapeut en diëtist.
Beweegprogramma voor mensen met Diabetes Mellitus 2 (Groningen)	Bewerkstelligen van een betere bloedglucosewaarde, minder insulinegebruik, en afname van complicaties aan ogen, nieren, zenuwbanen en voetwondjes. Betrokken eerstelijnszorgverleners: fysiotherapeuten en praktijkondersteuners van Fysiotherapiepraktijk 'De Vuursteen' en diëtisten.
Beweegprogramma voor mensen met een verhoogd risico op HVZ (Hoogezand; in ontwikkeling)	Zorgaanbod: niet bekend. Betrokken eerstelijnszorgverleners: huisartsenpraktijk van Cleef en Hoekstra, fysiotherapiegroep (Hoogezand) en diëtisten.
Diafolio Apeldoorn/SLIMMER	'Diabetespreventie bij hoogrisicogroepen' richt zich op het uitvoeren van een proefimplementatie van de SLIM-interventie in 4-5 huisartsenpraktijken in Apeldoorn. Betrokken eerstelijnszorgverleners: huisartsen, diëtisten, fysiotherapeuten en GGD.
Stichting Big!Move Institute (BMI)	Ondersteuning beiden bij het versterken van de gezondheid van mensen met chronische ziekten en specifieke klachten. Betrokken eerstelijnszorgverleners: huisartsen en fysiotherapeuten.

➤ *Zorgaanbod en deelnemende partijen*

Het zorgaanbod van de preventie- een leefstijlprogramma's van de onderzochte samenwerkingsverbanden is grofweg vergelijkbaar en zijn gericht op het bevorderen van een gezondere leefstijl van patiënten met een chronische aandoening en mensen uit hoogrisicogroepen. De interventies richten zich met name op beweging en voeding. Huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten zijn in nagenoeg alle gevallen betrokken zorgverleners. Ook worden er enkele samenwerkingspartners genoemd die formeel niet tot de eerste lijn behoren (bijvoorbeeld de danstherapeut).

➤ *Aansturing*

De meeste samenwerkingsverbanden betreffen geen juridische structuur, maar bestaan in projectvorm. Eén samenwerkingsverband geeft in de bevraging aan de vorm van een stichting te hebben, en aangestuurd te worden door een bestuur. Een ander samenwerkingsverband wordt aangestuurd door het Nederlands Instituut voor Sport en

Bewegen (NISB)⁶. Eén samenwerkingsverband wordt aangestuurd door de zorgverlener die de patiënt het meest frequent ziet (de fysiotherapeut). In een ander geval wordt het project aangestuurd door de GGD samen met Agora. Als knelpunt wordt hierbij aangekend dat zij moeilijk toegang hebben tot de eerstelijnsdisciplines; derhalve is er een ROS-adviseur ingeschakeld om deze verbinding tot stand te brengen.

➤ *Samenwerking met externe partijen*

Er vindt over het algemeen structurele samenwerking met externe partijen plaats. Zo worden genoemd: verzekeraars, gemeenten, welzijnswerk, sportorganisaties, het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB), Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling Amsterdam, scholen en een organisatieadviesbureau.

De rol van de gemeente bij de totstandkoming van het project/samenwerkingsverband is over de verschillende initiatieven heen niet eenduidig. Sommige samenwerkingsverbanden geven aan dat de gemeente wel degelijk een faciliterende rol heeft gespeeld, terwijl anderen aangeven dat dit niet het geval is. Eén samenwerkingsverband benoemt in dit kader het volgende knelpunt:

"Het project vergt nauwe samenwerking tussen de zorg en de gemeente. Niet alleen organisatorisch, maar ook financieel. Het doorbreken van de schotten tussen beide blijkt een moeizamer proces dan verwacht. Zelfs in Amsterdam, waar de zorgverzekeraar en de gemeente een convenant hebben gesloten voor (ondermeer) samenwerking op het gebied van gezonde leefstijl, blijkt het doorbreken van de schotten niet altijd makkelijk."

➤ *Financiering*

Twee samenwerkingsverbanden geven aan op het financiële vlak steun te ontvangen van het ministerie van VWS. Het fonds OGZ⁷ wordt door één samenwerkingsverband genoemd. Eén samenwerkingsverband heeft een overeenkomst met de zorgverzekeraar alsmede een regeling met de gemeente. Eén samenwerkingsverband heeft van het diabetesfonds een subsidie ontvangen voor een pilot. Eén samenwerkingsverband geeft aan geen structurele financiering te ontvangen, en derhalve over onvoldoende middelen voor een goede taakuitvoering te beschikken.

➤ *Innovatief ondernemerschap*

Desgevraagd illustreert één samenwerkingsverband haar organisatie als toonbeeld van innovatief ondernemerschap:

"Het is opgericht door professionals in de eerste lijn, bottom up. Zij hebben een nieuwe aanpak ontwikkeld, die in heel Nederland bekend is en gewaardeerd wordt, en een voorbeeldfunctie vormt voor beleid en financiering. Het samenwerkingsverband wordt in vele beleidsstukken en rapporten benoemd als innovatieve aanpak; het is door het Innovatieplatform van VWS gekozen tot een

⁶ Het NISB is het Nederlands kennis- en innovatie-instituut dat aanzet tot sport en bewegen om participatie, leefbaarheid en gezondheid te bevorderen.

⁷ De Stichting Stimuleringsfonds Openbare Gezondheidszorg (Fonds OGZ) had destijds het doel innovatie mogelijk te maken op het terrein van de bevordering en de bescherming van de volksgezondheid.

van de tien beste zorginnovaties in Nederland (als enige in de eerste lijn). Verspreiding van de methode naar andere wijken is gerealiseerd; contracten met overheid en verzekeraar zijn afgesloten; geaccrediteerde nascholing voor huisartsen en paramedici zijn ontwikkeld. Verschillende publicaties in media en wetenschappelijke tijdschriften. Op dit moment zijn er onderhandelingen gaande met externe investeerders. De implementatie in de wijken is altijd het resultaat van lokaal ondernemerschap: huisartsen en fysiotherapeuten die vanuit een nieuw samenwerkingsverband de ontwikkelde methode gaan aanbieden. Dat lukt alleen met een actieve en ondernemende instelling en kost met name in het begin een flinke investering, zonder de garantie dat het later wat op gaat leveren."

Een ander samenwerkingsverband stelt dat het innovatieve karakter van haar project spreekt uit het feit dat het een project betreft op het gebied van preventie, dat uitgaat van een evidence based onderzoek dat met eerstelijnsdisciplines wordt vertaald naar de toepasbaarheid binnen de eerste lijn. Een ander samenwerkingsverband sluit hierop aan door te stellen dat zij een nog niet bestaand product aanbiedt, welke in de behoefte van de huidige tijd voorziet - dit bleek naar eigen zeggen ook uit de (media-) aandacht die er was toen het product bekend werd gemaakt.

Ook hier geldt dat het opzetten van multidisciplinaire samenwerking een complexe en tijdrovende klus is en dat de belangen en inspanningen van de verschillende zorgverleners misschien niet altijd gelijk op gaan. Daarbij is het verwachte succes van de samenwerking vooraf niet per definitie gegarandeerd en betaalt de beoogde gezondheidswinst zich mogelijk pas tientallen jaren later uit dan het moment waarop inspanningen en investeringen geleverd zijn. In dit opzicht kunnen de initiatieven op het gebied van preventie en leefstijl goed gelden als toonbeeld van innovatief ondernemerschap.

➤ *Kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geleverde zorg*
Helaas is er over de gehele linie op dit punt te weinig respons ontvangen van de gevraagde samenwerkingsverbanden om uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geleverde zorg. Voor een deel kan dit verklaard worden door het feit dat het betrekkelijk nieuwe activiteiten zijn waarnaar nog onderzoek loopt (bijvoorbeeld de Beweegkuur).

4.5 Conclusie

Door de vergrijzing en door veranderende leefgewoontes zal de zorgvraag rondom specifieke (chronische) ziekten de komende 20 jaar steeds complexer van aard worden - dit vraagt om een programmatische aanpak, waartoe de overheid met de invoering van functionele bekostiging dan ook sterk zal gaan stimuleren. Zorg die nu nog thuis hoort binnen de tweede lijn zal in toenemende mate worden verschoven naar de eerste lijn - deze betrokken zorgverleners zullen meer gaan samenwerken. Ook zorgverleners binnen de verschillende eerstelijnsdisciplines zullen steeds meer gaan samenwerken rondom specifieke aandoeningen. Veel samenwerkingsverbanden lopen zich momenteel al warm voor de op handen zijnde functionele bekostiging, en zijn contact aan het leggen.

De zorggroep is een sprekend voorbeeld van samenwerking rondom specifieke aandoeningen. Wij zien hierbij vormen waarin specifieke disciplines zich organiseren om in de onderhandelingen met andere disciplines en verzekeraars sterker te staan. Daarnaast zien we ook voorbeelden van zorggroepen waarin de verschillende disciplines de handen ineen hebben geslagen. In aansluiting daarop, en nog betrekkelijk nieuw in de eerste lijn, zijn de samenwerkingsverbanden die zich erop richten om preventie in de eerste lijn vorm te geven. Zij zijn in de regel gericht op mensen met een (chronische) aandoening of een verhoogd risico daarop.

Op basis van de door ons bevroegde greep aan samenwerkingsverbanden kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- Hoewel een flink aantal samenwerkingsverbanden inmiddels geformaliseerd is, lijken veel samenwerkingsverbanden vooralsnog informeel van aard te zijn. Dit wordt mogelijk voor een deel verklaard door het feit dat veel samenwerkingsverbanden nog in vroeg stadium van ontwikkeling verkeren.
- Huisartsen zijn de groep zorgverleners die over alle samenwerkingsverbanden heen (zowel mono- als multidisciplinair) het sterkst vertegenwoordigd zijn.
- Een veel gehoord knelpunt is het hebben van moeite om de financiering van de organisatie rond te krijgen.
- In het algemeen zijn de ontwikkelingen rond aandoeninggerichte samenwerking een zaak van zorgaanbieders en verzekeraars. Relaties met andere partijen, zoals bijvoorbeeld de gemeente, spelen hier minder een rol dan in de wijkgerichte samenwerkingsverbanden. Alleen rond het thema preventie zien we samenwerking met de gemeente. De ervaringen zijn daarin wisselend. Sommige samenwerkingsverbanden rapporteren succesvolle samenwerking, bij anderen vormt het juist een knelpunt.

In haar visiedocument stelt het NZa dat de sterke positie van huisartsen in zorggroepen mogelijk tot een machtspositie kan leiden ten opzichte van zorgverzekeraars en andere zorgaanbieders. Naarmate het aantal zorggroepen toeneemt, en er meer zorg via zorggroepen gaat lopen, zal het risico op een dergelijke machtspositie alleen maar toenemen (NZa, 2009). De LVG (2008), die dit risico in haar nulmeting weliswaar onderschrijft, stelt tegelijkertijd dat een sterkere positionering van deze beroepsgroep de capaciteit en organisatiekracht van de eerstelijnszorg van een krachtige impuls kan voorzien.

Met betrekking tot de problematiek rondom de financiering wijst de LVG in dit verband op het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars. Daar waar zorgverzekeraars in 2006 en 2007, mede door de invoering van de beleidsregel innovatie, relatief makkelijk overeenkomsten over zorgprogramma's aangingen met zorggroepen, is het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars hierna om verschillende redenen aangescherpt. Zorgverzekeraars zijn terughoudender geworden. Ook het besluit van de NZa om de beleidsregel innovatie stringent aan de WMG te toetsen (NZa 2007, 2008), kan nadelig van invloed zijn op de (door)ontwikkeling van zorggroepen.

5 Management en organisatie

Dit hoofdstuk schenkt aandacht aan aansturing op het gebied van management en organisatie. Na een korte inleiding wordt er een beschrijving gegeven van de in dit onderzoek onderzochte organisaties die ondersteuning bieden op het gebied van management en bedrijfsvoering.

5.1 Inleiding

Stond in de voorgaande hoofdstukken de doelgroep waarop de organisatievorm (de bewoners van een wijk, patiënten met een bepaalde aandoening) zich richt centraal, in dit hoofdstuk staat de samenwerkingsvorm centraal. In essentie gaat het hier om het management van eerstelijnspraktijken dat praktijkoverstijgend wordt georganiseerd. Het onderscheid met de voorgaande hoofdstukken is glijdend. In hoofdstuk 3 zagen we al dat gezondheidscentra het management organiseren in koepelorganisaties. Ook in de zorggroepen zit natuurlijk een praktijkoverstijgend management. In dit hoofdstuk komen organisatievormen aan de orde die het bieden van de managementfunctie als primaire insteek hebben. Twee ontwikkelingen liggen aan de basis hiervan. De eerste is dat de administratieve en organisatorische belasting, zoals de contractering en onderhandeling met zorgverzekeraars, voor eerstelijns hulpverleners steeds complexer wordt waardoor aandacht voor de zorginhoud soms noodgedwongen naar het tweede plan verschuift. Een mogelijke oplossing is het zich aansluiten bij, of over laten nemen door, een organisatie die ondersteuning biedt op het gebied van management en bedrijfsvoering. Los van het complexer worden van de administratieve belasting bestaat bij zorgverleners de tendens om meer parttime te gaan werken en zich daarbij te richten op de zorginhoud door het uitbesteden van managementsores.

Binnen deze categorie zien we grote diversiteit. Gezondheidscentra die managementfuncties concentreren in lokale of regionale koepels bestaan al langer - hierover viel eerder in hoofdstuk 3 te lezen. Andere vormen van aansturing op het gebied van management en organisatie zullen hieronder aan bod komen.

5.2 Initiatieven op het vlak van facilitatie en ondersteunende: Een verkenning

Enkele organisaties die organisatorische ondersteuning/aansturing bieden aan zorgverleners zijn in het kader van dit onderzoek nader onderzocht. In hoofdstuk 3, over gezondheidscentra, werden in dit kader bijvoorbeeld al Symphony Gezondheidscentra en Vitea genoemd - zij bieden zorgverleners ondersteuning bij met name niet-patiëntgebonden taken. Hieronder volgt een overzicht van enkele andere faciliterende organisaties, waarna zij in meer detail zullen worden besproken.

Tabel 5.1: Onderzochte voorbeelden van organisaties die facilitatie bieden op het gebied van management

Naam	(Zorg)aanbod
Aansturing van huisarts- (en fysiotherapie)praktijken	
Archiatros	Archiatros voorziet acht zorggroepen van facilitaire ondersteuning - structureel of tijdelijk. Het gaat om 700 huisartsen in een regio met ruim 1,5 miljoen cliënten. Het uitgangspunt van Archiatros is dat de huisarts baas blijft in eigen praktijk.
Huisarts voor huisarts Kop van Noord Holland BV	Huisarts voor huisarts Kop van Noord Holland BV biedt ondersteuning aan huisartsen in de regio kop van Noord-Holland. In het bijzonder richt HvH KvNH bv haar aandacht op het scheppen van de mogelijkheid tot het behouden van huisartsenpraktijken in handen van huisartsen. Verder biedt HvH KvNH bv projecten of diensten aan die de patiëntenzorg en de productiviteit van huisartsen kunnen verbeteren.
Independer	Independer biedt in de regio Den Haag huisartsenzorg en fysiotherapie, en verstrekt geneesmiddelen.
Aansturing van, en facilitatie door, apotheken	
De Centrale Apotheek (DCA)	Organiseren van genees- en hulpmiddelenverstrekking; dit onder regie van de huisarts.
Kring Apotheek	Kring Apotheek BV is een landelijk opererende apotheekformule, waarbij bijna 350 apotheken zijn aangesloten. Zelfstandige apothekers kunnen gebruik maken van de Kring-apotheekformule als ze zich aansluiten bij de Verenigde Kring-apothekers Nederland.
Mediq Apotheek	Mediq Apotheek is een organisatie met ruim 230 apotheken in Nederland. Alle aangesloten apotheken dragen de naam Mediq Apotheek. De centrale organisatie, de groothandel, levert geneesmiddelen, verbandmiddelen, toedieningsystemen of andere medische- of gezondheidsproducten aan apotheken, waaronder de Mediq Apotheken.
Aansturing bij verpleging en verzorging aan huis	
Buurtzorg	Buurtzorg Nederland biedt een vernieuwend concept voor verpleging en verzorging aan huis. Lokale Buurtzorgteams worden, onder meer op het vlak van ICT/administratie en management, ondersteund door een landelijke organisatie.
Aansturing door zorgverzekeraars	
AGIS – Programma Grote Steden	AGIS contracteert Huisarts, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige, kraamverzorgster, maatschappelijk werker en de psycholoog
Menzis-model	In het Menzis model wordt de huisartsenpraktijk geïntegreerd met die van fysiotherapeuten, tandartsen, apothekers, maatschappelijk werk, verloskundigen, thuiszorg, sociaal en psychiatrisch verpleegkundigen. Zo ontstaat een multidisciplinair samengesteld team. Speerpunten zijn: centrale triage en centrale dossiervorming en taakdelegatie.

5.2.1 *Aansturing van huisarts- (en fysiotherapie)praktijken*

Verschillende zorgverleners (met name huisartsen) beschikken over de mogelijkheid om administratieve en organisatorische werkzaamheden over te dragen aan een (overkoepelende) facilitaire instantie. In sommige regio's kan dit op regioniveau, maar ook landelijk bestaat hiertoe de mogelijkheid. De overname kan van tijdelijke of structurele aard zijn. Daarnaast kan de zorgverlener eigen baas blijven, of zich laten overnemen. Organisatorische werkzaamheden worden door veel zorgverleners als (zeer) tijdrovend ervaren. Het uitbesteden van dergelijke taken maakt dat de focus zich (weer) op patiëntenzorg kan concentreren.

5.2.2 *Aansturing van, en facilitatie door, apotheken*

Zowel Kring en Mediq apotheek leveren farmaceutische zorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. In beide gevallen betreft het een ketenorganisatie met een eigen concept en huisstijl. Wanneer zelfstandige apothekers zich bij deze ketens aansluiten, conformeren zij zich aan de gehanteerde formule. In ruil daarvoor ontvangen zij aansturing vanuit de overkoepelende organisatie.

De Centrale Apotheek (DCA) is, ten opzichte van de twee bovengenoemde initiatieven, een enigszins vreemde eend in de bijt. Het is een initiatief van het in februari 2007 opgerichte Health Services Nederland. Health Services Nederland b.v. is een onafhankelijke organisatie die zich ten doel stelt innovatieve projecten in de gezondheidszorg te ontwikkelen en te realiseren. De Centrale Apotheek (DCA) heeft als doel een nieuwe zorgprestatie in de eerstelijnsgezondheidszorg te realiseren met betrekking tot het farmacotherapeutische zorgproces rondom een patiënt. Deze zorgprestatie richt zich op het optimaliseren van de effectiviteit en veiligheid van het (chronisch) medicatiegebruik bij patiënten met een verbetering van de prijs/kwaliteitsverhouding. De zorgprestatie wordt, in relatie met het DCA concept, bereikt door een nieuwe vorm van geneesmiddelendistributie en een essentiële wijziging van de structuur en rolverdeling tussen zorgverleners in de eerste lijn.

Het gehele farmacotherapeutische zorgproces rondom de patiënt met de integratie van de 'backoffice' faciliteiten van de apotheek (DCA) en het 'frontoffice' van de voorschrijver (huisarts) wordt geëvalueerd door de inzet van de Modernisering en Innovatiemodule (M&I) Farmacotherapeutische Begeleiding. Deze module is tot stand gekomen in samenwerking met een grote zorgverzekeraar. Via deze module is het ook mogelijk de huisarts te vergoeden voor zijn extra werkzaamheden die hij moet verrichten in het kader van het onderzoeksprotocol. DCA wordt gefinancierd vanuit particuliere bronnen. De DCA-werkwijze moet uiteindelijk voordelen opleveren in termen van medicatieveiligheid, therapietrouw, logistieke voordelen en meer begeleiding voor de patiënt en kostenbeheersing.

Het DCA concept wordt periodiek geëvalueerd, waarbij naast de zorgaspecten ook het kostenbesparende aspect van de DCA werkwijze onderzocht zal worden.

5.2.3 *Aansturing bij verpleging en verzorging aan huis*

Op het terrein van de verpleging en verzorging kan het Buurtzorg-concept onder de noemer van management worden geschaard. De zorgverlening (verpleging en verzorging aan huis) wordt in dit concept volledig door hoog opgeleide wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden in kleine autonome 'Buurtzorgteams' ingevuld. Deze Buurtzorgteams worden ondersteund door een landelijke organisatie, waarbij gebruik wordt gemaakt van moderne ICT-toepassingen om de administratieve kosten tot een minimum te kunnen beperken. De kosten van management en overhead worden zo beperkt mogelijk gehouden. Buurtzorg wordt positief ontvangen door direct betrokken cliënten, medewerkers en huisartsen (de Veer, Brandt, Schellevis & Francke, 2008). Het laat zien dat een kleinschalige organisatie van zelfsturende teams kan werken.

5.2.4 *Aansturing door zorgverzekeraars*

Relatief nieuw is de bemoeienis van verzekeraars met een georganiseerde eerste lijn. Zo contracteert AGIS met haar Programma Grote Steden geïntegreerde eerstelijnszorg. Doel van het programma is:

1. Versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg in alle buurten en wijken;
2. Specifieke gezondheidszorgprojecten voor bijzondere doelgroepen in de stad;
3. Maatwerk zorgverzekering en zorgservice voor de bijstandsgerechtigden en de overige minima.

Bijzonder is dat AGIS op deze manier zorginkoop en verzekering in grote steden geïntegreerd aanpakt. Waar andere verzekeraars verschillende zorgverleners, zoals de huisarts, fysiotherapeut en apotheek apart voor het hele land contracteren (en daarvoor aparte teams hebben) en daarnaast een marketingafdeling hebben die over de polisverkoop gaat, heeft AGIS dit als één team voor de grote steden, met daarin zowel polisverkopers als zorginkopers. Voordeel is dat zij daardoor in samenhang kan inkopen en bijvoorbeeld een tekort aan huisartsen in een bepaalde wijk kan compenseren door extra inzet van bijvoorbeeld een apotheek of fysiotherapeut. AGIS werkt hiervoor samen met de gemeente, en heeft convenanten afgesloten met de gemeenten Utrecht en Amsterdam, met als doel gezamenlijk gezondheidsachterstanden te bestrijden.

Een andere zorgverzekeraar, Menzis, wil in goede en geïntegreerde eerstelijnszorg investeren door initiatieven voor samenwerkingsverbanden of gezondheidscentra te ondersteunen - ook financieel. Eén van de doelen die zij zich daarbij heeft gesteld, is de komende vijf jaar samen met zorgverleners in Nederland ongeveer 50 gezondheidscentra op te zetten die vanuit één gebouw een breed pallet van zorg- en dienstverlening bieden. Deze centra zullen zich allemaal onderscheiden door hoogwaardige eerstelijnszorg voor iedereen, ruimere openingstijden en extra zorgservices. De zorgverleners in deze centra zijn onafhankelijk en volledig verantwoordelijk voor de medische zorg.

Menzis beoogt hiermee efficiënte zorg duurzaam, en dicht bij de consument te organiseren en de afstemming tussen zorgverleners te verbeteren. Dat is niet alleen een belangrijke wens van patiënten(verenigingen), maar ook van eerstelijnszorgverleners zelf. De hulp dient hierbij over zo min mogelijk schijven te lopen, want dat leidt tot uiteindelijk tot betere en snellere zorg.

In Groningen is Menzis een paar jaar geleden met dit initiatief begonnen (zie ook hoofdstuk 3). Het resultaat is een voorbode voor de toekomst: tevreden patiënten en goede, geïntegreerde zorg. Zorgverleners die veel met elkaar samenwerken kunnen zich volledig concentreren op hun patiënten: mensen adviseren en genezen. De patiënten van het eerstelijnsgezondheidscentrum in Groningen zijn zeer tevreden. Ze geven het gezondheidscentrum het rapportcijfer 7,9 (van den Berg, Koopmanschap, de Bakker & Verheij, 2007). Ook blijkt dat de artsen in dit Menzis gezondheidscentrum in Groningen onafhankelijk zijn. De zorgverleners ervaren geen bemoeienis met de zorg die zij verlenen. De regie ligt wat dit betreft bij de huisartsen.

5.3 Conclusie

Door de recente ontwikkelingen binnen de organisatie van de eerste lijn worden veel zorgverleners (met name huisartsen) steeds zwaarder belast met tijdrovende administratieve en organisatorische werkzaamheden, waardoor aandacht voor meer zorginhoudelijke bezigheden soms noodgedwongen naar een tweede plaats verschuift. Wanneer de aansturing van een zorgverlenende instantie wordt uitbesteed, kunnen de betrokken hulpverleners zelf zich op de patiëntenzorg concentreren. Binnen deze categorie zien we grote diversiteit. Gezondheidscentra die managementfuncties concentreren in lokale of regionale koepels bestaan al langer, en werden in hoofdstuk 3 al besproken. Daarnaast zien we in de apotheekwereld ketens ontstaan die op een hoog schaalniveau werken en grote groepen apotheken faciliteren. Ook bestaat er een initiatief dat huisartsen faciliteert in het afleveren van geneesmiddelen. Ketenvorming ontstaat ook voor wat betreft de huisartsenzorg, de fysiotherapie en gezondheidscentra. Op het terrein van verpleging en verzorging kan de buurtzorgorganisatie tot deze groep gerekend worden. Nieuw is ook de bemoeienis van verzekeraars met een georganiseerde eerste lijn. Zo contracteert AGIS multidisciplinaire eerstelijnszorg in grote steden en zet Menzis zelf eerstelijnszorgcentra op.

6 Ontwikkelingen in andere sectoren

De organisatorische vernieuwingen die we in de eerste lijn zien zijn niet uniek. In andere dienstverleningssectoren zien we gelijksoortige ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen zijn vaak al eerder en grootschaliger ingezet. De eerste lijn kan daar mogelijk van leren. Daarom wordt daar in dit hoofdstuk op ingegaan.

6.1 Inleiding

Ook buiten de zorgsector werken professionals steeds vaker in grotere organisaties die hun eigen doelstellingen hebben, en onder aansturing van managers. In een aantal sectoren zijn de afgelopen decennia in snel tempo organisaties van professionals met honderden tot zelfs duizenden medewerkers ontstaan. We geven hieronder een schets van de accountancy, het notariaat, de advocatuur en de detailhandel, die elk deze trends naar schaalvergroting, internationalisering en 'meer management' in een relatief vroeg stadium hebben laten zien. Overigens hebben sommige van deze vier sectoren ook steeds meer onderlinge verbanden gekregen, onder andere door de juridisering van de samenleving. Zo werken met name de grote advocatenkantoren vaak in interdisciplinair verband samen met accountants of notarissen.

Zowel bij de accountancy, het notariaat als de advocatuur is een belangrijke structuurwijziging de trend geweest dat het aantal 'het vrije beroepbeoefenaren' is afgenomen ten gunste van het aantal professionals in dienstverband. Bewust of onbewust kozen deze professionals voor een dienstverband met behoud van inhoudelijke autonomie, maar met meer hiërarchie te maken op het gebied van de inrichting van het werk. Een andere onderliggende trend is dat in alle drie de sectoren snel toenemende specialisatie en differentiatie van cliëntengroepen is opgetreden. Naast generalisten zijn binnen de accountancy, het notariaat als de advocatuur hooggespecialiseerde 'nicheorganisaties' en grote multidisciplinaire groepen ontstaan. Beide trends hebben gezorgd voor verschuivingen in organisatievormen.

Meer in algemene zin hebben Groenewegen e.a. (2007) dit geïllustreerd aan de hand van het onderstaande schema (zie tabel 6.1; Brock e.a., 1999; Arts e.a., 2001). De eerste dimensie in het schema laat de tendens zien van generalistisch naar specialistisch of multidisciplinair. De tweede dimensie betreft de schaal waarop dit plaatsvindt, variërend van de kleinschalige solopraktijk, lokale of regionale netwerken tot bovennationale verbanden van praktijken. Binnen elk van de cellen van de matrix hebben zijn zowel voorbeelden van medische als niet-medische professionals gegeven.

Tabel 6.1: Organisatievormen van professionals

	Generalistisch	Specialistisch	Multidisciplinair
Mondiaal netwerk, licentieverband van bedrijven	Internationale apotheekketens	Gespecialiseerde internationale advocatenkantoren	'Big five' kantoren van accountants en andere dienstverleners
Lokaal/regionaal netwerk	Ketens van notaris-kantoren	Internistenmaatschap in meerlocatie ziekenhuis	Middelgrote kantoren met accountants, organisatieadviseurs en juristen
Maatschap, solopraktijk	Huisartspraktijk	Vrijgevestigde psychiater	Gezondheidscentra

De voorbeelden voor wat betreft de gezondheidszorg laten zien dat door de schaalvergroting en fusies van ziekenhuizen, zorginstellingen en thuiszorgorganisaties (specialistische) praktijken naar het midden van de matrix opgeschoven. De voorbeelden van grote multidisciplinaire, multinationale maatschappen binnen deze matrix zijn echter afkomstig uit de advocatuur en accountancy. Dat deze minder plaatsgebonden zijn voor hun activiteiten speelt daarbij een belangrijke rol. Binnen de accountancy en advocatuur komen zeer grote maatschappen, met honderden partners in verschillende landen, voor. Bijzonder is dat dergelijke grote maatschappen vaak nog volgens het model van een gemeenschap van gelijken functioneren. Op basis van theorieën over de organisatiekosten in dergelijke maatschappen (coördinatie- en transactiekosten) zou je verwachten dat ze al veel eerder zouden zijn overgegaan naar een hiërarchisch model met een duidelijke directiestructuur en alle professionals in dienstverband (vgl. Arts et al., 2001).

6.2 Accountancy

Voor accountantskantoren geldt dat de schaalvergroting rond 2000 gestabiliseerd is, wat een soort van verzadiging van deze trend heeft betekend. Meer dan de helft van alle NIVRA-leden werkt bij één van de vijf grootste accountantskantoren (i.e., kantoren met meer dan 100 registeraccountants; NIVRA, 2005). In tegenstelling tot advocaten en notarissen hebben accountants voornamelijk bedrijven als cliënt.

De potentiële frictie tussen professional en organisatie uit zich op verschillende manieren binnen de accountancy. De Wet toezicht accountantsorganisaties bepaalt dat niet een individuele accountant, maar alleen een kantoor mag controleren. Dit heeft als onbedoeld gevolg dat de accountant afhankelijk is van het kantoor, die bijvoorbeeld de professional kan dwingen tot een 'soepeler' opstelling. Aan de andere kant kan onoorbaar gedrag van een accountant de reputatie van grote accountantsfirma's in gevaar brengen (met mogelijke schadeclaims tot gevolg), alsmede het voortbestaan van de organisatie. Het vertrouwensprobleem uit zich expliciet bij de keuze van een nieuwe maat door de zittende maatschapsleden, waarbij het verkennen van de vertrouwensbasis een belangrijke rol speelt.

In de laatste decennia speelde in de accountancy het verbod op de combinatie van controle- en advieswerk door hetzelfde accountantskantoor bij een beursgenoteerde onderneming. Daarnaast zijn andere maatregelen genomen in het kader van de transparantie, zoals de regel dat een accountant benoemd wordt voor een vaste periode, een verplichte wisseling van accountantskantoor na zeven jaar en openbaarmaking van de controlefee in het jaarverslag van de beursgenoteerde onderneming.

6.3 Notariaat

Het notariaat is misschien een van de meest prominente professies waarbij de spanning tussen belangen van de professional en de cliënt een essentiële rol speelt. Het gaat enerzijds om het belang van de cliënt en anderzijds om de collectieve verantwoordelijkheid. Een notaris die voor een cliënt een testament opstelt, heeft daarbij de belangen van de cliënt voor ogen, maar zal er volgens de beroepsethiek ook voor moeten waken dat een zwakke partij in het testament niet in het gedrang komt. De notaris zal ook het collectieve belang van vastlegging en naspeurbaarheid van eigendomsrechten meewegen.

Wellicht is dit één van de redenen dat schaalvergroting in het notariaat wel vroeg is opgetreden maar relatief beperkt is gebleven vergeleken met de advocatuur en accountancy. In Nederland werkt niet meer dan 5% van de notarissen in een kantoor met tien of meer notarissen. Wel werkt 40% van de kandidaat-notarissen in deze kantoren. In 2006 is een wetsvoorstel goedgekeurd waarin het verschil tussen vrijgevestigde en in loondienst werkende notarissen komt te vervallen. In dat geval kunnen ook notarissen in loondienst een akte zelfstandig afhandelen. Het idee van de maatregel was dat de huidige kandidaat-notarissen die niet vrijgevestigd willen werken, meer toekomstperspectief krijgen.

6.4 Advocatuur

Opvallend is ook dat de Nederlandse Orde van Advocaten de toetredingsmogelijkheden van advocaten in dienstbetrekking heeft verruimd om het domeinmonopolie voor niet-advocaten open te stellen. Binnen de advocatuur groeit het aandeel advocaten in grote kantoren nog steeds. In Nederland bestaat nu minder dan 1% van alle advocatenkantoren uit meer dan 60 advocaten. Tegelijkertijd werkt inmiddels 19% van alle advocaten in deze grote kantoren. In 1996 was dit nog 13% (Nederlandse Orde van Advocaten, 1997; 2006a). Teruggrijpend op tabel 6.1, worden de verschuivingen binnen de advocatuur van linksonder naar rechtsboven in de matrix duidelijk geïllustreerd door ontwikkelingen als:

- kleine, generalistische kantoren maken plaats voor ketens van kantoren;
- middelgrote provinciekantoren schuiven naar rechts in de matrix door allianties met accountantskantoren aan te gaan;
- grote kantoren worden opgenomen in internationale netwerken (Gunst, 2001).

Steeds meer advocaten en (kleinere) kantoren leggen zich bijvoorbeeld toe op een specifiek juridisch terrein zoals arbeidsrecht, letselschaderecht of echtscheidingszaken.

Ondanks hun schaalgrootte functioneren veel advocatenkantoren zonder veel formele hiërarchie (Lazega, 2000). Er wordt veel gewerkt met tijdelijke teams die een collectief belang hebben bij de reputatie van hun kantoor, de klant ('de klus') en het gezamenlijk gebruik van hulpbronnen. 'Kliekvorming' wordt voorkomen doordat na afloop van een klus er weer nieuwe teams geformeerd worden. Teamleiders proberen problemen zoveel mogelijk op te lossen via het sociale netwerk binnen het kantoor. Daarbij wordt bewust gebruik gemaakt van de genoemde dwarsverbanden en gedeelde belangen.

6.5 Detailhandel

Als monodisciplinair kleinbedrijf vertoont de eerste lijn verwantschap met de detailhandel in zijn traditionele vorm. Deze biedt producten aan dichtbij huis compleet met informatie en advies hoe de producten dienen te worden gebruikt. Rond 1950 veranderde dat met de opkomst van de zelfbediening. Hierdoor was minder specifieke kennis nodig om een product te kopen met als gevolg branchevervaging. Consumenten werden mobieler, gingen naar grotere winkels verder naar huis om daar in één keer al hun boodschappen te doen. Rond het begin van dit millennium komt er een tweede innovatiegolf met name dankzij internet. Consumenten verwachten dat ze via verschillende kanalen zaken kunnen doen (multichannel), verenigen zich, delen kennis en gebruiken infomediars om de markt transparant te krijgen. Desalniettemin zijn er nog zo'n 110.000 winkels en 25.000 ondernemingen in de ambulante handel (Hoofdbedrijfschap Detailhandel, 2007).

Het Hoofdbedrijfschap Detailhandel (2007) schets een viertal scenario's voor de toekomstige ontwikkeling van de detailhandel in 2020 op grond van een analyse van zekere en onzekere ontwikkelingen. Zekere ontwikkelingen zijn bijvoorbeeld de opkomst van China als wereldmacht, druk op bestedingen, doorzettende vergrijzing en verkleuring, machtiger consumenten dan ooit, glasvezel wordt aangevuld met draadloos. Onzeker is of merken retailers worden of andersom, of infomediars de macht grijpen, of er een multiculturele retailrevolutie, of de overheid verder zal liberaliseren of juist strenger worden.

Scenario's worden onderscheiden op de assen *strak* versus *vrij overheidsbeleid* en *merkfabrikanten en nieuwe spelers nemen detailhandelsfuncties over* versus *de bestaande detailhandel wordt versterkt door innovatie*.

In *scenario 1* zijn de merkfabrikanten aan de macht onder een strak overheidsbeleid. Merkfabrikanten gaan rechtstreeks naar de markt (voorwaartse integratie) en onttrekken zich aan de macht en margeclaim van de detailhandel. De distributie verloopt via eigen winkels gecombineerd met internet. Er wordt daarnaast zwaar ingezet op massamedia waarin 24 uur per dag merkartikelen worden aangeboden. Maar ook nieuwe toetreders als banken en vliegtuigmaatschappijen dienen zich aan.

In *scenario 2* heeft de detailhandel de regie onder een strak overheidsbeleid. Sterke winkelmerken (zoals de Bijenkorf en de HEMA) bieden door verdere professionalisering en productiviteitsverhoging effectief tegenspel en slagen erin de distributieketen van begin tot einde in handen te krijgen (achterwaartse integratie). Nieuwe spelers hebben door de strakke regelgeving weinig kans.

Scenario 3 betekent een ware revolutie in de detailhandel mogelijk gemaakt door een vrij overheidsbeleid. Merken gaan ook rechtstreeks naar de consument in dit scenario. Aan de randen van de steden ontstaan brandstores, belevingscentra en grote versmarkten waar kwekers onder de paraplu van een veilingnaam producten verkopen.

In *scenario 4* wordt de detailhandel onder een vrije markt opnieuw uitgevonden. Megaretailers uit China en India dringen succesvol binnen wat vooral ten koste gaat van de bestaande filiaalbedrijven. Zij trekken zich niets aan van bestaande branchegrenzen. Er is veel vernieuwing met de opkomst van funshoppes en ontwikkelingen aan de stadsranden, en tegelijkertijd een binnenstad die zich profileert op gezelligheid en de terugkeer van kleinschalige winkeliers in buurten en dorpen.

6.6 Conclusie

De laatste jaren is men geneigd de ontwikkelingen in de eerstelijnszorg als dynamisch te zien. Als we echter de ontwikkelingen in de eerste lijn vergelijken met de in dit hoofdstuk beschreven sectoren dan kunnen we constateren dat de dynamiek in andere sectoren veel groter lijkt. Schaalvergroting en specialisatie lijken sleutelwoorden bij deze ontwikkelingen, waarbij professionals meer en meer binnen de kaders van een organisatie gaan werken. Een andere parallelle ontwikkeling is versoepelde regelgeving waarbij professionele handelingen niet meer zijn voorbehouden aan bepaalde beroepsgroepen (dit zien we zowel bij de notarissen als bij de advocaten). De ontwikkelingen in de detailhandel lijken ver van het bed van de eerste lijn, maar vervangen we in de geschetste scenario's de merkfabrikanten door de tweede lijn en de detailhandel door de eerste lijn dan zijn de scenario's eenvoudig toe te passen op de zorg. Conclusie is daarom dat voor de eerste lijn valt te leren van omliggende sectoren die al eerder vergelijkbare ontwikkelingen hebben doorgemaakt.

Literatuur

- Arts, W., Batenburg, R. & Groenewegen, P. P. (red.). (2001). Een kwestie van vertrouwen: Over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Bakker, de, D. H. (1987). Afstemming van werkgebieden in Rotterdam: een analyse met ziekenfondsgegevens. Utrecht: NIVEL.
- Bakker, de, D. H. (1989). The district concept for primary health care planning: Attempts at implementation in the Netherlands. *Health Policy*, 13, 55-64.
- Bennema-Broos, M., Sluijs, E.M., Wagner, C., Temmink D. & Hofhuis, H. (2000). Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector: 1990-2000. Utrecht: NIVEL.
- Berg, van den, M. J., Koopmanschap, M. A., de Bakker, D. & Verheij, R. A. (2007). Samenwerking en substitutie in gezondheidscentrum West: Evaluatie van de eerste ervaringen met geïntegreerde eerstelijnszorg volgens het MENZIS-model. Utrecht: NIVEL.
- Boerma, W.G.W. (1989). Local housing scheme and political preference as conditions for the results of a health centre-stimulating policy in The Netherlands. *Health Policy* 13 (3), 225-237..
- Brock, D., Powell, M. & Hinings, C. R. (red.). (1999). Restructuring the professional organization: Accounting, health care and law. London: Routledge.
- Brouwer, W., Sixma, H., Delnoij, D. & van der Meulen-Arts, S. (2006). Ontwikkeling van de Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM). Utrecht: NIVEL.
- Dierick-van Daele, A. T. M., Metsemakers, J. F. M., Derckx, E. W. C. C., Spreeuwenberg, C. & Vrijhoef, H. J. M. (2009). Nurse practitioners substituting for general practitioners: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 391-401.
- Dijk, van, C., Rijken, M., Bakker, de, D. H., Verheij, R., Groenewegen, P. & Schellevis, F. (2009). Anders is niet per se beter: Kanttekeningen bij functionele bekostiging. *Medisch Contact*, 64 (22), 973-976.
- Dijk, van, C. A., Verheij, R. A., van den Hoogen, H. & de Bakker D. H. (2009). Bekostiging van de huisartsenzorg: Eindrapportage. Utrecht: NIVEL.
- Drewes, H. W., Boom, J. H. C., Graafmans, W. C., Struijs, J. N. & Baan, C. A. (2008). Effectiviteit van disease management: Een overzicht van de (internationale) literatuur. RIVM, Bilthoven.
- Gezondheidsraad. European primary care. Den Haag: Health Council of the Netherlands/Gezondheidsraad.
- Gunst, J. (2001). Advocatuur in Nederland (1970-2000): Externe ontwikkelingen en organisatorische aanpassing. In: W. Arts, R. Batenburg & P. P. Groenewegen (red.). (2001). Een kwestie van vertrouwen: over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Gress, S., Baan, C. A., Calnan, M., Dedeu, T., Groenewegen, P., Howson, H., Maroy, L., Nolte, E., Redaelli, M., Saarelma, O., Schmacke, N., Schumacher, K., Lente, van, E. J. & Vrijhoef, B. (2009). Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care: Position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, 17, 75-86.
- Hansen, J., Nuijen, T. & Hingstman, L. (2007). Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Utrecht: NIVEL.
- Hendriks, M., Vervloet, M. & van Dijk, L. (2005). Eindevaluatie meer jaren afspraken farmacie 2000-2004: Invloed van de Diabetes Check op de farmaceutische zorg aan patiënten met diabetes in de apotheek. Utrecht: NIVEL.
- Hofhuis, H., Plas, M. & van den Ende, E. (2004). Eindevaluatie van het programma 'Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg' (IKPZ): Beschrijving van de kwaliteitssystemen van de paramedische beroepsgroepen in 2003. Utrecht: NIVEL.
- Hoofdbedrijfschap Detailhandel (2007). 2020: Vier scenario's voor de toekomst van de detailhandel. Den Haag: Hoofdbedrijfschap Detailhandel.

- Huijsman, R. & Hagenaars, M. (2007). Geïntegreerde eerstelijnszorg expliciteert en contracteert prestaties. *LVG Nieuws*, september 2007.
- Laurant, M. G. H., Hermens, R. P. M. G., Braspenning, J. C. C. & Sibbald, B. (2004). Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328 (7445), 927-930.
- Lazega, E. (2002). *The collegial phenomenon: the social mechanisms of cooperation among peers in a corporate law partnership*. Oxford: Oxford University Press.
- Maas, J., van den Berg, M.J., van der Velden, L.F.J. & L. Hingstman (2005). De relatie tussen praktijkorganisatie en praktijkomvang? *Huisarts en Wetenschap*, 48 (10), 499-503.
- Nederlandse Diabetes Federatie (2007). *NDF Zorgstandaard: Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2*. Amersfoort, Nederlandse Diabetes Federatie.
- NIVEL (1987). *Naar een sterkere eerste lijn? 1: Het overheidsbeleid*. Utrecht: NIVEL.
- NIVEL (2008a). *Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten, peiling 2008*. Utrecht: NIVEL.
- NIVEL (2008b). *Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2008*. Utrecht: NIVEL.
- NIVEL (2008c). *Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2008*. Utrecht: NIVEL.
- NIVRA. (2005). *Jaaroverzicht 2004/2005*. Amsterdam: Koninklijk Nederlands Instituut van Registeraccountants.
- NPCF, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. (2004). *Toekomstbestendige eerstelijnszorg (brief aan de minister van VWS)*. Utrecht: NPCF.
- NPCF, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. (2006). *Eerstelijnszorg voorop!: Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief*. Utrecht: Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie.
- NZa (2007). *Beleidsregel innovatie CV/NR - 100.062*. Utrecht: NZa.
- NZa (2008). *Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten laatste versie CV-7000-4.0-2/CA-276*. Utrecht: NZa.
- NZa (2009). *Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen*. Utrecht: NZa.
- Ros, C., Hutten, J.B.F. & Groenewegen, P.P. (1996). *Centra centraal: Onderzoek naar kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en de productiecijfers van huisartsen*. Utrecht: NIVEL.
- Saltman, R.B., Rico, A. & Boerma, W.G.W. (2006). *Primary care in the driver's seat?: Organizational reform in European primary care*. New York: Open University Press.
- Schrijvers, G., Spreeuwenberg, C., van der Laag, H., Rutten, G., Nabarro, G., Schene, A., van der Linden, B. & Acampo, M. (2005). *Disease management in de Nederlandse context*. Utrecht: Igitur.
- STG, Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. (1992). *Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg*, 3 delen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Veer, de, A.J.E., Meijer, W.J. & Groenewegen, P.P. (1996). *Samenwerkingsverbanden in de verloskundige zorg: Eindrapport Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden, deel I*. Utrecht: NIVEL.
- Veer, de, A. J. E., Brandt, H. E., Schellevis, F. G. & Francke, A. L. (2008). *Buurtzorg: Nieuw en toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen*.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2003a). *Bouwstenen Zorg in de buurt*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2003b). *Kennis, innovatie, meedoen (nota)*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2004). *Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2007a). *Kaderbrief 2007-2011 visie op gezondheid en preventie*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2007b). *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. Den Haag: Ministerie van VWS.

- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008a). Doelstellingenbrief eerstelijnszorg. Den Haag: Ministerie van VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008b). Visie op de eerstelijnszorg: 'Dynamische eerstelijnszorg' (kamerstuk). Den Haag: Ministerie van VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008c). Een dynamische eerstelijnszorg. Den Haag: Ministerie van VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008d). De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging. Den Haag: Ministerie van VWS.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009). Geïntegreerde eerstelijnscentra in VINEX-gebieden. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Warmenhoven, N.E.(1987). Hometeams 1986. Utrecht: NIVEL.
- Wieggers, T. & Janssen, B. (2005). Monitor verloskundige zorgverlening. Vierde rapportage, najaar 2004. Utrecht: NIVEL.
- Wijkkel, D. (1985). Samenwerken en verwijzen. Dissertatie R.U. Groningen. Utrecht, NIVEL.
- Wijkkel, D., van der Zee, J. & de Bakker, D. (1992). Ziekenfondsverwijscijfers van samenwerkende huisartsen: een replicatieonderzoek. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 70 (9), 519-525.
- Wildt, de, J. E. & Leusink, G. L. (2008). Nulmeting Zorggroepen. LVG, Utrecht.
- Wildt, de, J. E., Talboom, E. & Leusink, G. L. (2009). Dossier Zorggroepen. De Eerstelijns, 1 (3), 22-28.
- World Health Organization. (2008). World Health Report 2008: Primary Health Care - Now more than ever. World Health Organization.
- www.artsennet.nl
- www.denieuwepraktijk.nl
- www.lvg.org
- www.nivel.nl/vaam
- ZN, Zorgverzekeraars Nederland. (2002). Visie zorgverzekeraars op Herstructurering Eerstelijnszorg. Zeist: ZN.

Bijlage 1: Vragenlijst aan samenwerkingsverbanden

1. Wat is de naam van uw samenwerkingsverband?
2. Wat is de missie van het samenwerkingsverband; welk zorgaanbod omvat het?
3. Welke eerstelijnszorgverleners maken deel uit van het samenwerkingsverband? Bestaan er bij uw weten knelpunten rondom de taakafbakening en/of taakdelegatie, en zo ja - welke?
4. Hoe is de aansturing van het samenwerkingsverband geregeld? Bestaan er bij uw weten knelpunten rondom de aansturing, en zo ja - welke?
5. Vindt er structurele samenwerking plaats met partijen die formeel geen deel uitmaken van het samenwerkingsverband (bijvoorbeeld GGD, Arbo, gemeente, tweede lijn)?
6. In hoeverre heeft de gemeente een faciliterende rol gespeeld bij de totstandkoming van het samenwerkingsverband (bijvoorbeeld bij huisvesting, Wmo-voorzieningen)?
7. Wie zijn de financiers van het samenwerkingsverband? Bestaan er bij uw weten knelpunten rondom de financiering, en zo ja - welke?
8. In hoeverre is het samenwerkingsverband een toonbeeld van innovatief ondernemerschap, en waaruit blijkt dit?
9. Op welke wijze levert het samenwerkingsverband naar buiten toe verantwoording af over de kwaliteit van de geleverde zorg?
10. Waaruit (i.e., onderzoek, bijvoorbeeld naar patiënttevredenheid) blijkt toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de door het samenwerkingsverband geleverde zorg?
11. Wie heeft deze vragenlijst ingevuld (naam, functie)?