



Wijkgericht werken en integrale zorg

De kijk van eerstelijnszorgprofessionals, gemeenten, zorgverzekeraars en patiënten op het integreren van gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg

Karen Schelleman-Offermans¹, Maike Tietschert¹, Mieke Derickx², Dirk Ruwaard¹, & Maria Jansen^{1,3}

¹ Department of Health Services Research, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University.

² Department of Health Promotion, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University.

³ Academische Werkplaats Publieke Gezondheid, GGD Zuid Limburg, Geleen.

Uitvoering:

Maastricht University

Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

CAPHRI, School for Public Health and Primary Care

Department of Health Services Research

Focusing on Chronic Care and Ageing

Postbus 616, 6200 MD Maastricht

T: 043-3881570

www.maastrichtuniversity.nl/hsr

Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg

GGD Zuid-Limburg

Postbus 2022

6160 HA, Geleen

<http://www.academischewerkplaatslimburg.nl>

Contact

Prof. Dr. Ir. Maria Jansen

Maria.Jansen@ggzl.nl

Dit onderzoek is gesubsidieerd door ZonMW (projectnummer: 204000025) in de subsidieronde Verbinden van preventie en curatie.



ISBN: 978-90-823808-0-4

© Copyright Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI, School for Public Health and Primary Care, Department of Health Services Research, 2015.

Niets uit deze uitgave mag gekopieerd of overgenomen worden zonder uitdrukkelijke toestemming van de auteurs.

Inhoudsopgave

Dankwoord	4
Samenvatting.....	5
1. Inleiding.....	8
1.1 Belang van een integrale wijkgerichte aanpak.....	8
1.2 De rol van eerstelijnszorg in integrale wijkgerichte zorg	9
1.3 De rol van gemeentelijke basiszorg in integrale wijkgerichte zorg.....	9
1.4 Doelstellingen van dit onderzoek.....	11
2. Methode.....	13
2.1 Studie design en selectie van eerstelijnscentra	13
2.2 Onderzoeksfasen.....	13
a. Fase 1: Voorbereidende fase.....	13
b. Fase 2: Dataverzameling.....	14
c. Fase 3: Data analyse	15
d. Fase 4: Terugkoppeling, reflectie en verspreiding onderzoeksresultaten	15
3. Resultaten.....	17
3.1 Deelvraag 1: Multidisciplinaire eerstelijnszorg	17
3.1.1 Financiële aspecten	17
3.1.2 Aspecten met betrekking tot organisatie van zorg	18
3.1.3 Aspecten met betrekking tot organisatiecultuur	23
3.1.4 Fysieke aspecten; zorg onder één dak	26
3.1.5 Inhoudelijke aspecten	26
3.2 Deelvraag 2: Aansluiting eerstelijnszorg op gemeentelijke basiszorg	28
3.2.1 Aansluiting eerstelijnszorg op sociale zorg en ondersteuning (Wmo).....	28
3.2.2 Aansluiting eerstelijnszorg op publieke gezondheidszorg (Wpg)	30
3.3 Deelvraag 3: Het integreren van gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg	32
3.3.1 Financiële aspecten	32
3.3.2 Aspecten met betrekking tot de organisatie van zorg	35
3.3.3 Aspecten met betrekking tot organisatiecultuur	39
3.3.4 Fysieke aspecten	46
3.3.5 Inhoudelijke aspecten	47

3.4	Deelvraag 4: Perceptie van patiënt op integrale zorg.....	53
3.4.1	Eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg vanuit patiëntperspectief.....	53
4.	Conclusie en aanbevelingen.....	58
4.1	Conclusies.....	58
4.1.1	Een sterke eerstelijnszorg	58
4.1.2	Huidige verbindingen tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg.....	59
4.1.3	Voornaamste belemmeringen in het verbinden van eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg	60
4.1.4	Patiëntperspectief gericht op de verbinding van eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg	60
4.2	Aanbevelingen.....	61
4.2.1	Het versterken van eerstelijnszorg.....	61
4.2.2	Het versterken van de verbinding tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg	62
4.3	Beperkingen van dit onderzoek en adviezen voor vervolgonderzoek.....	64
	Referenties	66

Dankwoord

Graag willen wij alle eerstelijnsprofessionals werkzaam in het Academisch Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord, het Gezondheidscentrum Terwinselen, Medisch Centrum De Linde, Welzijns-Medisch Centrum Bocholtz, Centrum voor Medische Zorg de Kasteellaan en het Medisch Centrum Simpelveld bedanken voor hun inzet. Ook de mensen werkzaam bij de gemeenten Simpelveld, Heerlen en Kerkrade en CZ willen wij bedanken voor hun inzet. Speciale dank gaat uit naar Martijn van Nunen voor zijn rol als liaison tussen de onderzoekers en eerstelijnsprofessionals en als adviseur.

Samenvatting

Om ons zorgstelsel betaalbaar en duurzaam te houden is het van groot belang ervoor te zorgen dat mensen zo lang mogelijk gezond en onafhankelijk blijven. Door zorg en ondersteuning dicht bij mensen te brengen, kunnen (gezondheids)problemen worden voorkomen, of sneller, effectiever en goedkoper worden opgepakt. Gezondheidsproblemen hebben vaak niet alleen betrekking op een medische conditie, maar ook op sociale en fysieke omgevingsfactoren. Een wijkgerichte, multidisciplinaire en integrale aanpak is daarom van belang, waarin allianties tussen de meer individugerichte gezondheidszorg, de sociale zorg en de publieke gezondheidszorg gelegd worden. Echter, allianties tussen eerstelijnszorgpartijen en gemeenten, verantwoordelijk zijn voor sociale zorg en publieke gezondheidszorg, zijn niet vanzelfsprekend.

Deze studie heeft onderzocht hoe eerstelijnscentra de multidisciplinaire samenwerking binnen de eerstelijnszorg kunnen versterken én hoe de eerstelijnszorg en de gemeentelijke basiszorg (Wmo, Wpg) beter op elkaar afgestemd kunnen worden. Een 'multiple case-study design' is hiervoor gebruikt waarin drie gemeenten en zes eerstelijnscentra in de regio Parkstad zijn geïnccludeerd. Eerstelijnsprofessionals (n=53), welzijnswerkers, ambtenaren en bestuurders gefinancierd uit gemeentelijke basiszorg (n=15) en zorgverzekeraars (n=3) zijn geïnterviewd en is er een focusgroep bij patiënten (n=6) afgenomen. Hierin zijn financiële, organisatorische, culturele-, fysieke en inhoudelijke aspecten in relatie tot samenwerking onderzocht. Ook zijn er circa 6500 vragenlijsten uitgezet onder patiënten waarvan bijna 60% de vragenlijst heeft ingevuld (n=3908). De antwoorden, waarover separaat wordt gerapporteerd, bieden inzicht in de mate waarin patiënten de zorg als geïntegreerd ervaren.

Vertrouwen, respect, openheid zijn belangrijke basiscondities voor samenwerking in eerstelijnszorg, evenals tijd hebben om samen te werken, het belang ervan inzien, en laagdrempelig bereikbaar zijn voor andere zorgverleners. Inspirerend leiderschap, een prettig organisatieklimaat, een efficiënte organisatie, financiële ruimte, kennis van inhoudelijke overlap en het werken onder één dak of in goede netwerken blijken faciliterende factoren om te komen tot multidisciplinaire samenwerking in eerstelijnszorg. Om ook te komen tot kwaliteitsverbetering en het gebruik maken van innovatieve multidisciplinaire zorg blijkt daarnaast een gedeelde missie en visie, formalisatie in samenwerking (structurele MDO's en werken met zorgprotocollen), voldoende evaluatiemomenten gepaard gaande met voldoende discretionaire ruimte, en financiële ruimte belangrijke faciliterende factoren. Patiënten van eerstelijnscentra die deze faciliterende factoren in hoge mate hebben gerealiseerd ervaren de verkregen zorg als meer geïntegreerd.

Kijkend naar de verbinding tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg in de zes eerstelijnscentra blijkt dat daar waar maatschappelijk werk (in vrijwel alle eerstelijnscentra aanwezig) en Wmo-consulenten (slechts in één eerstelijnscentrum aanwezig) aansluiten op bestaande overlegstructuren in de eerstelijnszorg er een goede verbinding en samenwerking ontstaat met de eerstelijnszorg. Patiënten worden hier, volgens de geïnterviewde professionals evenals de patiënten zelf, beter en sneller geholpen. Ook wordt hier dan minder

vaak een externe arts ingeschakeld voor het verkrijgen van de benodigde medische gegevens voor de Wmo-aanvraag. Daar waar Wmo-consulenten niet aansluiten op bestaande overlegstructuren binnen de eerstelijnszorg, wordt de Wmo-zorg als traag en inefficiënt ervaren door patiënten. Betreffende de taakgebieden gezondheidsbevordering en preventieve ouderenzorg (Wpg), waar naar verwachting een inhoudelijke zorgoverlap met eerstelijnszorg bestaat, blijkt de verbinding met eerstelijnszorg nog onvoldoende gelegd. Hier is dus nog veel ruimte voor verbetering.

De gefragmenteerde organisatie van zowel de gemeentelijke basiszorg als de eerstelijnszorg en het gebrek aan coördinatie bij gemeenten tussen de verschillende beleidsterreinen belemmeren de dialoog tussen de verschillende partijen over een mogelijke samenwerking. Daarnaast wordt er een groot cultuurverschil ervaren tussen de eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg. Eerstelijnszorgprofessionals ervaren de gemeenten als star en bureaucratisch, terwijl zij zelf de voorkeur geven aan een pragmatische, flexibele en concrete aanpak. Dit remt veel eerstelijnsprofessionals om de samenwerking met de gemeentelijke basiszorg op te zoeken en zorgt vaak voor onbegrip op de werkvloer. Ook blijkt dat zowel gemeenten als eerstelijnsprofessionals misvattingen hebben over elkaars missie, visie, werkwijzen en belangen. Deze misvattingen zorgen voor een argwanende houding ten opzicht van elkaar en worden gevoed door 1) de financiële schotten in de zorg, die zorgen voor het (financieel) afbakenen van domeinen en samenwerking belemmeren, en door 2) het gebrek aan kennis van elkaars verantwoordelijkheden, werkwijzen en ambities. Het verbinden van eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg kan, met de argwanende houding van de verschillende partijen ten opzichte van elkaar, mogelijk zeer ingewikkeld zijn. Openheid, vertrouwen en respect blijken immers basiscondities om goed te kunnen samenwerken.

Patiënten zien echter een duidelijke meerwaarde van een verbinding tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg. De huisarts, die de patiënt en zijn situatie van a tot z kent, is volgens patiënten de aangewezen persoon om Wmo-consulenten te adviseren over het al dan niet verstrekken van Wmo-voorzieningen. Patiënten vertrouwen bovendien op het oordeel van de huisarts hierin. Daarnaast zijn eerstelijnscentra, volgens patiënten, een uiterst geschikte plek om onder één dak, naast eerstelijnszorg ook gemeentelijke basiszorg aan te bieden.

Om te komen tot een sterkere eerstelijnszorg en een sterkere verbinding tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg worden de volgende concrete aanbevelingen gedaan.

Voor de eerstelijnszorg wordt aanbevolen te komen tot:

- 1) een efficiëntere organisatie van de huisartsenzorg,
- 2) het creëren van meer financiële ruimte voor samenwerking in eerstelijnszorg, en
- 3) het verhogen van management competenties van huisartsen.

Voor het versterken van de verbinding van eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg wordt aanbevolen:

- 1) de misvattingen over elkaar uit de weg te ruimen,
- 2) een gezamenlijk proces in te gaan om te komen tot een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid en ambitie door het sluiten van compromissen,
- 3) te zoeken naar een werkbare populatiedefinitie

- 4) te zoeken naar financiële ontschotting, bijvoorbeeld door een systeem van “shared savings and shared risks” op te zetten waarin sociale wijkteams en eerstelijnszorg samenwerken.

1. Inleiding

Een sterke groei van het aantal ouderen in de bevolking en de hiermee gepaarde gaande stijging van het aantal mensen dat leeft met twee of meer (chronische) ziekten veroorzaakt een sterke toename in de vraag naar zorg in toekomst (Standberg-Larsen, 2011). Daarnaast is er door ontgroening een dalende trend in de beroepsbevolking en zullen de zorgkosten in de toekomst steeds verder stijgen, deels door de stijging in de zorgvraag, maar ook door frequenter gebruik van (duurdere) medische technologieën in de toekomst en veranderingen in beleid en zorgvraag (RIVM, 2014a). Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat zowel de betaalbare als ook de beschikbare zorg onder druk komen te staan, hetgeen een andere organisatie van het zorgaanbod vergt (VWS, 2011). De voortgaande fragmentatie en specialisatie van de gezondheidszorg bemoeilijken tevens het integraal aanbieden van zorg; zorg die zich op de volle breedte van de vraag richt, waarbij niet de aandoening, maar de mens in zijn sociale en fysieke omgeving centraal staat. Een organisatie van zorgaanbod waarbij de zorgvraag én de samenwerking tussen verschillende professionals (multidisciplinaire aanpak) centraal staan is daarom van belang om betaalbare en duurzame zorg van goede kwaliteit te kunnen garanderen in de toekomst. De decentralisaties van overheidstaken met betrekking tot de jeugdzorg en de langdurige zorg voor zieken en ouderen die vanaf 2015 naar gemeenten overgeheveld zullen worden, kunnen als katalysator dienen om de samenwerking tussen zorgprofessionals op lokaal niveau verder vorm te geven of te versterken.

1.1 Belang van een integrale wijkgerichte aanpak

Gezondheid kan worden gezien als een dynamisch evenwicht tussen de context waarin mensen verkeren en hun fysieke en mentale vermogen waarin zij zichzelf (of met behulp van anderen) kunnen verweren tegen verstoringen van dit evenwicht (Huber et al., 2011). Gezondheidsproblemen hebben hierdoor niet alleen betrekking op een medische conditie, maar ook op sociale en fysieke omgevingsfactoren (Mackenbach, 2010). Allianties tussen de meer individugerichte gezondheidszorg, de sociale zorg en de publieke gezondheidszorg zijn daarom van belang, waarin goede leefomstandigheden en een ondersteunende omgeving worden gegarandeerd (Rechel, Doyle, Grundy, & McKee, 2009).

Om ons zorgstelsel betaalbaar en duurzaam te houden is het van groot belang ervoor te zorgen dat mensen zo lang mogelijk gezond en onafhankelijk blijven (Rechel et al., 2009). Een shift van zorg gericht op zieke en onvermogen behandeld in ziekenhuizen en speciale instellingen naar zorg gericht op *preventie van* zieke en onvermogen met een wijkgerichte aanpak is hiervoor nodig. Door zorg en ondersteuning dicht bij mensen te brengen, kunnen (gezondheids)problemen worden voorkomen, of sneller, effectiever en goedkoper worden opgepakt door de mensen zelf of, indien nodig, door zorgverleners (Konings & Van Beek, 2010). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2011 het belang van een wijkgerichte integrale aanpak in de zorg benadrukt vanwege de beoogde decentralisatie van zorg naar gemeenten (VWS, 2011). Gemeenten worden in 2015 verantwoordelijk voor de jeugdzorg, werk en inkomen en de zorg aan langdurig zieken en ouderen. Deze decentralisaties maken het mogelijk voor gemeenten om dwarsverbanden te gaan leggen

tussen de verschillende beleidsterreinen. Een heroriëntatie op gezondheid, zorg en ondersteuning is hierbij van belang, waarin zowel zorg op basis van persoonlijke- en gemeenschapsbehoeften (zorg op maat), als participatie en zelfredzaamheid, een steeds belangrijkere rol spelen (VWS, 28 augustus 2014).

1.2 De rol van eerstelijnszorg in integrale wijkgerichte zorg

In dit onderzoek wordt met eerstelijnsgezondheidszorg de zorg bedoeld, die wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), zoals zorg van de huisarts, tandarts, fysiotherapeut of psycholoog (Zie Tabel 1). Eerstelijnsgezondheidszorg levert zorg dichtbij huis. De huisartsen kunnen als spelverdeler optreden om waar nodig er voor te zorgen dat de zorgvragers de juiste hulp krijgen op de juiste plek, door middel van voorlichting, advisering, begeleiding en behandeling. De eerstelijnsgezondheidszorg dient aan te sluiten op wat zorggebruikers graag willen door vraaggestuurde en op maat gesneden zorg aan de zorgvrager te leveren (LHV-NHG, 2012). Eerstelijnszorgprofessionals leveren naast curatieve zorg ook preventieve zorg om bijvoorbeeld verslechtering te voorkomen (zorggerelateerde preventie zoals bij mensen met chronische ziekten via praktijkondersteuners) of om individuen met een verhoogd risico op te sporen (geïndiceerde preventie) (LHV-NHG, 2012). Een goede samenwerking in de eerste lijn kan een betere taakverdeling opleveren in de eerstelijnszorg, hetgeen in het belang is van de individuele zorgvrager en het collectieve belang. Ook kan een goede samenwerking in de eerstelijnszorg tot een betere afstemming leiden met de langdurige zorg gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, 1968), die vanaf 2015 deels wordt overgeheveld naar gemeenten (Wet maatschappelijke ondersteuning; Wmo). Samenwerking in de eerste lijn, bij voorkeur onder één dak in de zogenoemde eerstelijnscentra, is volgens de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie het sleutelwoord voor verantwoorde zorg (NPCF, 2007). Hierbij kunnen ook rechtstreekse verbindingen gelegd worden met de vangnetfunctie in de buurt die door de wijkverpleegkundige wordt uitgevoerd (Zichtbare Schakels) en de collectieve preventie die door de GGD wordt uitgevoerd. Op deze manier kan vorm worden gegeven aan de wijkgerichte aanpak.

1.3 De rol van gemeentelijke basiszorg in integrale wijkgerichte zorg

De gemeentelijke basiszorg die een belangrijke rol kan spelen in een integrale wijkgerichte aanpak is de zorg geboden vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (Zie Tabel 1). Al in 1990 zijn de taken op het gebied van collectieve preventie vanuit het rijk overgeheveld naar gemeenten en in 2008 is de wetgeving aangescherpt, resulterend in de Wpg. De gemeente heeft op basis van deze wet de taak te zorgen voor een stabiele en goed samenwerkende openbare gezondheidszorg. De wet regelt onder meer de preventieve jeugd- en ouderengezondheidszorg en de infectieziektebestrijding uitgevoerd op gemeentelijk niveau. De wet stelt ook dat deze zorg goed moet aansluiten op de gezondheidszorg die de eerstelijnsgezondheidszorg biedt, oftewel, dat er een goede afstemming moet zijn tussen preventie en curatie. Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'-en) voeren dit in opdracht van de gemeenten uit.

In 2006 is de Wmo ingevoerd, die gemeenten primair verantwoordelijk maakt voor de (maatschappelijke) ondersteuning van hun inwoners. Het doel van de Wmo is dat alle burgers deel kunnen nemen aan de samenleving. Bij die gelegenheid is (een deel van) de huishoudelijke verzorging overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Wmo, gevolgd door de ondersteunende begeleiding vanuit de AWBZ naar de Wmo in januari 2009. Vanaf 2015 zal de activerende begeleiding en dagbesteding vanuit de AWBZ overgeheveld worden naar de Wmo. Daarnaast worden ook het beschermd wonen en de middelen voor inkomensondersteuning en cliëntondersteuning naar de Wmo overgeheveld.

Deze decentralisatie van zorgtaken is vooral ingegeven door de overtuiging dat gemeenten in staat zijn zorg te dragen voor ondersteuning op maat, omdat deze decentrale bestuurslaag het dichtst bij de burger staat en haar inwoners het beste kent. Daarnaast hebben gemeenten veel taken op aanpalende beleidsterreinen (wonen, werk en inkomen), zodat zij in de gelegenheid zijn de noodzakelijke verbindingen te leggen om al doende tot een integrale aanpak van problemen te komen. Vanuit dezelfde sturingsfilosofie zijn opvoedingsondersteuningstaken sinds 2008 ondergebracht bij Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) waarin gemeente, jeugdgezondheidszorg, maatschappelijk werk, bureau jeugdzorg, onderwijs en andere beroepsgroepen dienen samen te werken. Voor zowel Wmo als Wpg geldt dat gemeenten de wet uitvoeren en zij, binnen de wettelijke grenzen, zelf hun eigen beleid bepalen. Tegenover minder regels van het rijk en meer eigen autonomie staat een financiële verantwoordelijkheid voor de gemeenten. Daarom is het voor hen ook van financieel belang zinnige en zuinige ondersteuning te leveren.

Behalve dat gemeenten voor de uitvoering van bovengenoemde wetgeving beschikken over een GGD die vooral zorg draagt voor de Wpg-taken en toewerkt naar een gezondheidsgerichte in plaats van ziektegerichte aanpak (RVZ, 2010), zijn gemeenten sinds 2010 vooral gericht op het zelf indiceren op basis van een ‘gekantelde werkwijze’: niet de aanvraag voor een voorziening staat centraal, maar de achterliggende (zorg)vraag van de burger in zijn sociale omgeving (VNG, Project De Kanteling). De kantelingsgedachte is bedoeld om gemeenten te ondersteunen bij het invullen van de compensatieplicht van de Wmo. Gemeenten worden hierdoor verplicht burgers met een aantoonbare beperking, chronisch psychisch probleem of psychosociale problemen, die moeilijkheden ondervinden bij zelfredzaamheid of maatschappelijke participatie, te compenseren.

Eerstelijnsgezondheidszorg	Gemeentelijke basiszorg	
<i>Zorg gefinancierd vanuit Zorgverzekeringswet (ZvW; zowel basis als aanvullend)</i>	<i>Zorg gefinancierd vanuit Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)</i>	<i>Zorg gefinancierd vanuit Wet publieke gezondheid (Wpg)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Huisartsenzorg • Wijkverpleging • Paramedische zorg (zoals fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, etc.) • Eerstelijnspsychologie • Apotheekzorg • Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maatschappelijk werk • Ondersteunende zorg vanuit het Wmo-loket • Preventiegerichte ondersteuning van kinderen en ouders bij het opvoeden 	<ul style="list-style-type: none"> • Gezondheidsbevorderingen • Preventieve ouderenzorg • Jeugdgezondheidszorg • Epidemiologie

Tabel 1. Eerstelijnsgezondheidszorg en gemeentelijke basiszorg zoals meegenomen in het huidige onderzoek

1.4 Doelstellingen van dit onderzoek

Het integraal én lokaal (bv. op wijkniveau) aanbieden van eerstelijnsgezondheidszorg, sociale zorg (maatschappelijke zorg en ondersteuning) en publieke gezondheidszorg wordt gezien als essentieel om te komen tot zinnige en zuinige zorg. Deze integratie van zorg zou kunnen leiden tot efficiëntere zorg, lagere zorgconsumptie, minder gebruik van dure zorg en betere kwaliteit van zorg (bv., RVZ, 2010; Soeters & Verhoeks, 2011). Maar samenwerkingsverbanden tussen eerstelijnspartijen en gemeenten, dan wel de door gemeenten aangewezen uitvoeringsorganisaties, zijn niet vanzelfsprekend. Ook is er tot nu toe weinig bekend over hoe deze partijen een gezamenlijke wijkgerichte aanpak tot stand kunnen brengen. Daarnaast zorgen de verschillen in wet- en regelgeving, financiering, cultuur, aanpak en doelstellingen van de verschillende partijen en organisaties voor verschillende belevingswerelden met elk hun eigen taal, vragen en dilemma's (Koelen, 2012). Meer inzicht is daarom nodig in factoren die een rol spelen bij het tot stand brengen van een effectieve samenwerking tussen eerstelijnszorgprofessionals en maatschappelijke en gemeentelijke organisaties.

Dit onderzoek heeft de samenwerking tussen deze partijen onderzocht vanuit zes verschillende eerstelijnscentra (centra waar meerdere eerstelijnszorgdisciplines in verschillende samenwerkingsvormen zorg verlenen), in drie verschillende gemeenten in de regio Parkstad, Zuid-Limburg. De gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg die in dit onderzoek zijn meegenomen staan vermeld in Tabel 1. Dit onderzoek richt zich alleen op formele zorg en laat de informele zorg uitgevoerd door vrijwilligers buiten beschouwing. In dit onderzoek staat de volgende vraagstelling centraal:

Hoe kunnen eerstelijnscentra de multidisciplinaire samenwerking versterken en hoe kunnen zij de zorg beter afstemmen op en integreren met de gemeentelijke basiszorg betreffende Wmo en Wpg?

Op basis van bestaande kennis ten aanzien van samenwerking (Kaats & Opheij, 2012; Koppenjan & Klijn, 2004; Tjemkes, Vos, & Burgers, 2012; Van Delden, 2009) heeft dit onderzoek zich gericht op financiële, organisatorische, culturele, fysieke en inhoudelijke factoren die mogelijk een belangrijke rol spelen bij samenwerking. Om antwoord te kunnen geven op de centrale onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen uitgewerkt:

1. *Hoe hebben de zes eerstelijnscentra uitvoering gegeven aan multidisciplinaire eerstelijnszorg en welke kritische succesfactoren in termen van fysieke, organisatorische, inhoudelijke, culturele en financiële aspecten spelen hierbij een rol?*
2. *Hoe hebben deze zes eerstelijnscentra aansluiting kunnen vinden bij het gemeentelijk basiszorgbeleid?*
3. *Welke fysieke, organisatorische, inhoudelijke, culturele en financiële aspecten zijn van belang als het gaat om het integreren van gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg?*
4. *Wat merkt de thuiswonende patiënt van multidisciplinaire eerstelijnszorg die al dan niet in samenhang met gemeentelijke basiszorg wordt uitgevoerd?*

De resultaten van dit onderzoek dienen inzicht te geven in hoe we meer samenhang kunnen aanbrengen tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en het gemeentelijk beleid gericht op gezondheid, welzijn en zelfredzaamheid van burgers. Ook zullen concrete aanbevelingen hiervoor worden geformuleerd.

Na deze inleiding (hoofdstuk 1) volgt een beschrijving hoe het onderzoek is uitgevoerd (hoofdstuk 2). Vervolgens zullen in hoofdstuk 3, per deelvraag, de resultaten worden beschreven. Hoofdstuk 4 sluit af met de conclusie en aanbevelingen.

2. Methode

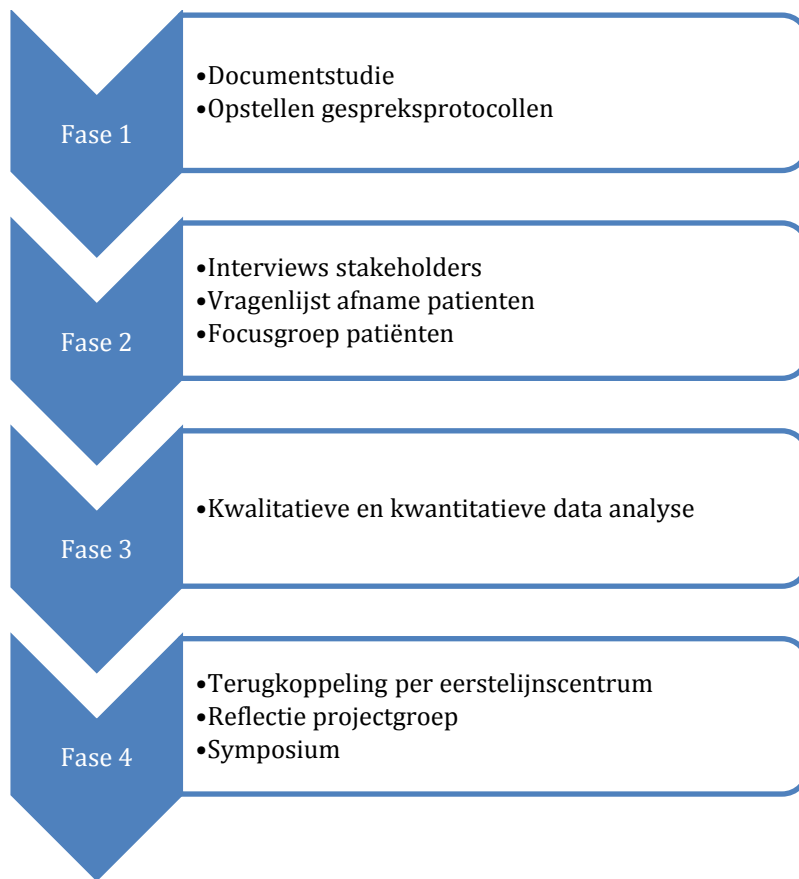
2.1 Studie design en selectie van eerstelijnscentra

Deze studie heeft gebruik gemaakt van een 'multiple case-study design' (Yin, 1994) met een 'mixed-method' benadering waarin zowel kwalitatieve als kwantitatieve data zijn gebruikt. Voor deze onderzoeksmethode is gekozen omdat in dit onderzoek de 'wat' en 'hoe' vragen beantwoord dienen te worden, de onderzoekers geen invloed hebben gehad op de samenwerkingsverbanden en het een onderzoeksvraag betreft die in de dagelijkse werkelijkheid plaatsvindt (Yin, 1994). Daarnaast biedt een 'case-study design' de mogelijkheid om het operationele (micro) niveau, de acties en percepties van individuele professionals, te verbinden aan structuren van instellingen met hun gerelateerde wet- en regelgeving op een hoger (macro) niveau (Neuman, 2011). In totaal hebben zes eerstelijnszorgcentra uit drie gemeenten in de Regio Parkstad (Zuid-Limburg) deelgenomen aan het onderzoek. De eerstelijnszorg speelt een belangrijke rol in het realiseren van integrale zorg en om deze reden zijn de eerstelijnscentra gekozen als eenheid van analyse en zijn van hieruit de onderlinge samenwerkingsrelaties onderzocht. De zes eerstelijnscentra zijn gekozen omwille van hun diversiteit in het integraal aanbieden van wijkgerichte zorg.

2.2 Onderzoeksfasen

a. Fase 1: Voorbereidende fase

In de eerste fase van het onderzoek (Figuur 1) is er een documentstudie uitgevoerd en zijn de gespreksprotocollen voor de interviews opgesteld. Hiervoor zijn de beschikbare, meest recente documenten die inzicht boden in beleid, missie, visie, huidige samenwerkingsverbanden en werkwijzen van de eerstelijnszorgcentra en gemeenten opgevraagd bij de relevante contactpersonen (zie Tabel 2 voor een overzicht van de geïnccludeerde documenten). Aan de hand van documentanalyses en resultaten verkregen uit eerder wetenschappelijk onderzoek (Kaats & Opheij, 2012; Koppenjan & Klijn, 2004; Tjemkes et al., 2012; Van Delden, 2009) is vervolgens een semigestructureerd gespreksprotocol opgesteld voor de interviews. Een natuurlijke gespreksstroom is hierbij zo veel als mogelijk gevolgd. In dit protocol werd de rol van fysieke, inhoudelijke, organisatorische, culturele en financiële aspecten in samenwerking tussen de stakeholders verder uitgediept. Er zijn aparte gespreksprotocollen opgesteld voor eerstelijnsprofessionals en voor mensen werkzaam bij gemeenten en zorgverzekeraar, gelet op hun functie en verantwoordelijkheden. Gespreksprotocollen kunnen worden opgevraagd bij de eerste auteur van dit rapport.



Figuur 1. Schematische weergaven van de onderzoeksfasen

b. Fase 2: Dataverzameling

In de tweede fase is er per eerstelijnscentrum een stakeholderanalyse uitgevoerd waarin zowel eerstelijnsprofessionals als mensen werkzaam bij gemeenten en de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel zijn geïnterviewd. Ook is in deze fase een focusgroep voor patiënten georganiseerd en zijn er vragenlijsten bij patiënten afgenomen. Tabel 2 geeft een overzicht van het aantal diepte-interviews en vragenlijsten dat zijn afgenomen.

Alle interviews duurden 1 tot 1,5 uur, zijn met toestemming opgenomen en werden afgenomen in de periode van mei 2013 tot en met mei 2014. Eerstelijnsprofessionals werden geselecteerd naar gelang hun werkzaamheden in of met de eerstelijnscentra. Er zijn ten minste twee huisartsen per eerstelijnscentrum geïnterviewd, bestuursleden indien aanwezig, praktijkmanagers indien aanwezig en minimaal 3 verschillende andere disciplines. Met betrekking tot gemeenten zijn de uitvoerende ambtenaren, verantwoordelijke beleidsambtenaren en wethouders ofwel teamleiders van de afdelingen betreffende Wmo en Wpg geïnterviewd. Bij de zorgverzekeraar zijn er zowel mensen op operationeel niveau (eerstelijnszorginkopers) als op tactisch niveau (programmamanager zorginnovaties) geïnterviewd. In totaal zijn er 71 stakeholders geïnterviewd. Het merendeel van de interviews betrof eerstelijnszorgverleners (n = 53), gevolgd door welzijnswerkers en Wmo-consulenten (n = 4), projectleiders en beleidsambtenaren (n = 8) en wethouders ofwel teamleiders (n = 3) werkzaam bij gemeenten en de zorgverzekeraar (n = 3).

De focusgroep met patiënten is uitgevoerd om, naast de verkregen kwantitatieve gegevens uit de vragenlijsten (n=3908), nog beter zicht te krijgen op het patiëntperspectief ten aanzien van de samenwerking tussen gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg. Het patiëntperspectief is in kaart gebracht aan de hand van hun ervaringen en door hen te laten reageren op concrete voorbeelden. De gegevens verkregen uit de documentanalyse en interviews met zorgprofessionals zijn gebruikt om deze concrete voorbeelden invulling te geven. Zes patiënten geïnccludeerd in de focusgroep (aantal vrouwen = 4, leeftijdsrange 46 tot en met 82) die zowel van gemeentelijke basiszorg als eerstelijnszorg gebruik gemaakt hadden in het laatste half jaar.

c. Fase 3: Data analyse

De resultaten van de interviews, focusgroep en vragenlijsten zijn vervolgens geanalyseerd (Figuur 1; fase 3). De audiofragmenten van de interviews zijn getranscribeerd en geanalyseerd met het kwalitatieve analysepakket NVIVO10 (QSR, 1999–2011). Eerst zijn alle interviews gecodeerd met betrekking tot het eerste eerstelijnscentra. Dit hebben twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Hierbij is gebruik gemaakt van inductief axiaal coderen (coderen op thema's) binnen een deductief codeer schema waarin tekstsecties werden toegeschreven aan fysieke, inhoudelijke, financiële, organisatorische, en culturele aspecten met betrekking tot samenwerking. Om de betrouwbaarheid van interpretatie van tekstsecties te verhogen hebben de twee onderzoekers in een tweede stap alle gecodeerde tekstsecties van het eerste eerstelijnscentra besproken waarbij inconsistenties in het coderen werden opgelost aan de hand van discussie. Het codeerschema dat resulteerde vanuit het eerste eerstelijnscentra is vervolgens gebruikt om de resterende resultaten te coderen. Nieuwe thema's werden daarbij altijd weer besproken en bediscussieerd. De hoofdthema's die naar voren kwamen in de focusgroep afgenomen bij patiënten werden samengevat door de onderzoeker en een onafhankelijke observator. De gegevens verkregen uit de kwantitatieve vragenlijsten afgenomen bij patiënten worden momenteel geanalyseerd met inbreng van Harvard deskundigen die de vragenlijst ontwikkeld hebben. Harvard deskundigen hebben veel expertise over de interpretatie van de totaalscores. De resultaten worden in separate publicaties opgetekend.

d. Fase 4: Terugkoppeling, reflectie en verspreiding onderzoeksresultaten

Een aparte terugkoppeling van de resultaten is voor ieder eerstelijnscentrum gerealiseerd waarin de mogelijkheid geboden werd om te kunnen reflecteren op de verkregen resultaten (Figuur 1; fase 4). De projectgroep betrokken bij dit onderzoek heeft vervolgens twee keer gezamenlijk gereflecteerd op de totale resultaten verkregen uit dit onderzoek. Als laatste is er een symposium voor alle stakeholders georganiseerd om de resultaten van het onderzoek te presenteren en mogelijkheden voor samenwerking te exploreren.

Eerstelijnscentra	Patiënten	Eerstelijnszorg	Gemeenten	Zorgverzekeraar
	Aantal vragenlijsten	Interviews en documenten	Interviews en documenten	Interviews en documenten
1	n = 283	Professionals (n = 13): <ul style="list-style-type: none"> - Huisartsen (v*, m*, m) - Officemanager (v*) - Praktijkassistente (v*) - Praktijkondersteuning (v, v) - Fysiotherapie (v, m) - Verloskunde (v) - Osteopathie (m) - Psychologie (v) - Thuiszorg (v) Documenten: <ul style="list-style-type: none"> - Plannen & projecten - Jaarverslag - Nieuwsbrief 	Professionals (n = 7): <ul style="list-style-type: none"> - Afdelingshoofd maatschappelijke dienst (v) - Coördinator CJG (v) - Projectleider sociale wijkteams (v) - Beleidsmedewerker welzijn en gezondheidsgedrag (v) - Wmo-consulent (v) - Maatschappelijk werker (m) - SPVer (v) Documenten: <ul style="list-style-type: none"> - rVTV - MSiP - Beleidskader Sociaal Domein 	Professionals: <ul style="list-style-type: none"> - Eerstelijnszorg-inkopers (m, m) - Programmamanager zorginnovatie (v) Documenten: <ul style="list-style-type: none"> - Het inkoopbeleid van CZ Integrale zorg-programma's 2014 - M&I module ouderenzorg 2013 - Regioregie; Betere en betaalbare zorg door samenwerking in uw regio - Samenwerken tussen gemeenten en CZ; differentiatie en maatwerk - Zowel model 2013
2	n = 802	Professionals (n = 8): <ul style="list-style-type: none"> Huisartsen (v, m) Praktijkassistente (v) Praktijkondersteuning (v, v) Verpleegkundig specialist (v) Thuiszorg (v, v) Documenten: <p><i>Geen beschikbaar</i></p>		
3	n = 906	Professionals (n = 9): <ul style="list-style-type: none"> - Huisartsen (m*, v) - Praktijkmanager (v*) - Praktijkassistente (v) - Praktijkondersteuning (v, v) - Fysiotherapie (m*, v) - Apotheek (m*) Documenten: <ul style="list-style-type: none"> - Zorgaanbodplan - Kwaliteitsjaarverslag - Nieuwsbrief 	Professionals (n = 5): <ul style="list-style-type: none"> - Wethouder Wmo, Wpg (m) - Senior beleidsmedewerker Wmo, Wwb (m) - Beleidsmedewerker Wpg (m) - Beleidsmedewerker Wwb (v) - Wmo-consulent (v) Documenten: <ul style="list-style-type: none"> - rVTV - Lokaal uitvoeringsprogramma gezondheidsbeleid & wmo - Gemeentelijk wmo-model 	
4	n = 589	Professionals (n = 10): <ul style="list-style-type: none"> - Huisartsen (v, m) - Praktijkassistente (v) - Praktijkondersteuning (v, v, v) - Fysiotherapie (m) - Apotheek (m) - Logopedie (v) - Ergotherapie (v) Documenten: <p><i>Geen beschikbaar</i></p>		
5	n = 400	Professionals (n = 6): <ul style="list-style-type: none"> - Huisartsen (v*, v) - Praktijkmanager (v*) - Praktijkondersteuning (v) - Praktijkassistente (v) - Apotheker (v) Documenten: <ul style="list-style-type: none"> - Zorgaanbodplan - Kwaliteitsjaarverslag 	Professionals (n = 3): <ul style="list-style-type: none"> - Wethouder Wmo, Wpg (m) - Beleidsambtenaar Wmo, Wpg (v) - Beleidsambtenaar integraal beleid en regie (v) Documenten: <ul style="list-style-type: none"> - rVTV - Uitvoeringsprogramma gemeentelijk gezondheidsbeleid - Kadernotitie Samenleven; Omvorming van het sociale domein 	
6	n = 928	Professionals (n = 7): <ul style="list-style-type: none"> - Huisartsen (m*, m*) - Praktijkmanager (v*) - Praktijkondersteuning (v, v) - Praktijkassistente (v) - Apotheker (v) Documenten: <ul style="list-style-type: none"> - Zorgaanbodplan - Kwaliteitsjaarverslag 		
Totaal	n = 3908	n = 53	n = 13	n = 3

Tabel 2. Overzicht van het aantal interviews, documenten en vragenlijsten afgenomen bij eerstelijnsprofessionals, drie gemeenten en een zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel.

Voetnoot: m = man; v = vrouw; * deel van management of bestuur; rVTV = regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning

3. Resultaten

Om de centrale vraagstelling “Hoe kunnen eerstelijnscentra de multidisciplinaire samenwerking versterken en hoe kunnen zij de zorg beter afstemmen op en integreren met de gemeentelijke basiszorg?” te kunnen beantwoorden staan de deelvragen centraal, zoals beschreven in paragraaf 1.4 in de inleiding. Alle resultaten zijn beschreven op basis van de gegevens verkregen uit de interviews.

3.1 Deelvraag 1: Multidisciplinaire eerstelijnszorg

Het hebben van tijd om te kunnen samenwerken (zoals het bijwonen van overleggen of het uitwerken van projecten waarin multidisciplinair wordt samengewerkt) bleek essentieel om te kunnen samenwerken. Als je structureel wilt samenwerken met andere professionals, moet er eerst worden geïnvesteerd in tijd, voordat het mogelijk tijdsinstaat kan opleveren. Door de hoge caseload van patiënten die voornamelijk in de huisartsenpraktijk ervaren wordt, is tijd om samen te werken schaars. Echter, een aantal factoren kunnen de mogelijkheden voor professionals om toch tijd te kunnen vrijmaken voor samenwerking positief beïnvloeden. Welke financiële, organisatorische, culturele, fysieke en inhoudelijke aspecten een rol spelen bij multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg (deelvraag 1) zal worden beschreven in de volgende paragrafen. Box 1 (pagina 27) geeft een overzicht van de aspecten die uit dit onderzoek naar voren komen.

3.1.1 Financiële aspecten

a. Financiering als voorwaarde voor uitvoeren extra zorg

Uit de interviews kwam duidelijk naar voren dat financiering cruciaal is als het gaat om samenwerken tussen eerstelijnszorgprofessionals. Ten eerste is de tijd die men investeert in samenwerken (bijvoorbeeld het bijwonen van multidisciplinaire overleggen) geen betaalde tijd en wordt dus niet direct financieel vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Dit kan de intrinsieke motivatie van eerstelijnszorgprofessionals om tijd vrij te maken voor overleggen en samenwerking verlagen.

Illustreerende citaten ‘overlegtijd is geen betaalde tijd binnen eerstelijnszorg’

“Ik denk dat iedereen enorm veel goede wil heeft maar het tijdsaspect hen beperkt in hun (zorgverleners) samenwerking en tijd is geld.” (Gemeente)

“Ze denken ook, elk uur dat ik aan overlegtijd besteed kan ik niet aan patiëntencontacten besteden. Dat kost mij dus gewoon consult, dat kost ook gewoon tijd. De beloningsstructuur werkt ook niet heel erg mee aan tijd maken voor niet patiëntgebonden taken.” (Zorgverzekeraar)

“Nee, krijg je niks voor, geen rooie cent, nee geen enkel overleg wordt gehonoreerd, geen enkel, dat is tijd die... ja weet je, je hebt tijd in je werk waarin je echt productie maakt en je hebt tijd die je nodig hebt om die productie te maken.” (Eerstelijnsprofessional)

Ten tweede, kan financiering van de zorgverzekeraar de samenwerking ook positief sturen. Alleen in de eerstelijnscentra waarbinnen gebruik werd gemaakt van extra financiering die buiten de reguliere zorg valt, zoals Geïntegreerde Eerstelijns-Zorggelden (GEZ-gelden) en M&I (Modernisering en Innovatie) modules van de zorgverzekeraar of subsidies vanuit ZonMw, werd er extra zorg in de vorm van multidisciplinaire projecten en samenwerkingsverbanden geboden. Er is dus financiële ruimte nodig om tijd te kunnen steken in samenwerken

en het aanbieden van extra zorg. De eerstelijnscentra die gebruik maakten van GEZ-gelden hadden *innovatie van zorg* als een van hun speerpunten én een structureel multidisciplinair overleg (MDO) gerealiseerd, wat tevens een van de voorwaarden was voor het verkrijgen van financiering van de zorgverzekeraar. De eerstelijnscentra die geen gebruik maakten van GEZ-gelden en/of M&I modules konden of wilden niet voldoen aan de voorwaarden die de zorgverzekeraar hiervoor stelde. Bovendien wordt een groot deel van de M&I financiering pas achteraf vergoed, als de resultaten inzichtelijk zijn en naar tevredenheid van de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars willen met deze voorwaarden de kwaliteit van zorg voor patiënten waarborgen. Professionals binnen de eerstelijnscentra die geen gebruik maakten van extra financiering van de zorgverzekeraar, gaven aan dat zij de mogelijk beschikbare financiële middelen niet vonden opwegen tegen de voorwaarden die de zorgverzekeraar hieraan stelden.

Illustreerende citaten ‘financiering essentieel voor samenwerking’

“Het hangt ook wel mede af van een stukje subsidiëring vanuit overheidswegen of het project door kan gaan of niet.” (Eerstelijnsprofessional)

“Nu met de stichting hebben ze dan een potje vanuit de zorgverzekeraars waarvan ik ook gelden krijg. Dat is heel belangrijk voor mij, want anders dan wordt het niet betaald en ben ik er te veel tijd aan kwijt.” (Eerstelijnsprofessional)

Illustreerende citaten ‘voorwaarden aan financiering zorgen voor drempel gebruik extra gelden’

“Maar als ze bijvoorbeeld geen zorgplan hebben voor die patiënt die geïnccludeerd is, dan houdt het op. Dan krijgen ze er geen vergoeding voor, want dat was een van de afspraken. Ook als ze geen mensen met polyfarmacie, als ze geen check hebben gedaan, dan is voor die patiënt toch niet de zorg geleverd die wij vinden dat geleverd had moeten worden aan die groep patiënten. De kwetsbare ouderen.” (Zorgverzekeraar)

“We hebben een paar mogelijkheden om de samenwerking wat te stimuleren maar we hebben in eerste instantie zoets; dat je elkaar snel vindt op de gang is voor ons geen extra financiering waard. Wij vinden dat het zo zou moeten horen als je bij elkaar in hetzelfde gebouw zit. Op het moment dat je echt gaat kijken hoe de regio eruit ziet en hoe de wijk waarin ik zit er uit ziet; Hoe is die demografisch gezien opgebouwd? Wat is de status van de wijk? Als je daar echt protocollaire afspraken over maakt: ‘Zo gaan we deze bevolking helpen’, dan komen de GEZ-gelden kijken. Dus vanaf samenwerking tot echt gestructureerd eerstelijnsamenwerkingsverband, daar zit nog heel wat tussen.” (Zorgverzekeraar)

“De grote bottleneck is dan geweest dat de zorgverzekeraar daar (GEZ-gelden) toch hoge eisen aan stelt hoe je daar vorm aan moet geven. Verslaglegging van projecten, jaarverslagen,.. dat we daar toch het idee van hadden dat daar toch wel heel veel tijd in gaat zitten.” (Eerstelijnsprofessional)

Samenvattend kan worden gesteld dat de zorgverzekeraar die vanuit de ZvW de eerstelijnszorg financiert richting geeft aan a) welke extra zorg er wordt geboden binnen de eerstelijnszorg en b) op welke manier deze zorg wordt aangeboden (aan de hand van voorwaarden); dus wie betaalt, bepaalt. De zorgverzekeraar geeft aan te beschikken over zogenoemde publieke gelden waarmee absoluut geen enkel risico mag worden genomen. Volgens zorgverzekeraars moeten zij de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor hun patiënten waarborgen en vergoeden zij in het basispakket uitsluitend evidence-based zorg die kosteneffectief is bevonden. Er is beperkt ruimte voor *niet* evidence-based zorg en bij zorginnovaties zullen de uitkomsten, volgens de zorgverzekeraar, moeten opwegen tegenover de financiële investering die gemaakt wordt.

3.1.2 Aspecten met betrekking tot organisatie van zorg

Tijd voor multidisciplinaire samenwerking, die nu vaak ontbreekt bij huisartsen, kan worden gecreëerd door een efficiëncyslag te maken in de organisatie van de zorg binnen de huisartsenpraktijk. Een aantal factoren kwam naar voren om deze efficiëncyslag te kunnen maken.

a. Delegeren van zorgtaken

Door de taken binnen de huisartsenpraktijk efficiënter in te delen tussen de verschillende zorgverleners (huisartsen, assistenten, praktijkondersteuners, verpleegkundig specialist) en door zorgtaken te delegeren kan men binnen de huisartsenpraktijk meer patiënten op kortere termijn zien (Box 1b, pagina 27). Met het delegeren van zorgtaken wordt bedoeld dat zorgtaken die minder complex zijn binnen de huisartsenzorg (bv. wratten aanstippen, oren uitspuiten, chronische zieke patiënten begeleiden, etc.) over worden gedragen aan assistenten en praktijkondersteuners (POH's). Hierdoor heeft de huisarts meer tijd voor complexe casuïstiek. Bovendien maakt het delegeren van taken het inhoudelijk werk van bijvoorbeeld assistenten interessanter en leuker.

Illustrenderende citaten 'resultaten delegeren van zorg binnen eerstelijnszorg'

"Als je het beter organiseert, dat kan ook geld opleveren. Doordat ik beter organiseer, doordat ik mijn praktijkondersteuners heb opgeleid zodat die veel meer kunnen doen dan praktijkondersteuners die elders zijn. Ik heb bij ons de assistentes heel goed opgeleid dus die kunnen veel meer doen dan de assistentes ergens anders doen. Hier doen ze gewoon spreekuur." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Als ik nou echt in een praktijk alleen de telefoon aanneem en het administratieve werk zou moeten doen, dan weet ik niet of ik het zo interessant zou vinden. Het nodigt ook wel uit en het daagt ook wel uit om, doordat de groep zo groot is, disciplines uit te breiden, om daar een zo goed mogelijk... ook variatie in te brengen voor de assistenten. Ik denk dat dat het wel interessant houdt." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Ik denk dat het voor personeel zo is dat als jij wilt en als je kunt, ligt er meer uitdaging" (Eerstelijnszorgprofessional)

Ook het uitoefenen van triage door huisartsassistenten kan worden gezien als het delegeren van zorgtaken. Aan de hand van triage vragen assistenten op een gestructureerde wijze de zorgvraag van de patiënt uit, zodat de patiënt door de juiste zorgverlener op het juiste tijdstip geholpen kan worden. Goede triage kan tevens consulttijd schelen voor de huisarts. Echter, sommige huisartsen geven aan dat triage mogelijk een brede kijk op de patiënt belemmert en prefereren een meer holistische aanpak, waar de mens in plaats van de klacht centraal staat. Ook geven sommige eerstelijnsprofessionals aan dat patiëntpopulaties met een lage sociaal economische status en/of hoge laag-geletterdheid, de triage uitgevoerd door assistenten moeilijker accepteren.

Illustrenderende citaten 'triage belemmert mogelijk een holistische aanpak'

"Mensen willen zorg, maar ze komen met een vraag. En die vraag moet je al dan niet honoreren. Dat is de taak van de huisarts. Als je dat wil blijven doen dan zou je toch de brede kijk en brede toegankelijkheid moeten houden." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Het is niet een schouder die binnenkomt, er komt iemand binnen met een probleem." (Eerstelijnszorgprofessional)

Illustrenderende citaten 'triage moeilijker bij bepaalde populatie groepen'

"We hebben ook een tijd lang geprobeerd om het veel beter uit te laten vragen door de assistentes, maar patiënten nemen daar geen genoegen mee. Sommige willen helemaal niet aan de assistente vertellen waar ze voor komen." (Eerstelijnszorgprofessional)

Het is van belang om te benadrukken dat het delegeren van zorgtaken binnen de eerstelijnszorg *niet* leidt tot zuinigere zorg. De zorgtaken die praktijkassistenten en -ondersteuners overnemen van de huisartsen worden

op basis van hetzelfde tarief vergoed. De zorg wordt echter wel toegankelijker voor de patiënt; patiënten kunnen sneller gezien worden. Voorwaarden voor het goed delegeren van zorgtaken is wel dat de huisarts zijn personeel goed schoolt en begeleidt om de zorgtaken die zij overnemen goed uit te kunnen voeren. Het delegeren van zorgtaken kan de huisarts ook faciliteren in de tijd die geïnvesteerd kan worden in multidisciplinair samenwerken. Echter, het delegeren van zorgtaken zorgt er ook voor dat de huisarts steeds meer de rol als manager moet gaan invullen, immers de praktijkassistenten en –ondersteuners hebben ook voldoende begeleiding van de huisarts nodig.

b. Delegeren van niet-patiëntgebonden taken

De huisartsen die voldoende tijd hadden om deel te nemen aan multidisciplinaire samenwerking, hadden alle niet-patiëntgebonden taken gedelegeerd naar een office- of praktijkmanager (Box 1b, pagina 27). Niet-patiëntgebonden taken zijn bijvoorbeeld taken in relatie tot personeelsbeheer, gebouwbeheer, huurcontracten met derden, salarisafhandeling, afhandeling van VIM (Verantwoord Incidenten Melden), zorgdragen voor interne communicatie, dienen als aanspreekpunt voor externe partijen, etc. In een aantal eerstelijnscentra waren de taken van de praktijkmanager nog breder gedefinieerd en faciliteerde deze ook inhoudelijk in het uitschrijven van projectideeën en protocollen en bood ondersteuning in het realiseren van de accreditatie. Het delegeren van niet-patiëntgebonden taken creëert tijd bij huisartsen die inhoudelijk kan worden gestoken in het uitvoeren van daadwerkelijke multidisciplinaire zorg.

Illustrenderende citaten ‘delegeren niet-patiëntgebonden taken levert tijd op voor eerstelijnszorgverleners’

“Ja ze (praktijkmanager) verricht haar taken super, vooral op inhoudelijk gebied denk ik dat zij een kei is. Ze neemt gigantisch veel werk uit handen. Dat zouden we niet over kunnen nemen, dat is onmogelijk.” (Eerstelijnszorgprofessional)

“Ja, als je dat (een praktijkmanager) niet hebt dan zal het heel erg moeilijk zijn. Of je moet dan een huisarts of een fysiotherapeut of een apotheker vrijmaken om dat soort dingen te gaan doen, maar over het algemeen zijn die daar niet voor opgeleid en dan heb je al een probleem. Dan moet je daar al feeling voor hebben.” (Eerstelijnszorgprofessional)

c. Efficiënte taakverdeling tussen huisartsen

De rol als manager die de huisarts er met de komst van praktijkondersteuners en assistenten bij heeft gekregen, is een rol waarvoor hij niet direct is opgeleid en die tijd kost. Indien er een samenwerkingsverband bestaat tussen verschillende huisartsen kan men ervoor kiezen deze management taken te verdelen, bijvoorbeeld door het superviseren van praktijkondersteuners te verdelen onder de verschillende huisartsen (Box 1b, pagina 27). Ook zien we in alle eerstelijnscentra terug dat verschillende huisartsen binnen een gezondheidscentrum kiezen voor hun eigen expertiseterrein (bv. gynaecologie of plastische chirurgie) waardoor er een groter zorggebied kan worden bediend met meer specialistische kennis.

Illustrenderend citaat ‘efficiënte taakverdeling tussen huisartsen levert tijd op’

“Omdat ik natuurlijk ook een taakverdeling heb kunnen maken naar mijn collega’s toe waardoor ik niet bij elk overleg hoef plaats te nemen. Dat zou ik ook niet willen. Dan houd ik te weinig tijd over voor mijn eigen patiënten.” (Eerstelijnszorgprofessional)

d. Manier van overleggen

Eerstelijnszorgverleners werken voornamelijk op operationeel niveau en hebben baat bij praktijkgerichte overleggen op casusniveau om hun werk goed uit te kunnen voeren. Aangezien overlegtijd onbetaalde tijd is voor eerstelijnszorgprofessionals, is het van groot belang dat een multidisciplinair overleg (MDO) efficiënt verloopt en dit is ook terug te vinden in de manier van overleggen in de eerstelijnszorg (Box 1b, pagina 27). Verschillende factoren die kunnen bijdragen aan efficiënt overleggen kwamen naar voren in de interviews. Ten eerste bleek een goede, inhoudsdeskundige voorzitter belangrijk die structuur biedt aan het overleg door a) van tevoren de casussen te inventariseren (agenda), b) de tijd voor een overleg beperkt houdt (tijdsdruk verhoogt efficiëntie) en c) erop let dat zorgverleners niet de casus maar hun zorgvraag aan andere zorgverleners centraal stellen om te kunnen komen tot efficiënte onderlinge afstemming. Ook bleek een modus voor gezamenlijke dossiervorming (bv. gegevens en actiepunten direct notuleren in het Huisarts Informatie Systeem) belangrijk om ook in volgende overleggen terug te kunnen komen op gemaakte afspraken en om iedereen goed geïnformeerd te houden.

Illustrerende citaten 'efficiënt overleggen'

"..dat hoeft vooral ook niet langer want dan wordt die minder efficiënt en je moet er een tijdsdruk op houden want elk overleg kan 2 uur duren, moet je niet doen." (Eerstelijnszorgprofessional)

"mijn analyse daarvan is, als hulpverlener heb je een hulpvraag, want je komt er zelf niet uit, en als je dan efficiënt wil overleggen dan moeten die hulpverleners hun eigen hulpvraag zo goed van te voren formuleren" (Eerstelijnszorgprofessional)

"Op het moment dat je vakinhoudelijk bezig bent heel erg 'to the point', strak. Ja inhoudelijk gezien wel heel erg strak, duidelijk, rechttoe rechtaan maar wel in een setting die het ook toelaat informeel met elkaar om te gaan en kansen te bieden voor mensen om een vraag te stellen of om samen ergens naar te kijken." (Eerstelijnszorgprofessional)

e. Mate van formalisatie in samenwerking; structurele MDO's en zorgprotollen

Het formaliseren van samenwerkingsprocessen bleek de samenwerking positief te beïnvloeden (Box 1b, pagina 27). In de eerstelijnscentra waar samenwerking geformaliseerd was werd er meer multidisciplinair samengewerkt en werden meer multidisciplinaire projecten uitgevoerd. Een van de belangrijkste aspecten van het formaliseren van samenwerkingsprocessen is het organiseren van een frequent (wekelijks of tweewekelijks) structureel (MDO). Dit MDO biedt niet alleen de mogelijkheid om individuele casuïstiek multidisciplinair te bespreken, maar biedt tevens de mogelijkheid om groepen patiënten te identificeren waarvoor protocollen of richtlijnen kunnen worden ontwikkeld. Deze richtlijnen geven sturing op de werkvloer (procesgestuurde organisatie) waardoor er aan deze groepen patiënten efficiëntere en kwalitatief betere zorg kan worden geleverd. Een structureel MDO verhoogt ook de zelfreflectie bij zorgverleners betreffende hun zorgverlening en verhoogt de continuïteit in de zorg en het vertrouwen in de samenwerking, omdat er kan worden teruggekomen op gemaakte afspraken. Ook verhoogt het deelnemen aan een structureel MDO de sociale cohesie in het multidisciplinaire team, waardoor zorgverleners het gevoel krijgen er 'niet alleen voor te staan' en zo beter kunnen omgaan met de psychologische werkdruk.

Illustrerende citaten 'voordelen van formalisatie in samenwerking'

"Wat ik er voor mezelf uithaal, als ik bedenken, je kunt zeggen, het vergroot mijn eigen kennis dat overleg, dus er zit een gedeelte kennisoverdracht in, het zit ook in dat je daardoor analyseert en bepaalde groepen patiënten identificeert, dat je zegt daardoor is er een probleem en kun je makkelijker oplossingen verzinnen." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Nee, daar heb ik wel vertrouwen in dat dat nagekomen wordt, net vanwege de continuïteit van dat subteam, je komt erop terug op het moment dat het niet... je ziet steeds weer dezelfde mensen in dat overleg terugkomen en dus als iets niet loopt kun je daar ook gemakkelijker op terugkomen." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Eigenlijk heb ik een solofunctie maar ik voel wel, ik doe het niet alleen. En als ik vind dat er iemand moet komen waarvan ik denk ja dat zal goed zijn, dan hoef ik hem maar in te schakelen. En te bespreken. Ik vind ook heel veel ondersteuning hier." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Ja, hier zeggen ze allemaal, de deur staat altijd open. Als die dicht is dan klop je of je vraagt. Dus denk ik dat dat een groot pluspunt hier is. Je staat er ook nooit alleen voor." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Als je een zorg hebt en je kunt die delen, dan blijf je er ook zelf niet mee rond lopen." (Gemeente)

"Dat je een back-up hebt, je staat er niet alleen voor." (Eerstelijnszorgprofessional)

Bij een MDO is het volgens eerstelijnsprofessionals van belang om de juiste zorgverleners aan tafel te hebben. Het merendeel van de eerstelijnscentra heeft dit gerealiseerd door twee MDO's te organiseren; een MDO gericht op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en een MDO vooral gericht op de ouderenzorg. Zorgaanbieders die door eerstelijnszorgprofessionals worden benoemd als kernpartners zijn de huisarts, de thuiszorg (Zichtbare Schakels) en maatschappelijk werk. In gebieden waar meerdere gezondheidscentra te maken hebben met dezelfde contactpersonen van kernpartners in de zorg (thuiszorg en maatschappelijk werk) kan afstemming met betrekking tot het MDO (tijdstip en plaats van overleg) en gezamenlijke zorgprotocollen (opschalen) mogelijk nog efficiënter werken.

De mate waarin gezondheidscentra gebruik maken van MDO's en multidisciplinaire zorgprotocollen bleek samen te hangen met a) de intrinsieke motivatie van huisartsen om multidisciplinair samen te werken, b) in hoeverre er een gezamenlijke visie en missie is opgesteld waarin multidisciplinair samenwerken en innovatie speerpunten zijn, c) en de duur van de samenwerking binnen het gezondheidscentrum. Huisartsen bleken een centrale rol te vervullen binnen de eerstelijnszorg en worden gezien als de poortwachter in de zorg. Huisartsen zijn ook degenen die extra gelden bij de zorgverzekeraar kunnen aanvragen en worden ook gezien als diegenen die het initiatief moeten nemen in multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg. Echter, eerstelijnszorgprofessionals gaven tevens aan dat bij huisartsen de financiële prikkel ontbreekt om multidisciplinair samen te werken doordat hij andere zorgverleners financieel niet nodig heeft gezien de ongelimiteerde vraag naar huisartsenzorg en zijn rol als poortwachter. Andere eerstelijnsprofessionals zijn deels afhankelijk van de mate waarin de huisarts naar hen verwijst. De intrinsieke motivatie om multidisciplinair samen te werken en gezamenlijke zorgprotocollen te ontwikkelen is dus vooral bij huisartsen binnen de eerstelijnszorg van essentieel belang.

De mate van samenwerking bleek ook af te hangen van de tijd die er al in is geïnvesteerd. Gezondheidscentra die al jarenlang samenwerken met vaste partners in de zorg en waarbij er onderling vertrouwen is opgebouwd, zijn al veel verder geëvolueerd vergeleken met de jongere gezondheidscentra waar partners nog zoekende zijn naar de meest efficiënte vormen van samenwerken.

Illustrerende citaten 'huisarts is autonoom en hierdoor kan prikkel om multidisciplinaire samenwerking te initiëren ontbreken'

"Ze (huisartsen) krijgen hun patiënten wel, ze hebben een abonnementstarief, ze krijgen verrichtingen betaald, ze krijgen assistenten betaald, een praktijkondersteuner betaald, alle systemen betaald.... zolang als dat goed gaat, gaat dat goed. Huisartsenzorg is een medisch noodzakelijke zorg. Dat is een tweede aspect dat ze mee hebben. Drie is dat ze heel vaak gezien worden als degenen die de regie in handen moeten hebben. (eerstelijnszorgprofessional)

"Bij de huisarts ontbreekt de prikkel om te ondernemen." (eerstelijnszorgprofessional)

3.1.3 Aspecten met betrekking tot organisatiecultuur

a. Gedeelde missie en visie

In vier van de zes eerstelijnscentra was een gedeelde visie en missie uitgeschreven. Alle zorgprofessionals stonden voor kwalitatief goede, zinnige en zuinige zorg voor patiënten, ook in eerstelijnscentra waar een missie en visie niet was uitgeschreven. Deze missie stond duidelijk centraal in de uitvoering van multidisciplinaire eerstelijnszorg. Echter, de invulling van hoe te komen tot kwalitatief goede, zinnige en zuinige zorg verschilde in de zes centra. In de eerstelijnscentra waar de missie en visie ook gezamenlijk was uitgeschreven, lag de nadruk in de uitvoer op multidisciplinaire samenwerking, kwaliteitsverbetering en innovatie vergeleken met het alleen verlenen van kwalitatief goede zorg. Kwaliteitsverbetering werd gestimuleerd door de hoge mate van formalisatie in multidisciplinaire samenwerking én door het inbouwen van voldoende evaluatie- en reflectiemomenten van deze geformaliseerde zorg om de zorg te kunnen verbeteren. Dit continue proces van kwaliteitsverbetering en het betrekken van verschillende disciplines en dus ook zienswijzen op zorg droeg duidelijk bij aan het komen tot innovatieve oplossingen in multidisciplinaire zorg en maakt de organisatie tot een zelf-lerende organisatie. Echter, een voorwaarde hiervoor is wel dat men voldoende discretionaire ruimte (beslissingsbevoegdheid) als professional ervaart binnen de organisatie om de bestaande processen aan te kunnen passen. Het gezamenlijk vormgeven aan een gedeelde missie en visie, maar vooral ook overeenstemming in hoe men deze bereikt (een eenduidige multidisciplinaire werkwijze), bleek in dit onderzoek duidelijk bij te dragen aan een meer multidisciplinaire focus in de daadwerkelijke en concrete uitvoering van de zorg (Box 1c, pagina 27).

Illustrerend citaat 'nadruk in uitvoer op kwaliteitsverbetering en innovatie'

"Feit dat er naar zorgvernieuwing en innovatie wordt gekeken en hoe we het kunnen verbeteren voor de patiënt, het is niet alleen maar spreekuur, maar ook de samenwerking, de verbeteringen die je probeert te doen in de zorg. En dat is leuk. Men streeft naar innovatie." (Eerstelijnsprofessional)

In twee van de zes eerstelijnscentra bleek dat de verschillende huisartsen binnen hetzelfde gezondheidscentrum geen eenduidige werkwijze hanteerden om te komen tot kwalitatief goede, zinnige en zuinige zorg. Dit leidde tot verwarring en irritaties op de werkvloer, had een negatief effect op het organisatieklimaat en droeg bij aan inadequate organisatie en het niet open communiceren van ondersteunend personeel. Ook bracht dit moeilijkheden met zich mee als het gaat om overkoepelende afspraken maken met eerstelijnszorgverleners niet direct in dienst van of werkzaam voor de huisarts, hetgeen het bereiken van formalisatie in samenwerking belemmerde.

Illustreerend citaat ‘verdeelde visie over uitvoeren van zorg hindert zinvolle multidisciplinaire formalisatie’

“Je probeert structuur erin te brengen, je probeert afspraken te maken die algemeen gelden, dat is het meest praktisch. En dat kan degene, de huisarts met wie je afsprekt, dat hij ook vindt dat de afspraak voor andere geldt, maar dan kan een andere huisarts er toch tussendoor fietsen van: ‘is het wel zo nodig, moeten we dat wel zo doen?’ Dat is niet altijd gemakkelijk” (eerstelijnsprofessional)

b. Leiderschap

Een belangrijk aspect dat naar voren kwam met betrekking tot het van de grond krijgen van een multidisciplinaire samenwerking binnen de eerstelijnszorg was het hebben van één of meerdere kartrekkers (Box 1c, pagina 27). Deze rol werd in de meeste eerstelijnscentra toebedeeld aan één of meerdere huisartsen, hoewel er ook in een eerstelijnscentra een multidisciplinair team aan kartrekker optrad. In de eerstelijnscentra waar een gebrek aan leiderschap door eerstelijnsprofessionals werd ervaren, werd de multidisciplinaire samenwerking hier negatief door beïnvloed, door bijvoorbeeld een gebrek aan commitment voor multidisciplinaire overleggen en projecten. De belangrijkste aspecten voor goed leiderschap die werden benoemd in de interviews waren a) het verhogen van sociale cohesie, b) het initiëren, stimuleren en in stand houden van een formeel kader in de samenwerking (structuur) aan de hand van een helicopterview en besluitvaardigheid c) het geven van vertrouwen en discretionaire vrijheid met betrekking tot de uitvoering van zorg en innovaties d) het hebben en onderhouden van een relevant netwerk met andere zorgpartners en e) anderen inspireren door een proactieve houding ten aanzien van innovatie. Ook selecteerden kartrekkers nieuwe medewerkers op basis van hun positieve houding ten opzichte van multidisciplinair samenwerken.

Illustreerende citaten ‘kenmerken inspirerend leiderschap’

“Hij (genoemde kartrekker) zal altijd, ook al is het van: als hij een brief van een ministerie krijgt, en hij vindt het nergens op slaan, dan schrijft hij een brief terug. Dus ik denk dat hij gewoon, als er iets nieuws gaat gebeuren, dat hij dat hier al meteen al in werking gaat stellen. Dan gaat hij met een gemeente overleggen, dan gaat hij met die overleggen of waar het dan ook nodig is. En dan de juiste mensen daarbij betrekken en inderdaad het enthousiast maken van waarom zo iets nodig is of waarom zo iets zou kunnen werken.” (Eerstelijnszorgprofessional)

“Ja absoluut, ja je kan bij mij niet werken als je niet dezelfde bloedgroep hebt om echt ergens voor te gaan, want dan val je buiten het team, het past niet, ik heb er verder dan ook geen moeite mee, iedere het zijne, maar je moet echt wel wat extra’s kunnen brengen... maar dan heb je ook fantastisch werk.” (Eerstelijnszorgprofessional)

“Ik heb de kans en de ruimte daarvoor (uitvoeren van multidisciplinaire zorg) gehad en dat is prettig en heel belangrijk. Je moet die ruimte ook kunnen pakken en ook krijgen van de huisartsen.” (Eerstelijnszorgprofessional)

Het verhogen van de sociale cohesie in de samenwerking werd door de kartrekkers gestimuleerd door naar buiten te treden als één organisatie (d.m.v. bijvoorbeeld een gezamenlijke folder, website, etc.) en

randvoorwaarden te creëren voor een goed organisatieklimaat. Deze randvoorwaarden waren bijvoorbeeld het hebben van een grote gezamenlijke ruimte waar iedereen gebruik van kan maken, het stimuleren van het houden van een gezamenlijke koffiepauze of lunch, het initiëren van lunchoverleggen (incl. gratis lunch) om algemene zaken te bespreken en het organiseren van gezamenlijke uitjes of sociale bijeenkomsten (bijvoorbeeld een Nieuwjaarsborrel). Ook het voorbeeld geven in en het stimuleren van het op een positieve manier geven van feedback stimuleerde een open communicatie tussen zorgverleners in een situatie waarin men zich veilig voelt.

Het geven van vertrouwen en discretionaire ruimte van handelen door kartrekkers, stimuleerde het zogenoemde ‘ownership’ van mensen over hun taken waardoor zij zich meer verantwoordelijk voelden om hun taken goed uit te voeren en meer commitment toonden. Bovendien biedt het geven van discretionaire ruimte de kans om flexibel te kunnen reageren om, als zorgverlener of als organisatie, processen te kunnen verbeteren en dit draagt dus bij aan het lerende vermogen van de organisatie.

c. Organiseatieklimaat

Een van de belangrijkste aspecten voor een goede samenwerking, benoemd in de interviews, was een goed organisatieklimaat (Box 1c, pagina 27). Dat is een organisatieklimaat waarin de organisatie je niet alleen als werknemer ziet, maar ook als mens en waar er naast de formele samenwerking ook ruimte is voor humor en plezier. Dit zorgt ervoor dat mensen met plezier naar hun werk gaan en hun werk hierdoor ook met plezier uitvoeren, het bevordert de sociale cohesie binnen een team en versterkt het teamgevoel. Een persoonlijke klik bleek bovendien de formele samenwerking en informatie-uitwisseling tussen personen te bevorderen.

Illustrerende citaten ‘goed organisatieklimaat draagt zorg voor goede formele samenwerking’

“Nou je werkt makkelijker samen, je durft elkaar ook makkelijker aan te spreken als er dingen zijn. Maar niet alleen als er dingen op het werk zijn, iedereen heeft ook een privé leven thuis, dus op het moment dat daar dingen spelen, wat ook gebeurt, met een overlijden van iemand of thuis, kind ziek of ik weet niet wat. Je gaat dan toch anders naar je werk toe, en hier word je altijd opgevangen.” (Eerstelijnszorgprofessional)

“Het is niet alleen maar dat je hier een werknemer bent, ze zien je ook echt als persoon.” (Eerstelijnszorgprofessional)

“Ja. Als je me zou vragen: ‘hoe heet die blonde meid bij de apotheek?’ dan zou ik zeggen: ‘Geen idee’. Dat is in het andere medische centrum waar ik werk echt niet aan de orde. Daar lunchen we ook samen dus dan heb je ook indirect contact... ook inhoudelijk veel sneller contact. Het staat veel dicht bij elkaar.” (Eerstelijnszorgprofessional)

“We hebben een gezamenlijke koffiekamer. Je kan iedereen alles vertellen, ook privé. Als je bij de koffie en bij de thee makkelijk kan vertellen dat je dochter gister gevallen is, dat is niet van belang, maar dan kan je ook makkelijker vertellen dat je iets niet leuk vindt.” (Eerstelijnszorgprofessional)

“Ja, je moet ook af en toe eens een keer een grap maken anders blijft het altijd zo zakelijk. Het lucht een beetje op om eens een keer te lachen.” (Eerstelijnszorgprofessional)

d. Open staan voor samenwerking; vertrouwen en respect

Open staan voor samenwerking en het hebben van vertrouwen en respect voor elkaar blijken samenwerking te bevorderen (Box 1c, pagina 27). Om goed te kunnen samenwerken is het open staan voor het delen van informatie en ook het open staan voor het ontvangen van feedback en/of kritiek op werkwijzen essentieel. Het is hierbij van belang dat men gelijkwaardig staat in de samenwerking (iedereen is even belangrijk voor het eindproduct) en dat zorgverleners elkaars expertise respecteren en vertrouwen. Het nakomen van gemaakte

afspraken zal het vertrouwen in elkaar doen groeien en draagt bij aan een open communicatie en cultuur, waarin men elkaar op dingen aan kan spreken.

Illustrerende citaten 'open staan voor samenwerking, vertrouwen en respect'

"...wat verder wel voor samenwerking geldt is dat je je kwetsbaar moet durven op stellen, je moet in je keuken durven laten kijken." (Eerstelijnszorgprofessional)

"In de breedste zin van het woord communicatie. Inderdaad afstemming van dingen maar ook zeggen wat je dwars zit, elkaar aanspreken, openheid." (Eerstelijnszorgprofessional)

"ik vind het ook fijn dat je gewoon elkaar als professional waardeert en op een gelijke hoogte staat." (Eerstelijnszorgprofessional)

3.1.4 Fysieke aspecten; zorg onder één dak

In alle eerstelijnscentra kwam naar voren dat het aanbieden van zorg onder één dak er voor zorgt dat zorgverleners laagdrempeliger bereikbaar zijn, voor zowel andere zorgverleners als voor patiënten (Box 1d, pagina 27). Het creëert meer mogelijkheden voor ad-hoc overleg, waardoor er meer tijd in het MDO is om zorg af te stemmen betreffende complexe casuïstiek. Ook het werken onder één dak maakt meekijken met een casus door een andere discipline mogelijk, zodat er optimaal gebruik kan worden gemaakt van de multidisciplinaire kennis. Bovendien stimuleert het samenwerken in één gebouw de informele contacten onder zorgverleners, hetgeen ook bevorderlijk is voor een goede formele samenwerking. Echter, de voordelen van samenwerken onder één dak gelden alleen indien de betreffende zorgverleners ook ernaar streven om multidisciplinair samen te werken en hiervoor open staan. Ook is het een voorwaarde dat zorgverleners zichtbaar blijven voor elkaar. Dit wordt vaak bemoeilijkt door deeltijdwerken van zorgverleners, het aanbieden van spreekuren in meerdere gezondheidscentra of door de fysieke afstand in het gebouw (bijvoorbeeld bij een gebouw met meerdere verdiepingen). De fysieke aspecten van het gebouw limiteren bovendien de breedte van het zorgaanbod dat kan worden aangeboden.

Hoewel het werken onder één dak de ad-hoc en informele communicatie faciliteert tussen zorgverleners, werd het niet gezien als voorwaarde om goed te kunnen samenwerken. Eerstelijnszorgverleners gaven aan dat een goed netwerk, waar men elkaar gemakkelijk (laagdrempelig) kan bereiken, de samenwerking ook kon faciliteren (Box 1d, pagina 27). Voor de patiënt, daarentegen, is het vanuit servicegerichtheid wel bevorderlijk als zorg onder één dak of in ieder geval op loopafstand van elkaar wordt aangeboden.

Illustrerend citaat 'zorg onder één dak faciliteert ad-hoc afstemming tussen zorgverleners'

"Veel disciplines onder één dak inderdaad, ik denk dat dat gewoon een echte meerwaarde is voor samenwerking. Dus dat je niet moet gaan bellen van, ik wil die en die aan de telefoon krijgen, want dan weet je dat je 6 keer daarna nog een keer kan bellen." (Eerstelijnszorgprofessional)

3.1.5 Inhoudelijke aspecten

Een inhoudelijke factor die van belang bleek bij multidisciplinaire samenwerking was de mate van kennis die zorgverleners hadden over elkaars competenties en disciplinaire reikwijdte. Hoe meer zorgverleners inhoudelijke overlap hadden omdat ze patiënten delen, hoe intensiever de samenwerking en hoe eerder zorgprofessionals elkaar betrekken in de zorgketen (Box 1e, pagina 27). Deze kennis zorgde er ook voor dat er eerder multidisciplinaire projecten werden gestart die meestal leidden tot een verdieping van de

samenwerking. Indien er minder patiënten gedeeld werden, omdat men zich bijvoorbeeld richtte op een andere groep patiënten, werd er ook inhoudelijk minder samengewerkt en had men elkaar ook inhoudelijk minder nodig.

Illustrerend citaat 'Inhoudelijke overlap stuurt samenwerking'

"Er is weinig samenwerking, omdat er relatief weinig raakvlak is in het invullen van de hulpvraag."
(Eerstelijnszorgprofessional)

a. Financiële aspecten	✓	Financiële ruimte is mogelijk nodig om samenwerking te kunnen formaliseren en te kunnen innoveren.
	✓	Geldverstrekker kan inhoud samenwerking sturen a.d.h.v. het stellen van voorwaarden.
b. Organisatorische aspecten	✓	Tijd om samen te werken kan verkregen worden door zorgtaken en niet-patiëntgebonden taken binnen huisartsenzorg te delegeren, een efficiënte taakverdeling tussen huisartsen te hanteren en op een efficiënte manier te overleggen.
	✓	Formalisatie in samenwerking a.d.h.v. structurele MDO's met gezamenlijke dossiervoering faciliteren innovatieve zorgprotocollen en een effectieve multidisciplinaire samenwerking.
	✓	Kernpartners voor eerstelijnszorgprofessionals zijn huisartsenzorg, thuiszorg en maatschappelijk werk.
c. Organisatiecultuur aspecten	✓	Gedeelde missie en visie met de nadruk op een multidisciplinaire werkwijze, kwaliteitsverbetering en innovatie is faciliterend voor een effectieve samenwerking.
	✓	Om een continu proces van kwaliteitsverbetering en innovatie te realiseren (zelf-lerende organisatie), zijn voldoende evaluatiemomenten noodzakelijk inclusief voldoende discretionaire ruimte om processen aan te kunnen passen.
	✓	Inspirerend leiderschap waarbij zowel een formeel als informeel kader aan de multidisciplinaire samenwerking wordt gegeven komt de samenwerking ten goede.
	✓	Een goed organisatieklimaat bevordert een effectieve formele samenwerking.
	✓	Openheid, vertrouwen en respect zijn basiscondities voor een goede samenwerking.
d. Fysieke aspecten	✓	Werken onder één dak faciliteert ad-hoc en informele communicatie (korte lijnen) tussen zorgverleners en is service verhogend voor patiënten.
	✓	Het hebben van goede netwerken, waarin zorgprofessionals laagdrempelig bereikbaar zijn, is faciliterend voor samenwerking.
e. Inhoudelijke aspecten	✓	De daadwerkelijke inhoudelijke zorgoverlap evenals de mate van de kennis over elkaars competenties en discipline reikwijdte stuurt multidisciplinaire samenwerking; hoe hoger deze is, hoe eerder en hoe intensiever de samenwerking.

Box 1. Overzicht van belangrijke aspecten in multidisciplinaire samenwerking bij eerstelijnszorgverleners*

Voetnoot: *Bovenstaand overzicht is gebaseerd op uitspraken van geïnterviewde professionals in dit onderzoek

3.2 Deelvraag 2: Aansluiting eerstelijnszorg op gemeentelijke basiszorg

Wijkgerichte integrale zorg houdt in dat eerstelijnsgezondheidszorg, sociale zorg en ondersteuning én publieke gezondheidszorg integraal worden aangeboden (Rechel et al., 2009). Hoe de zes eerstelijnscentra aansluiting hebben kunnen vinden op deze gemeentelijke basiszorg (deelvraag 2) staat in de volgende paragrafen beschreven. Tabel 2 (pagina 29) en Box 2 (pagina 31) geven een overzicht van de huidige samenwerkingsprocessen tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg in de zes verschillende eerstelijnscentra.

3.2.1 Aansluiting eerstelijnszorg op sociale zorg en ondersteuning (Wmo)

In bijna ieder eerstelijnscentrum was er reeds een structurele aansluiting gerealiseerd tussen eerstelijnszorg en *sociale zorg* uitgevoerd door maatschappelijk werk. De aansluiting van eerstelijnszorg en maatschappelijk werk vond op verschillende manieren plaats. In vier van de zes eerstelijnscentra waar er reeds een structureel MDO gerealiseerd was, sloot maatschappelijk werk aan op deze bestaande overlegstructuur binnen de eerstelijnszorg. In één van de zes eerstelijnscentra sloot maatschappelijk werk aan bij het zorgnetwerk (Buurt Netwerk Zorg; BNZ) gecoördineerd door de Zichtbare Schakel (wijkverpleegkundige). In het laatste eerstelijnscentrum vond informatie-uitwisseling alleen ad-hoc plaats tussen eerstelijnsprofessionals en maatschappelijk werk. In de eerstelijnscentra waar maatschappelijk werk aansloot op bestaande overlegstructuren, vond gezamenlijke dossiervoering plaats, centraal in het Huisarts Informatie Systeem of in de vorm van notulen met actiepunten voor de betrokken zorgverleners. De frequentie van het MDO bleek ook mede de intensiteit van de samenwerking te bepalen. Echter, ook in eerstelijnscentra waar het MDO minder frequent plaatsvond of nog in de opstartfase was, werd er naast het MDO ook veel ad-hoc afgestemd. In twee van de zes eerstelijnscentra bood maatschappelijk werk ook zorg aan.

De aansluiting van eerstelijnszorg op *ondersteunende zorg* uitgevoerd door Wmo-consulenten bleek zeer uiteenlopend van zeer nauw (onder één dak en deelname aan het MDO ouderenzorg) tot zo goed als niet bestaand (alleen communicatie via derden zoals GGD-artsen indien het medische gegevens betrof die huisartsen niet direct wilden verstrekken aan Wmo-consulenten). Daar waar de Wmo-consulent niet deelnam aan het MDO werd ad-hoc overleg vaak gefaciliteerd door de POH ouderenzorg, ergotherapeut of maatschappelijk werker. In twee eerstelijnscentra werd gebruik gemaakt van brugfuncties, waarbij gemeenten Zichtbare Schakels (thuiszorg) Wmo-taken lieten uitvoeren. In twee andere eerstelijnscentra was er een Wmo-loket aanwezig in het eerstelijnscentrum.

	Gemeente 1		Gemeente 2		Gemeente 3	
	Eerstelijnscentrum 1	Eerstelijnscentrum 2	Eerstelijnscentrum 3	Eerstelijnscentrum 4	Eerstelijnscentrum 5	Eerstelijnscentrum 6
MDO op patiëntniveau met gemeentelijke basiszorg	<ul style="list-style-type: none"> MDO ouderenzorg in EC 1x p/w, inclusief MW, thuiszorg en Wmo-Consulent MDO GGZ in EC 1x p/w, inclusief MW CJG overleg: partners in jeugdgezondheidszorg 	<ul style="list-style-type: none"> BNZ 1x p/m, inclusief MW, thuiszorg (incl. manager huishoudelijke zorg) en wijkagent MDO GGZ 4x p/j, inclusief SPV en psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> MDO ouderenzorg in EC 1x per 2 weken, inclusief thuiszorg, verzorgingshuis medewerker, specialist ouderenzorg op afroep MDO GGZ in GC 1x per 2 weken, inclusief MW 	<ul style="list-style-type: none"> MDO in GC, 4xp/j (opstartfase), inclusief thuiszorg 	<ul style="list-style-type: none"> MDO ouderenzorg in EC 1x per 2 weken, inclusief thuiszorg, zichtbare schakel* en medewerkers verzorgingshuis MDO GGZ in EC 1x per 2 weken, inclusief MW 	<ul style="list-style-type: none"> MDO ouderenzorg in EC 1x per 2 weken, inclusief thuiszorg, zichtbare schakel* en medewerkers verzorgingshuis MDO GGZ in EC 1x per 2 weken, inclusief MW
Voorzitterschap MDO met gemeentelijke basiszorg	MDO ouderenzorg: Huisarts MDO GGZ: Huisarts CJG overleg: coördinator CJG (gemeente)	BNZ: Zichtbare Schakel MDO GGZ: SPV	MDO ouderenzorg: Huisarts MDO GGZ: Huisarts	Niet eenduidig	MDO ouderenzorg: Huisarts MDO GGZ: Huisarts	MDO ouderenzorg: Huisarts MDO GGZ: Huisarts
Gezamenlijke dossiervorming	Gegevens besproken in MDO worden direct genotuleerd in HIS.	Zichtbare schakel notuleert actiepunten voor zorgverleners.	Gegevens besproken in MDO worden direct genotuleerd in HIS.	Niet eenduidig	Gegevens besproken in MDO worden direct genotuleerd in HIS.	Gegevens besproken in MDO worden direct genotuleerd in HIS.
Structureel gezamenlijk overleg over ontwikkelingen in de wijk	Niet aanwezig	MSiP, 2x p/j: Gemeente Ambtenaren, eerstelijns, voorliggend veld	Niet aanwezig	POH ouderenzorg neemt deel aan sociale wijkteamoverleg van gemeente 1x p/m	Niet aanwezig	Niet aanwezig
Initiatief samenwerking	Vanuit eerstelijnszorg	BNZ en MSiP vanuit subsidie ZonMw (krachtwijk) gerealiseerd i.s.m. GGD ZL en thuiszorg	Onbekend, zo gegroeid	Gezamenlijk, gemeente geïnvesteerd in nieuwbouw GC, POH ouderenzorg initiatief genomen om deel te nemen aan wijkteam-overleg	Onbekend, zo gegroeid	Onbekend, zo gegroeid

Tabel 2. Overzicht van huidige samenwerking en overleggen tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg in de zes verschillende eerstelijnscentra

Voetnoot: HIS = Huisarts Informatie Systeem; EC = Eerstelijnscentrum; MDO = Multidisciplinair Overleg; MW = Maatschappelijk Werk; SPV, Sociaalpedagogisch verpleegkundige; GGZ = geestelijke gezondheidszorg; BNZ = Buurt Netwerk Zorg, MSiP = Meer Samenwerking in de Praktijk; * Zichtbare Schakel werd eerder ook door gemeente ingeschakeld t.b.v. Wmo-taken (brugfunctie)

Met betrekking tot de aansluiting van eerstelijnszorg op preventiegerichte ondersteuning van kinderen en ouders bij het opvoeden werkten in twee van de zes eerstelijnscentra het CJG en het consultatie- en peuterbureau onder één dak met de eerstelijnszorgverleners. In deze eerstelijnscentra maakten het consultatie- en peuterbureau gebruik van de diensten van de huisartsen (bijvoorbeeld het voorschrijven van medicatie). In alle eerstelijnscentra kwam naar voren dat de consultatiebureaus en het CJG veelal niet structureel aansloten bij overlegstructuren in de eerstelijnszorg. Het CJG bleek in alle eerstelijnscentra afzonderlijk van de eerstelijnszorg te werken.

3.2.2 Aansluiting eerstelijnszorg op publieke gezondheidszorg (Wpg)

Uit de interviews kwam geen aansluiting naar voren op operationeel niveau tussen eerstelijnszorg en gemeentelijk basiszorg met betrekking tot gezondheidsbevorderingen, preventieve ouderenzorg en epidemiologie. Deze zorg werd klaarblijkelijk op operationeel niveau onafhankelijk van zorg in de eerstelijnszorg aangeboden, zoals stoppen met roken programma's en begeleiding. Ook werden er geen demografische gegevens met betrekking tot de wijk gedeeld tussen de eerstelijnszorg en de GGD (afdeling epidemiologie), terwijl a) zorggroepen veel gegevens over de zorg aan chronisch zieken vanuit de huisartsenzorg op geaggregeerd niveau verzamelen voor de zorgverzekeraar, b) eerstelijnszorgverleners die gebruik maken van GEZ-gelden zelfs verplicht zijn wijkscans te (laten) maken en c) de GGD tevens iedere vier jaar een gezondheidsmonitor afneemt onder jongeren, volwassenen en ouderen. De GGD ZL bleek wel gefaciliteerd te hebben in het tot stand brengen van zorgnetwerken om de samenwerking in de praktijk te versterken (MSiP; BNZ) met behulp van subsidie verstrekt door ZonMw.

Aansluiting van eerstelijnszorg op de jeugdgezondheidszorg is alleen in één eerstelijnscentrum gebleken, waar de jeugdgezondheidszorg onder één dak werkte met de eerstelijnszorg. Hoewel medewerkers van de jeugdgezondheidszorg wel deelnamen aan het MDO geïnitieerd door het CJG, namen zij hierdoor niet meer deel aan de structurele MDO's georganiseerd vanuit het eerstelijnsgezondheidscentrum. Huisartsen in dit eerstelijnscentrum namen structureel (1x per maand) deel aan het CJG overleg dat plaatsvond in het eerstelijnscentrum.

Eerstelijnscentra	Zorg aangeboden onder 1 dak				Structureel overleg met eerstelijnszorg									
	Wmo			Wpg				Wmo			Wpg			
	Maatschappelijk werk	Wmo-consulent	Consultatiebureau en CJG	Gezondheidsbevorderingen	Preventieve ouderenzorg	Epidemiologie	Jeugdgezondheidszorg	Maatschappelijk werk	Wmo-consulent	Consultatiebureau en CJG	Gezondheidsbevorderingen	Preventieve ouderenzorg	Epidemiologie	Jeugdgezondheidszorg
1	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	+ ¹
2	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
4	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
6	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-

- ✓ Aansluiting van eerstelijnszorg op zorg geboden door maatschappelijk werk bleek in alle eerstelijnscentra te zijn gerealiseerd waarbij het in het merendeel van de eerstelijnscentra een structurele aansluiting betrof.
- ✓ Aansluiting van eerstelijnszorg op zorg geboden door het Wmo-loket liep zeer uiteen in de verschillende eerstelijnscentra en was in de meeste onvoldoende gerealiseerd, evenals de preventiegerichte ondersteuning van ouders en kinderen (CJG en consultatiebureau).
- ✓ De aansluiting van eerstelijnszorg op taakgebieden binnen de Wpg (gezondheidsbevorderingen, preventieve ouderenzorg, epidemiologie en jeugdgezondheidszorg) bleek onvoldoende gerealiseerd in alle eerstelijnscentra.

Box 2. Overzicht huidige verbinding tussen de zes geïnccludeerde eerstelijnscentra en gemeentelijke basiszorg*

Voetnoot: + = structureel overleg; - = geen structureel overleg, echter sluit ad-hoc communicatie niet uit; ¹ Structurele aansluiting huisartsenzorg en jeugdgezondheidszorg via CJG-overleg; *Bovenstaand overzicht is gebaseerd op uitspraken van geïnterviewde professionals in dit onderzoek;

3.3 Deelvraag 3: Het integreren van gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg

Om te kunnen komen tot geïntegreerde wijkgerichte zorg is er meer inzicht nodig in welke factoren hierbij een belangrijke rol spelen (deelvraag 3). In de volgende paragrafen komt aan bod welke financiële, organisatorische, culturele, fysieke en inhoudelijke aspecten hierbij van belang zijn om inzicht te bieden in randvoorwaarden voor het integreren van gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg. In Box 3 (pagina 49-50) wordt een overzicht gegeven van de resultaten.

3.3.1 Financiële aspecten

a. *Schotten in de financiering van de zorg*

De financiële schotten die gepaard gaan met de verschillende wet- en regelgeving in de zorg (AWBZ, Wmo, Wpg, ZvW) werden duidelijk genoemd als belemmerend in het uitvoeren van geïntegreerde zorg (Box 3a; pagina 49). De verschillende manieren van financiering zorgen voor het afbakenen van domeinen en maken administratieve lasten voor zorgprofessionals ingewikkeld. Gemeenten gaven aan dat zij financieel niets terugzien van de besparingen die een goed Wmo-beleid of een goed Wpg-beleid opleveren. Deze besparingen vinden namelijk plaats in de ZvW of AWBZ. Hierdoor ontbreekt er een financiële prikkel voor gemeenten om te investeren in effectief gezondheidsbeleid. Ook worden gemeenten niet afgerekend op een ineffectief Wmo- of Wpg-beleid. Ziektekostenverzekeraars zien het echter niet als hun taak om te investeren in publieke gezondheidszorg. Bovendien worden ziektekostenverzekeraars vanuit de overheid gecompenseerd voor de kosten die gepaard gaan met de behandeling van de groep (chronisch) zieken in hun bestand, hetgeen hun enthousiasme voor het investeren in universele preventie en gezondheidsbevordering kan beperken. In hoeverre de (potentiële) financiële besparingen van een effectief Wmo- en Wpg-beleid voor ziektekostenverzekeraars kan opwegen tegen deze (zekere) compensatie vanuit de overheid voor een 'ongezonde populatie' is onbekend. Hoewel universele preventie en gezondheidsbevordering worden genoemd als een manier om de zorg betaalbaar te houden in de toekomst, ontbreekt voor alle partijen een financieel belang om hierin te investeren.

Illustreerende citaten 'financiële schotten belemmeren integratie van zorg'

"Voor de professional is dat vaak uitzoeken geblazen. Vaker als er iets is, spelen er problemen op meerdere terreinen. Voor die meerdere terreinen moet je vaak bij verschillende geldverstrekkers zijn. Iedereen heeft weer zijn eigen route. De ene zegt dat je altijd kan binnenlopen, de ander zegt dat je je eerst moet melden. De ander wil het via een aanvraagformulier. Bij de ene heb je een briefje van de huisarts nodig, bij de ander is dat niet het geval." (Gemeente)

"Ik zie dat de zorg complexer wordt. We kunnen het wel met ons allen oppakken en oplossen, maar als ik zie hoeveel tijd daar in gaat en je daar als wijkverpleegkundige tegen dikke muren aanloopt en tegen de bureaucratie aanloopt dan gaat daar zoveel tijd in zitten, dat wij die casussen oppakken." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Kijkend naar de nieuwe decentralisatie kunnen wij dat gaan optimaliseren, maar dan moet je gaan ontschotten. Op het moment dat wij een perfect Wmo-model hebben, waar wij mensen goed ondersteunen en waardoor mensen lang onder goed welzijn thuis kunnen blijven wonen, dan bespaart dat geld hier in de AWBZ. Dan gaan die niet naar de verzorgingstehuizen. Alleen die besparing die zie ik niet. Ik krijg nu 10 miljoen voor de Wmo, of ik het nu goed of slecht doe, 10 miljoen is 10 miljoen. Wellicht, door mijn goede aanpak, spaar ik hier (AWBZ) 2 miljoen, maar die zie ik niet. Als wij de totale regie krijgen en wij kunnen met dat hele veld hele goede afspraken maken, kunnen we met gelden schuiven. Dan denk ik dat je uiteindelijk de doelstelling van het kabinet: het moet allemaal goedkoper en het kan goedkoper, ook kunt waarmaken." (Gemeente)

"Zolang als wij blijven kijken vanuit de ziektepatronen is het moeilijk om iets te ontschotten. Op het moment dat je redeneert vanuit optimalisering, zo hoog mogelijk niveau van zelfzorg, zo hoog mogelijk niveau van gezondheid dan raak je een aantal dingen kwijt. Dan praat je niet zo zeer over ziekte. Dus over de zorg die je zou moeten verlenen, dan praat je al meer over een stukje invulling wat ik zelf niet kan. Daar kijk ik op een hele andere manier, vanuit mijn eigen levensvisie,"

gezondheidsvisie naar. Ik praat niet graag vanuit ziekte.” (Gemeente)

“We zitten ook met een maatschappelijk verantwoordelijkheid, de gemeente ook, maar wij natuurlijk net zo goed. Als de gemeente haar taak niet goed doet waardoor de kosten in de Cure kant heel hoog worden, dan worden de premies hoog. Dat wil de landelijke overheid in ieder geval niet, want het moet ook betaalbaar blijven. En waarschijnlijk is het ook nog zo dat het heel duur is en kwaliteit van de zorg waarschijnlijk dan ook nog slecht. Omdat heel veel voorkomen had kunnen worden.” (Zorgverzekeraar)

“Het is wel de bedoeling dat wij duidelijke linken maken met ook de eerstelijnszorg, al is het maar uit een stuk eigenbelang dat we goed afstemmen zodat er niet teveel over de schutting van de gemeente gegooid worden.” (Gemeente)

“Ze (eerstelijnszorgverleners) voelen zich bedreigd. Kijk, uiteindelijk onder de streep, ons kost die preventie geld, maar bij die andere bespaart het. Maar dat betekent ook dat er mensen zijn die minder hoeven uit te voeren, maar dat is ook het doel, we willen ook dat de zorg minder gaat uitvoeren, zodat de zorg ook kleiner wordt”. (Gemeente)

“Preventie kost in het begin veel geld, er zijn onderzoeken die aantonen dat het nog veel meer geld oplevert, ja doe het dan ook!” (eerstelijnsprofessional)

Gemeenten geven aan dat financiële ontschotting, strak geregisseerd door één verantwoordelijke, kan leiden tot een duurzamer zorgmodel, waarin er meer zal worden geïnvesteerd in preventie, omdat de winsten direct kunnen worden gedeeld. Ook eerstelijnszorgverleners geven aan dat ontschotting de coördinatie rondom zorgverlening kan vereenvoudigen. Zorgverzekeraars leggen zich neer bij het bestaan van schotten, maar proberen wel aan de hand van afspraken met het zorgveld en de patiënt, deurtjes in schotten te maken door gezamenlijke winsten te gaan delen (Regioregie). Deze aanpak werd onderstreept door gemeenten. Echter, gemeenten zijn nog niet als partner geïncorporeerd bij deze nieuwe aanpak.

Illustrerende citaten ‘ontschotting onder strakke regie vs. omgaan met schotten d.m.v. deurtjes’

“Je moet de huisarts erbij betrekken en het moet niet meer werk opleveren voor de huisarts. Je moet de huisarts ontlasten. Niet zodanig dat hij daardoor de inkomsten misloopt. Dan is hij weg. Dan kom je weer terug op de schotten. Je moet eigenlijk voorschrijven: vrijheid binnen diverse wetgevingen. Een strakker iemand moet dat regisseren. Dat zou de gemeente kunnen zijn maar dat hoeft niet. Als het maar iemand is. Iemand moet daar de regie op hebben.” (Gemeente)

“Onze directeur zorg zegt altijd dat de schotten blijven. Die gaan we ook niet wegnemen, dat vertelt de wet ons, ook de overheid vertelt dat. Wat we wel gaan doen is deurtjes creëren. En op het moment dat we die lagere kosten ten opzichte van andere regio's bij gelijkblijvende kwaliteit bereiken zeggen we, dat hebben we met ons drieën gedaan, de zorgverzekeraar, het zorgveld en de patiënt zelf. Die winsten hakken we in drieën en die keren we uit.” (Zorgverzekeraar)

b. Investeren in samenwerking

Financieel investeren in samenwerking werd genoemd als voorwaarde om een goede samenwerking op te kunnen bouwen tussen de eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg (Box 3a; pagina 49). In één van de zes eerstelijnscentra is er door de gemeente (via de GGD) en via een extern verworven subsidie (ZonMW) geïnvesteerd in het opbouwen van zorgnetwerken genaamd Meer Samenwerking in de Praktijk (MSiP) en Buurt Netwerk Zorg (BNZ). In het kader van MSiP werden er twee keer per jaar vergaderingen georganiseerd waarin ontwikkelingen in de wijk met gemeenten en eerstelijnsprofessionals gezamenlijk werden besproken. De Zichtbare Schakel werd ingezet om het BNZ op te starten en te coördineren. BNZ is een structureel MDO (1 keer per maand) waar de Zichtbare Schakel en de manager huishoudelijke hulp van de thuiszorgorganisatie, huisartsen, POH's, maatschappelijk werk en de wijkagent structureel aan deelnemen, met op afroep ook andere professionals op het medische als het sociale vlak (zie Tabel 2). Het BNZ zorgde ervoor dat sociale en medische zorg beter op elkaar afgestemd kon worden en kon ook, voornamelijk door het betrekken van de manager huishoudelijke hulp en de wijkagent, sociale problematiek goed signaleren bij patiënten. Bovendien

werd dit structurele MDO goed geïnstitutionaliseerd door zorgverleners hetgeen een voorwaarde is voor de continuering ook na einddatum van de financiering.

Illustrerend citaat 'financiering als voorwaarde voor samenwerking'

"Als het anders georganiseerd moet worden dan moet er ook budget vrijgemaakt worden om die verandering van die organisatie ook te bewerkstelligen dus dat je ook gewoon nieuwe innovaties gaat stimuleren en niet zegt; ja we hebben maar dit budget dus, nieuwe dingen kosten meer geld, dus dan moet je ook bereid zijn die nieuwe dingen te financieren, of te co-financieren om ervoor te zorgen dat die verandering ook gemaakt kan worden" (Eerstelijnsprofessional).

"De zichtbare schakel was een pilot project gesubsidieerd vanuit ZonMw. Er waren iets van 40 krachtwijken in Nederland waar een bepaald aantal fte voor een zichtbare schakel werd gesubsidieerd. Dat was toen in deze wijk 1 fte gedurende een aantal jaren." (Eerstelijnsprofessional)

c. Beloningsstructuur huisartsenzorg

Binnen de huisartsenzorg wordt een deel gefinancierd vanuit het zogenoemde inschrijfgeld (hoeveel patiënten een huisarts in zijn/haar bestand heeft) en een deel wordt gefinancierd aan de hand van het aantal consulten dat er binnen de huisartsenzorg aangeboden wordt (productie). Tijd die een huisarts moet besteden aan samenwerken en overleggen is tijd die niet direct besteed kan worden aan consulten en wordt dus niet direct vergoed. Deze beloningsstructuur voor de huisartsenzorg wordt door alle partijen (zorgverzekeraar, gemeente, eerstelijnszorgprofessionals) genoemd als belemmerend voor huisartsen om te investeren in multidisciplinaire samenwerking binnen de eerstelijnszorg en daarbuiten (gemeentelijke basiszorg) (Box 3a; pagina 49). Het privatiseren van de eerstelijnszorg wordt door sommige gemeenten zelfs ervaren als het stimuleren van zorgproductie. Een aantal gemeenten gaf aan dat eerstelijnszorgverleners, door hun productiegerichte manier van werken, ook niet volmondig staan voor zuinige zorg en dus uiteindelijk ook niet voor een duurzamer zorgstelsel. Bovendien leidt de beloningsstructuur in de zorg er ook toe dat veel huisartsen een financiële vergoeding nodig hebben voor de tijd die ze zouden moeten steken in samenwerking met de gemeente. Ervaringen uit gemeenten leren dat in samenwerkingsverbanden financiële belangen een zeer grote rol spelen. Gemeenten hebben het gevoel dat, doordat ze de huisartsenzorg niet financieel aan kunnen sturen, ook te weinig grip krijgen op een samenwerking met huisartsen. Het is duidelijk dat de diegene die financiert de samenwerking kan sturen. Zorgverzekeraars zijn van mening dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor een financiële tegemoetkoming voor eerstelijnszorgverleners betreffende samenwerking met de gemeente. Echter, gemeenten geven aan hiervoor geen of beperkte financiële mogelijkheden te hebben.

Illustrerende citaten 'beloningsstructuur in de zorg belemmert samenwerking'

"Ook met deeltijdwerken wordt een bepaalde prestatie gevraagd die moet worden geleverd. Drie dagen werken waarvan bijvoorbeeld een dag overleg, dat kan niet. Voor de derde dag wordt geen geld gehonoreerd en dat is toch iets waar je tegenwoordig toch op afgerekend wordt. Zoveel 10 minuten per patiënt en dat zul je ook moeten blijven doen." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Ik zie veel praktisch gedrag, als de huisarts er beter van wordt, dan omarmen ze wel iets. Maar als het wat ingewikkelder wordt, als ze iets moeten doen, dan denken zo ook al snel: 'daar heb ik geen zin in'." (Zorgverzekeraar)

"Als de huisarts stil zit of moet overleggen, dat kost hem gewoon geld. In die zin zijn het gewoon kleine zelfstandigen die daar ook heel erg op letten. De een meer dan de ander." (Zorgverzekeraar)

"Dat zie ik wel met al die overleggen die komen en die niet betaald worden, hoe moet dat dan, wie eist dat en vraagt dat?" (Eerstelijnszorgprofessional)

Illustrerend citaat 'geldverstrekker kan beter sturen'

"Daar waar de gemeente ook een rol heeft in het verstrekken van geld kan je daar betere afspraken over maken, dus kan je prestatieafspraken maken." (Gemeente)

Illustrerende citaten 'eerstelijnszorg houdt te weinig rekening met duurzaam zorgstelsel door financiële belangen'

"Ja, want die fysiotherapeut heeft daar gewoon belang bij: uurtje factuurtje. Dat heeft die specialist in het ziekenhuis ook. Wat dan heel belangrijk wordt is de rol van de zorgverzekeraar. Hij kan in feite... degene die betaalt, die bepaalt. Het zijn in feite alleen maar bv's en eigen bedrijfjes die geld willen genereren." (Gemeente)

"Maar in een bedrijfsmatige aanpak van de praktijk en om daar zoveel mogelijk geld uit te halen, dat bestaat bij ons niet. Er zal wel binnen een grote groep huisartsen mensen zijn die daar anders over denken, dat zal best. Het is natuurlijk ook zo dat je moet denken aan de KNO-arts, waarom haal je nu geen amandelen meer weg? Als je honderd euro ziet hangen, pak je hem dan of laat je hem dan hangen?" (Eerstelijnszorgverlener)

"Maar je kunt een heel mooie visie hebben, wij gaan voor goede zorg, simpel en goedkoop. Maar als iemand dat direct in zijn eigen beurs voelt is de vraag of je daar echt achter kunt staan." (Gemeente)

"Een valkuil is denk ik ook: als wij informatie wensen van huisartsenpraktijken of van de huisarts zelf, dat we dat niet altijd krijgen... aan de ene kant vanwege privacy. Maar de andere kant ook vanwege financiële beweegredenen. Als wij informatie nodig hebben en echt keuringen moeten doen om te kijken of iemand bijvoorbeeld 100 meter kan lopen, en we moeten dat uitbesteden aan een externe adviesorganisatie, dus waar een arts een andere arts om informatie gaat vragen... krijgen zij daar een bepaalde financiële vergoeding voor. Dat krijgen zij niet op het moment dat zij de informatie meegeven aan de burger of aan ons. Ik kan me voorstellen dat dat voor praktijken die er financieel niet zo goed voor staan ook een reden kan zijn om de samenwerking via een andere route te laten lopen." (Gemeente)

3.3.2 Aspecten met betrekking tot de organisatie van zorg**a. Aansluiten op bestaande formalisatie in samenwerking**

Het aansluiten op bestaande samenwerkingsstructuren in de eerstelijnszorg bleek faciliterend voor de samenwerking tussen gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg (Box 3b; pagina 49). Gemeentelijke basiszorg kan bijvoorbeeld aansluiten op bestaande MDO's of mensen in brugfuncties aanstellen, zoals een zichtbare schakel die ook Wmo-taken uitvoert en al deelnam aan bestaande MDO's of netwerken. Daar waar de gemeentelijke basiszorg reeds was aangesloten op bestaande structuren binnen de eerstelijnszorg, werden er ook zorgprotocollen voor specifieke patiëntgroepen gezamenlijk ontwikkeld en met succes uitgevoerd. Een gezamenlijk zorgdossier bleek ook van belang, zodat men kan terugkomen op gemaakte afspraken en de continuïteit in de zorg kan garanderen. Daar waar Wmo-consulenten ook deelnamen aan de bestaande overlegstructuren binnen de eerstelijnszorg bleek de samenwerking en informatie uitwisseling zeer intensief, resulterende in a) een patiënt die sneller wordt geholpen, b) minder kosten voor de gemeente die geen externe arts hoefden in te schakelen, en c) meer kennis bij Wmo-consulenten en eerstelijnszorgprofessionals over elkaars werkwijzen die een verdieping van de samenwerking mogelijk maken. Door aan te sluiten op bestaande overlegstructuren binnen de eerstelijnszorg, hoeft het afstemmen met Wmo-consulenten niet veel meer tijd te kosten voor de huisarts en andere eerstelijnsprofessionals (minimale tijdsinvestering). Het aansluiten van gemeentelijke basiszorg op bestaande zorgstructuren werd bovendien ook door een aantal gemeenten belangrijk gevonden.

Illustrerende citaten 'successen aansluiting van Wmo-consulenten op MDO in eerstelijnszorg'

"Hoewel ik denk dat het hun in die zin geld oplevert dat het wat kan besparen om gericht te kijken: 'Wat hebben cliënten nodig'. Ze kunnen ook zelf het wiel gaan uitvinden en zoeken wat iemand nodig heeft, maar ja, hier kan je gebruik maken van een heleboel expertise en dan zal het ook gemakkelijker lopen, of wat sneller." (Eerstelijnszorgprofessional)

"We proberen zelf de indicatie te stellen. het kan zijn dat we verdiepend onderzoek nodig hebben, via de GGD of Argenout en dan moet het dus zo zijn dat een arts gaat bepalen of er een medische indicatie voor een voorziening is, maar als ik hier medische info kan krijgen van een huisarts kan dit ons het verdiepend onderzoek uitsparen, en tijd voor de cliënten." (gemeente)

"Ik denk ook dat het aanvragen bespaard voor de Wmo dat we hier in het subteam zitten want er komen natuurlijk ook vragen zoals: ja, die meneer, zou die niet hulp in de huishouding kunnen krijgen? Dan kan ik al uitleggen: met partner, dat wordt niks." (gemeente)

Illustrerende citaten 'visie gemeenten aansluiting op bestaande netwerken en structuren'

"Zo probeer je links te leggen om te voorkomen dat je structuren op structuren gaat bouwen. We proberen eigenlijk de structuren te laten bestaan en die te koppelen, slim te verbinden." (Gemeente)

Illustrerende citaten 'successen van brugfuncties om in elkaars keten te blijven'

"Ze (gemeenten) hebben het hier slim opgelost, want de zichtbare schakel, wijkverpleegkundige, is ingezet, deels ingehuurd door de gemeente, via de Wmo hebben ze al functies toegewezen naar die verpleegkundige, wat ik dan de oude verpleegkundige noem, die ook voor ons de ouderenzorg/dementiezorg doet. Dat is een hele mooie link naar ons team. Dus in die zin is er wel, hebben ze dat goed opgepakt. Dat vind ik ook een slimme zet van de gemeente. Want kijk dat zijn professionals die zij inhuren, die eigenlijk met de voeten in de eerstelijnszorg staan." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Ik werk dus als een persoon voor meerdere organisaties dus ik kan dat ontschotten. Ik vind dat zo prettig werken, in de praktijk bij de patiënt." (Eerstelijnszorgprofessional)

Onvoldoende aansluiting op bestaande samenwerkingsstructuren binnen de eerstelijnszorg bleek in één van de zes eerstelijnscentra te zorgen voor een parallel aanbod met aan de ene kant de sociale zorg vanuit de gemeentelijke basiszorg, en aan de andere kant de eerstelijnszorg vanuit de eerstelijnscentra. Dit resulteerde in irritaties bij eerstelijnszorgprofessionals en onrust bij patiënten.

Illustrerende citaten 'parallel zorgaanbod gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg'

"inmiddels denk ik dat ze wel weten, want we hebben het gewoon aangekaart bij de gemeente en maatschappelijk werk: prima dat jullie dat doen, maar eigenlijk; informeer eerst wat er al loopt voordat je van allerlei dingen gaat roepen bij een patiënt. Dat levert onrust op." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Van de patiënten waar het om ging was het bij ons bekend dat het ook een sociaal probleem was. Dat had onze aandacht en daar waren wij mee bezig. Dan is het heel vervelend als je steeds door verschillende mensen gebeld wordt met de opmerking: 'we maken ons zorgen, er moet wat gebeuren!'. Zonder dat die mensen wisten dat er al een hele hoop gebeurd was. Dat vind ik dan storend." (Eerstelijnszorgprofessional)

Er werd niet geïnformeerd in hoeverre de patiënt al bekend was bij de huisarts en of er al dingen geregeld werden voor die patiënt. Zij (gemeente) begonnen zich ook met dingen te bemoeien wat vaak juist een stoorzender was, voor de patiënt zelf en het verloop van de zorg om de patiënt heen." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Je hebt twee sporen. Er zijn twee sporen, en dat is slecht." (Eerstelijnszorgprofessional)

b. Overkoepelende organisaties

Gemeenten willen graag op gemeentelijk niveau een samenwerkingsverband aangaan met de eerstelijnszorg binnen hun gemeente. Echter, er is veel differentiatie in de manier van werken binnen de eerstelijnszorg; er is dus geen 'één' eerstelijnszorg op gemeentelijk niveau. Zo zijn er huisartsen die al veel samenwerken met andere disciplines (meestal gevestigd in een gezondheids- of medisch centrum) en zijn er tevens nog veel solisten werkzaam binnen de gemeenten. Hoewel de huisartsenzorg binnen een overkoepelende zorggroep

georganiseerd is in de regio Parkstad genaamd HOZL (Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg), is het geen verplichting voor huisartsen in deze regio om zich hierbij aan te sluiten en representeert deze zorggroep geen andere eerstelijnszorgprofessionals. Hierdoor vonden gemeenten de HOZL geen goede afspiegeling van de eerstelijnszorg en hierdoor ook als geen representatieve gesprekspartner om te kunnen komen tot gezamenlijke afspraken met de eerstelijnszorg (Box 3b; pagina 49). Afzonderlijke huisartsen bleken, voornamelijk door tijdgebrek, vaak moeilijk bereikbaar voor gemeenten. Het ontbreken van een goede overkoepelende organisatie voor de eerstelijnszorg in deze regio belemmerde de dialoog tussen gemeenten en eerstelijnszorg aangaande de mogelijkheden voor samenwerking.

Illustrerende citaten ‘verschillen tussen huisartsen’ en ‘diffuse overkoepelende organisatie eerstelijnszorg’

“In onze gemeente hebben we al 40 huisartsen, en die zijn zo verschillend als wat. Dat is het probleem.” (Gemeente)

“De huisartsen hier in deze regio zijn, als ik het vergelijk met ZIO in Maastricht, Heuvelland, vrij diffuus georganiseerd.” (Gemeente)

“Het is nu heel lastig om echt in gesprek te raken met de eerste lijn. De eerste lijn is vaak voor gemeenten de huisarts. Het is heel lastig om daarmee in gesprek te komen, voor veel gemeenten.” (Zorgverzekeraar)

De zorgverzekeraar kampt in principe met hetzelfde probleem als gemeenten maar alleen een schaalniveau hoger; zij willen op nationaal niveau invulling geven aan een samenwerking met gemeenten, echter de vele gemeenten in Nederland verschillen in de manier waarop zij de samenwerking met de eerstelijnszorg op willen pakken. Hierdoor richt de zorgverzekeraar zich op speerpuntgemeenten; de grotere gemeenten in Nederland, waarmee ze in gesprek willen en afspraken willen maken. De rest van de kleinere gemeenten moet deze afspraken volgen. Hierbij werd het als faciliterend genoemd indien gemeenten regionaal samenwerkten, zoals ook in de regio Parkstad, waarbij de grotere (speerpunt)gemeente ook kan spreken voor de kleinere gemeenten in het samenwerkingsverband (Box 3b; pagina 49).

Illustrerende citaten ‘overkoepelende samenwerkingsverbanden kunnen dialoog betreffende samenwerken faciliteren’

“Wat we bijvoorbeeld wel gezegd hebben binnen dat gemeentebestuur; je hebt de voorwaarden waartoe je als speerpuntgemeente kan behoren, maar het is natuurlijk zonde als er een samenwerkingsverband zoals Parkstad is waar Onderbanken en Simpelveld en Schinnen wel onder vallen maar zelfstandig niet groot genoeg zijn. Als zij in staat zijn om als 8 gemeenten met 1 mond te praten, dus dat we niet met 8 beleidsambtenaren zitten maar met 1, die het mandaat heeft namens die 8, dan kunnen zij zichzelf bevorderen tot speerpunt-gemeente.” (Zorgverzekeraar)

“Ambtelijk en bestuurlijk werken we op Parkstad niveau samen, zorg is daarin geen formele bevoegdheid om samen te werken, maar het is meer een noodzaak om het te doen.” (Gemeente)

c. Diffuse en gefragmenteerde organisatie van gemeenten

Alle geïnterviewde partijen (eerstelijnszorgprofessionals, gemeenten en zorgverzekeraars) gaven aan dat gemeentelijke basiszorgtaken te gefragmenteerd worden uitgevoerd binnen de gemeente waardoor er een diffuse organisatie ontstaat (Box 3b; pagina 49). Ambtenaren werkzaam in afdelingen verantwoordelijk voor uitvoering van de Wmo hebben te weinig zicht op verantwoordelijkheden uitgevoerd onder de Wpg en visa versa. Inhoudelijke overlap en/of aansluiting tussen de Wmo en Wpg worden hierdoor te weinig aangegrepen. Ambtenaren werkzaam bij gemeenten gaven tevens aan dat er onvoldoende transparant gecommuniceerd werd tussen het operationele, tactische en bestuursniveau bij gemeenten. Hierdoor worden de afstanden tussen de mensen werkzaam op deze niveaus zo groot dat mensen op tactisch niveau te weinig inzicht hebben

hoe werkzaamheden op het operationele niveau uitgevoerd worden en zijn mensen op operationeel niveau vaak niet op de hoogte van afspraken die gemaakt zijn op tactisch of bestuursniveau. Dus zowel horizontaal, als verticaal bleek er onvoldoende interne communicatie in de bedrijfsstructuur van gemeenten. Dit gebrek aan interne communicatie belemmerde gemeenten om invulling te geven aan een concrete aanpak en kan mogelijk ook terugkoppeling en evaluatie van processen binnen gemeenten belemmeren. Bovendien belemmert het ook een concrete dialoog over mogelijke samenwerkingsvormen met de eerstelijnszorg.

Illustrerende citaten 'diffuse en gefragmenteerde organisatie van gemeenten belemmeren integratie van gemeentelijke basiszorg'

"Ik was bij een opening ergens en je gaat je voorstellen, ik ben Jantje, Pietje, Klaasje... allemaal gemeente Heerlen, gemeente Heerlen, gemeente Heerlen. Maar ze hadden allemaal andere functies en andere takken van de gemeente Heerlen. Ze kenden elkaar ook niet." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Ik heb nog steeds het gevoel dat bij de gemeente nog steeds hele dikke deuren tussen al die loketten zitten. Ik hoop, dat dat minder wordt in de toekomst." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Ik doe ook gezondheidsbeleid en ik merk dat dat ook gewoon weer een heel andere realiteit is als de WMO-welzijn. De samenwerking moet wel nadrukkelijk opgezocht worden." (Gemeente)

"Het is moeilijk af te bakenen van wat is nou precies van ons en wat niet. Ik weet hier ook niet zo heel veel van, van de Wpg en wat daar precies in zit. Dat is echt volksgezondheid." (Gemeente)

d. Turbulentie binnen organisaties

Gemeenten bleken te kampen met het huidige turbulente politieke klimaat, waarin er nog veel onzekerheden waren over welke nieuwe taken gemeenten er per januari 2015 bij kregen in het kader van de decentralisaties en met welk budget dit gepaard zou gaan. Bovendien stonden er ten tijde van de interviews gemeentelijke verkiezingen voor de deur die zouden kunnen zorgen voor een andere politieke kleur van de gemeenteraad met mogelijk een andere visie met betrekking tot het invullen van de nieuwe gemeentelijke taken. Dit politieke vacuüm belemmerde het besluitvormingsproces over het beleid betreffende de decentralisaties en stond het vormen van samenwerkingsverbanden met de eerstelijnszorg in de weg (Box 3b; pagina 49). Ook gaven gemeenten aan weinig tijd te hebben om het nieuwe beleid vorm te gaan geven.

Illustrerende citaten 'turbulente politieke klimaat'

"Maar het budget, en wat ik ook heel lastig vind is dat het rijk heel erg laat is met het nemen van beslissingen en zelfs nog aanpassingen doet in verschillende wetten. Nog niet alle wetten zijn aangenomen. Officieel wordt nog gestecheld over de participatiewet, de Jeugdwet is pas net in de eerste kamer geweest. De budgets zijn nog niet bekend. Dat is waarschijnlijk pas in juni. Dan weten we pas wat we voor geld hebben, maar we moeten wel nu dingen gaan organiseren. Je moet wel nu al zorgen dat je dingen in orde hebt. En dat is heel lastig als we niet precies weten welke condities we hebben om dat te doen. Daar lopen we wel echt tegenaan." (Gemeente)

"Je merkt dat zij die er nu zitten en straks niet meer, het moeilijk vinden om nu besluiten te maken maar je kunt ook niet wachten. We kunnen niet wachten totdat er straks nieuwe wethouders zijn en die ingewerkt zijn. Dan is het te laat. In die zin is het wel lastig in de besluitvormingscyclus, tegelijkertijd zit je met een nieuwe raad en nieuwe wethouders. Wat het besluitvormingsproces niet ten goede komt." (Gemeente)

Alle partijen gaven ook aan dat de korte politieke cyclus in Nederland duurzame samenwerkingsverbanden in de zorg in de weg staan. Vaak zijn ambtenaren, waar wel meer continuïteit in zit, afhankelijk van bestuurders met betrekking tot het uitvoeren van het beleid. Bovendien worden bestuurders gekozen en hoeven dus niet te voldoen aan kwaliteitseisen of inhoudelijke kennis met betrekking tot hun toegewezen beleidsterrein.

Illustrerende citaten 'korte politieke cyclus belemmert duurzaamheid samenwerkingsverbanden'

"Ja, en dan heb je een band met iemand en die heeft een bepaalde visie, en na 4 jaar begin je weer opnieuw. Dat is moeilijk. Dan kan de wil er misschien wel zijn, en vaak bij de uitvoerende mensen is die wil er wel, maar van hogerhand wordt toch besloten dat er meer geld naar een andere stroom moet en dan wordt er met de potjes geschoven. Dan kan je als uitvoerende ambtenaar nog wel willen, maar als het beleid anders is dan sta je ook met de rug tegen de muur." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Er zijn vrij veel gemeentes nog steeds die toch vaak hun eigen ding doen. Wat ook wel een probleem is, is dat je ook wel eens met wethouders te maken hebt die een politiek doel hebben. Als ik mijn periode maar goed afsluit of als ik maar herkozen wordt. En dat hoeft niet altijd te sporen met de lange termijn doelen die wij stellen." (Zorgverzekeraar)

"Daarnaast moet je natuurlijk bestuurders hebben, en dat is het grootste probleem in de samenleving, bestuurders zijn gewoon voorbijgangers. Die wordt gekozen, die wordt neergezet hier en vervolgens moeten diezelfde ambtenaren verder met die nieuwe bestuurder. Dus ik vind dat er ook een kwaliteitstoets moet komen naar bestuurders toe, zonder kwalificaties kun je niet besturen." (Gemeente)

3.3.3 Aspecten met betrekking tot organisatiecultuur**a. Gedeelde missie en visie**

Uit de interviews bleek dat gemeenten, eerstelijnsprofessionals en zorgverzekeraars het belang onderschreven van kwalitatief goede, zinnige, zuinige en doelmatige zorg die vraaggericht, laagdrempelig en dicht bij de burger (wijkgerichte of praktijkgerichte aanpak) op maat aangeboden zou moeten worden. Echter, de verschillende stakeholders twijfelden aan elkaars daadwerkelijke uitvoering van deze missie en visie door een gebrek aan kennis van elkaars missie en visie en dit leidde tot mogelijke misvattingen hieromtrent (Box 3c; pagina 49). Gemeenten en de geïnterviewde zorgverzekeraar twijfelden aan de mate waarin de kantelingsgedachte ten behoeve van een duurzaam zorgstelsel (zuinige zorg) binnen de eerstelijnszorg omarmd is en uitgevoerd wordt. Echter, de eerstelijnszorgprofessionals binnen dit onderzoek gaven zelf aan veel aandacht te besteden aan het zelf activeren van patiënten. Een aantal eerstelijnsprofessionals en gemeentelijke basiszorgverleners twijfelde over de haalbaarheid van een duurzaam zorgstelsel aan de hand van het verhogen van de zelfredzaamheid en participatie. In de praktijk bleek dat de mensen die aanspraak willen of moeten maken op sociale en maatschappelijke zorg meestal niet zelfredzaam zijn en geen sociaal netwerk hebben om op terug te vallen, mede door de individualisering van onze samenleving. De mogelijke winsten die gemeenten en de landelijke politiek toeschrijven aan het verhogen van de zelfredzaamheid en participatie zouden hierdoor zeer gering kunnen zijn.

Illustrerende citaten 'eerstelijnszorg moet meer kantelen'

"Nou de huisarts zal er ook op bij moeten scholen. Hij zit niet per definitie zo in elkaar dat hij als eerste denkt, wat kan de patiënt nog zelf?" (Zorgverzekeraar)

"De hulpverlener moet zich eigenlijk ook afvragen: wat betekent dat dan, zelfredzaamheid van de patiënt. Wat betekent dat voor mijn dagelijkse werk. En dat betekent dus dat daar waar hij nu misschien wel een pilletje voorschrijft, dat hij denkt nee, ik moet hem ergens aan het werk zetten." (Zorgverzekeraar)

"Het is belangrijk dat de huisarts ook gaat denken vanuit eigen kracht. Dat wordt een hele lastige. Wat kunnen mensen zelf? En als zo'n huisarts leert signaleren: hier is misschien wel sociaal emotionele problematiek aan de hand. Ook dat die daarin doorvraagt. Het vergt toch wel het nodige van de huisarts." (Gemeente)

"De nadruk ligt toch op leefstijlverandering, niet alleen op veranderen van medicatie. Een stukje zelfmanagement, wat kan die patiënt zelf doen." (Eerstelijnszorgverlener)

"Eigenlijk is het doel om te motiveren met bewegen en afvallen om uiteindelijk de diabetes kwijt te raken, de insuline en pillen weg en 'ik zie je niet meer terug'. Dat is eigenlijk het doel. Niet om ze te houden." (Eerstelijnszorgverlener)

Illustrerende citaten 'haalbaarheid van winsten uit verhogen zelfredzaamheid en participatie'

"Ik denk dat er te gemakkelijk over gedaan wordt, oké, het eigen netwerk moet het oplossen. Op de eerste plaats kan het eigen netwerk meestal geen zorg bieden en kan men hierop niet teruggrijpen, 40-50 jaar geleden deden we dat ook, ja dat klopt, maar de tijden zijn veranderd en de verhoudingen tussen ouders en kinderen of tussen familieleden of tussen bureaus zijn ook veranderd." (Gemeente)

"Ouderen zijn toch vaak alleenstaand en hebben niet altijd sociale netwerken. Ook al doet de minister ons geloven dat we daar straks gebruik van moeten maken, dat iedereen zijn eigen vangnetje moet maken en de participatie van de familie, dat is er niet, daar voorzie ik grote problemen. Want dat is op papier mooi, maar in de praktijk.." (Eerstelijnszorgverlener)

Eerstelijnszorgprofessionals gaven op hun beurt aan dat gemeenten voornamelijk uit belang van eigen kostenbesparing handelen en hebben het gevoel dat gemeenten het patiënt- of burgerbelang niet voorop stellen als het gaat om de kwaliteit van zorg. Eerstelijnszorgverleners gaven aan dat gemeenten vaak te veel vasthielden aan hun domein, ook als dit het patiëntbelang en ook het bredere financiële belang niet ten goede kwam.

Illustrerende citaten 'gemeente stelt patiëntbelang niet voorop'

"Als ik voor het weekend wil dat er ergens iemand de maaltijd krijgt, er is een Wmo-indicatie, en ik weet dat die patiënt verder niemand heeft die dat voor hem kan regelen in dat weekend, dan zou dat een reden kunnen zijn, als die mevrouw zichzelf niks te eten en drinken kan pakken, voor spoedopname. Dat kan ik regelen. Maar dat is toch van de gekken dat ik dat moet regelen vanuit de AWBZ. Maar, het opwarmen van een maaltijd en het opdienen van de maaltijd, dat kost de gemeente geld." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Ik weet dat er een wijkverpleegkundige in Kerkrade zei: Ik sluit niet aan bij het wijkoverleg, want sociale zaken zit er bij, dus ik ga geen informatie delen, omdat sociale zaken erbij zit. Ik kan me dat voorstellen, dat sociale zaken daar met hele andere bedoelingen zitten, als je het gevoel al hebt dat ze daar met andere belangen zitten, dat je moeite hebt om informatie te delen. Ik denk dat we er allemaal naar toe moeten dat je de zorg zo afstemt dat het het beste is voor de cliënt." (Eerstelijnszorgprofessional)

b. (On)begrip cultuurverschillen

De meeste eerstelijnszorgverleners gaven aan te huiveren voor de in hun ogen bureaucratische, aan regels gebonden, starre en trage manier van werken binnen gemeenten. Ook ambtenaren bij de gemeenten ervaren dat zij binnen hun eigen organisatie minder ruimte hebben om zelf invulling te geven aan beleid dan eerstelijnszorgprofessionals door de wetten en regelgeving waarbinnen zij moeten werken. Deze cultuurverschillen tussen eerstelijnszorg en gemeenten leiden op de werkvloer vaak tot onbegrip (Box 3c; pagina 49).

Illustrerende citaten 'Ervaren cultuurverschillen tussen eerstelijnszorg en gemeenten'

"Bij de gemeente is nooit iets spoed in het algemeen. Er zijn weinig Wmo-consulenten die dat echt begrijpen." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Alleen ik heb mij heel erg afgeremd gevoeld in het bureaucratische gebeuren. Zo heb ik het ervaren vanuit een gemeentelijk apparaat. Er werd iedere keer gezegd door de wijkmanager: 'ja maar het beleid...'. Dat zijn allemaal mensen vanuit de gemeentes die ook denken als ambtenaren. Dan kwam weer een meneer praten over het beleid... dat moest van boven af doorgesijpeld zijn voordat mensen op de werkvloer in actie mochten/konden komen." (Eerstelijnszorgprofessional)

"We zitten natuurlijk met allemaal hulpverleners daar om de tafel, en ik ben hier een gemeenteambtenaar dus het is soms heel moeilijk om nee te verkopen. Ik begrijp dan wel dat een voorziening prettig zou zijn, maar met de wet er langs te leggen zul je toch nee moeten verkopen en dat kan wel eens wat onbegrip opleveren, want je wordt dan toch soms gezien als een ambtenaar." (Gemeente)

"Ik denk dat dat ook heel logisch is, dat is een hele andere manier van werken. Als jij een Wmo-consulent bent moet je enerzijds de cliënt bedienen maar anderzijds moet je ook het potje van de gemeente bewaken en niet iedereen een traplift geven. Ik denk dat je daar sowieso heel erg moet schipperen tussen al die vuren waar je tussenin staat. Dat is een hele andere manier van werken, dat kan je niet met mij vergelijken." (Eerstelijnszorgprofessional)

“Ik denk dat dat een van de grootste problemen is van de gemeente, de starheid en ook allemaal regeltjes gebonden. Maar van de andere kant wel het geld over de balk smijten met dingen dat wij denken .. dat had goedkoper gekund”
(Eerstelijnszorgprofessional)

“Ik ben een medewerker in de gezondheidszorg en als ik met iemand praat uit de gezondheidszorg of met iemand praat vanuit een welzijnsorganisatie dan begrijpen wij elkaar. Als ik met iemand praat over een patiënt, wat daar nodig of noodzakelijk is, of wat hij allemaal heeft of de situatie beschrijf met een gemeente ambtenaar, dan komt het vaker voor dat we elkaar niet begrijpen, omdat het een hele andere taal is... omdat je met bepaalde woorden hele andere dingen bedoeld... omdat de insteek anders is, ik wil wat en de gemeente moet daar wel of geen toestemmingen voor geven. Er is een bepaalde verhouding die ik dan voel.” (Eerstelijnszorgprofessional)

Echter, deze omschreven cultuurverschillen in eerstelijnszorg en gemeenten (pragmatisch, flexibel en concreet vs. respectievelijk star en bureaucratisch) werden door een aantal eerstelijnsprofessionals niet zodanig als belemmerend gezien, mits men de verschillen accepteert en men weet hoe men ermee om moet gaan om het doel te bereiken (Box 3c; pagina 49).

Illustrerend citaat ‘verschil in cultuur hoeft geen belemmering voor samenwerking te zijn’

Nou ja, ik kan er (cultuurverschillen) goed mee omgaan. Ik ben gewoon vroegtijdig met de dingen die moeten gebeuren, ik weet waar het naartoe gaat. En ik maak daar eerder gebruik van dan dat ik daar last van heb.” (Eerstelijnsprofessional).

c. Leiderschap en regie

Uit de interviews kwam een gebrek aan leiderschap en regie naar voren bij gemeenten die de invulling en uitvoering van het nieuwe beleid belemmerden, inclusief welke rol de eerstelijnszorg hierin zou spelen (Box 3c; pagina 49). Gemeenteambtenaren hadden het gevoel dat er geen helicopterview aanwezig was binnen hun eigen organisatie en dat er tussen beleidsterreinen onvoldoende coördinatie was om deze te integreren.

Illustrerende citaten ‘gebrek aan regie en coördinatie binnen gemeenten’

“Ja, en het is ook wel logisch dat het heel gefragmenteerd is omdat het heel veel is. Als je een groot onderwerp pakt kost het nog veel meer tijd dus het idee, je snijdt het in kleine stukjes, dan zijn in ieder geval een aantal mensen daar intensief mee bezig. Maar de helicopterview ontbreekt.” (Gemeente)

“Dat merk je aan overleggen, dat het toch wel regelmatig een beetje dreigt te verzanden. Je krijgt van verschillende mensen een stukje informatie. Je zit bij elkaar in een groep maar de anderen zitten ook allemaal in andere groepen waar ook dingen besproken zijn. Op de een of andere manier ontbreekt het een beetje aan de coördinatie.” (Gemeente)

“Daar zijn we ook wel heel actief in, maar misschien op sommige terreinen ook te actief, omdat iedereen vanuit verschillende invalshoeken kijkt, de een is met een maatschappelijk wijkteam bezig en probeert allerlei verbindingen en lijnen te leggen met partijen in dat stadsdeel en de ander zit meer op beleidsniveau zit bijvoorbeeld met de zorgverzekeraar aan tafel ook over hetzelfde onderwerp en iemand anders zit weer op een heel ander vlak, dus het is veel meer iets waar we intern ook sturing in moeten vinden, maar dat is ook heel lastig dat buitelt over elkaar heen. De dynamiek is ook zo groot, hoe krijgen we dat in goede banen geleid?” (Gemeente)

Ook gaven ambtenaren aan een spanningsveld te ervaren tussen het uitvoerende en het bestuursniveau (hiërarchische structuur) waarbij een gebrek ontstond aan discretionaire ruimte op operationeel niveau om te kunnen experimenteren. Dit belemmerde het vormgeven van de nieuwe samenwerkingsverbanden tussen eerstelijnszorg en gemeenten, aangezien eerstelijnsprofessionals veel discretionaire ruimte hadden en in de praktijk vaak ook bottom-up nieuwe zorgprotocollen konden ontwikkelen (Box 3c; pagina 49).

Illustrerende citaten 'gebrek aan ervaren discretionaire ruimte bij gemeenten belemmerd bottom-up approach eerstelijnszorg'

"Als gemeente zeg maar voor de groep waar wij straks vanaf 1 januari verantwoordelijk voor worden, hebben we nu nog niks over te zeggen. Het liefste zouden wij willen experimenteren, die ruimte krijgen we niet, maar dat zouden we wel graag willen." (Gemeente)

"Ja. Als je naar de nieuwe wettekst van de Wmo kijkt die vorige week aan de tweede kamer is aangeboden. Ik heb hem nog niet helemaal gelezen, maar er zijn toch dingen waarvan je denkt dat je toch weer met handen en voeten gebonden bent aan processtappen. Dat maakt het lastig" (Gemeente)

"Hoe meer vrijheid de gemeente krijgt, hoe meer verschillen je krijgt. Je moet een bepaalde kwaliteit kunnen waarborgen. Als gemeente zit je in een best lastig parket, aan de ene kant wil je heel innovatief te werk gaan en zoek je de grenzen op wat betreft de wetten en regels die je hebt, dat werkt gewoon soms belemmerend." (Gemeente)

"Ik ben meer bottom-up. Laat ons beginnen, zie het als een pilot, zie het als een project. Laten we gewoon klein beginnen met 1 a 2 patiënten en laat ons ervaren in de samenwerking op de werkvloer hoe zich dat ontwikkeld." (Eerstelijnszorgprofessional)

Als het gaat om leiderschap of regie met betrekking tot de samenwerking tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg, waren eerstelijnsprofessionals van mening dat de regie over zorg bij eerstelijnszorgprofessionals zou moeten liggen; meer specifiek bij de huisartsenzorg (Box 3c; pagina 49). Dit werd beaamd door gemeenten die ook stellen dat de regie van de inhoudelijke zorgverlening zo veel mogelijk bij zorgprofessionals thuishoorde, uitgezonderd van de 'multi-problem' casuïstiek waar, buiten medische, voornamelijk sociale en maatschappelijke problematiek een rol speelt. Of huisartsen deze regie ook echt zouden willen nemen, daar werd aan getwijfeld bij een aantal eerstelijnszorgverleners. Zij gaven aan dat huisartsen vaak niet de juiste vaardigheden bezitten om uitvoering te geven aan de regie voor multi-problem casuïstiek.

Illustrerende citaten 'twijfel over vaardigheden huisarts om regierol op zich te nemen'

"Ik vind dat de regie bij de huisarts moet liggen. Maar of die huisartsen die gaan nemen is een tweede. Maar dat is mijn mening vanuit mijn functie in dit gezondheidscentrum, maar ik weet dat huisartsen over het algemeen niet proactief zijn maar heel reactief. Of dat gaat lukken, misschien is het wel een utopie." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Huisartsen worden heel vaak gezien als degenen die de regie in handen moeten hebben. Dat is de vraag of dat zo is. Je moet iemand met competenties daar neerzetten. Een manager van een voetbalclub hoeft geen goede voetballer te zijn." (Eerstelijnszorgprofessional)

Eerstelijnszorgverleners toonden onbegrip over het feit dat gemeenten hen niet betrekken bij besluitvorming aangaande gemeentelijke basiszorgverleners waar eerstelijnszorgverleners al mee samenwerken, zoals maatschappelijk werk. Zij wilden als gelijkwaardige partner in samenwerking gezien worden, zonder hiërarchische sturing op gemeentelijk niveau en door gezamenlijke afspraken te maken (Box 3c; pagina 49). Gemeenten zouden volgens eerstelijnszorgprofessionals wel een goede infrastructuur met betrekking tot sociale en maatschappelijke zorg moeten regisseren, hetgeen gemeenten tevens benadrukten. Gemeenten, op hun beurt, zagen ook een rol voor hen weggelegd als regisseur van de samenwerking in het geheel, echter eerstelijnsprofessionals zouden meer betrokken willen worden bij het vormgeven van de samenwerking op operationeel niveau.

Illustrerende citaten 'visies m.b.t. regie in samenwerking tussen gemeenten en eerstelijnszorg'

"Wat lastig is dat er afspraken worden gemaakt op Parkstad-niveau met een aantal organisaties vooral met die bij mij aan tafel zitten maar de huisarts zit niet aan tafel bij het regionale stuk, dus daar worden afspraken gemaakt bijv. rondom "één gezin één plan" en dan pas ik dat toe in mijn overleg maar die huisarts heeft zoiets; het is leuk dat jullie dat hebben afgesproken maar niet met mij, waarom moet ik daar aan meedoen, dat kost mij bakken aan tijd."

(Eerstelijnszorgprofessional)

"Ik probeer om de hele complexe ouderenzorg vanuit de huisartsenpraktijk aan te sturen. Dus ook alle patiënten die kwetsbaar zijn, die wij als kwetsbaar gelabeld hebben, de regie van die zorg, vind ik, dat in de huisartsenpraktijk moet liggen omdat deze onafhankelijk is." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Nou wil de gemeente ook weer van die wijksteunpunten gaan organiseren, maar dat is weer iets bureaucratisch, ambtelijk, organisatorisch. Terwijl ik zoiets heb van; dat lijken mij prima ideeën alleen je aanvliegroute moet vanuit de inhoud komen want a) dan heb je meer kans op succes en b) je inhoud is ook makkelijker." (Eerstelijnszorgprofessional)

"De gemeente neemt de regie op de mensen met de zware problematiek, daar stuurt de gemeente op." (Gemeente)

"Omdat er een partij verantwoordelijk is voor een hele grote doelgroep burgers, dat is de gemeente met de nieuwe regelingen, nu vindt iedereen het heel acceptabel dat de gemeente zegt: 'we gaan die kant op'. De partijen zeggen ook dat de gemeente hun moet zeggen welke kant ze op moeten gaan." (Gemeente)

"Wat je ziet is dat wij als gemeente veel meer de regiefunctie oppakken, hoe kan ik verbinden, wie heb ik nodig om dat te realiseren. Dan ga je mensen bij elkaar halen en krijg je ze hier aan tafel en ga je kijken wie wat kan doen. Wij bedenken dat niet allemaal, wij proberen alleen de krachten en de kennis van instellingen en mensen bij elkaar te brengen om uiteindelijk te bereiken waar we het allemaal voor doen." (Gemeente)

"Nou ik denk dat de gemeente met name dat stukje die infrastructuur voor zorg en welzijn dat die gewoon goed in de fundamenten moet blijven staan. Ik denk dat we daar heel wat aan hebben. Ik denk, echt puur op behandelaars niveau, denk ik dat we weinig aan de gemeente hebben." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Ze (gemeenten) zeggen zoiets van; wij zijn verantwoordelijk, dus wij moeten het ook bepalen en wij gaan ook vertellen hoe het moet want wij zijn ook budgethouder, ja daar hebben ze allemaal gelijk in maar zo win je geen oorlog." (Eerstelijnszorgprofessional)

"De gemeente zou natuurlijk puur bestuurlijk van bovenaf willen regelen, dat begrijp ik. Ze zullen toch moeten open staan voor onze mening. Er zal toch een stukje, niet zozeer respect, dat wil ik het niet noemen, maar ze zullen wel moeten zien; wat kunnen jullie voor ons betekenen. Dat wij ook een inbreng kunnen hebben in het invullen van." (Eerstelijnszorgprofessional)

d. Visie ten aanzien van domeinen

Een mogelijke belemmering voor de samenwerking tussen gemeenten en eerstelijnszorg die uit de interviews naar voren kwam was dat beide partijen mogelijk een andere visie op gezondheid en gerelateerde taken hanteerden. Gemeenten gaven aan dat zij een brede kijk op gezondheid hanteerden, waarin zowel de medische conditie als de sociale en maatschappelijke omgevingsfactoren een rol spelen, terwijl zij vonden dat eerstelijnsprofessionals een beperkte kijk op gezondheid hanteerden. Ook hadden gemeenten het gevoel dat eerstelijnszorg door deze beperkte kijk geïsoleerd werkten en hun medische domein afbakenden. Gemeenten verwachtten een sterkere signalerende functie van eerstelijnszorgverleners met betrekking tot sociale en maatschappelijke problematiek.

Het merendeel van de eerstelijnszorgverleners gaf wel degelijk aan de samenhang tussen medische gezondheid en sociale en maatschappelijke omstandigheden relevant te vinden. Ook gaven eerstelijnszorgprofessionals aan dat zij, indien er sociale problematiek gesignaleerd was, patiënten doorverwezen naar de gemeentelijke basiszorg (bv. Wmo-loket, maatschappelijk werk) of informele zorg die door gemeenten ondersteund wordt (bv. mantelzorg). In een aantal eerstelijnscentra werd sociale problematiek bij patiënten ook in kaart gebracht. Het ervaren verschil in kijk op gezondheid is dus mogelijk een misvatting (Box 3c; pagina 49).

Illustrerende citaten 'visie ten aanzien van gezondheid en domeinen'

"We zeggen natuurlijk dat het zo moet en er wordt ook best aan meegewerkt in meerdere of mindere mate, maar je kan je natuurlijk afvragen of de gemiddelde huisarts dat wel als zijn taak ziet. Hij is daar om de patiënt beter te maken. Door overheidswegen wordt dan bepaald: nee dat gaan we anders doen. Dan wordt hij geacht mee te gaan terwijl hij daar helemaal geen zin in heeft." (Gemeente)

"Ik denk ook niet dat dat (sociale zorg) in mijn zorg hoort, kijk, is er iemand die met bepaalde problemen aankomt lopen dan geef je ze wel adviezen maar verder hoef ik daar niks mee." (Eerstelijnsprofessional)

"De zorg is gewoon heel erg breed, het is niet alleen het stukje ziekte, maar ook alles dat erbij hoort vind ik, moet je ook een beetje aandacht aan besteden, want dat maakt het diabetesstuk makkelijker te hanteren, want uhm psychologische klachten van mensen of andere problematiek dat verhoogt toch alleen maar de suiker, want dat heeft allemaal invloed op hun leven en daardoor raken ze ontregeld dus als je dan dit erbij kan pakken, dan is het voor de mensen beter en wordt hun suikers ook beter." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Alle maatschappelijke dingen zoals uitkeringen, bewind voering, huisvesting, dat soort dingen, dat stuur ik allemaal naar het wijkloket." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Ik denk niet dat je de samenwerking tussen eerstelijnszorg en gemeenten moet vormgeven in een wijkteam. Dat is misschien prima voor andere problematiek die niet met de gezondheid te maken hebben, bijvoorbeeld woonhuisvesting of overlast." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Werk of geen werk hebben is natuurlijk vaak ook wel van invloed op iemands welbevinden of gezondheid. Dat hangt allemaal met elkaar samen." (Zorgverzekeraar)

Maar als je vanuit de integrale zorg kijkt, ja dat is voor ons niet, integraal eerstelijns versus gemeentelijke basiszorg, het is voor ons veel meer, bijvoorbeeld ook de zorg en begeleiding voorheen gefinancierd vanuit AWBZ, snap je? Dat heeft met definities en afbakening te maken. We kijken nu noodgedwongen breder omdat het nu onze verantwoordelijkheid wordt. Maar ook al toen dat niet was, die integraliteit gaat verder dan vanuit gezondheidsperspectief. (Gemeente).

Een aantal huisartsen gaf aan dat een directe informatie-uitwisseling met Wmo-consulenten niet binnen hun normen en waarden van zorgverlening paste. Zij willen niet, als zijnde behandelend arts, ook de rol van keurend arts op zich nemen. Dit zou de vertrouwensband met de patiënt kunnen schaden en zou dus een onafhankelijke arts moeten doen.

Illustrerende citaten 'huisarts behandeld arts en geen keurend arts'

"...wat er dan gebeurt, is een behandelend arts en een keurend arts of consulent die hebben dan samen overleg. Dat maakt het voor de patiënten heel ontransparant. Die hebben dan echt het gevoel; mijn behandelaar gaat mij zo straks beoordelen." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Want als je bij een gemeente zit en gemeente is ook verantwoordelijk voor bijstand en andere zaken denk ik dat het heel goed gescheiden moet blijven. Het ene heeft niks te maken met het ander. Of tenminste, mag geen invloed hebben op een ander. Als behandelaar en beoordelaar." (Eerstelijnszorgprofessional)

e. Visie ten aanzien van strategie

Als het gaat om op welke manier sociale en maatschappelijke zorg en eerstelijnszorg verbonden moeten worden, welke strategie voor de concrete aanpak gehanteerd zou moeten worden, hebben eerstelijnsprofessionals en gemeenten andere visies. Gemeenten ambiëren een brede aanpak waarin alle leefgebieden worden meegenomen met brede teams, terwijl eerstelijnsprofessionals gebruik willen maken van kleine, specialistische teams in combinatie met efficiënte netwerken (Box 3c; pagina 49). De zorgverzekeraar beaamde de aanpak van eerstelijnsprofessionals. Dit wordt tevens beschreven in hun Zorg en Welzijn model (ZoWel model; CZ, 2013), waar de link tussen het sociale en medische domein wordt vormgegeven door de samenwerking van de Zichtbare Schakel en Wmo-deskundige (eerste schil), waarbij hun achterliggende netwerken in het verlengde hiervan kunnen fungeren (tweede schil).

Illustreerende citaten 'visie ten aanzien van strategie integreren gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg'

"Laat iedereen op zijn eigen stuk, en juist daar waar knelpunten ontstaan, daar juist de samenwerking aangaan. Aanvragen voor Wmo blijven dan ook binnen de Wmo-consulent. Het is alleen de taak die patiënt op de goede manier naar de Wmo-consulent door te verwijzen." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Ja daarvoor verwijs ik naar maatschappelijk werk. Zij hebben meer de kennis van die regels, daar heb ik geen verstand van." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Wat wij daarin (brede overleggen) vooral bezwaarlijk vinden is dat er iedere week 3 uur overlegd wordt met 21 instellingen. Dat vinden we te veel overlegtijd en dat maakt het in onze ogen niet efficiënter dan wanneer je twee mensen bij elkaar zet die het samen zouden kunnen doen." (Zorgverzekeraar)

ik weet wel dat een aantal van onze beleidsmedewerkers redelijk enthousiast zijn over het Zowel model, maar we hadden in eerste instantie problemen met het plaatje, omdat het ook wel heel erg beperkt is, want ons sociaal wijkteam is breder dan de welzijnswerker en de wijkverpleegkundige, dat mag logisch zijn, ik bedoel, een welzijnswerker is ook maar een klein onderdeel. (Gemeente)

"Als je het Zowel model zo geïsoleerd neerlegt, van dat is het sociaal wijkteam, dan ga je echt voorbij aan de prioriteit en belangen van de gemeente (namelijk het inrichten van Care)." (Gemeente)

Er werd ook een verschil ervaren in de manier van overleggen tussen gemeenten en eerstelijnsprofessionals, wat volgens eerstelijnsprofessionals ook voortkomt uit het verschil in organisatiecultuur. Terwijl eerstelijnszorgverleners pragmatisch, praktisch en heel concreet proberen te zijn in hun overleggen door een goede hulpvraag aan andere hulpverleners te stellen, blijken gemeentelijke overleggen, volgens eerstelijnsprofessionals, vaak te verzanden in algemeenheden, mede doordat er met te veel partners (te breed) overlegd wordt.

Illustreerende citaten 'Verskil in manier van overleggen'

"Nou ik denk door heel pragmatische en praktisch en concreet te zijn, geen vage beleidstukken en daar uren over discussiëren, dan haken huisartsen af. Huisartsen die willen gewoon heel concreet; nou dit is het probleem, dit is het voorstel om het aan te pakken. Jij gaat dit doen, ik dat, en we komen over 2 weken weer terug om te kijken hoe dat is gegaan, dus eigenlijk heel kort en krachtig" (Eerstelijnszorgprofessional)

"Wij houden niet van vergaderen. En bij de gemeente houdt men veel van vergaderen." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Een kleinere kring, kortere lijnen, duidelijkere afspraken kunnen maken. Er zitten toch veel partijen. Iedereen, wat ga je nou doen? Dat is toch heel moeilijk af te spreken, terwijl als je het alleen over de ziekte of de zorg hebt, kun je het gewoon heel klein houden." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Nou, in het sociale wijkteam waar ik aan deelnam zat een consulent van de sociale dienst, een Wmo-consulent, een ouderenadviseur, een wijkagent, een wijkmanager van de gemeente, dat werd voorgezeten door de clustermanager van de sociale dienst en de zorg van de gemeente, dat was de voorzitter, een zorgconsulent en manager van de thuiszorg, als ik alle mensen bij elkaar optel waren dat er 25 als ze er allemaal waren. Vervolgens werd koffie geserveerd door iemand die werkeloos was en die vanuit de gemeente de opdracht kreeg om dat te doen of dat graag wilde doen. Die was daar ook bij aanwezig. Er liepen ook nog af en toe mensen in en uit omdat het openbaar was, daar ligt ook de bibliotheek, mensen kunnen daar folders halen en er zijn ook spreekuren, dus de ruimte vond ik zelf al niet geschikt als je complexe casuïstiek wil bespreken. Daarvoor vind ik de groep veel te groot. Als je het hebt over zorgmijders dan moet er op een hele andere manier samenwerking gezocht worden en daar moet ook verslag van gedaan worden, dat kan ook niet met 20 man in die setting, terwijl dat wel vaak de mensen zijn die de meeste problemen veroorzaken in de wijk. Dat zijn vaak de zorgmijders. Toen heb ik me afgevraagd, wat kan je wel bespreken... dat was vrij algemeen."

(Eerstelijnszorgprofessional)

f. Openheid, vertrouwen en respect

Het merendeel van de eerstelijnszorgverleners stond wantrouwend tegenover de gemeente (Box 3c; pagina 49). Zij hadden het gevoel dat gemeenten te veel vanuit politieke en financiële redenen keuzes maken en een politiek spel spelen in plaats van te handelen vanuit het belang van de patiënt.

Illustrerende citaten 'eerstelijnszorg wantrouwt motieven voor samenwerking van gemeenten'

"Wij denken in een zorgkader. Onze patiënten moeten geholpen worden. Hoe kunnen we er voor zorgen dat de zorg rondom de patiënt geregeld is. Waar de gemeente mee bezig is, is ook een politiek spel. Allerlei wettelijke kaders die er zijn, hoe kunnen we die wettelijke kaders handhaven, waar moeten we op letten en waar zitten de valkuilen. Zij zijn bezig met allerlei kaders te maken en eigenlijk weinig met de cliënt zelf." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Het enige wat die willen is zorgen dat ze niet de kosten op het bordje krijgen. Dat het wordt uitgevoerd, maar niet de kosten op het bordje krijgen. Dat is het grote probleem." (Eerstelijnszorgprofessional)

"Dat is gewoon een politiek gebeuren. Indekken: we moeten wat doen maar hoe moeten we dat doen en wie moet dat doen, hoe kunnen we dat in een wettelijk kader gieten want men moet weten waar men aan toe is, voor zover het mogelijk is. Dan verzand je natuurlijk aan allerlei regelgeving." (Eerstelijnszorgprofessional)

Ook hadden eerstelijnszorgverleners op operationeel niveau het gevoel dat gemeenteambtenaren hun oordelen over de zorg van patiënten niet vertrouwden en zij vonden dit een belemmering voor de samenwerking.

Illustrerende citaten 'oordeel eerstelijnszorg wordt onvoldoende vertrouwd door gemeenten'

"Ze moeten vanuit een bepaald basisvertrouwen met elkaar omgaan, niet denken: 'Ze zal wel weer van alles voor die patiënt willen regelen bij mij'. Een soort wantrouwen." (Eerstelijnszorgprofessional)

Deze argwaan die bij eerstelijnsprofessionals heerste tegenover de gemeente resulteerde in een deels gesloten houding tegenover samenwerking met de gemeente. Echter, uit een van de zes eerstelijnscentra bleek dat, indien een eerstelijnsorganisatie zich openstelde voor informatie-uitwisseling met gemeentelijke basiszorgverleners zoals Wmo-consulenten (met goedkeuring van patiënten) dit de samenwerking faciliteerde.

Illustrerende citaten 'eerstelijnszorg werkt geïsoleerd; gesloten houding'

"Ik denk dat het vooral een stukje, ik denk dat cultuur, verandermanagement heel belangrijk is, en dat de aanleiding dat ze zichzelf zo in stand houden, niet de hoofdreden is, de aanleiding niet die financiën zijn, want dat voedt alleen, die financiële kaders. Maar ik denk dat heel erg ook het gedrag van medici is, gewoon van dit is mijn medisch dossier en daar blijf jij van af, snap je?" (Gemeente)

"Het probleem is alleen dat de eerste lijn nog vrij geïsoleerd functioneert. Ook vanuit hun eigen beroepskeuze en beroepsgeheimhouding. Niet altijd of niet direct geneigd zijn om te zeggen van nou ik zoek nu alle ketenpartners op en ik ga met de gemeente aan de slag om te kijken wat moet ik daarmee?" (Gemeente)

3.3.4 Fysieke aspecten

Het onder één dak werken van Wmo-consulenten en eerstelijnszorgprofessionals werd als faciliterend ervaren voor de samenwerking op operationeel niveau; er kon in dit geval sneller ad-hoc informatie-uitwisseling plaatsvinden (Box 3d; pagina 50). Echter dit bleek geen expliciete voorwaarde te zijn; ook het hebben van goede netwerken, waarin vaste contactpersonen laagdrempelig bereikbaar waren, werkte faciliterend.

Het feit dat de gezondheidscentra een praktijkbenadering hanteerden, terwijl gemeenten een (geografische) wijk of stadsdeel aanpak beoogden werd mogelijk als belemmerd gezien voor de samenwerking tussen eerstelijnszorgprofessionals en gemeenten (Box 3d; pagina 50). Indien het praktijk- en wijkgebied niet overeenstemmen, sluiten netwerken mogelijk onvoldoende op elkaar aan en hanteren beide partijen een andere definitie van populatie (praktijkpopulatie en wijkpopulatie) die kunnen verschillen in samenstelling.

Hierdoor kunnen doelgroepen en/of problemen waarop men zich wil richten verschillen, die mogelijk ook kunnen dienen als uitkomstindicator voor het evalueren van de zorg.

Illustrerende citaten ‘verschil in populatiedefinitie (wijk- of praktijkgericht) belemmert samenwerking’

“Wat ik vind: als je het per wijk organiseert is het inderdaad heel moeilijk, dan moet je echt naar alle huisartsen gaan voor alle patiënten. In Kerkrade-West hebben we het zo geregeld, om de lijnen heel kort te houden: er zijn twee gezondheidscentra. Wij hebben geregeld dat de teams van de zorgaanbieder die de meeste patiënten heeft in de wijk, dat die vaste teams heeft gekoppeld aan de huisarts. Dat er niet zozeer wijkgericht gewerkt wordt maar huisartsgericht.”
(Eerstelijnszorgprofessional)

“Als je huisartsgericht in plaats van wijkgericht gaat werken dan kan je het clusteren. Dan heb je vaste mensen vanuit de thuiszorg gekoppeld aan vaste huisartsen. Dan zijn het niet meer heel veel mensen die met meerdere artsen contact moeten hebben, dus je maakt de lijnen korter. Dat houdt ook in naar de gemeente toe, dat zij minder locaties hebben waar ze een MDO hebben bijvoorbeeld. Dat is een idee.” (Eerstelijnszorgprofessional)

“Wat natuurlijk ook nog kan is, bijvoorbeeld Hoensbroek-Noord, dat ligt ook echt op de grens tussen Brunssum en Heerlen, die hebben met twee gemeentebesturen te maken, dat is best lastig. Die hebben natuurlijk inwoners, ook van Brunssum, die in Hoensbroek-Noord zorg verbruiken. Dat is natuurlijk hartstikke lastig.” (Zorgverzekeraar)

3.3.5 Inhoudelijke aspecten

Eerstelijnsprofessionals merkten een verschil in omgang met privacy op tussen eerstelijnszorgprofessionals en gemeenten. In vier van de zes eerstelijnscentra gaven eerstelijnsprofessionals aan huiverig te zijn in het uitwisselen van informatie met gemeenten in verband met privacy van hun patiënten en hun vertrouwensband met patiënten (Box 3e; pagina 50). Privacy belemmerde een open en directe informatie-uitwisseling bij inhoudelijke afstemming van de zorg en bepaalde tevens wie aan welke overlegstructuren deelnam of mocht deelnemen. In het samenwerkingsverband waar er wel medische gegevens uitgewisseld werden tussen de huisarts en de Wmo-consulent bleek dat deze Wmo-consulenten een zorgachtergrond hadden en BIG-geregistreerd waren waardoor informatie-uitwisseling gefaciliteerd kon worden, met inachtneming van het beroepsgeheim.

Illustrerende citaten ‘privacy belemmert inhoudelijke casus-overleg op operationeel niveau’

“Ja, daar ga ik geen patiëntinformatie geven. Dat is echt een no-go. Sommige overleggen willen ze graag dat de woningcoöperatie aansluit. Dan denk ik; daar wil ik niet bij zijn. Dan kom je echt in een moeilijke modus.”
(Zorgprofessional)

“Die samenwerking die is er niet, omdat mensen geen BIG-registratie hebben. Misschien fysiotherapie en podotherapie wel maar Wmo-consulent die heeft dat niet en mensen moeten een BIG-registratie hebben wil ik informatie mogen uitwisselen, omdat anders de privacy niet wordt gewaarborgd. Dus een Wmo-consulent zal ik nooit informatie mogen geven.”
(Eerstelijnszorgprofessional)

De beperkte kennis die bij eerstelijnsprofessionals naar voren kwam met betrekking tot de verantwoordelijkheden en competenties van gemeenten belemmerde veel zorgverleners om de samenwerking met de gemeente op te zoeken (Box 3e; pagina 50). Veel eerstelijnszorgverleners zagen geen concrete inhoudelijke overlap met gemeentelijke taken en hierdoor ook het belang van een samenwerking met de gemeente niet in. Gemeenten bleken op hun buurt niet goed op de hoogte van welke zorg er allemaal binnen de eerstelijnscentra uitgevoerd werd en waren onvoldoende op de hoogte welke samenwerkingsverbanden en structuren er al waren.

Illustrerende citaten 'Gebrek aan kennis m.b.t. elkaars verantwoordelijkheden, competenties en bestaande samenwerkingsstructuren'

"Vooral nu we meer wijkgericht gaan werken en daar oog voor gekregen hebben ben ik blij dat we dat aan het doen zijn, daar zet de een wat harder op in dan de ander, is ook niet onze expertise. Van de andere kant, niemand weet goed hoe dat moet en dat zou ik graag meer willen kunnen ontwikkelen en ik zie dat dat met de huidige staf niet lukt, omdat we daar de goede mensen niet voor hebben maar ook de deskundigheid niet voor hebben. Ik zou graag een een soort generalist van de gemeente erbij hebben die ons helpt om beter en sneller onze weg in de wijk te vinden." (Eerstelijnsprofessional)

"Het feit dat wij niet helemaal doorhebben hoe het binnen de gemeente zit, geldt andersom ook. Zij weten ook niet hoe gezondheidscentra werken of hoe huisartsenpraktijken überhaupt werken en wat er wel en niet is." (Eerstelijnsprofessional)

"Ik heb geen idee wat een gemeente ons zou kunnen bieden." (Eerstelijnsprofessional)

"Ik denk dat het zowel vanuit de eerstelijns als de gemeente, nog niet duidelijk is: wat doet de huisarts en wat doet de eerste lijn. Andersom is het ook: wat is nu de rol van de gemeente in het geheel en wat moet je met de gemeente straks?" (Gemeente)

a. Financiële aspecten	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financiële schotten in de zorg (Wmo, Wpg, AWBZ, ZvW) zorgen voor het afbakenen van domeinen en verhogen administratieve lasten voor professionals op het operationele niveau. ✓ Op beleidsniveau zorgen financiële schotten voor het ontbreken van een financiële prikkel om te investeren in publieke gezondheid; (deels) ontschotten door bijvoorbeeld te werken met gedeelde winsten voor verantwoordelijke partijen kan deze financiële prikkel mogelijk weer teweeg brengen. ✓ Voor het opzetten, coördineren en institutionaliseren van structurele zorgnetwerken en overlegstructuren, waar zowel professionals werkzaam op het medische als sociale vlak aan deelnemen, is financiering belangrijk. ✓ De beloningsstructuur binnen de huisartsenzorg belemmert multidisciplinair samenwerken; overlegtijd is geen betaalde tijd.
b. Organisatorische aspecten	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aansluiten van gemeentelijke basiszorg op bestaande structurele MDO's in de eerstelijnszorg (indien aanwezig) is wenselijk. ✓ De diffuse en gefragmenteerde organisatie van zowel eerstelijnszorgprofessionals als binnen gemeenten blijkt belemmerend voor samenwerking. Overkoepelende organisaties (zoals goed georganiseerde zorggroepen of regionale samenwerkingsverbanden tussen gemeenten) die gemandateerd zijn te spreken voor de gehele achterban, kan het maken van overkoepelende afspraken m.b.t. samenwerking faciliteren. ✓ Een turbulente politieke tijd met veel onzekerheden zorgt voor een politiek vacuüm dat besluitvorming betreffende nieuw gemeentelijk beleid belemmert evenals het opbouwen van een duurzame samenwerking met eerstelijnszorgprofessionals.
c. Organisatiecultuur aspecten	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Misvattingen m.b.t. elkaars missie en visie en m.b.t. elkaars domeinen verlagen het vertrouwen in een mogelijke samenwerking tussen gemeenten en eerstelijnsprofessionals. ✓ De ervaren verschillen in organisatiecultuur tussen eerstelijnszorg en gemeenten (pragmatisch, flexibel en concreet vs. respectievelijk star en bureaucratisch) remt veel eerstelijnsprofessionals af om samen te gaan werken met gemeenten. Echter, dit blijkt geen belemmering te hoeven zijn voor samenwerking, mits men elkaars verschillen accepteert en hiermee weet om te gaan om het uiteindelijke doel te bereiken. ✓ Een gebrek aan leiderschap en coördinatie binnen gemeentelijke basiszorg blijkt belemmerend om de samenwerking met eerstelijnszorg concreet in te vullen. ✓ Er blijkt onvoldoende discretionaire ruimte te zijn bij Wpg- en Wmo-beleidsambtenaren om te kunnen experimenteren in mogelijke samenwerkingsvormen met eerstelijnsprofessionals. ✓ Gemeenten en eerstelijnsprofessionals geven beide aan dat regie over zorg bij de huisarts zou moeten liggen, echter, er is twijfel over of de gemiddelde huisarts voldoende geëquipeerd is om hier uitvoering aan te geven. ✓ Verticale sturing vanuit gemeenten over het vormgeven van de samenwerking tussen gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg blijkt niet wenselijk vanuit eerstelijnszorgprofessionals, die graag als gelijkwaardige partner in de samenwerking worden gezien. ✓ Sommige eerstelijnsprofessionals willen niet als behandeld arts ook deels de rol van keurend arts krijgen, hetgeen informatieuitwisseling met Wmo-consulenten voor hen belemmert. ✓ Een verschil in visie over strategie van samenwerken tussen gemeenten en eerstelijnsprofessionals (brede aanpak die alle leefgebieden meeneemt met brede teams vs. respectievelijk, meer gebruik maken van kleine, specialistische teams in combinatie met efficiënte netwerken) kan concrete invulling van de samenwerking belemmeren. ✓ Een wantrouwende en gesloten houding van eerstelijnsprofessionals ten opzicht van gemeenten is belemmerend voor samenwerking en visa versa.

d. Fysieke aspecten	✓	Onder één dak werken van eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg of het werken met goede zorgnetwerken waarin vaste contactpersonen laagdrempelig bereikbaar zijn, blijkt faciliterend voor de samenwerking.
	✓	Het niet overeenstemmen van het wijkgebied (gemeenten) en het praktijkgebied (eerstelijnszorg) kan ervoor zorgen dat zorgnetwerken niet efficiënt op elkaar aansluiten en veroorzaakt een verschil in populatiedefinitie met een mogelijk andere risicostratificatie.
e. Inhoudelijke aspecten	✓	Verskil in omgang met privacy van burgers/patiënten door eerstelijnszorgprofessionals en gemeenten blijkt een open en directe informatie-uitwisseling bij inhoudelijke afstemming van de zorg te belemmeren en bepaalt welke professionals aan welke overlegstructuren kunnen deelnemen.
	✓	Gebrek aan kennis bij gemeenten en eerstelijnszorgprofessionals m.b.t. elkaars werkwijzen, competenties en disciplinaire reikwijdte belemmert het zien van de mogelijke gezamenlijke inhoudelijke overlap waar samenwerking constructief zou kunnen bijdragen aan de zorg voor patiënten.

Box 3. Overzicht van belangrijke aspecten met betrekking tot het integreren van gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg*

Voetnoot: *Bovenstaand overzicht is gebaseerd op uitspraken van geïnterviewde professionals in dit onderzoek

3.3.6 Visie van gemeenten, eerstelijns en zorgverzekeraar

Op 30 maart 2015 hebben alle betrokken partijen gezamenlijk gereflecteerd op de bevindingen uit deelvraag 2 en 3. De hoofdonderzoeker heeft de resultaten gepresenteerd zoals beschreven in de paragrafen 3.3.2, 3.3.3 en 3.3.4. Kern van de discussie was gericht op hoe de zes eerstelijnscentra aansluiting kunnen vinden bij het gemeentelijk basiszorgbeleid en welke fysieke, organisatorische, inhoudelijke, culturele en financiële aspecten zij van belang achten als het gaat om het integreren van gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg.

Aanwezig waren afkomstig uit gemeenten (n=6), eerstelijnszorg (n=5), cliëntenraden (n=5), zorgverzekeraar (n=1), Universiteit Maastricht (n=4), ROS Robuust (n=1), RIVM (n=1) en GGD Zuid Limburg (n=5).

Na de presentatie zijn de deelnemers in 3 groepen uiteen gegaan, de groep Heerlen, de groep Kerkrade en de groep Simpelveld. Per groep namen de twee eerstelijnscentra uit de betreffende gemeente deel plus de gemeentelijke vertegenwoordigers en overigen. Stellingen aan de hand waarvan gediscussieerd is, waren:

1. Gemeente zou geen wijkteam moeten initiëren, maar aansluiten op wat er vanuit de praktijkgebieden van eerstelijnszorgcentra al aan samenwerking is.
2. Huisartsen moeten open staan om, met toestemming van de patiënt, informatie uit te wisselen en te overleggen met Wmo-consulenten (evt. in gezamenlijk MDO).
3. Zorgverzekeraar en gemeenten moeten gezamenlijk eerstelijnszorgprofessionals financieel prikkelen om de samenwerking tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg concreet vorm te gaan geven.
4. Zorgverzekeraar en gemeenten zouden toe moeten werken naar een 'shared savings' systeem waarin men (deels) ontschot en gezamenlijke winsten deelt.

Stelling 1

Alle deelnemers waren het er over eens dat de gemeentelijke basiszorg en de eerstelijnszorg op elkaar moeten aansluiten. Ook herkenden de deelnemers zich in de gepresenteerde onderzoeksresultaten. De twee zorgsoorten (gemeentelijke basiszorg versus eerstelijnszorg) zouden veel meer naast elkaar kunnen optrekken. Sommige eerstelijnscentra beschouwen zichzelf als de binnenring met verwijslijnen naar een buitenring waarin de Wmo en de jeugdzorg vertegenwoordigd zijn. Gemeenten gaven aan dat zij zelf het initiatief tot samenwerking dienen te nemen. Zij zouden daarbij wel beter kunnen aansluiten op de reeds bestaande zorgstructuren. Gemeenten zouden vooral goed gebruik willen maken van elkaars expertise. Dat zou kunnen door elkaar veel meer informeel te treffen zodat men elkaar kent. De schaalgrootte van de gemeente bepaalt ten dele de mogelijkheden. Zo is bijvoorbeeld de samenwerking tussen gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg makkelijker te realiseren in kleinere gemeenten. In grotere gemeenten kan de zichtbare schakel (wijkverpleegkundige) de verbindingslijn zijn tussen het sociale wijkteam en de eerstelijnszorg.

Stelling 2

Over de concrete invulling van de samenwerking verschilden de meningen binnen de eerstelijnszorgprofessionals. Sommige huisartsen zagen zichzelf liever niet in de positie van keuringsarts wat betreft Wmo voorzieningen. Zij vrezen dat hiermee het vertrouwen tussen arts en patiënt onder druk komt te staan. Anderen gaven aan dat de eerstelijnszorg prima in staat is om met instemming van de cliënt informatie te delen en adviezen af te geven over Wmo-voorzieningen. Vooraf zouden partijen samen goed moeten definiëren welke informatie ze willen delen. Belang van de privacy van de burger staat voorop. De grens tussen welzijnsinformatie en zorginformatie is soms dun. Daarom zou men aan de voorkant heel gericht moeten aangeven welke informatie gedeeld mag worden en welke niet. Benadrukt wordt dat de arts zich niet mag verschuilen achter zijn beroepsgeheim en dat de gemeente moet voorkomen dat patiënten twee- of soms driedubbel bevraagd worden over dezelfde informatie door de tussenkomst van keuringsartsen.

Stelling 3 en 4

Alle partijen erkenden de financiële barrières en men zou daar wel graag een oplossing voor willen zoeken. De eerstelijnscentra kunnen de samenwerking momenteel alleen financieren vanuit de geïntegreerde eerstelijnszorg gelden (de zogeheten GEZ-gelden) van de zorgverzekeraar. Om geïntegreerde eerstelijnszorg financieel te faciliteren hebben veel zorgverzekeraars de GEZ-module voor een multidisciplinair samenwerkingsverband opgesteld. Deze GEZ-gelden gaan binnen afzienbare termijn verdwijnen. Het is onduidelijk hoe samenwerking vanuit de eerstelijnscentra in de toekomst gefinancierd kan worden. Een systeem van shared savings zou de financiële barrières kunnen verminderen, hoewel de zorgverzekeraar van mening is dat een systeem van shared savings op juridische gronden niet mogelijk is. In het model van shared savings zouden naast de 'savings' ook de 'risks' meegenomen moeten worden. Een pilot in een buurt waar draagvlak is voor samenwerking tussen sociale wijkteams en eerstelijnszorg wordt aanbevolen om de mogelijkheden van een systeem gebaseerd op de principes van shared savings uit te testen. De besparingen en de risico's kunnen

daarmee onder gezamenlijk toezicht transparant worden gemaakt. Het merendeel van de aanwezigen zou een systeem van shared savings and risks graag uitgetest zien, ondanks het voorbehoud van de zorgverzekeraar.

De aanbevelingen werden na afloop van de gezamenlijke discussie ter kennisgeving meegedeeld en aangegeven is dat de projectgroep de mogelijkheden voor vervolgstappen zal onderzoeken.

3.4 Deelvraag 4: Perceptie van patiënt op integrale zorg

3.4.1 Eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg vanuit patiëntperspectief

De ervaringen van patiënten met betrekking tot eerstelijnszorg, gemeentelijke basiszorg en de samenwerking tussen deze twee, zijn in kaart gebracht met behulp van een focusgroep. De resultaten hiervan zijn weergegeven in de volgende vijf paragrafen en een overzicht is gegeven in Box 4 (pagina 57).

a. Patiëntervaringen met delegeren van zorgtaken in eerstelijnszorg

Patiënten ervaren het delegeren van zorgtaken naar praktijkondersteuners en assistenten niet als vervelend. Patiënten geven zelfs aan dat zij, als het gaat om de taken die praktijkondersteuners uitvoeren, de extra aandacht voor hun chronische aandoening prettig vinden. Ook ervaren patiënten de zorg van praktijkondersteuners als tijdbesparend, omdat ze hierdoor niet voor controle naar een ziekenhuis hoeven te gaan. Echter, het is voor patiënten wel van belang dat er voldoende vertrouwen is dat de persoon in kwestie de zorg goed kan uitvoeren. Ook gaven patiënten aan dat als het gaat om een complexe zorgsituatie, waar alleen de huisarts van op de hoogte is, het uitvoeren van triage door assistenten niet op prijs gesteld wordt.

Illustreerende citaten 'ervaring patiënten delegeren zorgtaken in eerstelijnszorg'

"Ik ben het er helemaal mee eens dat simpele zorgtaken worden gedelegeerd naar POH of assistenten, als de arts daardoor meer tijd heeft, want dan krijg je wel de zorg die nodig is. Dan heb je gewoon een persoon die specifiek let op mijn suiker, wat wil ik nog meer?" (Patiënt)

"Ik ga altijd naar de POH, ik vind dat wel fijn, ik kan hier meteen in de ochtend komen, als er veranderingen zijn hoor ik dat een binnen een paar uur via de telefoon, voor mij is dat tijdbesparend, waar zou ik moeilijk doen als een ander die zorg ook goed kan doen? Alleen moet er wel vertrouwen zijn naar die persoon toe. Het moet wel een serieus genomen iemand zijn, want als je daar iemand neerzet die je niet vertrouwt, dan voel je je niet op je gemak." (Patiënt)

"Ik vind het vervelend om een assistente te gaan uitleggen wat er aan de hand is (complexe situatie), die zijn niet op de hoogte van mijn situatie, ik heb dat aangegeven en ik word nu meteen doorverbonden met mijn huisarts. Ik heb geen zin als ik in de ochtend bel met een noodgeval om dan eerst nog een assistente te gaan uitleggen wat de situatie is." (Patiënt)

b. Patiëntervaringen met gemeentelijke basiszorg in samenwerking met eerstelijnszorg

De ervaringen die patiënten hebben gedeeld betreffende de zorg vanuit het Wmo-loket zijn gebaseerd op een situatie waar het Wmo-loket niet in het eerstelijnscentrum aanwezig was en de Wmo-consulenten ook niet deelnamen aan een structureel overleg met eerstelijnszorgverleners. De ervaringen die patiënten hebben weergegeven betreffende maatschappelijke zorg, zijn gebaseerd op een situatie waarin maatschappelijk werk zorg aanbiedt in het eerstelijnscentrum en ook deelneemt aan het structureel overleg.

Patiënten vonden de werkwijze van gemeente betreffende Wmo-aanvragen bureaucratisch. Er werd voor iedere aanvraag een externe GGD-arts ingeschakeld. Patiënten hadden het gevoel dat ze meerdere keren dezelfde informatie moesten verstrekken en hadden tevens het gevoel dat een externe arts, van achter een bureau, geen zicht had op hun situatie. Patiënten toonden wel begrip voor het feit dat er gecontroleerd moet worden of de zorg wel echt nodig is, maar betwijfelden of een externe GGD-arts hiervoor de juiste persoon is.

Illustrerende citaten 'ervaring patiënten betreffende Wmo-zorg'

"Je hebt dan iemand die bij je thuis komt, je doet je hele verhaal en dat gaat dan weer terug naar de gemeente, en dan moet je naar een arts, nou ja, ik weet niet wat die arts voor functie heeft, maar die zou ik ook kunnen vervullen, want die man die blijft achter zijn bureau zitten, die laat je praten en dan vraagt hij: 'Wat denkt u zelf dan wat ik kan doen?' Ik heb al een vragenlijst ingevuld, met zo'n mevrouw die bij je thuis is geweest (Wmo-consulent) nou sorry, dan denk ik van dat bij de GGD gaan keuren, dat kunnen ze schrappen, dan kan rustig tussen de gemeente en de huisarts blijven, ik denk dat die communicatie beter is, dan door zo'n dokter die je helemaal niet kent en die daar zit omdat het waarschijnlijk zo hoort te zijn." (Patiënt)

"Bij alles wat we hebben aangevraagd, moesten we altijd nog naar GGD, terwijl er al zo'n pak papier ligt. Als we het dan over bezuinigen hebben dan zeg ik, schrap die maar meteen, want dat kost geld en is onzin." (Patiënt)

"Als de gemeente hier bij de huisarts de informatie zou vragen voor de Wmo, dan hebben ze alles, waarom moet er dan nog een keuringsarts worden ingeschakeld?" (Patiënt)

"De samenleving heeft het ook deels aan zichzelf te danken, er rijden bijvoorbeeld zo veel mensen in een skootmobiel, en die stappen dan af in de winkel, en dan zie ik ze lopen en dan denk ik van, jeetje, die loopt nog harder dan ik! En dan denk ik, hoe kan dat? Er zijn mensen die echt ziek zijn en het nodig hebben. Er wordt dus ook soms misbruik van gemaakt, dus ik snap dat controle nodig is." (Patiënt)

Eén patiënt gaf aan, door een slechte interne communicatie binnen de gemeente, een half jaar te hebben moeten wachten op uitsluitel met betrekking tot de aanvraag, die eigenlijk binnen 8 weken afgerond had moeten zijn.

Illustrerende citaten 'ervaring communicatie gemeente'

"Wij hebben een half jaar moeten wachten totdat de huishoudelijke hulp werd toegekend, alleen omdat er drie consulenten waren die tussentijds uitvielen en wij hoorden maar niks ervan. Er was geen goede interne communicatie bij de gemeente (geen werkoverdracht had plaatsgevonden). En de mensen die thuis zitten te wachten die weten niet dat iemand uitvalt." (Patiënt)

De ervaringen met de zorg geleverd door maatschappelijk werk waren bij alle patiënten zeer positief. De patiënten merkten dat er goed gecommuniceerd werd tussen de eerstelijnszorgverleners en maatschappelijk werkers en dat de zorg op elkaar werd afgestemd. Hetzelfde geldt voor de zorg geleverd door de thuiszorg.

Illustrerende citaten 'ervaring patiënten betreffende maatschappelijke hulp'

"Ik heb alleen maar positieve ervaringen in dit centrum. Je merkt dat er gecommuniceerd wordt tussen de zorgverleners (tussen maatschappelijk werk en eerstelijnszorg)." (Patiënt)

"Ik ben ook heel tevreden met de zorg hier van maatschappelijk werk. Ik weet ook dat ze communiceren, want ik was een keer niet lekker bij maatschappelijk werk, en ik was nog geen 10 minuten thuis en toen kreeg ik al van hier (eerstelijnszorg) bericht van wat is er aan de hand? Dus ze communiceren wel duidelijk, dus ik heb met maatschappelijk werk alleen positieve ervaringen." (Patiënt)

"Ik vond het geweldig dat ik hier terecht kon bij maatschappelijk werk. En ik vond het ook fijn dat er werd gecommuniceerd met de dokter." (Patiënt)

"We merken wel met de huisarts en de wijkverpleegkundige, als ze ergens iets hebben van, er klopt iets niet, dan hebben we de dag erna telefoon van de huisarts. Er is hier een goede communicatie." (Patiënt)

c. Mogelijke samenwerkingsvormen tussen eerstelijnszorg en zorg vanuit Wmo

Patiënten onderschreven de informatie-uitwisseling tussen huisartsen en Wmo-consulenten, mits alleen de benodigde medische gegevens zouden worden verstrekt en de patiënt om toestemming gevraagd zou worden. Ook werd een adviserende rol van de huisarts, met betrekking tot de beslissing over het al dan niet verkrijgen van sociale voorzieningen, onderschreven door patiënten. De huisarts is toch diegene die volgens patiënten, hen het beste kent, en hierdoor een beter oordeel kan geven. Bovendien zou dit, volgens patiënten, tevens misbruik van het aanspraak maken op zorg tegen kunnen gaan.

Illustrerende citaten 'kijk van patiënten op informatie-uitwisseling tussen huisarts en Wmo-consulent'

"Je hebt toch niets te verbergen als je het aanvraagt? Dus ik vind de informatie-uitwisseling met de huisarts en Wmo-consulent juist goed, misschien dat het ook het misbruik tegengaat, want dan kan de huisarts toch zeggen dat het niet nodig is." (Patiënt)

"Ik vind het niet bezwaarlijk dat medische gegevens die daarvoor (bv. aanvraag scootmobiel) nodig zijn, dat die doorgegeven worden, maar niet alle medische gegevens." (Patiënt)

"Ik vind het belangrijk dat mijn goedkeuring wordt gevraagd om informatie uit te wisselen met de Wmo." (Patiënt)

"Het is toch goed als een huisarts, die kent je van a tot z, als die de Wmo laat weten dat je iets echt nodig hebt, dan moet er toch een vertrouwen zijn tussen de huisarts en de Wmo, dan moeten ze de huisarts wel geloven. Ik vind dat een huisarts best meer zeggenschap mag hebben hierin, want wie kent je beter dan de huisarts?" (Patiënt)

"De huisarts wordt er helemaal niet bij betrokken, het zijn allemaal vreemde mensen die het beslissen, die je niet kennen, en dan denk ik, hebben die er nu echt kijk op? De huisarts moet er zeker bij betrokken worden, dat is het beste." (Patiënt)

Ook werd er in de focusgroep gevraagd naar hoe men een negatief advies van de huisarts zou beoordelen als patiënt, in een fictieve situatie waarin de huisarts zeggenschap zou hebben over het toekennen van sociale voorzieningen. Patiënten gaven hier duidelijk aan dat ze de huisarts vertrouwden op hun oordeel, terwijl het oordeel van Wmo-consulenten werd gewantrouwd. Ook achtten zij de huisarts in staat een weloverwogen keuze te maken betreffende de noodzaak van de te verstrekken voorziening.

Illustrerende citaten 'kijk van patiënten op huisarts als keurend arts'

"Als je een goede relatie hebt met je huisarts, en hij zegt van, ik vind dat je dit nog zelf kan, probeer het eerst, dan vind ik dat je dat eerst moet proberen, hij is arts, ik niet. De huisarts zal geen negatief advies geven als de patiënt het echt nodig heeft." (Patiënt)

"Denk je echt dat een huisarts echt zegt, ik vind die mevrouw zo leuk, geef die nou toch dat scootmobiel, ik denk dat de huisarts ook liever heeft dat we met z'n allen meer wandelen. Ik denk dat een huisarts niet zo maar voorzieningen gaat verstrekken als dit niet echt nodig is, hij gaat daarin echt niet mee." (Patiënt)

"Ik denk dat een huisarts goed kan uitleggen waarom je misschien een voorziening niet nodig hebt, dat hij daar goede argumenten voor kan aandragen, en ik neem aan dat dat vertrouwen er bij de huisarts wel is, dat hij het goed met je voorheeft." (Patiënt)

"En je kunt ook altijd een tweede mening (second opinion) aanvragen." (Patiënt)

In de focusgroep werd ook specifiek gevraagd naar de mening van patiënten over het aanbieden een Wmo-loket in eerstelijnszorgcentra. Hierbij gaven patiënten aan dit fijn te vinden met betrekking tot het laagdrempelig aanbieden van zorg, voornamelijk voor patiënten die minder mobiel zijn. Echter, er zou dan wel afstemming van zorg moeten plaatsvinden tussen de gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg. Bovendien zagen patiënten als voordeel van het aanbieden van deze zorg onder één dak dat het vertrouwen dat patiënten hebben in de eerstelijnszorg ook het vertrouwen in de zorg geleverd door Wmo-consulenten kan verhogen.

Illustrerende citaten 'kijk van patiënten op het aanbieden van gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg onder één dak'

"Onder een dak zitten is alleen nuttig als de zorgverleners ook met elkaar communiceren. Als er verder niks gebeurt, is het misschien wel handig voor mensen dat het dichtbij is, maar dan houdt het ook op." (Patiënt)

"Voor mij is het beter als het Wmo hier is, dan heb ik alles bij elkaar en kunnen ze met elkaar communiceren." (Patiënt)

"Het zit in een eerstelijnscentra allemaal bij elkaar, als je iets hebt ga je toch al naar de dokter, dus dan zit het bij de bron. Zet het bij elkaar, want als je minder mobiel bent, dan zit je weer te kloeien om ook nog naar het Wmo-loket te gaan." (Patiënt)

"Het is hier in het eerstelijnscentra vertrouwd. Ik vertrouw mijn huisarts erin dat er dan goed gecommuniceerd wordt. Het zijn toch meestal ouderen die de Wmo nodig hebben en die hebben toch graag een stukje vertrouwen. De drempel is dan niet zo groot om er naar toe te gaan." (Patiënt)

d. Signalerende rol van huisartsen met betrekking tot maatschappelijk problematiek

Patiënten gaven aan dat huisartsen reeds signaleren op sociale en maatschappelijke problematiek en vaak ook een coördinerende rol spelen in het geheel. Ook vonden patiënten het niet vervelend als huisartsen naar hun maatschappelijk of sociale situatie zouden vragen. Echter, het behandelen van deze problematiek zagen zij niet als verantwoordelijkheid van de huisarts. Hij zou alleen de mensen moeten kunnen doorverwijzen naar de instanties en professionals die hierin gespecialiseerd zijn. De informatie zou vervolgens wel weer moeten worden teruggekoppeld naar de huisarts. Naast de huisarts, zou de wijkverpleegkundige ook een goede rol kunnen vervullen in het signaleren van maatschappelijke en sociale problematiek volgens patiënten.

Illustrerende citaten 'kijk van patiënten op signalerende rol huisarts voor maatschappelijke problematiek'

"Een goede huisarts die je kent, en als je een goede verhouding hebt, die pikt de maatschappelijke problemen al op. Hij is wel de eerste die zo'n signaal kan opvangen." (Patiënt)

"De huisarts die signaleert hier al op, hij zoekt ook de juiste zorgverleners uit om ervoor te zorgen dat er voor alles gezorgd wordt. Maar er moet dan wel goed gecommuniceerd worden, hij moet wel goed op de hoogte gehouden worden, het moet teruggekoppeld worden." (Patiënt)

"Ik vind het niet vervelend als een huisarts ook zou vragen naar mijn sociale contacten of financiële situatie, hij probeert er toch ook alleen maar achter te komen wat er aan de hand is? Als je financiële zorgen hebt, daar kun je best buikpijn van krijgen. Het gaat toch om je gezondheid." (Patiënt)

"Veel ziektebeelden worden toch veroorzaakt door stress. Zo'n man, die is toch ervaren, die prikt daar makkelijk doorheen, vooral als ze wat ouder zijn." (Patiënt)

"De huisarts kent je toch het beste, dus ik vind hem wel de juiste persoon om dit te signaleren." (Patiënt)

"De zichtbare schakel neemt ook al een deel van die signalerende rol over van de huisarts. Die hebben ook wel kijk erop of het wel goed gaat of niet." (Patiënt)

Moeilijkheden die patiënten voorzagen bij een sterker signalerende rol van de huisarts waren ten eerste de mogelijk hogere toestroom van patiënten met hulpvragen betreffende sociale problematiek. Het feit dat mensen langer thuis zullen blijven wonen in de toekomst kan ervoor zorgen dat de groep mensen die vereenzaamt mogelijk snel zal groeien. Ook ervaren patiënten dat de werkdruk bij eerstelijnscentra al heel hoog is en nog meer taken voor een huisarts zou misschien kunnen leiden tot overbelasting en bureaucratiesering van de eerstelijnszorg.

Illustrerende citaten 'mogelijke moeilijkheden die patiënten voorzien t.a.v. sterkere signalerende rol huisarts'

"Als er zo veel oude en zieke mensen thuis moeten blijven wonen, als onze huisdokter zich daar allemaal mee bezig moet houden, wat gebeurt er dan met de mensen die al ziek zijn? Die dokter heeft toch ook maar twee handen en zijn werkdagen, hoeveel mensen denk je dan er dan eenzaam zijn of van alles voelen, omdat er gekort wordt op zorg? Dan krijgt die dokter het wel heel erg druk!" (Patiënt)

"Als we dalijk allemaal naar de huisdokter gaan omdat we niet genoeg aandacht krijgen om ons heen, er zullen straks veel mensen zijn die eenzaam zijn, maar daar kan een huisdokter zich toch niet mee bezig houden?" (Patiënt)

"Je moet ook opletten dat zo'n eerstelijnscentra niet te veel taken krijgt, want dan wordt dat hier ook een log apparaat en dan gaan ze hier ook verzuipen. Je merkt nu al dat ze aan hun top zitten." (Patiënt)

e. Patiëntperspectief betreffende de participatiesamenleving

Patiënten stelden hun twijfels bij de haalbaarheid van de voorgestelde participatiesamenleving door de overheid. Vaak hebben mensen fulltime werk en hierdoor niet de tijd om voor hun ouders of anderen te zorgen. Bovendien gaven patiënten aan dat, als het gaat om kleine dingen, zoals voor iemand boodschappen doen of iemand ergens naar toe rijden, deze vaak al werden gedaan. Patiënten ervaren dat mensen al veel voor elkaar doen. Ook ervaren patiënten het als vervelend indien zij anderen verantwoordelijk zouden moeten maken voor hun eigen tekortkomingen.

Illustrerende citaten 'kijk van patiënten op voorgestelde participatiesamenleving'

"Ik vind dat wel heel zwaar wat ze zeggen (participatiemaatschappij). Tegenwoordig moet je met twee mensen werken wil je rondkomen, en dan willen ze ook nog eens die mensen, de kinderen, vragen om voor hun ouders te zorgen? Die moeten gewoon volop aan de bak om rond te komen en om de studie voor hun kinderen te betalen. Ik vind het heel slecht." (Patiënt)

"Wij leven in een samenleving waar iedereen van 's morgens tot 's avonds laat moet werken om te kunnen blijven bestaan. Wij zitten nu in hetzelfde schuitje, met mijn schoonvader, en dat is vaak frustrerend. Als er een klein beetje meer sociale hulp was, dan was die frustratie niet nodig." (Patiënt)

"Ze zeggen, we moeten elkaar helpen, dat doen mensen toch wel elkaar helpen. Dit roept zo veel onvrede op bij mensen, je voelt je gewoon genaaid. Je wordt hier gekort en dan wordt er wel verwacht dat je je dochter gaat verzorgen. Je straft de mensen die al gaan helpen." (Patiënt)

"Boodschappen doen of een keer iemand ergens naar toe brengen, dat is geen probleem, dat gebeurt al, we doen al veel voor elkaar." (Patiënt)

"Ze moeten ook eens naar de patiënt zelf kijken, weet je hoe vervelend het is om anderen om die dingen te vragen? Mijn schoonvader had het er heel moeilijk mee om door mij verzorgd te worden. Voor de persoon zelf is het best een vernedering, voor echte hulp is het geen vragen meer, het is meer bedelen." (Patiënt)

"Ik kan iemand anders, je kinderen of burens, toch niet verantwoordelijk maken voor mijn afwijking? Ik vind het absurd." (Patiënt)

In de toekomst zal het zo gaan dat als je iets nodig hebt je het zelf moet regelen. Ik vind het tweeledig, als mensen niet kunnen, dan moet je het gewoon doen, en als mensen het zelf kunnen oplossen ook. Maar ik vind het triest om te zien hoe ze met de mensen omgaan, dan is het mij de eer te na, om te vragen: "Kun je me alsjeblieft helpen". (Patiënt)

- ✓ Patiënten ervaren het delegeren van zorgtaken binnen de eerstelijnszorg als positief, mits er voldoende vertrouwen in de zorgverlener is en het geen complexe zorgsituatie betreft.
- ✓ Patiënten ervaren de procedure van een Wmo-aanvraag als bureaucratisch, waarin men meerdere keren dezelfde informatie moet herhalen of lang moet wachten op uitsluitel.
- ✓ Patiënten twijfelen of een externe GGD-arts voldoende inzicht heeft in de situatie van de patiënt, om een goed advies te kunnen geven m.b.t. het al dan niet verkrijgen van Wmo-voorzieningen.
- ✓ Patiënten vinden dat huisartsen, die de patiënt en zijn situatie van a tot z kent, de aangewezen persoon is om Wmo-consulenten te adviseren over het al dan niet verstrekken van Wmo-voorzieningen. Huisartsen zouden, wat betreft patiënten, de relevante medische informatie met hun toestemming mogen verstrekken.
- ✓ Patiënten vertrouwen huisartsen in hun oordeel op het al dan niet nodig hebben van voorzieningen.
- ✓ Patiënten ervaren dat huisartsen al veelal signaleren op maatschappelijke en sociale problematiek in de eerstelijnszorg.
- ✓ Patiënten ervaren de voorgestelde participatiesamenleving als iets wat er deels al is (men doet al veel voor elkaar) en deels niet haalbaar is door de individualisering van de samenleving.
- ✓ Patiënten vinden dat zij een ander niet verantwoordelijk kunnen maken voor hun tekortkomingen en ervaren het mogelijk als vernederend om anderen dit te moeten vragen.

Box 4. Patiëntperspectief op samenwerking tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg*

Voetnoot: *Bovenstaand overzicht is gebaseerd op uitspraken van patiënten in de afgenomen focusgroep

4. Conclusie en aanbevelingen

Het hoofddoel van het huidige onderzoek was om meer inzicht te krijgen in, ten eerste, hoe eerstelijnscentra de multidisciplinaire samenwerking binnen de eerstelijnszorg kunnen versterken en, ten tweede, hoe eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg (Wmo, Wpg) beter op elkaar afgestemd kunnen worden. Paragraaf 4.1 beschrijft de voornaamste conclusies vanuit de vier deelvragen in dit onderzoek. In paragraaf 4.2 worden vervolgens concrete aanbevelingen gegeven over hoe de eerstelijnszorg verder versterkt kan worden (paragraaf 4.2.1) en hoe de verbinding tussen de eerstelijnszorg en de gemeentelijke basiszorg versterkt kan worden (paragraaf 4.2.2). Als laatste beschrijft paragraaf 4.3 de voornaamste beperkingen van dit onderzoek en adviezen voor volgend onderzoek.

4.1 Conclusies

4.1.1 Een sterke eerstelijnszorg

Box 1 (pagina 27) geeft een samenvatting van de belangrijkste financiële, organisatorische, cultuur-, fysieke en inhoudelijke aspecten die een rol spelen bij multidisciplinaire samenwerking, gebaseerd op de uitspraken van de geïnterviewde professionals. In Box 5 worden de voornaamste basiscondities en faciliterende factoren voor multidisciplinaire samenwerking en het uitvoeren van multidisciplinaire innovatieve zorg weergegeven en hun onderlinge verhoudingen. Het hebben van vertrouwen, openheid en respect op individueel niveau zijn basiscondities voor een goede multidisciplinaire samenwerking. Dit bleek gefaciliteerd te worden door inspirerend leiderschap en een daaruit resulterend goed organisatieklimaat. Het inzien van het belang van de samenwerking is tevens essentieel om te komen tot samenwerking, hetgeen versterkt kan worden door een hoge kennis van elkaars discipline reikwijdte en competenties. Daarnaast is tijd om samen te werken onontbeerlijk voor een goede multidisciplinaire samenwerking. Deze kan bij huisartsen gecreëerd worden door een efficiënte organisatie (delegeren van zorgtaken en niet-patiëntgebonden taken) en door het aanvragen van extra gelden die hiervoor financiële ruimte bieden, zoals de GEZ-gelden. Als laatste werd het laagdrempelig bereikbaar zijn voor andere zorgverleners genoemd als basisconditie om goed te kunnen samenwerken. Dit kan gefaciliteerd worden door onder één dak te werken of door goede netwerken. Een hoge mate van vertrouwen en openheid kan tevens ervoor zorgen dat zorgverleners zich laagdrempeliger opstellen ten opzichte van elkaar.

Voor het uitvoeren van innovatieve multidisciplinaire zorg blijkt formalisatie in samenwerking faciliterend; het werken met gestructureerde MDO's en daaruit voortvloeiende zorgprotocollen voor groepen patiënten. Formalisatie in multidisciplinaire samenwerking biedt zorgverleners de kans om voldoende te kunnen reflecteren op zorgprocessen, zodat zorgprocessen kunnen worden verbeterd en het leerproces wordt versterkt (Van Delden, 2009). Echter, voldoende evaluatiemomenten en discretionaire ruimte om verbeteringen ook direct door te kunnen voeren bleek een voorwaarde te zijn om een continu proces van kwaliteitsverbetering en innovatie te kunnen realiseren, hetgeen het zelf-lerend vermogen van de organisatie verhoogd. Formalisatie in samenwerking kan bovendien vertrouwen, openheid en kennis op

zorgverlenersniveau bevorderen. Structurele MDO's bleken bijvoorbeeld de sociale cohesie in een het team te verhogen; professionals hadden in deze eerstelijnscentra het gevoel 'er niet alleen voor te staan' hetgeen de psychologische werkdruk kan verlagen (Karasek, 1979). Als laatste bleek het hebben van een gezamenlijke missie en visie gericht op multidisciplinaire kwaliteitsverbetering ook faciliterend voor het uitvoeren van innovatieve multidisciplinaire zorg. In de eerstelijnscentra waar multidisciplinaire samenwerking innovatieve zorg in hoge mate gerealiseerd zijn blijken de patiënten de zorg als meer/OF beter geïntegreerd te ervaren dan in eerstelijnscentra waar deze in mindere mate gerealiseerd waren.

Basiscondities	Faciliterende factoren multidisciplinaire samenwerking	Faciliterende factoren innovatieve multidisciplinaire zorg
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vertrouwen, respect en openheid ✓ Belang inzien van samenwerking ✓ Tijd voor samenwerking ✓ Laagdrempelig bereikbaar zijn 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inspirerend leiderschap voedt een goed organisatieklimaat en daarmee ook vertrouwen, respect en openheid ✓ Kennis van inhoudelijke overlap verhoogd inzien van belang samenwerking ✓ Efficiënte organisatie en extra financiële ruimte kunnen tijd om samen te werken creëren ✓ Onder één dak werken of goede netwerken faciliteren laagdrempelig bereikbaar zijn 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formalisatie in samenwerking versterkt kennis, vertrouwen en sociale cohesie in het team ✓ Voldoende evaluatiemomenten en discretionaire ruimte verhoogd het lerend vermogen van de organisatie en garandeert een continu proces van kwaliteitsverbetering ✓ Een gezamenlijke missie en visie gericht op multidisciplinaire kwaliteitsverbetering geeft richting en een doel aan de samenwerking

Box 5. Basiscondities en faciliterende factoren voor multidisciplinaire samenwerking en het uitvoeren van innovatieve multidisciplinaire zorg*

Voetnoot: *Bovenstaand overzicht is gebaseerd op uitspraken van geïnterviewde professionals in dit onderzoek

4.1.2 Huidige verbindingen tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg

Box 2 (pagina 31) geeft een overzicht van de huidige verbinding tussen de eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg in de zes eerstelijnscentra. De aansluiting van de jeugdgezondheidszorg, gezondheidsbevorderingen, preventieve ouderenzorg en epidemiologie (taakgebieden binnen Wpg) en van preventiegerichte opvoedondersteuning (taakgebieden binnen Wmo) op eerstelijnszorg bleek nog onvoldoende gerealiseerd. Eerstelijnszorg richt zich zorginhoudelijk, gezien de hoge vergrijzing en ontgroening in de desbetreffende gebieden, in mindere mate op jeugdgezondheidszorg of preventiegerichte opvoedondersteuning vergeleken met ouderenzorg. De beperkte inhoudelijke overlap kan ook deze beperkte aansluiting van de jeugdgezondheidszorg en eerstelijnszorg mogelijk verklaren. Betreffende de taakgebieden gezondheidsbevordering en preventieve ouderenzorg (Wpg), waar naar verwachting een inhoudelijke zorgoverlap met eerstelijnszorg bestaat, is de verbinding met eerstelijnszorg nog onvoldoende gelegd en is er dus veel ruimte voor verbetering van deze aansluiting.

Daar waar maatschappelijk werk (in vrijwel alle eerstelijnscentra) en Wmo-consulenten (slechts in één eerstelijnscentrum) aansluiten op bestaande overlegstructuren in de eerstelijnszorg ontstaat er een goede verbinding. Patiënten werden hier, volgens de geïnterviewde professionals, beter en sneller geholpen en er hoefde minder vaak een externe arts ingeschakeld te worden voor het verkrijgen van de benodigde medische

gegevens voor de Wmo-aanvraag. Daar waar Wmo-consulenten niet aansloten op bestaande overlegstructuren binnen de eerstelijnszorg, werd de Wmo-zorg als traag en inefficiënt ervaren door patiënten.

4.1.3 Voornaamste belemmeringen in het verbinden van eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg

Box 3 (pagina 49-50) geeft een samenvatting van de belangrijkste financiële, organisatorische, cultuur-, fysieke en inhoudelijke aspecten die een rol spelen bij het verbinden van de eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg, gebaseerd op de uitspraken van de geïnterviewde professionals. De gefragmenteerde organisatie van zowel de gemeentelijke basiszorg als de eerstelijnszorg en het gebrek aan coördinatie bij gemeenten tussen de verschillende beleidsterreinen belemmerden de dialoog tussen de verschillende partijen over een mogelijke samenwerking. Daarnaast werd er een groot cultuurverschil ervaren tussen de eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg. Eerstelijnszorgprofessionals vonden gemeenten star en bureaucratisch, terwijl zij zelf de voorkeur geven aan een pragmatische, flexibele en concrete aanpak. Dit remde veel eerstelijnsprofessionals om de samenwerking met de gemeentelijke basiszorg op te zoeken en zorgde vaak voor onbegrip op de werkvloer. Ook bleek dat zowel gemeenten als eerstelijnsprofessionals misvattingen hadden over elkaars missie, visie en werkwijzen en volgens welke belangen er werd gehandeld. Gemeenten vonden dat eerstelijnszorgprofessionals de kantelingsgedachte onvoldoende omarmd hadden (zo veel mogelijk de patiënt en zijn sociale omgeving zelf activeren) en beoordeelden dat huisartsen onvoldoende signaleerden op sociale en maatschappelijke problematiek. Echter, uit de werkwijze van eerstelijnsprofessionals als ook uit reacties van patiënten blijkt dat dit mogelijk een misvatting is van gemeenten. Eerstelijnsprofessionals wantrouwden op hun beurt motieven van gemeenten om samen te werken met de eerstelijnszorg. Gemeenten handelden, volgens hen, eerder uit politieke of financiële belangen dan uit belangen voor burgers of patiënten. Deze misvattingen werden tevens gevoed 1) door de financiële schotten in de zorg, die zorgden voor het (financieel) afbakenen van domeinen en belemmeren van de samenwerking, en 2) door het gebrek aan kennis van elkaars verantwoordelijkheden, werkwijzen en ambities. Het verbinden van eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg kan, met de argwanende houding van de verschillende partijen ten opzichte van elkaar, mogelijk zeer ingewikkeld zijn. Openheid, vertrouwen en respect bleken immers basiscondities om goed te kunnen samenwerken (zie Box 5).

4.1.4 Patiëntperspectief gericht op de verbinding van eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg

Box 4 (pagina 57) geeft een samenvatting van het patiëntperspectief op de verbinding van eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg. Het delegeren van zorgtaken binnen de huisartsenpraktijk werd positief ervaren door patiënten. Daarnaast ervaren patiënten dat huisartsen reeds signaleren op maatschappelijke en sociale problematiek, hetgeen door gemeenten daarentegen als onvoldoende benoemd werd.

Daar waar de gemeentelijke basiszorg (maatschappelijk werk) aansluit op bestaande samenwerkingsstructuren van de eerstelijnszorg beschouwden patiënten de zorg als geïntegreerd. Patiënten hoefden geen informatie te herhalen en hadden het gevoel dat er goed werd gecommuniceerd tussen de verschillende zorgverleners. Daar waar geen directe informatieuitwisseling was tussen de gemeentelijke basiszorg (Wmo-consulenten) en eerstelijnszorg, maar deze verliep via externe artsen, vonden patiënten de gemeentelijke basiszorg

bureaucratisch. Patiënten zien de huisarts, die de patiënt en zijn situatie van a tot z kent, als de aangewezen persoon om Wmo-consulenten te adviseren over het al dan niet verstrekken van Wmo-voorzieningen en vertrouwen bovendien op het oordeel van de huisarts hierin. Daarentegen, twijfelden patiënten aan het inzicht van externe artsen in de situatie van patiënten om een gefundeerd oordeel te kunnen geven over Wmo-aanvragen. Eerstelijnscentra zijn, volgens patiënten, een uiterst geschikte plek om onder één dak, naast eerstelijnszorg ook gemeentelijke basiszorg aan te bieden. Patiënten twijfelden ook aan de mate waarin gemeenten de kantelingsgedachte en de hiermee gepaarde gaande participatiemaatschappij kunnen waarmaken. Deels doordat, volgens patiënten, mensen al veel voor elkaar doen en deels door de individualisering van de samenleving. Bovendien ervaren patiënten het mogelijk als vernederend om anderen verantwoordelijk te maken voor hun tekortkomingen.

4.2 Aanbevelingen

4.2.1 Het versterken van eerstelijnszorg

Uit de resultaten van deze studie blijkt dat de geldverstrekker kan sturen in hoe men uitvoering geeft aan zorg. Dit biedt mogelijk kansen om de eerstelijnszorg verder te versterken. Een sterke eerstelijnszorg, met goede netwerken en formalisatie in samenwerking, kan bovendien helpen een effectieve aansluiting met de gemeentelijke basiszorg mogelijk te maken. Formalisatie in samenwerking, een belangrijke faciliterende factor voor multidisciplinaire samenwerking en zorginnovaties (Box 5), blijkt echter ook voorwaarde te zijn voor het verkrijgen van extra gelden via de zorgverzekeraar, te weten de GEZ-gelden of M&I module. Men moet als huisarts eerst investeren in het van de grond krijgen van formalisatie in multidisciplinaire samenwerking, voordat men hiervoor wordt betaald. Sommige huisartsen vonden dat deze tijdsinvestering niet opweegt tegen de financiële middelen die hier uiteindelijk uit voortvloeien. Zeker daar waar het relatief nieuwe eerstelijnscentra betrof en waar samenwerkingsverbanden nog niet eenduidig gevormd waren, gaven huisartsen aan hier tevens onvoldoende tijd voor te hebben. Het efficiënter delegeren en delen van taken door huisartsen (bv. inschakelen praktijkmanager) kan hier mogelijk een uitkomst bieden om meer tijd voor samenwerking vrij te kunnen maken (Box 5), maar ook de zorgverzekeraar zou hierin een rol kunnen spelen. Ten eerste, zouden zorgverzekeraars andere voorwaarden kunnen overwegen voor het aanvragen van extra gelden om zo eerstelijnsprofessionals meer financiële ruimte te bieden om een modus te kunnen vinden voor de multidisciplinaire samenwerking. Ten tweede, zouden zorgverzekeraars een rol kunnen spelen door minder te financieren op productie en juist meer te financieren op gepaste uitkomstindicatoren die de huisarts en andere eerstelijnszorgprofessionals kunnen stimuleren om meer tijd te kunnen vrijmaken voor het formaliseren van samenwerking. Het nieuwe 3-segmenten bekostigingsmodel van de huisartsenzorg onderstreept dat productie minder financieel geprikkeld zou moeten worden door een hogere financiering van de basale zorg per ingeschreven patiënt (segment 1). Echter, in de totale bekostiging van de huisartsenzorg zal binnen dit nieuwe model de bekostiging van segment 3, waaronder het vormgeven van nieuwe samenwerkingsverbanden en multidisciplinaire projecten, in de toekomst verminderen van 25% naar 10% (NZA, 2013). Deze nieuwe verdelingen tussen de drie segmenten binnen de totale bekostiging van de

huisartsenzorg blijkt niet wenselijk gezien de resultaten van dit onderzoek. Gezien andere eerstelijnszorgprofessionals niet direct financieel geprikkeld worden door de zorgverzekeraar om tijd vrij te kunnen maken voor een multidisciplinaire samenwerking, is het alleen financieel prikkelen van de huisarts mogelijk onvoldoende.

Aangezien de huisarts nu en ook in de toekomst steeds meer de rol als manager en spelverdeler zal gaan krijgen door onder andere het delegeren van taken en het formaliseren van samenwerking, zou hier ook binnen de huisartsenopleiding meer nadruk op moeten gaan liggen. Een aantal eerstelijnsprofessionals twijfelde inderdaad aan het leiderschapsvermogen van de gemiddelde huisarts om een formalisatie in samenwerking te kunnen bereiken. Door het verhogen van deze competenties bij huisartsen in opleiding, gaan zij beter voorbereid het werkveld in.

4.2.2 Het versterken van de verbinding tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg

Box 6 geeft een overzicht van mogelijke faciliterende factoren om de verbinding tussen de eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg te versterken op basis van dit onderzoek. Om een verbinding te leggen tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg is het van belang om de argwanende houding die de verschillende partijen hebben ten opzichte van elkaar te verbeteren. Uitgangspunt zou hiervoor kunnen zijn om kennis over de *overeenstemming* in elkaars ambities, werkwijzen en verantwoordelijkheden te vergroten bij zowel gemeenten als eerstelijnsprofessionals (Box 6a). Dit kan tevens de mogelijke misvattingen die de verschillende partijen over elkaars missie, visie, ambities en motieven hebben uit de weg ruimen. Er is ruimte nodig om te kunnen exploreren wat men concreet voor elkaar kan betekenen, welke verantwoordelijkheden de verschillende partijen nemen, zodat men tot een samenwerkingsverband kan komen die beide partijen voldoende op kan leveren (win-win situatie). Men zou moeten komen tot een gezamenlijke verantwoordelijkheid en ambitie die alle partijen (gemeenten en gerelateerde zorgverleners, zorgverzekeraars en eerstelijnsprofessionals) onderschrijven (Box 6b). De haalbaarheid in deze wordt onderschreven door overeenkomsten in missie en visie tussen de verschillende partijen die uit dit onderzoek naar voren komen.

- a. Misvattingen over elkaars ambities, motieven uit de weg te ruimen door kennis over elkaars ambities, werkwijzen en verantwoordelijkheden te vergroten.
- b. Komen tot een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid en ambitie die een win-win situatie creëert voor alle partijen.
- c. Bereidheid tot compromissen sluiten om tot een zinvolle inhoudelijke aansluiting te komen, door inzicht in en acceptatie van organisatiestructuur- en organisatiecultuurverschillen:
 - a. aansluiten van gemeentelijke basiszorg op bestaande structuren in de eerstelijnszorg (bottom-up).
 - b. eerstelijnszorg open staan voor directe informatie-uitwisseling gemeentelijke basiszorg en adviserende rol m.b.t. Wmo-aanvragen.
- d. Financiële ruimte creëren om samenwerking te formaliseren en te continueren door bijvoorbeeld
 - a. direct financieel prikkelen van huisartsenzorg.
 - b. een hervorming van de bekostiging van de huisartsenzorg.
 - c. deels te ontschotten en gezamenlijke winsten te delen.

-
- e. Hanteren van een gelijke populatiedefinitie door gemeenten en zorgverzekeraars (eerstelijnszorg) om gezamenlijke winsten inzichtelijk te maken m.b.t. gezondheids- en financiële uitkomstindicatoren en de samenwerking te kunnen evalueren.
-

Box 6. Mogelijke faciliterende factoren in het verbinden van eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg*

Voetnoot: *Bovenstaand overzicht is gebaseerd op uitspraken van geïnterviewde professionals in dit onderzoek

Inzicht in en acceptatie van organisatiestructuur- en organisatiecultuurverschillen zijn hierbij ook van belang (Box 6c). Indien men concreet de taken wil gaan invullen binnen de samenwerking, zullen de partijen bereid moeten zijn compromissen te sluiten. Gemeenten zouden meer kunnen aansluiten op bestaande samenwerkingsstructuren (bottom-up) in plaats van bovenaf (top-down) nieuwe structuren (zoals wijkteams) in te richten. Aansluiten op bestaande kleinere, specialistische teams, in combinatie met efficiënte netwerken zal hiervoor nodig zijn, in plaats van de brede aanpak waarin gemeenten alle leefgebieden willen meenemen. Het aansluiten van gemeentelijke basiszorg op bestaande overlegstructuren in de eerstelijnszorg bleek uit deze studie veelbelovend als het gaat om kosteneffectiviteit van de zorg en het verhogen van kwaliteit, vanuit zowel het zorgverlenersperspectief als het patiëntperspectief. Bovendien waren alle partijen het erover eens dat de coördinatie van de zorg bij de huisarts zou moeten liggen. Het vormen van zorgnetwerken gecoördineerd door de Zichtbare Schakel bleek tevens zinvol om de aansluiting van gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg te realiseren, evenals het gebruik maken van brugfuncties, waarin bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen werden ingezet als Wmo-consulent. Een dubbel zorgaanbod (enerzijds vanuit de eerstelijnszorg, anderzijds vanuit de gemeente) kan op deze manier worden voorkomen en het minimaliseert in vele gevallen de tijdsinvestering die een huisarts zou moeten maken. Bovendien kan men, door het bottom-up aansluiten op bestaande structuren, het vertrouwen van zorgverleners in elkaar langzaam laten groeien, mits gemaakte afspraken worden nagekomen.

Hiertoe zouden eerstelijnsprofessionals het voor gemeentelijke basiszorg wel mogelijk kunnen maken om op hun bestaande samenwerkingsstructuren aan te kunnen sluiten. Dit betekent dat huisartsen Wmo-consulenten, al dan niet op afroep, zouden moeten toelaten tot het MDO en zij open moeten staan voor een adviserende rol met betrekking tot Wmo-aanvragen. De uit dit onderzoek verkregen resultaten van patiënten ondersteunen deze aanpak. Patiënten gaven aan dat zij inderdaad een sterk adviserende rol in het al dan niet verkrijgen van Wmo-voorzieningen voor huisartsen zagen. Bovendien zou dit de huidige bureaucratische procedure van Wmo-aanvragen voor patiënten en voor gemeenten vergemakkelijken.

Een faciliterende factor voor alle partijen om te komen tot meer inzicht in elkaars ambities, werkwijzen en verantwoordelijkheden en te komen tot formalisatie in samenwerking bleek financiële ruimte om dit te kunnen bewerkstelligen (Box 6d). Echter, hoe kan deze financiële ruimte voor verkenning en samenwerking gecreëerd worden? Ten eerste, zou men eerstelijnszorgverleners, met name huisartsen, direct financieel kunnen prikkelen om in gesprek te gaan met gemeenten. Dit vereist een investering van gemeenten en/of zorgverzekeraars, waar de winsten pas later van zullen resulteren. Ten tweede, zou de zorgverzekeraar de huisartsenzorg op zo'n manier kunnen hervormen, dat productie (segment 1 en 2) minder wordt gestimuleerd

en samenwerking juist meer (segment 3). Als laatste kan er financieel ruimte worden gecreëerd door deels de schotten in de zorg (Wpg, Wmo, AWBZ, ZvW) te omzeilen. Schotten in de zorg blijken uit zowel de resultaten van deze studie als uit eerdere onderzoeken de investering in de zorggebieden binnen de Wpg en Wmo te belemmeren, als ook de samenwerking tussen zorgverleners (bv., Berenschot & van der Geest, 2012). De wettelijke verplichting voor gemeenten om te investeren in een effectief Wmo- en Wpg-beleid blijkt een onvoldoende investeringsprikkel. De meest fundamentele oplossing zou zijn het samenbrengen van de verschillende financieringsstromen bij één uitvoerder, zoals ook al door verschillende gemeenten wordt benoemd in dit onderzoek, zodat de financiële baten van effectief beleid ook bij de investeerder terecht komen. Echter, het integreren van deze financiële stromen zal, naar verwachting, niet op korte termijn gerealiseerd kunnen worden. Om vanuit maatschappelijk perspectief toch tot een optimaal investeringsniveau te komen, zou het laten delen van gemeenten in de financiële baten en risico's van een effectief Wmo- en Wpg-beleid een uitkomst kunnen bieden (Berenschot & van der Geest, 2012). Dit zou kunnen worden bereikt door deels te ontschotten en de gezamenlijke winsten (investeringsprikkel voor gemeenten) resulterende uit een effectieve samenwerking te delen. Uit eerder onderzoek bleek dat dit voor Wmo-beleidstaken makkelijker te realiseren is dan voor taken vallend binnen de Wpg, aangezien er nog te weinig bekend is over de verdeling van de kosten en baten van preventie voor de verschillende partijen (Berenschot & van der Geest, 2012). Om deze reden is het dus, buiten de financiële winsten die een samenwerking teweeg kunnen brengen, ook van groot belang dat gezondheidswinsten inzichtelijk worden gemaakt (Box 6e). Het hanteren van een gelijke populatiedefinitie (wijk- of praktijkpopulatie) door de verschillende partijen is hierbij van belang (RIVM, 2014b; Ruwaard et al., 2014; VWS, 2013), om zo de uitkomsten van de successen inzichtelijk te maken en te kunnen evalueren. Ook kan men, bij een gelijke populatiedefinitie, bestaande datasets poolen, om zo een betere risicostratificatie te realiseren zodat men het zorgaanbod hierop kan aanpassen. Een systeem van delen van financiële voor- en nadelen (shared savings and risks) zou de samenwerking kunnen bevorderen, hoewel de zorgverzekeraar van mening is dat zo'n systeem op juridische gronden niet mogelijk is. Stakeholders pleiten voor een pilot in een buurt waar draagvlak is voor samenwerking tussen sociale wijkteams en eerstelijnszorg om de mogelijkheden van zo'n financieel systeem uit te testen. De besparingen en de risico's kunnen daarmee onder gezamenlijk toezicht transparant worden gemaakt.

4.3 Beperkingen van dit onderzoek en adviezen voor vervolgonderzoek

In dit onderzoek zijn geen huisartsen onderzocht die solistisch werken; in alle eerstelijnscentra werkten meerdere huisartsen onder één dak samen met andere eerstelijnsprofessionals. Hierdoor zijn de resultaten van dit onderzoek mogelijk beperkt generaliseerbaar. Ook is in dit onderzoek de verbinding tussen de gemeentelijke taken binnen de Wpg en de eerstelijnszorg beperkt onderzocht doordat de GGD, die deze taken uitvoert, niet geïncorporeerd was in het onderzoek. Voor vervolgonderzoek is het raadzaam deze stakeholder tevens te interviewen om een volledig beeld hiervan te kunnen krijgen. Als laatste is het aantal geïnterviewde mensen werkzaam bij gemeenten (n = 11), de zorgverzekeraar (n = 3) en in de focusgroep van patiënten (n = 6) mogelijk laag. Aan de hand van een terugkoppeling in de vorm van een symposium, waar deze stakeholders in

meerdere getale aanwezig zullen zijn en kunnen reflecteren op de bevinden (member-check) zal een verdere validatie van deze bevindingen worden gedaan.

Referenties

- Berenschot, L., & van der Geest, L. (2012). Integrale zorg in de buurt. Meer gezondheidsresultaat per euro. Utrecht: Nyfer.
- CZ. (2013). ZoWel model: CZ.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343. doi: 10.1136/bmj.d4163
- Kaats, E., & Opheij, W. (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Deventer: Kluwer.
- Koelen, A. V. (2012). The healthy alliances (HALL) framework: prerequisites for success. *Family Practice*, 29, 132-138.
- Konings, J., & Van Beek, G. (2010). Samenwerken in de eerste lijn. Een handreiking voor zorgverleners: LOVE, Ministerie van VWS, KNGF. Leende.
- Koppenjan, J., & Klijn, E. H. (2004). *Managing Uncertainties in Networks: A Network Approach to Problem Solving and Decision Making*. London/New York: Routledge.
- LHV-NHG. (2012). Toekomstvisie huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat Huisartsenzorg in 2022. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Mackenbach, J. (2010). *Ziekten in Nederland*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Neuman, W. L. (2011). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches* (7 ed.). Boston: Pearson/Allyn and Bacon.
- NPCF. (2007). Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief (Vol. 2e herziene druk). Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.
- NZA. (2013). Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg: Het 3-segmenten model: NZA: Nederlandse Zorg Autoriteit.
- QSR. (1999–2011). NVIVO 10: QSR International Pty Ltd.
- Rechel, B., Doyle, Y., Grundy, E., & McKee, M. (2009). How can health systems respond to population ageing *Policy brief no. 10*. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf: World Health Organization.
- RIVM. (2014a). De VTV-2014. http://www.eengezondernederland.nl/Trends_in_de_toekomst/Zorg#cat-2: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM. (2014b). Landelijke monitor populatiemanagement. Deel 1: beschrijving proeftuinen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Ruwaard, D., Spreeuwenberg, M., M., K., Steevens, J., Ouwens, M., Hilbink, M., & Braspenning, J. (2014). Triple Aim en de toepassing in de regionale proeftuinen 'Populatiemanagement' van VGZ en CZ. Maastricht: Maastricht University en IQ healthcare, Radboudumc.
- RVZ. (2010). Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Zorg.
- Soeters, M., & Verhoeks, G. (2011). Betere gezondheid, meer participatie, lagere zorguitgaven? . Den Haag: Zorgmarktadvies, Zon Mw.

- Standberg-Larsen, M. (2011). Measuring integrated care. *Danisch Medical Bullitin*, 58(2), B4245.
- Tjemkes, B., Vos, P., & Burgers, K. (2012). *Strategic Alliance Management*. London/New York: Routledge.
- Van Delden, P. (2009). Samenwerking in de publieke dienstverlening: Ontwikkelingsverloop en resultaten. Delft: Eburon.
- VNG. (Project De Kanteling). <http://www.vng.nl/eCache/DEF/80/490.html>: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- VWS. (28 augustus 2014). Betrouwbare publieke gezondheid: Gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS. (2011). Zorg en ondersteuning in de buurt. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS. (2013). Kamerbrief Proeftuinen en pilots 'beter zorg met minder kosten'. Kenmerk 110702-102148-C2. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and Methods*. Beverly Hills: Sage Publications.

Maastricht University
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences
CAPHRI - School for Public Health and Primary Care
Department of Health Services Research
Focusing on Chronic Care and Ageing
Duboisdomein 30
6229 GT Maastricht
Postbox 616
6200 MD Maastricht
T +31 43 38 81570

Health Services Research
Focusing on Chronic Care and Ageing