

# Gezonde concurrentie?!



Een onderzoek naar de verhouding tussen samenwerking en concurrentie binnen de verwijzrelatie tussen huisartsen en specialisten.

A.P.M. Giesbers (0459836), Master Bestuur en Beleid , Universiteit Utrecht, datum: juli 2008  
Scriptiebegeleidster: prof. dr. M.J. Trappenburg, tweede lezer: dr. A.M.B. Michels.

Dit afstudeeronderzoek is uitgevoerd in samenwerking met:



**Universiteit Utrecht**

Van Spaendonck  
Management Consultants



## VOORWOORD

---

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 beschikken zorgaanbieders over meer mogelijkheden om zich van elkaar te onderscheiden en concurrentie met elkaar aan te gaan. Tegelijkertijd is echter juist samenwerking van belang om de zorg goed en snel te organiseren. In de afstudeerscriptie die voor u ligt, heb ik onderzocht hoe zorgaanbieders omgaan met deze tegenstrijdige concepten. Is het mogelijk om te komen tot een ‘gezonde concurrentie?!’.

In het onderzoek heb ik mij specifiek gericht op samenwerking en concurrentie binnen de verwijzrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten. Naast een theoretische verkenning waarin ik het onderzoeksonderwerp in een breder perspectief heb geplaatst, heb ik een empirisch, kwalitatief onderzoek uitgevoerd binnen twee algemene ziekenhuizen en een groot aantal huisartsenpraktijken. Graag spreek ik mijn dank uit aan alle respondenten die aan het onderzoek hun medewerking hebben verleend. De bereidheid om ondanks volle agenda’s toch aan dit afstudeeronderzoek te willen meewerken, stel ik erg op prijs.

Mijn afstudeeronderzoek heb ik uitgevoerd in samenwerking met de adviesorganisatie Van Spaendonck Management Consultants. Deze adviesorganisatie heeft het mogelijk gemaakt een onderzoek op te zetten dat tevens relevant is voor de praktijk. Graag wil ik alle medewerkers van Van Spaendonck Management Consultants bedanken voor de prettige wijze waarop zij mij hebben opgenomen in hun team. In het bijzonder wil ik Joost Broekman, Magda Filon, Hendrik Dejonckheere en Lennart de Jonge bedanken voor hun kritische en constructieve commentaar en hun begeleiding.

Tijdens het onderzoek was daarnaast de ondersteuning vanuit de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisatiewetenschap (USBO) en mijn medestudenten van groot belang. Binnen de USBO gaat mijn dank uit naar Margo Trappenburg. Haar heldere inzichten, kritische opmerkingen en prettige begeleiding hebben een essentiële bijdrage geleverd aan de vorming van dit onderzoek.

Mijn ouders wil ik bedanken voor hun nooit aflatende interesse en zorg tijdens mijn afstuderen, maar vooral ook toen ik gedwongen was tot ‘een praktijkonderzoek’ in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Een speciaal woord van dank ten slotte aan mijn vriend, Rob, die er ‘gewoon’ altijd voor me is, voor alles.

Suzanne Giesbers,  
Vlijmen 2008

# INHOUDSOPGAVE

---

Samenvatting .....	7
1. Inleiding.....	9
1.1 Samenwerking en concurrentie .....	9
1.2 Vraagstelling .....	10
1.3 Relevantie.....	11
1.4 Leeswijzer .....	12
<b>Theoretisch Deel .....</b>	<b>14</b>
2. New Public Management .....	15
2.1 Inleiding .....	15
2.2 Beschrijving van NPM.....	15
2.3 Concurrentie binnen NPM en de Zorgverzekeringswet.....	16
2.4 Meer dan concurrentie, maar geen samenwerking.....	18
2.5 Besluit .....	20
3. Kritiek op New Public Management .....	21
3.1 Inleiding .....	21
3.2 NPM is noodzakelijk.....	21
3.3 Spanning tussen NPM en de gezondheidszorg .....	22
3.4 Besluit .....	24
4. NPM en de verwijzrelatie .....	25
4.1 Inleiding .....	25
4.2 Betrokken actoren bij de verwijzrelatie.....	25
4.3 Concurrentie binnen de verwijzrelatie.....	26
4.3.1 Verticale concurrentie .....	26
4.3.2 Horizontale concurrentie.....	28
4.4 Samenwerking binnen de verwijzrelatie .....	30
4.5 Besluit .....	31

**Empirisch Deel .....32**

5. Methoden en technieken.....33  
5.1 Inleiding .....33  
5.2 Operationalisatie .....33  
5.3 Onderzoeksmethoden.....34  
5.4 Casusselectie .....37  
5.5 Selectie van de onderzoekseenheden en waarnemingscriteria .....37  
5.6 Methode van analyse.....38

6. Domidam .....39  
6.1 Inleiding .....39  
6.2 Situatieomschrijving .....39  
6.3 Concurrentie binnen de verwijtsrelatie.....41  
6.3.1 *Verticale concurrentie* .....41  
6.3.2 *Horizontale concurrentie*.....46  
6.4 Samenwerking binnen de verwijtsrelatie .....49  
6.4.1 *Losse coalities*.....49  
6.4.2 *Netwerken* .....54  
6.4.3 *Eenheidsstructuur*.....60  
6.5 Besluit .....60

7. Portura .....63  
7.1 Inleiding .....63  
7.2 Situatieschets.....63  
7.3 Concurrentie binnen de verwijtsrelatie.....64  
7.3.1 *Verticale concurrentie* .....64  
7.3.2 *Horizontale concurrentie*.....72  
7.4 Samenwerking binnen de verwijtsrelatie .....75  
7.4.1 *Losse coalities*.....75  
7.4.2 *Netwerken* .....80  
7.4.3 *Eenheidsstructuur*.....84  
7.5 Besluit .....85

**Concluderend Deel .....88**

8. Conclusie .....89  
8.1 Inleiding .....89  
8.2 Samenwerking en concurrentie .....89

8.3 Concurrentie stimuleert samenwerking.....	90
8.4 Besluit .....	91
9. Aanbevelingen.....	92
9.1 Inleiding .....	92
9.2 Aanbevelingen voor de overheid .....	92
9.3 Aanbevelingen voor ziekenhuisbestuurders.....	94
9.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek .....	95
10. Evaluatie en discussie.....	96
Literatuur .....	98
Bijlagen .....	101
1. Topiclijsten.....	101
2. Codeerschema .....	107

## SAMENVATTING

---

Op 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking getreden. De Zorgverzekeringswet sluit aan bij de New Public Management (NPM) discours. NPM heeft tot doel publieke organisaties efficiënter, effectiever en kwalitatief beter te laten opereren. Om dit te realiseren introduceert NPM concurrentie binnen de publieke sector. Ook in de gezondheidszorg is het systeem van centrale overheidssturing, waar mogelijk, vervangen door een meer decentraal stelsel van gereguleerde concurrentie. Hierbij wordt concurrentie tussen zorgaanbieders gestimuleerd, omdat zij door verzekeraars gecontracteerd worden. Binnen de gezondheidszorg is echter juist samenwerking van belang is om de zorg goed en snel te organiseren. Hoe gaan zorgaanbieders om met deze tegenstrijdige begrippen? Vormt de introductie van concurrentie binnen de gezondheidszorg wellicht een belemmering voor de samenwerking? In dit onderzoek heb ik mij gericht op concurrentie en samenwerking binnen de verwijzrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten. De volgende vraag staat centraal in dit onderzoek:

*Hoe verhouden samenwerking en concurrentie zich tot elkaar binnen de verwijzrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten?*

Om een antwoord te kunnen formuleren op deze vraag, heb ik twee casestudy's uitgevoerd. Als cases zijn twee steden geselecteerd. Binnen deze steden is door middel van website analyses, diepte-interviews en documentenanalyses de verticale concurrentie tussen huisartsen en specialisten, de horizontale concurrentie tussen ziekenhuizen en/of specialisten als gevolg van het verwijzgedrag van huisartsen en de samenwerking tussen huisartsen en specialisten onderzocht. De diepte-interviews met huisartsen, medisch specialisten en leden van de Raad van Bestuur van twee ziekenhuizen vormen de belangrijkste bron van dit onderzoek.

Uit het onderzoek blijkt dat samenwerking en concurrentie binnen de verwijzrelatie gelijktijdig vorm krijgen. Ondanks de introductie van concurrentie binnen de gezondheidszorg, wordt samenwerking binnen de verwijzrelatie van groot belang gevonden om de continuïteit van zorg te garanderen. Deze samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten kan verschillende vormen aannemen. Losse coalities, zoals telefonische overleggen, zijn van belang om afstemming over een concreet patiëntenprobleem te realiseren. Uit het onderzoek blijkt verder dat er steeds meer geïnvesteerd wordt in meer duurzame relaties. Er worden bijvoorbeeld werkafspraken gemaakt om overlap van behandelactiviteiten te voorkomen.

Ook concurrentie speelt binnen de verwijfsrelatie een rol. Met name binnen de chronische zorg, zoals diabeteszorg, ontstaat er concurrentie tussen huisartsen en medisch specialisten. De werkgebieden van huisartsen en specialisten bewegen zich hier naar elkaar toe. Tevens is gebleken dat het verwijfsgedrag van huisartsen, concurrentie stimuleert tussen ziekenhuizen. Hoewel de meeste huisartsen nog altijd naar het ziekenhuis 'om de hoek' verwijfsen, maken zij een brede afweging wanneer zij in hun directe omgeving kunnen kiezen uit verschillende ziekenhuizen.

Samenwerking en concurrentie spelen dus beiden een belangrijke rol in de verwijfsrelatie tussen huisartsen en specialisten. Er is geen reden om te denken dat concurrentie een belemmering zou vormen voor samenwerking. Uit het empirisch onderzoek blijkt zelfs dat concurrentie binnen de verwijfsrelatie, samenwerking stimuleert. Daar waar concurrentie ontstaat tussen huisartsen en specialisten, worden werkafspraken gemaakt over de taakverdeling. Deze afstemming is van belang om overlap van behandelactiviteiten te voorkomen. Ook concurrentie tussen ziekenhuizen leidt tot meer samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Het ontstaan van concurrentie met gelijksoortige partijen, heeft voor ziekenhuizen namelijk tot gevolg dat zij strategisch management invoeren. Enerzijds willen zij zich onderscheiden van andere tweedelijns zorgaanbieders waardoor zij de samenwerking met huisartsen versterken om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Anderzijds willen zij hun marktpositie ten opzichte van andere tweedelijns zorgaanbieders versterken door er voor te zorgen dat huisartsen naar het eigen ziekenhuis verwijfsen. Een manier om dit verwijfsgedrag richting het eigen ziekenhuis te bevorderen is om de huisartsen deelgenoot te maken van het onderzoeks- en helingsproces in de tweede lijn. Er worden bijvoorbeeld adviespoli's opgericht waar de huisarts een patiënt voor een eenmalig advies van de medisch specialist naar kan verwijfsen. Ook specialisten proberen door middel van het aanbieden van extra dienstverlening aan huisartsen het verwijfsgedrag naar de eigen maatschap te stimuleren.

Hoewel er binnen NPM en de Zorgverzekeringswet geen aandacht wordt besteed aan samenwerking, blijkt dit in de praktijk wel degelijk een belangrijke rol te spelen. De samenwerking binnen de verwijfsrelatie wordt door verschillende actoren als gevolg van de toenemende concurrentie zelfs steeds belangrijker gevonden. Hoewel veel critici van mening zijn dat NPM binnen de gezondheidszorg niet geschikt is, onder andere omdat juist samenwerking van belang is om de zorg goed en snel te organiseren, blijkt er uit dit onderzoek dus geen reden voor paniek!



# Inleiding

## 1.1 Samenwerking en concurrentie

Op 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking getreden. Deze Zorgverzekeringswet heeft een verbrokkeld stelsel van ziektekostenverzekeringen vervangen. Waar voorheen een onderscheid bestond tussen particulier en ziekenfonds verzekerden, bestaat er momenteel één wettelijk verzekeringsregime voor alle ingezetenen van Nederland.<sup>1</sup> De Zorgverzekeringswet staat niet op zichzelf, maar maakt deel uit van een bredere herziening van de sturing en verantwoordelijkheidsverdeling binnen de gezondheidszorg. Al deze herzieningen worden ingezet om ook in de toekomst betaalbare en goede gezondheidszorg te kunnen aanbieden aan alle ingezetenen van Nederland.

De Zorgverzekeringswet heeft voor veel veranderingen gezorgd voor zowel verzekerden als verzekeraars. Echter, ook zorgaanbieders hebben direct te maken met de gevolgen van de nieuwe Zorgverzekeringswet. De vernieuwing van het verzekeringsstelsel heeft er aan bijgedragen dat verzekeraars hogere eisen kunnen stellen aan hun contracten met de zorgaanbieders, zowel kwalitatief als financieel. Zorgaanbieders worden hierdoor gedwongen en gemotiveerd om de beste kwaliteit van zorg te leveren. Om de zorg goed en snel te organiseren is samenwerking van groot belang. Deze samenwerking kan horizontaal - tussen zorgaanbieders van dezelfde lijn - of verticaal - tussen zorgaanbieders van verschillende lijnen - georganiseerd worden (zie figuur 1.1).<sup>2</sup>

Bij horizontale samenwerking richt een zorgaanbieder zich op gelijksoortige partijen. Sommige eerstelijns zorgaanbieders, zoals huisartsen, fysiotherapeuten en tandartsen, vestigen zich bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum. In een gezondheidscentrum werken zij samen om een geïntegreerde eerstelijnszorg te kunnen aanbieden. Bij verticale samenwerking richt een zorgaanbieder zich op andere partijen in de zorgketen. Door verticale samenwerking kunnen sluitende zorgketens gerealiseerd worden.<sup>3</sup> De grenzen tussen eerste, tweede en derdelijnszorg vervagen hierdoor. Dit speelt met name in de chronische zorg een belangrijke rol. Als patiënten

---

<sup>1</sup> *Kamerstukken II* 2003 – 2004, 29 763, nr. 3, p. 2 (MvT)

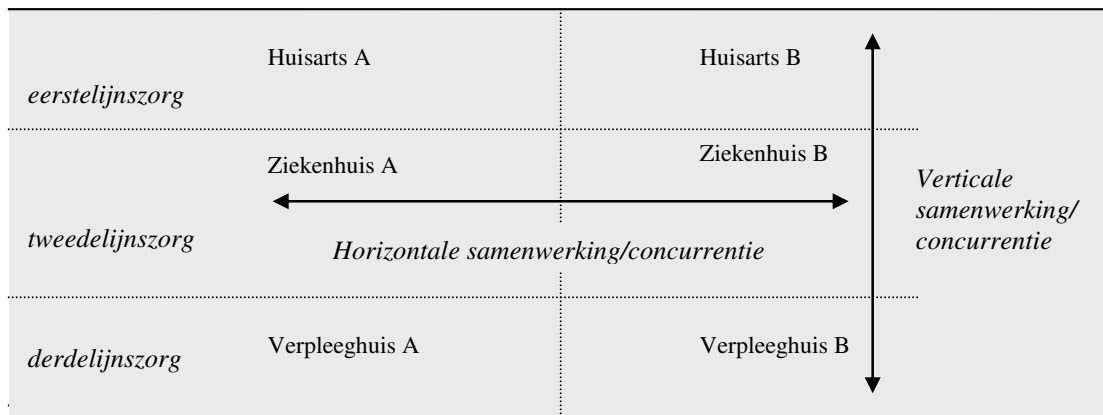
<sup>2</sup> In de gezondheidszorg wordt een onderscheid gemaakt tussen eerste- en tweede- en derdelijnszorg. Eerstelijnszorg is alle zorg die direct toegankelijk is voor de patiënt, zoals huisartsenzorg, tandheelkundige zorg en eerstelijnspsychologen. Tweedelijnszorg is zorg waarbij een verwijzing nodig is, zoals medisch specialistische zorg in ziekenhuizen. Derdelijnszorg is zorg waarbij de patiënt wordt opgenomen in een instelling.

<sup>3</sup> Baks e.a. (2007), p. 85-100

chronisch ziek zijn hebben zij vaak te maken met verschillende zorgaanbieders. Bij de zorg voor diabetespatiënten (patiënten die leiden aan suikerziekte) zijn bijvoorbeeld de huisarts, de internist en de diëtiste betrokken. Daarnaast speelt de diabetesverpleegkundige in toenemende mate een rol in de diabeteszorg.<sup>4</sup> Om de zorg goed en snel te organiseren is het van belang dat de verschillende zorgaanbieders met elkaar samenwerken zodat de verschillende zorgonderdelen goed op elkaar aansluiten.

In het nieuwe zorgstelsel krijgen zorgaanbieders tevens meer mogelijkheden om zich van elkaar te onderscheiden en concurrentie met elkaar aan te gaan. Prestatiegerichte bekostigingssystemen en benchmarkinformatie over prestaties van zorgaanbieders ondersteunen deze ontwikkeling. Concurrentie tussen zorgaanbieders kan zowel horizontaal als verticaal worden vormgegeven (zie figuur 1.1). Dit heeft onder andere te maken met de functiegerichte omschrijving van de verzekeringsrechten die de Zorgverzekeringswet biedt. Dit houdt in dat in deze wet niet precies is omschreven welk medisch persoon of welke medische instelling bepaalde zorg moet verlenen. Iedere persoon of instelling die daartoe op medische gronden bevoegd is, mag daardoor bepaalde zorg leveren.<sup>5</sup> Dit heeft tot gevolg dat aanbieders uit de eerstelijnszorg bepaalde zorgtaken kunnen gaan leveren die voorheen door aanbieders in de tweedelijnszorg werden uitgevoerd en vice versa.

**Figuur 1.1** Horizontale en verticale samenwerking en concurrentie



## 1.2 Vraagstelling

‘Samenwerken waar je moet en concurreren waar je kan’ is een belangrijk thema binnen het nieuwe zorgstelsel.<sup>6</sup> De Zorgverzekeringswet stimuleert concurrentie tussen zorgaanbieders terwijl tegelijkertijd samenwerking vaak van groot belang is om de zorg goed en snel te

<sup>4</sup> www.rivm.nl, bekeken d.d. 13 juni 2008

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2003 – 2004, 29 763, nr. 3, p. 41 (MvT)

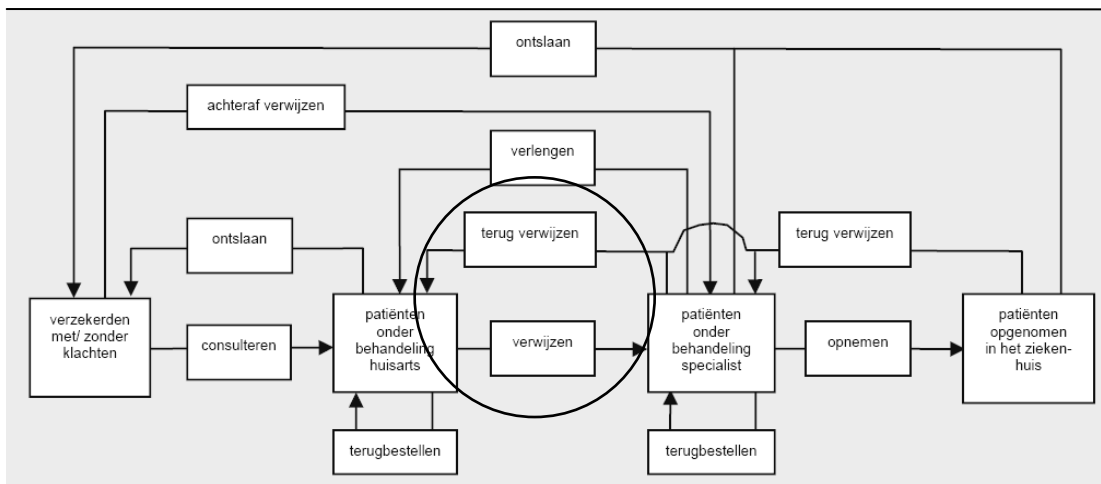
<sup>6</sup> Gorp (2007), p. 1497

organiseren. Hoe gaan zorgaanbieders om met deze tegenstrijdige concepten? De verwijfsrelatie tussen medisch specialisten en huisartsen vormt een interessant gebied om deze vraag te onderzoeken.<sup>7</sup> De verwijfsrelatie vormt een deel van een breder proces van zorgverlening. Het totale proces van zorgverlening is een complex systeem. Het model in figuur 1.2 is enigszins overzicht- en inzichtgevend. Wat uit dit figuur zeer duidelijk naar voren komt is dat de verwijfsrelatie tussen huisarts en medisch specialist de schakel vormt tussen eerste- en tweedelijnszorg. De belangrijkste vorm van samenwerking tussen medisch specialisten en huisartsen vindt dan ook plaats op het gebied van (terug)verwijzingen.<sup>8</sup>

De volgende vraag staat centraal in dit onderzoek:

*Hoe verhouden samenwerking en concurrentie zich tot elkaar binnen de verwijfsrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten?*

**Figuur 1.2** Globaal model van patiëntenstromen tussen huisarts, specialist en ziekenhuis. Het omcirkelde gebied omvat het onderwerp van dit onderzoek, namelijk de verwijfsrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten.



Bron: Post e.a geciteerd in: Lege (2002) p. 26

### 1.3 Relevantie

De Zorgverzekeringswet sluit aan bij een bredere herziening van het management binnen de publieke sector. Sinds de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw sluit het managementdenken binnen de publieke sector steeds meer aan op het bedrijfsleven. Deze tendens richting het meer bedrijfsmatig en marktgericht organiseren van publieke diensten is bekend geworden onder de noemer 'New Public Management' (NPM). Een van de kenmerken van NPM

<sup>7</sup> Onder de verwijfsrelatie versta ik de verwijzing van patiënten door de huisarts naar de medisch specialist en vice versa.

<sup>8</sup> Holthuis e.a. (1993), p. 898

is het creëren van concurrentie binnen het publieke domein, zodat publieke organisaties worden gestimuleerd effectiever, efficiënter en kwalitatief beter te opereren. Deze concurrentie lijkt echter strijdig met de samenwerking die van belang is om de zorg goed en snel te organiseren. NPM zou dan dus niet bijdragen aan een effectievere, efficiëntere en kwalitatief betere gezondheidszorg. Dit onderzoek biedt inzicht in hoe samenwerking en concurrentie zich tot elkaar verhouden binnen een belangrijk gedeelte van de zorg, namelijk de verwijtsrelatie.

Behalve dat dit inzicht wetenschappelijk relevant is, is het ook maatschappelijk relevant. Veranderingen in het zorgstelsel leiden er toe dat de verwijtsrelatie steeds belangrijker wordt voor verschillende actoren. Zo kan het voor zorgverzekeraars en de overheid financieel aantrekkelijk zijn om zorg te verschuiven van de tweede naar de eerste lijn. De (basis)behandeling van diabetes mellitus kost in de tweede lijn bijvoorbeeld 476,- euro en in de huisartsenzorg slechts 102,- euro.<sup>9</sup> Wanneer huisartsen minder patiënten naar de medisch specialist zouden verwijzen, zou dit dus een aanzienlijke kostenbesparing kunnen opleveren. Dit onderzoek biedt inzicht in deze verschuiving van zorg en hoe concurrentie en samenwerking daarbij een rol spelen. Verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn zou namelijk concurrentie kunnen veroorzaken tussen tweedelijns en eerstelijns zorgaanbieders. Daarnaast is bij deze verschuiving wellicht samenwerking juist van groot belang om de zorg goed en snel te organiseren.

Ook voor ziekenhuisbestuurders kan dit onderzoek relevante inzichten bieden. Voor ziekenhuisbestuurders is het, in het kader van concurrentiepositionering, van belang dat huisartsen de patiënten naar het eigen ziekenhuis verwijzen.<sup>10</sup> Een goed inzicht in de verwijtsrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten kan van dienst zijn bij het formuleren van beleid gericht op de huisartsen in de omgeving van het ziekenhuis.

#### **1.4 Leeswijzer**

Het onderzoeksrapport dat voor u ligt, is opgedeeld in een theoretisch deel, een empirisch deel en een concluderend deel. Het theoretisch deel begint met hoofdstuk twee, over concurrentie en samenwerking binnen New Public Management. Daarbij wordt tevens ingegaan op hoe NPM zich verhoudt tot de Zorgverzekeringswet die op 1 januari 2006 in werking is getreden. In hoofdstuk drie wordt vervolgens de kritiek die in de literatuur wordt geuit over NPM binnen de gezondheidszorg besproken. Het laatste hoofdstuk van het theoretisch deel (hoofdstuk vier) bestaat uit een theoretische verkenning van samenwerking en concurrentie binnen de verwijtsrelatie. Ook de verwijtsrelatie an sich wordt in dit hoofdstuk verder uiteengezet.

---

<sup>9</sup> Maes e.a. (2006), p. 1406

<sup>10</sup> Baks e.a. (2007), p. 20-21

In het empirisch deel wordt het empirisch onderzoek gepresenteerd. Hoofdstuk vijf biedt een beschrijving van de methoden en technieken die bij dit onderzoek zijn toegepast. Het empirisch onderzoek bestaat uit twee casestudy's, namelijk de steden Domidam en Portura.<sup>11</sup> In de hoofdstukken zes en zeven worden de bevindingen en analyses van de casestudy in respectievelijk Domidam en Portura besproken.

In het concluderende deel wordt in hoofdstuk acht op basis van de theoretische en empirische verkenning een antwoord gegeven op de vraagstelling van dit onderzoek. Vervolgens worden in hoofdstuk negen een aantal praktijkgerichte aanbevelingen voor de overheid en voor ziekenhuisbestuurders gepresenteerd. Tevens worden in dit hoofdstuk aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek. Ten slotte zullen in hoofdstuk tien de sterkte- en zwaktepunten van dit onderzoek uiteen worden gezet.

---

<sup>11</sup> Alle namen in dit onderzoek zijn fictief.

# Theoretisch Deel

---

# New Public Management

## 2.1 Inleiding

De Zorgverzekeringswet die op 1 januari 2006 in werking is getreden sluit aan bij de New Public Management (NPM) discours. In dit hoofdstuk presenteer ik allereerst een algemene beschrijving van NPM (paragraaf 2.2). Vervolgens ga ik in op de positie van ‘concurrentie en quasi markten’ binnen New Public Management (paragraaf 2.3). Daarbij bespreek ik tevens de positie van concurrentie binnen de Zorgverzekeringswet. Ten slotte zal ik ingaan op de ontwikkeling van NPM sinds de introductie hiervan in de jaren tachtig van de vorige eeuw (paragraaf 2.4).

## 2.2 Beschrijving van NPM

NPM is een laattwintigste-eeuws managementdiscours dat is ontstaan naar aanleiding van felle kritiek op de bureaucratie als organisatiemechanisme binnen de publieke sector,<sup>12</sup> bezorgdheid over de efficiëntie en effectiviteit van publieke organisaties<sup>13</sup> en bezorgdheid over de macht van professionals binnen de publieke sector en daarmee samenhangend de beperkte macht van gebruikers van de publieke diensten.<sup>14</sup> Om ervoor te zorgen dat publieke organisaties effectiever, efficiënter en kwalitatief beter gingen opereren, moesten deze meer georganiseerd worden zoals organisaties in de private sector. Deze managementaanpak is bekend geworden onder de noemer New Public Management.

Onder de noemer NPM kunnen vele inzichten, modellen en praktijken worden geschaard. Het is daarom moeilijk een eenduidige definitie van NPM te geven.<sup>15</sup> De veelgebruikte definitie van Hood (1991) beschrijft NPM aan de hand van een zevental kenmerken (zie kader 2.1). Hieruit blijkt dat NPM een dubbele focus heeft. Enerzijds heeft NPM tot doel om publieke organisaties meer bedrijfsmatig te organiseren, door middel van bijvoorbeeld de introductie van prestatiegerichte bekostigingssystemen. Anderzijds heeft NPM tot doel om publieke organisaties meer marktgericht te organiseren, door middel van bijvoorbeeld de introductie van concurrentie binnen het publieke domein.<sup>16</sup>

---

<sup>12</sup> Dunleavy geciteerd in: Osborne e.a. (2002), p. 9

<sup>13</sup> Hughes geciteerd in: Osborne e.a. (2002), p. 9

<sup>14</sup> Falconer geciteerd in: Osborne e.a. (2002), p. 9

<sup>15</sup> Noordegraaf (2004), p. 86 - 88

<sup>16</sup> Dawson e.a. (2002), p. 38

---

### Kader 2.1 Definitie van New Public Management

- *'Hands-on' professioneel management*: actieve, zichtbare beheersing van de discretionaire ruimte van professionals door het management.
- *Expliciete standaarden voor prestaties*: het bepalen van doelen en indicatoren van succes.
- *Managementpraktijken en stijlen uit de private sector*: een flexibel, zakelijk ethos.
- *Discipline en zuinigheid*: bezuinigingen en productiviteitsgroei, oftewel: 'doing more with less'.
- *Output beheersing*: de koppeling tussen middelen en prestaties.
- *Desaggregatie van eenheden*: de samenstelling van eenheden met eigen budgetten.
- *Competitie*: (termijn)contracten en aanbestedingen om concurrentie te stimuleren

**Bron:** Hood (1991), p. 5

### 2.3 Concurrentie binnen NPM en de Zorgverzekeringswet

Binnen NPM speelt concurrentie een belangrijke rol, zo blijkt onder andere uit de veelgebruikte definitie van Hood (kader 2.1). NPM stimuleert de introductie van concurrentie en marktachtige omstandigheden binnen de publieke sector. Echter, de publieke sector leent zich niet voor marktmechanismen zoals deze in de private sector toegepast worden. Vaak zijn de activiteiten van publieke organisaties immers al door de overheid vastgesteld.<sup>17</sup> Als gevolg van deze beperkingen wordt er vaak over quasi-markten en gereguleerde concurrentie gesproken.<sup>18</sup> De concurrentie wordt dan op verschillende manieren gereguleerd om er voor te zorgen dat het publieke belang wordt geborgd.

Binnen de Zorgverzekeringswet is de nadruk op concurrentie uit het NPM zeer duidelijk te herkennen. De Zorgverzekeringswet maakt deel uit van een bredere herziening van de sturing en verantwoordelijkheidsverdeling binnen de gezondheidszorg, zo blijkt uit de Memorie van Toelichting van de Zorgverzekeringswet dat: 'De regering [kabinet Balkenende II] is van oordeel dat het stelsel van gezondheidszorg aanzienlijk aan presterend vermogen kan winnen, door het systeem van centrale overheidssturing waar mogelijk plaats te laten maken voor een meer decentraal stelsel van gereguleerde concurrentie. Het verzekeringsstelsel dient deze wijziging in de sturing van de zorg te ondersteunen.'<sup>19</sup> De overheid introduceert door middel van onder andere de Zorgverzekeringswet dus concurrentie en marktachtige omstandigheden binnen de gezondheidszorg. Concurrentie wordt binnen de Zorgverzekeringswet in eerste instantie tussen zorgverzekeraars georganiseerd. De Zorgverzekeringswet richt zich echter ook op concurrentie tussen zorgaanbieders (zie kader 2.2). Een tweetal elementen is hierbij in het bijzonder van belang. Ten eerste wordt concurrentie tussen zorgaanbieders gestimuleerd doordat zij door

---

<sup>17</sup> Dawson e.a. (2002), p. 35

<sup>18</sup> Noordegraaf (2004), p. 145

<sup>19</sup> *Kamerstukken II 2003 – 2004*, 29 763, nr. 3, p. 2 (MvT)



verzekeraars gecontracteerd (kunnen) worden.<sup>20</sup> ‘De vernieuwing van het verzekeringsstelsel zal eraan bijdragen dat verzekeraars hogere eisen zullen gaan stellen aan hun contracten met zorgaanbieders, zowel kwalitatief als financieel. Zorgaanbieders krijgen meer mogelijkheden om zich van elkaar te onderscheiden.’<sup>21</sup> Ten tweede regelt de Zorgverzekeringswet een functiegericht omschreven standaardpakket van noodzakelijke zorg. Deze functiegerichte omschrijving van de verzekeringsrechten heeft tot gevolg dat concurrentie tussen zorgaanbieders zowel horizontaal als verticaal gerealiseerd kan worden (zie ook paragraaf 1.1).

Een belangrijk onderdeel van het creëren van concurrentie en marktachtige omstandigheden is de introductie van purchaser-provider splits. Hierbij worden de rollen van inkopers en aanbieders duidelijk onderscheiden en worden marktomstandigheden gecreëerd zodat concurrentie tussen beiden wordt aangegaan.<sup>22</sup> Binnen de Zorgverzekeringswet wordt duidelijk gebruik gemaakt van deze purchaser-provider splits. De Zorgverzekeringswet voorziet ‘in het aanbrengen van gelijke condities voor verzekeraars en verzekerden, en in het versterken van rollen van zowel burgers, zorgaanbieders als zorgverzekeraars, opdat zij worden aangemoedigd zo doelmatig mogelijk om te gaan met de gezondheidszorg’.<sup>23</sup>

Het ontstaan van concurrentie en marktachtige omstandigheden heeft voor publieke organisaties tot gevolg dat zij strategisch management invoeren. Tot het einde van de twintigste eeuw was dit binnen de publieke sector een onbekend managementinstrument. Echter, als gevolg van de introductie van NPM is het voor publieke organisaties steeds meer van belang dat ze hun omgeving en de toekomst in de gaten houden zodat kansen worden gepakt, bedreigingen worden afgewend en producten worden geleverd die bij de tijd zijn. Tevens moeten publieke organisaties nadenken over hoe zij zich strategisch profileren om de marktmacht te vergroten en over wat de missie van de organisatie is. Ook innovatie speelt een belangrijke rol binnen het strategisch management van publieke organisaties.<sup>24</sup>

---

<sup>20</sup> De zorgovereenkomst tussen zorgverzekeraar en verzekerde kan op twee manieren worden ingevuld, namelijk op basis van gecontracteerde zorg of op basis van niet-gecontracteerde zorg. Bij gecontracteerde zorg zal de zorgverzekeraar afspraken maken met zorgaanbieders over de zorgverlening aan zijn verzekerden. Bij niet-gecontracteerde zorg is er geen relatie tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder. (*Kamerstukken II 2003 – 2004*, 29 763, nr. 3, p. 29 (MvT)). Het merendeel van de zorgovereenkomsten is gebaseerd op gecontracteerde zorg.

<sup>21</sup> *Kamerstukken II 2003 – 2004*, 29 763, nr. 3, p. 4 (MvT)

<sup>22</sup> Noordegraaf (2004), p. 145

<sup>23</sup> *Kamerstukken II 2003 – 2004*, 29 763, nr. 3, p. 2 (MvT)

<sup>24</sup> Noordegraaf (2004), p. 159 -160

---

## Kader 2.2 Specificatie van de basiselementen van de Zorgverzekeringswet

---

- een verzekering voor de gehele bevolking;
- *voor een functiegericht omschreven standaardpakket van noodzakelijke zorg;*
- uit te voeren door private ondernemingen;
- die een acceptatieplicht hebben;
- en die gefinancierd worden door middel van:
  - a. bijdragen ter hoogte van ongeveer de helft van de totale zorguitgaven, uit een op te richten zorgverzekeringsfonds dat gevuld wordt met inkomensafhankelijke bijdragen van verzekeringsplichtigen en rijksbijdragen;
  - b. een door de verzekeraar zelf vastgestelde nominale premie voor verzekerden van 18 jaar of ouder, die niet naar gezondheid, leeftijd of andere aan de verzekerde gerelateerde factoren gedifferentieerd mag worden;
- waarbij de verzekeraars om verzekerden concurreren;
- waarbij een verplicht eigen risico geldt in de vorm van een, in de ziekenfondsverzekering al ingevoerde, no-claimteruggaveregeling;
- waarbij de verzekeraars de vrijheid krijgen om, boven de no-claimteruggaveregeling, varianten van vrijwillige eigen risico's met daarbij horende kortingen op de nominale premie aan te bieden;
- waarbij de verzekeraars winstoogmerk mogen hebben waarbij winst ten goede kan komen aan aandeelhouders of leden van een onderlinge waarborgmaatschappij;
- *waarbij de zorgaanbieders, die door de verzekeraars gecontracteerd (kunnen) worden, met elkaar concurreren;*
- waarbij objectieve informatie over de kwaliteit van het aanbod van verzekeraars en zorgaanbieders beschikbaar is;
- en waarbij inkomenseffecten in huishoudingen zoveel mogelijk worden gecompenseerd door een toeslag, ter grootte van het verschil tussen de genormeerde kosten voor de zorgverzekeringsovereenkomst en de gemiddelde premie voor een zorgverzekeringsovereenkomst.

**Bron:** *Kamerstukken II* 2003 – 2004, 29 763, nr. 3, p. 17-18 (MvT)

## 2.4 Meer dan concurrentie, maar geen samenwerking

New Public Management is geen statisch fenomeen. NPM heeft in de loop der tijd verschillende vormen aangenomen. In de jaren tachtig lag de nadruk binnen NPM op bezuinigen. Efficiëntie en effectiviteit waren in die tijd belangrijke thema's binnen de publieke sector. In de eerste helft van de jaren negentig was NPM met name gericht op het marktgericht maken van publieke organisaties. Hierbij lag de nadruk op empowerment, decentralisatie en publiek ondernemerschap.

Ten slotte heeft NPM zich aan het eind van de jaren negentig meer in de richting van *community governance* ontwikkeld.<sup>25</sup> Hierbij wordt de planning, het management en de verzorging van publieke diensten gezien als iets dat moet worden onderhandeld tussen een aantal actoren, inclusief de overheid, de private sector en de samenleving. In de tweede helft van de jaren negentig worden binnen NPM tevens thema's als kwaliteit en verantwoordelijkheid hoog op de agenda geplaatst. Deze laatste ontwikkeling binnen NPM werd versterkt door een toenemend aantal incidenten rondom publieke dienstverlening en overheidstoezicht, waaronder de Bijlmerramp, de mond- en klauwzeercrisis en de cafébrand in Volendam.<sup>26</sup>

Ook binnen de gezondheidszorg staan de laatste jaren kwaliteit en verantwoordelijkheid hoog op de publieke en politieke agenda. De overheid heeft de laatste jaren verschillende initiatieven genomen om de kwaliteit van zorg te bevorderen. Het actieprogramma Sneller Beter is hier een goed voorbeeld van. Sneller Beter is in 2004 door onder andere het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gestart om een verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit in ziekenhuizen te stimuleren (zie kader 2.3).

---

### **Kader 2.3** Kwaliteitsprogramma Sneller Beter

In het landelijke kwaliteitsprogramma Sneller Beter werken 24 ziekenhuizen aan doelstellingen om de zorg veiliger, efficiënter en patiëntgerichter te maken. Sneller Beter is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS, de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. De minister stelde voor het programma 11 miljoen euro beschikbaar.

Sneller Beter bestaat uit drie pijlers:

- Benchmark ziekenhuizen en eerstelijnsgezondheidszorg (in samenwerking met de NVZ vereniging van ziekenhuizen).
- Indicatoren voor een veilige en betere zorg (in samenwerking met de Inspectie voor de gezondheidszorg).
- Het programma Kwaliteit, Innovatie, Doelmatigheid (in samenwerking met de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, ZonMw).

**Bron:** [www.SnellerBeter.nl](http://www.SnellerBeter.nl), bekeken d.d. 9 juni 2008

Om de kwaliteit van zorg te kunnen garanderen is samenwerking tussen zorgaanbieders van groot belang. Zorg kan immers vaak worden voorgesteld als een proces (zie ook figuur 1.2), waardoor samenwerking van belang is om continuïteit van een behandeling te handhaven. Als kenmerken van continuïteit van de behandeling kunnen worden gehanteerd:

- geen onnodige doublures of overlap in de behandeling,
- geen ontbrekende behandelactiviteiten,
- geen onnodige behandelactiviteiten,

---

<sup>25</sup> Clarke e.a. geciteerd in: Osborne e.a. (2002), p. 10

<sup>26</sup> Noordegraaf (2004), p. 89

- geen strijdige behandelactiviteiten en
- geen tijdverlies tussen behandelactiviteiten.<sup>27</sup>

## 2.5 Besluit

NPM heeft tot doel publieke organisaties effectiever, efficiënter en kwalitatief beter te laten opereren. Om dit te realiseren introduceert NPM onder andere concurrentie en marktachtige omstandigheden in de publieke sector. Omdat de publieke sector zich niet leent voor marktmechanismen uit de private sector, wordt hier vaak gesproken over gereguleerde concurrentie. De Zorgverzekeringswet is een manier om gereguleerde concurrentie te introduceren binnen de gezondheidszorg. Zorgaanbieders worden, doordat zij door verzekeraars gecontracteerd (kunnen) worden, gestimuleerd om onderling te gaan concurreren. Als gevolg van de functiegerichte omschrijving van de verzekeringsrechten kan deze concurrentie zowel horizontaal als verticaal gerealiseerd worden.

NPM is echter meer dan de introductie van concurrentie en marktachtige omstandigheden in de publieke sector. De laatste jaren zijn kwaliteit en verantwoordelijkheid belangrijke thema's binnen NPM. Ook binnen de gezondheidszorg is deze ontwikkeling waar te nemen. De overheid heeft de laatste jaren verschillende initiatieven genomen om de kwaliteit van zorg te bevorderen. Binnen de gezondheidszorg is samenwerking tussen zorgaanbieders van groot belang om de kwaliteit van zorg te kunnen garanderen. Immers, de zorg voor een patiënt wordt vaak uitgeoefend door verschillende zorgaanbieders, waardoor afstemming en samenwerking noodzakelijk is om continuïteit van zorg te kunnen garanderen. Ondanks de aandacht voor kwaliteit en verantwoordelijkheid, wordt binnen New Public Management en de Zorgverzekeringswet geen aandacht besteed aan samenwerking.

---

<sup>27</sup> Have e.a. geciteerd in: Kuijlen e.a. (1991), p. 66

# Kritiek op New Public Management

## 3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is besproken dat binnen New Public Management en de Zorgverzekeringswet geen aandacht wordt besteed aan samenwerking. Desondanks is de gezondheidszorg onderhevig aan dit bedrijfsmatige managementdiscours. In dit hoofdstuk zal ik bespreken waarom NPM binnen de gezondheidszorg noodzakelijk is om de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te garanderen (paragraaf 3.2). Vervolgens zal ik in gaan op de kritiek op NPM binnen de gezondheidszorg (paragraaf 3.3).

## 3.2 NPM is noodzakelijk

NPM heeft in de jaren tachtig van de vorige eeuw zijn intrede gedaan in het publieke domein. NPM was daarmee een reactie op de economische crisis in de jaren zeventig. Men werd zich er van bewust dat er kostenbewust moest worden geopereerd. Daarnaast is de burger steeds mondiger en veeleisender geworden. Burgers zijn consumenten geworden die kwalitatief hoogwaardige diensten eisen.<sup>28</sup> Organisaties in de publieke sector worden daardoor gedwongen om voor minder geld meer kwaliteit te leveren.

Ook binnen de gezondheidszorg moet kostenbewust en kwaliteitsgericht worden gewerkt. De eisen die aan de gezondheidszorg worden gesteld, zullen de komende jaren alleen maar toenemen. De Nederlandse bevolking vergrijst en krijgt daardoor een steeds grotere zorgbehoefte. Momenteel zijn de zorguitgaven per volwassen persoon gemiddeld 3.920 euro per jaar. Wanneer de groei uit het verleden zich doorzet zullen de zorguitgaven in 2020 maar liefst 6.300 euro per volwassen persoon per jaar bedragen. Dit is een stijging van 63 procent.<sup>29</sup> Ook het profiel van de patiënt is aan verandering onderhevig. De patiënt is steeds mondiger en veeleisender geworden. Deze zorgconsumenten eisen een kwalitatief hoogwaardige zorg. Daarnaast blijft de medische technologie zich ontwikkelen, wat ook aanzienlijke kosten met zich meebrengt.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> Noordegraaf (2004), p. 165

<sup>29</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007), p. 38 – 39

<sup>30</sup> *Kamerstukken II* 2003 – 2004, 29 763, nr. 3, p. 8 (MvT)

Om ook in de toekomst de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg te kunnen waarborgen, is de Zorgverzekeringswet ontwikkeld en ingevoerd. Om kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg te kunnen bieden is het van belang dat de zorginkoopmarkt, waarbij zorgverzekeraars zorg inkopen bij zorgaanbieders, goed functioneert. Zonder een goed functionerende zorginkoopmarkt zal een gunstiger prijs-kwaliteitverhouding niet gehaald worden.<sup>31</sup> Uit recent onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), naar onder andere de marktwerking en effecten van de stelselwijzigingen in de gezondheidszorg, blijkt echter dat de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders nog niet heel scherp zijn. De kwaliteit van ziekenhuiszorg speelt bij de zorginkoop door zorgverzekeraars nog nauwelijks een rol.<sup>32</sup> Tevens blijkt uit dit onderzoek dat er sprake is van een hoge marktconcentratie van ziekenhuizen in een belangrijk deel van de gezondheidsregio's binnen de zorginkoopmarkt. Marktconcentraties van ziekenhuizen verstoren de zorginkoopmarkt en leiden tot hogere prijzen bij de onderhandelingen.<sup>33</sup>

### **3.3 Spanning tussen NPM en de gezondheidszorg**

Hoewel NPM binnen de gezondheidszorg noodzakelijk is, bestaat er ook veel kritiek. De gezondheidszorg zou niet geschikt zijn voor een bedrijfsmatige en marktgerichte managementaanpak. Ten eerste kennen organisaties binnen de gezondheidszorg een institutionele context die zich niet goed verhoudt tot NPM. Er kunnen een vijftal 'werelden' in de context van de gezondheidszorg worden geïdentificeerd: de wetenschappelijke, industriële, publieke, professionele en politieke 'wereld' (zie figuur 3.1). Elke 'wereld' vertegenwoordigt een complex geheel aan spelers, relaties, macht, invloed, verandering en onzekerheid. Deze complexiteit in de context van de gezondheidszorg leidt er toe dat deze sector zeer moeilijk te managen is.<sup>34</sup>

In de literatuur wordt met name de professionele sfeer aangewezen als belemmering voor een volledige invoering van NPM binnen de gezondheidszorg. Zowel huisartsen als medisch specialisten zijn professionals (zie kader 3.1). Zij bevinden zich in 'professionele dienstverleningsorganisaties'.<sup>35</sup> De professionals in deze organisaties zijn moeilijk stuurbaar voor het management. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de beperkte machtsverhouding tussen de professionals en het management binnen professionele dienstverleningsorganisaties. De professionals binnen de gezondheidszorg zijn namelijk over het algemeen niet in dienstbetrekking, waardoor zij een zeer grote handelingsvrijheid hebben ten aanzien van de eigen werkzaamheden en er een beperkt controlemechanisme met sancties en beoordelingen bestaat. Tevens heeft de professionele dienstverleningsorganisatie een beperkt sturend vermogen,

---

<sup>31</sup> Westert e.a. (2008), p. 195

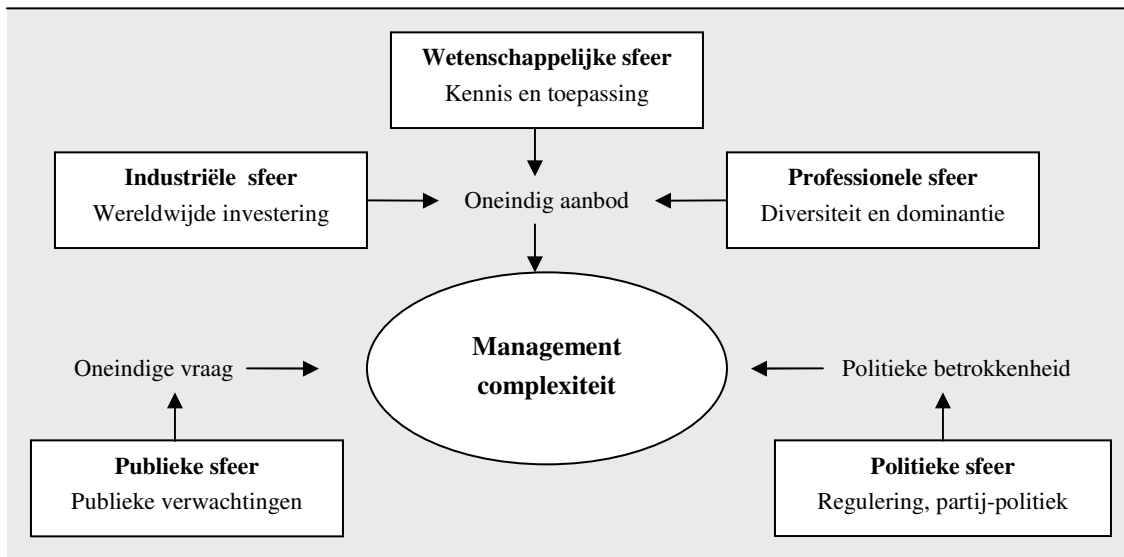
<sup>32</sup> Westert e.a. (2008), p. 196

<sup>33</sup> Halbersma e.a. geciteerd in: Westert e.a. (2008), p. 198

<sup>34</sup> Dawson geciteerd in: Dawson e.a. (2002), p. 47

<sup>35</sup> Gastelaars (2003), p. 155

**Figuur 3.1** Factoren die leiden tot complexiteit van het management binnen de gezondheidszorg.



**Bron:** Dawson geciteerd in: Dawson e.a. (2002), p. 47

omdat het dominante coördinatiemechanisme van professionals wordt bepaald door een raamwerk van kennis en vaardigheden die door de beroepsgroep is opgesteld.<sup>36</sup> Structureel wordt een professionele organisatie dan ook als een eilandenstructuur gekenmerkt, met ‘losse koppelingen’ tussen professionals en management.<sup>37</sup> NPM heeft tot doel de koppeling tussen professionals en management te versterken. NPM introduceert namelijk een beheersing van de discretionaire ruimte van professionals door het management. Het is dan ook niet vreemd dat uit onderzoek in Groot-Brittannië blijkt dat professionals binnen de gezondheidszorg zich sterk verzetten tegen hervormingen van het publiek management.<sup>38</sup>

### **Kader 3.1** Definitie van een professional

- Een raamwerk van kennis en vaardigheden dat officieel is erkend, maar waarbij een aanzienlijke discretionaire ruimte bestaat.
- Een arbeidsmarkt die wordt beheerst door de beroepsgroep en waarbij opleiding een vereiste is voor toegang en arbeidsmobiliteit.
- Een arbeidsdeling die wordt beheerst door de beroepsgroep.
- Een opleidingsprogramma binnen het hoger onderwijs dat wordt beheerst door de beroepsgroep.
- Een ideologie gebaseerd op transcendente waarden, waarbij er een grotere toewijding bestaat tot goed werk dan tot economische beloning.

**Bron:** Freidson (2001), p. 180

<sup>36</sup> Moen (1992), p. 21

<sup>37</sup> Gastelaars (2003), p. 155

<sup>38</sup> Ackroyd e.a. (2007), p. 23

Ten tweede is de zorg als product minder geschikt voor NPM. Zorgverlening kenmerkt zich namelijk onder andere door onzekerheid over de aard, omvang en tijdstip van de benodigde zorg.<sup>39</sup> Onder andere hierdoor is de zorg als product vaak niet manipuleerbaar, standaardiseerbaar en tastbaar.<sup>40</sup> Tevens leidt dit er toe dat er behoefte is aan een stand-by capaciteit en infrastructuur los van actuele vraag er naar.<sup>41</sup> Dit vormt een belemmering voor volledige marktwerking in de gezondheidszorg.

Al eerder in deze scriptie is uiteengezet dat de zorg vaak kan worden voorgesteld als een proces. Patiënten hebben te maken met verschillende zorgaanbieders, die verschillende zorgtaken uitoefenen. Ook dit kenmerk van de zorg vormt mogelijk een belemmering voor de invoering van NPM. Omdat zorg vaak kan worden voorgesteld als een proces, is namelijk juist samenwerking van belang om continuïteit van een behandeling te garanderen. Deze samenwerking is mogelijk in strijd met de concurrentie die NPM introduceert binnen de gezondheidszorg. Het zou kunnen zijn dat 'de zucht naar concurrentie binnen de gezondheidszorg leidt tot centrifugale bewegingen, die haaks staan op coördinatie van medische zorg tussen betrokken instellingen en daarmee de ontwikkeling van ketenzorg frustreert.'<sup>42</sup> Concurrentie zou dan een belemmering vormen voor samenwerking.

### **3.4 Besluit**

De ontwikkeling van NPM binnen de gezondheidszorg is noodzakelijk. De eisen die aan de gezondheidszorg worden gesteld, zullen de komende jaren alleen maar toenemen. Om ook in de toekomst de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg te kunnen waarborgen, is de Zorgverzekeringswet ontwikkeld en ingevoerd. De Zorgverzekeringswet introduceert concurrentie en marktachtige omstandigheden binnen de gezondheidszorg. De Zorgverzekeringswet sluit hiermee aan bij NPM.

Hoewel NPM binnen de gezondheidszorg noodzakelijk is, bestaat er ook een spanning tussen NPM en de gezondheidszorg. Een belangrijke reden hiervoor is dat de zorg vaak kan worden voorgesteld als een proces waardoor juist samenwerking van belang is om continuïteit van een behandeling te garanderen. Deze samenwerking is mogelijk in strijd met de concurrentie die NPM introduceert binnen de gezondheidszorg.

---

<sup>39</sup> Putters (2001), p. 114

<sup>40</sup> Broadbent e.a. (2002), p. 95

<sup>41</sup> Putters (2001), p. 117

<sup>42</sup> Westendorp (2006), p. 1751



## NPM en de verwijsrelatie

### 4.1 Inleiding

De Zorgverzekeringswet sluit aan bij de New Public Management (NPM) discours. Het systeem van centrale overheidssturing maakt hier plaats voor een meer decentraal stelsel van gereguleerde concurrentie. Hoewel NPM en de Zorgverzekeringswet geen aandacht besteden aan samenwerking, is gebleken dat samenwerking in de zorg van belang is om de kwaliteit van dienstverlening te waarborgen. In dit onderzoek richt ik mij op de verhouding tussen concurrentie en samenwerking binnen de verwijsrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten. In dit hoofdstuk ga ik in op wat er in de literatuur wordt gezegd over concurrentie en samenwerking binnen de verwijsrelatie (respectievelijk paragraaf 4.3 en 4.4). De verwijsrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten is in werkelijkheid echter complexer dan ik tot nu toe heb gesuggereerd. Allereerst zal ik daarom aandacht besteden aan de betrokken actoren bij de verwijsrelatie (paragraaf 4.2).

### 4.2 Betrokken actoren bij de verwijsrelatie

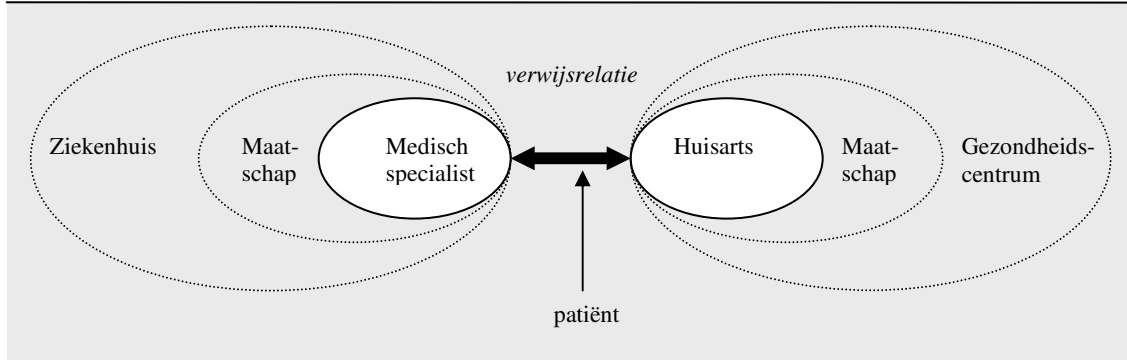
De verwijsrelatie gaat primair over de overdracht van patiënten van de huisarts naar de specialist en vice versa. Binnen de verwijsrelatie spelen echter ook andere actoren een belangrijke rol (zie figuur 4.1). De meeste medisch specialisten zijn vrije ondernemers in maatschappen binnen een ziekenhuis. Zij zijn niet in loondienst van het ziekenhuis. Ook veel huisartsen opereren in maatschappen. In sommige situaties maken deze maatschappen deel uit van een gezondheidscentrum. In een gezondheidscentrum werken verschillende zorgaanbieders uit de eerste lijn samen. Al deze actoren kunnen een rol spelen binnen de verwijsrelatie tussen huisartsen en specialisten.

Ten slotte spelen natuurlijk patiënten een belangrijke rol bij de verwijsrelatie tussen medisch specialisten en huisartsen. Uit het onderzoek 'De zorgconsument in opkomst' blijkt dat slechts 36 procent van de patiënten nog altijd zeker het advies van de huisarts opvolgt. Het merendeel van de patiënten laat zich dus niet verwijzen door de huisarts zonder zelf verdere afwegingen te maken.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Halkes e.a. (2006), p. 17

**Figuur 4.1** Betrokken actoren bij de verwijsrelatie



### 4.3 Concurrentie binnen de verwijsrelatie

#### 4.3.1 Verticale concurrentie

Als gevolg van de functiegerichte omschrijving van de verzekeringsrechten binnen de Zorgverzekeringswet mag iedere persoon of instelling die daartoe op medische gronden bevoegd is bepaalde zorg leveren.<sup>44</sup> Huisartsen kunnen zorgtaken die voorheen door de medisch specialisten werden uitgevoerd gaan uitoefenen en vice versa. Dit kan leiden tot concurrentie tussen huisartsen en medisch specialisten. Binnen de verwijsrelatie betekent dit dat huisartsen minder patiënten zouden verwijzen naar de medisch specialist en vice versa.

Bij de concurrentie tussen huisartsen en specialisten speelt de taakbreedte van beiden een belangrijke rol. Zo blijkt dat huisartsen die veel therapeutische handelingen zelf doen, minder patiënten verwijzen naar specialisten.<sup>45</sup> Als gevolg van de functiegerichte omschrijving van de verzekeringsrechten binnen de Zorgverzekeringswet kunnen huisartsen steeds meer zorgtaken zelfstandig uitvoeren. De taakbreedte van deze huisartsen wordt hierdoor dus groter waardoor zij wellicht minder patiënten verwijzen naar de specialist. Ook bij het terugverwijzen van patiënten door de specialist naar de huisarts kan taakbreedte een rol spelen. Specialisten met een brede taakopvatting zullen minder geneigd zijn hun patiënten naar de huisarts terug te verwijzen dan specialisten met een smalle taakopvatting.

De taakbreedte van huisartsen en specialisten kan beïnvloed worden door hun financieringssysteem. Met de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 is er een nieuw financieringssysteem voor huisartsen van kracht geworden. Het nieuwe systeem bestaat uit vier onderdelen en combineert een abonnementshonorarium en een verrichtingsstelsel (zie kader 4.1). Een van de onderdelen van het nieuwe bekostigingssysteem

<sup>44</sup> Kamerstukken II 2003 – 2004, 29 763, nr. 3, p. 41 (MvT)

<sup>45</sup> Lege (2002) p. 35 - 40

voor huisartsen is de Modernisatie en Innovatie (M&I) module. De verrichtingen binnen deze module kunnen substituerend zijn voor verrichtingen in de tweede lijn (bijvoorbeeld kleine chirurgische ingrepen). De overheid heeft hiermee tot doel om de kosten van de totale gezondheidszorg zo laag mogelijk te houden. Zorg in de eerste lijn is over het algemeen namelijk goedkoper dan zorg in de tweede lijn (zie ook paragraaf 1.3).<sup>46</sup>

---

**Kader 4.1** Uiteenzetting van het bekostigingssysteem van huisartsen.

---

Het bekostigingssysteem voor de huisartsen bestaat uit 4 onderdelen:

- *Inschrijftarief.* Dit inschrijftarief is per ingeschreven patiënt. De hoogte hiervan wordt bepaald aan de hand van leeftijd en of de patiënt wel of niet in een achterstandswijk woonachtig is.
- *Consulttarief.* Dit tarief is vastgesteld is op € 9,- per consulteenheid. Onder het consulttarief kunnen verrichtingen zoals consulten, visites en herhaalrecepten worden gedeclareerd.
- *Passantentarief.* Dit tarief is op € 24,80 per consulteenheid vastgesteld. Het gaat hierbij om consulten, visites e.d. bij patiënten die niet ingeschreven staan in de praktijk en die bovendien niet in dezelfde gemeente wonen.
- *Modernisatie en Innovatie (M&I) verrichtingen.* In het kader van de module modernisering en innovatie (M&I) kunnen verrichtingen worden gedeclareerd waarvan wordt gedacht dat zij substituerend zijn voor verrichtingen in de tweede lijn (bijvoorbeeld kleine chirurgische ingrepen) of de kwaliteit van de zorg verbeteren (bijvoorbeeld cognitieve functietest). Verzekeraars en huisartsen zijn vrij te kiezen voor welke zogenaamde M&I-verrichtingen zij een onderlinge overeenkomst aangaan en verzekeraars kunnen variëren in het te honoreren tarief.

**Bron:** Dijk e.a. (2008), p. 5-7

Uit onderzoek van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) blijkt dat het aantal M&I verrichtingen tussen het eerste halfjaar van 2006 en het eerste halfjaar van 2007 sterk is gestegen (20%). De M&I verrichtingen die het meest worden uitgeoefend zijn de chirurgie (19%), de therapeutische injectie (10,9%) en de longfunctiemeting (10,1%).<sup>47</sup> Het NIVEL heeft tevens onderzocht of de toename van het aantal M&I verrichtingen heeft geleid tot een afname van het aantal verwijzingen. Dit lijkt alleen, mogelijk, het geval te zijn voor kleine chirurgische ingrepen.<sup>48</sup>

Ook de financieringssysteem van medisch specialisten is de laatste jaren aan veranderingen onderhevig geweest. Per 1 januari 2008 is de bekostiging van medisch specialisten op basis van lumpsum afgeschaft. De bekostiging van specialisten verloopt nu volledig via Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) (zie kader 4.2). De financieringssysteem van specialisten is hierdoor meer prestatiegericht ingericht.

---

<sup>46</sup> Dijk e.a. (2008), p. 5 - 7

<sup>47</sup> Dijk e.a. (2008), p. 19

<sup>48</sup> Dijk e.a. (2008), p. 32

---

**Kader 4.2** Diagnose Behandel Combinaties

Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) zijn een voorbeeld van *activity based costing*, waarbij voor iedere productieactiviteit een prijs wordt bepaald. DBC's hebben gerealiseerd dat alle mogelijke diagnoses van aandoeningen van patiënten en daarop volgende behandelingen systematisch in kaart zijn gebracht en dat aan al deze activiteiten een prijkaartje is gehangen. De DBC-systematiek faciliteert de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten over volume, prijs en kwaliteit.

**Bron:** Noordegraaf (2004), p. 137

#### 4.3.2 Horizontale concurrentie

Uit onderzoek is gebleken dat het voor huisartsen geen automatisme meer is om de patiënt naar het ziekenhuis 'om de hoek' te sturen. Huisartsen zoeken steeds vaker *in overleg* met de patiënt goede ziekenhuizen en daarbinnen de specialismen en specialisten waarmee men goede ervaringen heeft.<sup>49</sup> Dit heeft tot gevolg dat een huisarts een verwijzrelatie met verschillende ziekenhuizen en daarbinnen met specialismen en specialisten onderhoudt. Dit zou kunnen leiden tot concurrentie tussen de verschillende ziekenhuizen, specialismen en specialisten.

Bij de mate van concurrentie tussen tweedelijns zorgaanbieders speelt de manier van verwijzen door de huisarts een belangrijke rol. Stuurt de huisarts de patiënt naar het ziekenhuis 'om de hoek' of spelen andere afwegingen een rol bij de verwijzing? Uit eerder onderzoek binnen het Verenigd Koninkrijk blijkt dat huisartsen een groot aantal selectiecriteria hanteren in hun keuze voor een verwijzingsbestemming (zie kader 4.3 en 4.4), zoals de snelheid van de berichtgeving van overlijden van een patiënt, het gemak voor de patiënt binnen het ziekenhuis en het persoonlijk vertrouwen van de huisarts in de medisch specialist.<sup>50</sup> Ook de nabijheid van het ziekenhuis en de goede klinische zorg zijn belangrijke variabelen in de keuze van een huisarts voor een bepaald ziekenhuis bij een verwijzing.<sup>51</sup>

---

<sup>49</sup> Baks e.a. (2007), p. 20-21

<sup>50</sup> Whynes e.a. (1996), p. 590

<sup>51</sup> Mahon e.a. (1993), p. 274

---

**Kader 4.3** Variabelen in de keuze van een huisarts voor een verwijzingsbestemming

---

- Wachtijd voor een afspraak met de medisch specialist.
- Wachtijd tussen de afspraak en de behandeling.
- Wachtijd voor verwijzing van een poliklinische patiënt.
- Wachtijd binnen de polikliniek.
- Kwaliteit van de behandelingsinformatie van het ziekenhuis naar de huisarts.
- Snelheid van de ontvangst door de huisarts van de ontslagbrief.
- Snelheid van de berichtgeving van overlijden van een patiënt aan de huisarts.
- Telefonische toegankelijkheid van de medisch specialist voor de huisarts.
- Kwaliteit van de faciliteiten binnen het ziekenhuis (bijvoorbeeld eenpersoonskamers, goede maaltijden, kleine afdelingen).
- Gemak voor de patiënt (bijvoorbeeld parkeergelegenheid, beschikbaarheid van taxi's/openbaar vervoer).
- Kosten van de behandeling.
- Stijl van het ziekenhuismanagement.
- Persoonlijk vertrouwen van de huisarts in de medisch specialist.
- Afstand tot het ziekenhuis.

**Bron:** Whynes e.a. (1996), p. 591

---

**Kader 4.4** Variabelen in de keuze van een huisarts voor een verwijzingsbestemming

---

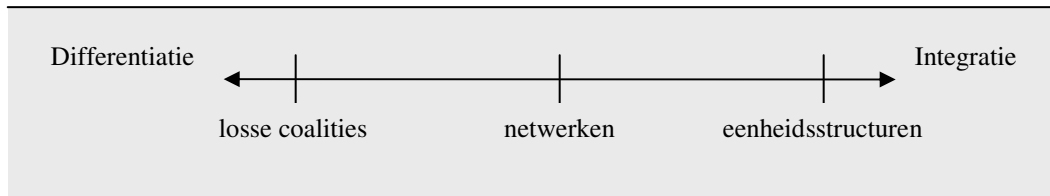
- Het enige ziekenhuis beschikbaar.
- Nabij en gemakkelijk.
- Bekendheid met ziekenhuis.
- Goede dienstverlening.
- Sub-specialiteit beschikbaar.
- Goede klinische zorg.
- De klinische behoefte van de patiënt.
- Wachtijd voor een afspraak.
- Wachtijd voor een behandeling.
- Goede communicatie met het ziekenhuis.
- De voorkeur van een patiënt.
- De eerdere behandeling van de patiënt.
- De persoonlijkheid van de patiënt.
- De houding van de medisch specialist tot de patiënt.
- Bekendheid met de medisch specialist.

**Bron:** Mahon e.a. (1993), p. 273

#### 4.4 Samenwerking binnen de verwijfsrelatie

Binnen de verwijfsrelatie kunnen ook samenwerkingsverbanden worden aangaan. Deze samenwerking kan variëren op een continuüm van integratie tot differentiatie. Verschillende categorieën op dit continuüm zouden kunnen zijn: losse coalities, netwerken en eenheidsstructuren (zie figuur 4.2).

**Figuur 4.2** Een continuüm van samenwerking.



• *Losse coalities.*

Dit zijn samenwerkingsverbanden tussen organisatie met een vrijblijvend karakter die vooral gericht zijn op overleg en afstemming. Binnen dergelijke verbanden blijven de deelnemende organisaties autonoom. Vaak zijn losse coalities tijdelijk van aard.<sup>52</sup> Binnen de verwijfsrelatie is er bijvoorbeeld sprake van losse coalities bij consultaties tussen huisartsen en specialisten. Onder consultatie kan worden verstaan ‘ieder telefonisch of mondeling overleg over een al of niet concreet patiëntprobleem, met de bedoeling op een verantwoorde en weloverwogen wijze een beleid te kunnen voeren’.<sup>53</sup>

• *Netwerken.*

Bij netwerken is er sprake van meer duurzame relatie tussen organisaties. Deze organisaties geven dan ook een deel van hun autonomie prijs door de afspraken en afstemming die ze met elkaar maken. Organisaties kunnen om verschillende redenen een netwerkrelatie met elkaar aangaan.<sup>54</sup> Het netwerk kan tot doel hebben de dienstverlening binnen de eigen organisatie te verbeteren. Hiervan is bijvoorbeeld sprake wanneer huisartsen en specialisten werkafspraken maken. Huisartsen en specialisten hebben vaak verschillende inzichten als het gaat over medische behandelingen. Om afstemming tussen deze inzichten te realiseren, kunnen er werkafspraken worden gemaakt. Werkafspraken maken het dan mogelijk om de continuïteit van een behandeling te garanderen en dus de kwaliteit van zorg te verbeteren.<sup>55</sup> Netwerken kunnen ook gericht zijn op het handhaven of versterken van de eigen strategische positie in het netwerk. Zo bevorderen ziekenhuizen, om redenen van concurrentiepositionering, het verwijfsgedrag van huisartsen naar

<sup>52</sup> Putters (2001), p. 91

<sup>53</sup> Jongerius (1985), p. 492

<sup>54</sup> Putters (2001), p. 91

<sup>55</sup> Pronk (2005), p. 1670

het eigen ziekenhuis door de huisartsen deelgenoot te maken van het onderzoeks- en helingsproces in de tweede lijn.<sup>56</sup>

· *Eenheidsstructuur.*

Hierbij is er sprake van verschillende organisatieonderdelen die een zekere mate van zelfstandigheid hebben, maar die allemaal onderdeel uitmaken van dezelfde organisatiestructuur.<sup>57</sup> Steeds vaker vestigen huisartsenpraktijken zich binnen ziekenhuizen. Hoewel deze huisartsen nog een zekere mate van zelfstandigheid hebben, staan ze zeer dicht op het ziekenhuis.

Of huisartsen en medisch specialisten (succesvol) gaan samenwerken is afhankelijk van een groot aantal factoren, zoals onderling vertrouwen, overeenstemming over concrete doelen en goede afspraken over hoe die te bereiken. Wanneer er sprake is van een opgedrongen samenwerking, opportunistisch gedrag van partners en navelstaren in een gesloten netwerk bestaat er een grote kans dat de samenwerking zal falen.<sup>58</sup>

#### **4.5 Besluit**

In dit hoofdstuk ben ik ingegaan op wat er in de literatuur wordt gezegd over samenwerking en concurrentie binnen de verwijzrelatie. Het is echter onduidelijk hoe concurrentie en samenwerking zich binnen de verwijzrelatie tot elkaar verhouden. In sommige situaties zou gelijktijdige samenwerking en concurrentie kunnen leiden tot frustraties. Concurrentie zou dan een belemmering vormen voor samenwerking. In het volgende, empirische deel van dit onderzoeksrapport zal ik bespreken hoe samenwerking en concurrentie tot uiting komen binnen de verwijzrelatie in Domidam en Portura.

---

<sup>56</sup> Baks e.a. (2007), p. 20-21

<sup>57</sup> Putters (2001), p. 92

<sup>58</sup> Thiel (2007), p. 17

# Empirisch Deel

---



# Methoden en technieken

## 5.1 Inleiding

In het theoretisch deel is gebleken dat NPM concurrentie stimuleert binnen de gezondheidszorg. Het is echter de vraag of concurrentie wel geschikt is voor de gezondheidszorg. Om continuïteit van zorg te kunnen garanderen is namelijk juist samenwerking van groot belang. In dit onderzoek richt ik mij op de verhouding tussen samenwerking en concurrentie binnen de verwijsrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten. Om een antwoord te kunnen geven op de vraagstelling van dit onderzoek is een empirisch onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek bestaat uit twee casestudy's. Voordat de onderzoeksmethoden hieronder verder worden toegelicht (paragraaf 5.3), zal ik de vraagstelling operationaliseren tot onderzoeksvragen (paragraaf 5.2). Vervolgens ga ik in op de selectie van de cases (paragraaf 5.4) en de selectie van de onderzoekseenheden en waarnemingscriteria (paragraaf 5.5). Ten slotte bespreek ik de methode van analyse die ik bij dit onderzoek heb toegepast (paragraaf 5.6).

## 5.2 Operationalisatie

De volgende vraagstelling staat centraal in dit onderzoek:

*Hoe verhouden samenwerking en concurrentie zich tot elkaar binnen de verwijsrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten?*

Deze vraagstelling kan worden opgedeeld in drie deelvragen, die vervolgens kunnen worden geoperationaliseerd tot meerdere onderzoeksvragen.

*Deelvraag 1:* In welke mate is er sprake van concurrentie binnen de verwijsrelatie?

- In hoeverre nemen huisartsen taken van de medisch specialist over en vice versa?
- In welke mate is er sprake van concurrentie tussen huisartsen en medisch specialisten?
- Welke afwegingen maken huisartsen bij de keuze voor een verwijsbestemming?
- In welke mate leidt het verwijsgedrag van huisartsen tot concurrentie tussen specialisten/ specialismen/ ziekenhuizen?

Deelvraag 2: In welke mate is er sprake van samenwerking binnen de verwijsrelatie?

- In welke mate is er sprake van losse coalities binnen de verwijsrelatie?
- In welke mate is er sprake van netwerken binnen de verwijsrelatie?
- In welke mate is er sprake van eenheidsstructuren binnen de verwijsrelatie?

Deelvraag 3: Hoe verhouden samenwerking en concurrentie zich tot elkaar?

- Leidt gelijktijdige samenwerking en concurrentie binnen de verwijsrelatie tot spanning?
- Bestaat er een verband tussen de mate van samenwerking en concurrentie binnen de verwijsrelatie?

### 5.3 Onderzoeksmethoden

Bij dit onderzoek heb ik gekozen voor twee casestudy's. Een casestudy is een 'onderzoeksstrategie waarvan het voornaamste kenmerk is dat er sprake is van een intensieve bestudering van een sociaal verschijnsel bij een of enkele onderzoekseenheden'.<sup>59</sup> Een casestudy is voor dit onderzoek zeer geschikt, omdat het niet mogelijk is een grens te trekken tussen de verwijsrelatie en de omgeving. Binnen beide casestudy's heb ik drie onderzoeksmethoden gehanteerd, namelijk: website analyses, diepte-interviews en documentenanalyses. In figuur 5.1 en figuur 5.2 heb ik de onderzoeksmethoden per case uiteengezet.

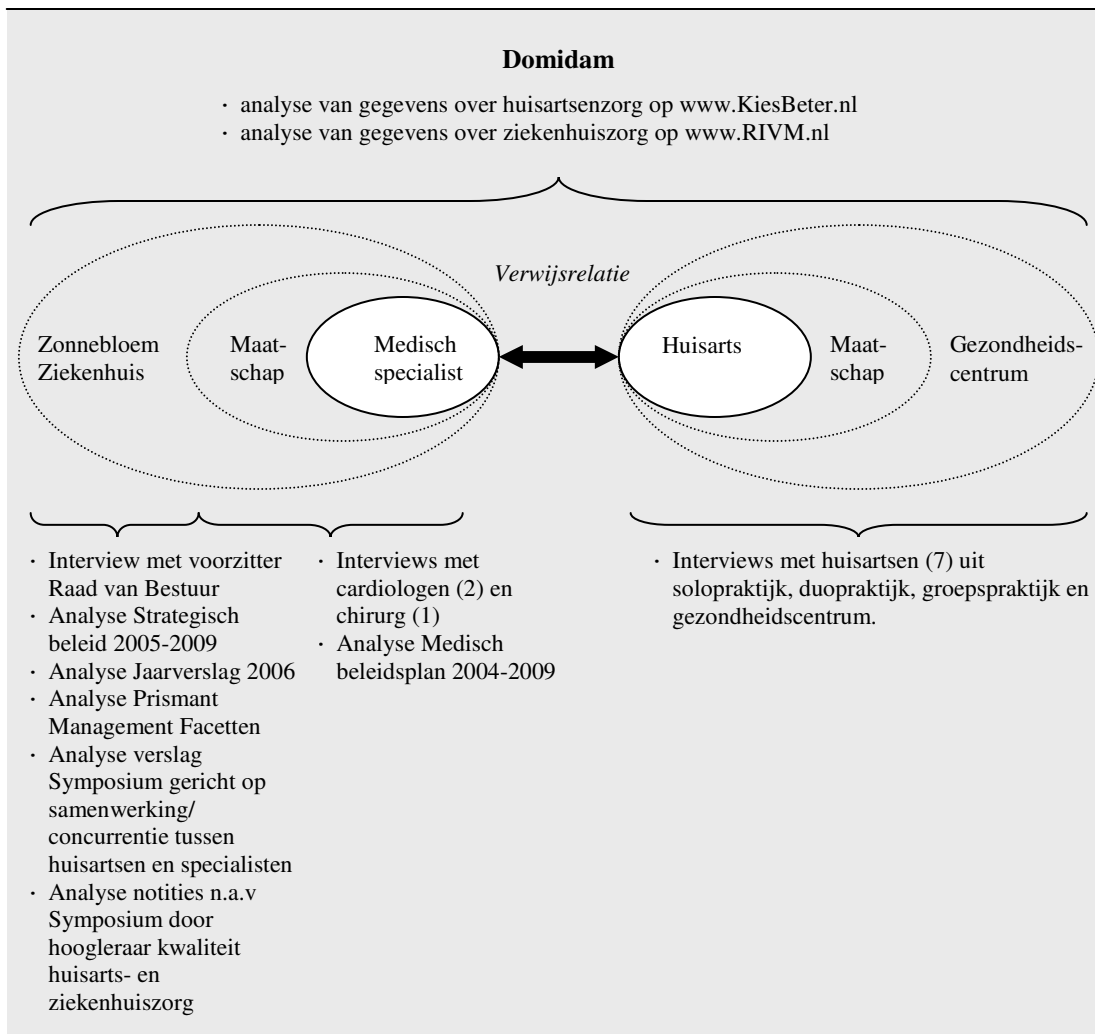
Het empirisch onderzoek bestaat voor het grootste deel uit diepte-interviews. Ik heb in totaal 24 interviews afgenomen. Bij alle interviews heb ik gebruik gemaakt van een topiclijst (zie bijlage 1). Om de interviews te kunnen verwerken, zijn de interviews digitaal opgenomen. Vervolgens heb ik de interviews verwerkt tot transcripties en met behulp van een softwareprogramma (maxQDA) gecodeerd (zie bijlage 2).<sup>60</sup> Tevens heb ik een aantal documenten geanalyseerd. Daarbij heb ik mij met name gericht op jaarverslagen en strategische beleidsplannen. Om een situatieschets van de beide cases te bieden, heb ik gebruik gemaakt van een tweetal websites: [www.KiesBeter.nl](http://www.KiesBeter.nl) en [www.RIVM.nl](http://www.RIVM.nl). [www.KiesBeter.nl](http://www.KiesBeter.nl) heb ik gebruikt om de huisartsenzorg in de beide cases te beschrijven. Op [www.RIVM.nl](http://www.RIVM.nl) heb ik gebruik gemaakt van de nationale atlas volksgezondheid om de ziekenhuiszorg in beide cases te beschrijven.

---

<sup>59</sup> Swanborn geciteerd in: Braster (2000), p. 21

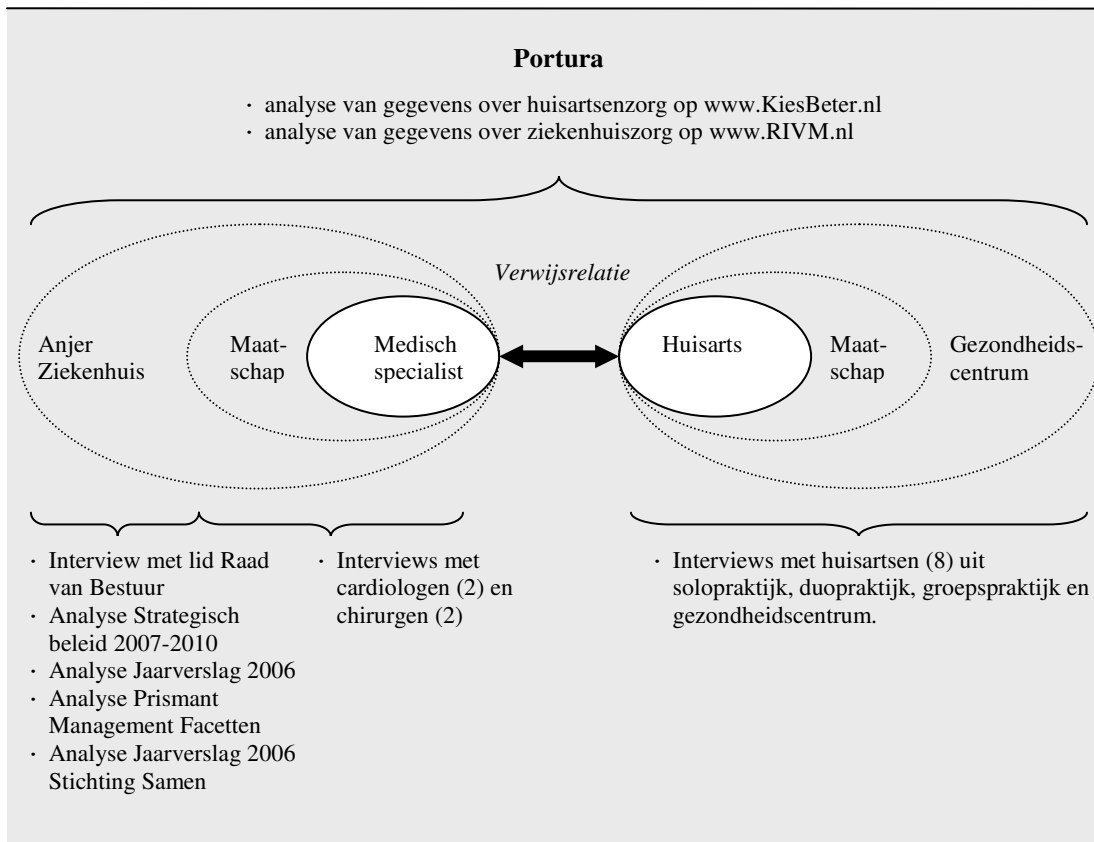
<sup>60</sup> De transcripties zijn terug te vinden op de CD-ROM die is bevestigd aan het achterblad van dit onderzoeksrapport.

**Figuur 5.1** Uiteenzetting van onderzoeksmethoden en respondenten in Domidam



Respondent	Geslacht	Overig
Huisarts 1	Vrouwelijk	Duopraktijk
Huisarts 2	Mannelijk	Solopraktijk
Huisarts 3	Mannelijk	Duopraktijk
Huisarts 4	Mannelijk	Solopraktijk in een gezondheidscentrum
Huisarts 5	Vrouwelijk	Gezondheidscentrum
Huisarts 6	Mannelijk	Groepspraktijk in een gezondheidscentrum
Huisarts 7	Mannelijk	Groepspraktijk in een gezondheidscentrum
Medisch specialist 1	Vrouwelijk	Chirurgie
Medisch specialist 2	Mannelijk	Cardiologie
Medisch specialist 3	Vrouwelijk	Cardiologie
Voorzitter Raad van Bestuur	Mannelijk	--

**Figuur 5.2** Uiteenzetting van onderzoeksmethoden en respondenten in Portura



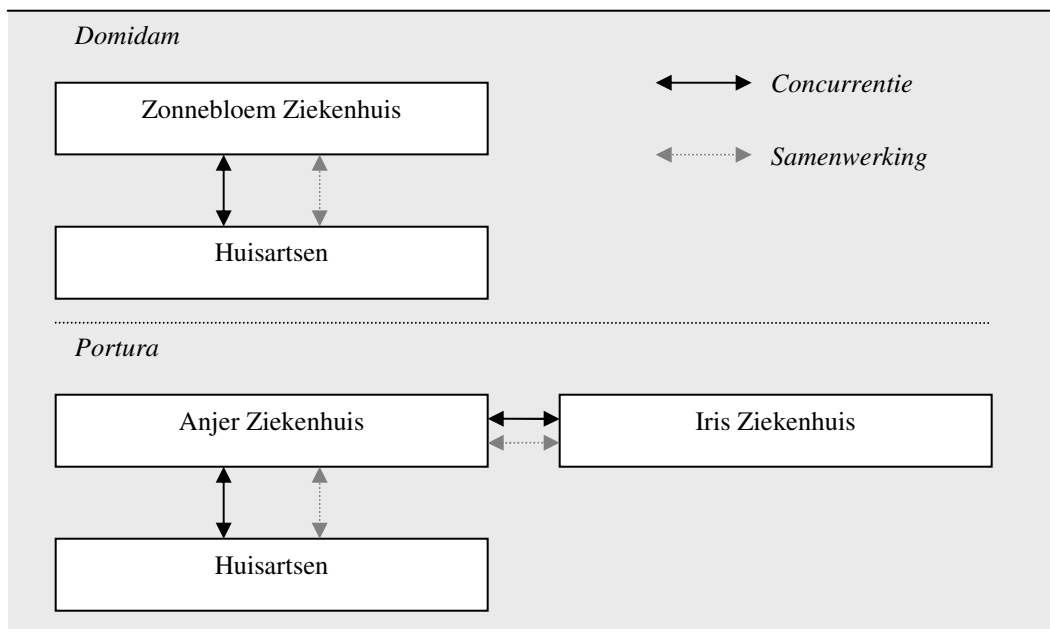
<b>Respondent</b>	<b>Geslacht</b>	<b>Overig</b>
Huisarts 1	Vrouwelijk	HIDHA in een solopraktijk <sup>61</sup>
Huisarts 2	Mannelijk	Solopraktijk (i.s.m een HIDHA)
Huisarts 3	Vrouwelijk	Duopraktijk
Huisarts 4	Mannelijk	Duopraktijk
Huisarts 5	Mannelijk	Gezondheidscentrum
Huisarts 6	Mannelijk	Gezondheidscentrum
Huisarts 7	Mannelijk	Groepspraktijk
Huisarts 8	Mannelijk	Groepspraktijk
Medisch specialist 1	Mannelijk	Chirurgie
Medisch specialist 2	Mannelijk	Chirurgie
Medisch specialist 3	Mannelijk	Cardiologie
Medisch specialist 4	Mannelijk	Cardiologie
Lid Raad van Bestuur	Mannelijk	--

<sup>61</sup> Huisarts in dienst van een andere huisarts. Een HIDHA is voor langere tijd in dienstverband werkzaam in een praktijk van een zelfstandig gevestigde huisarts.

## 5.4 Casusselectie

De verwijfsrelatie tussen huisartsen en specialisten speelt zich af in een bredere context. Deze context moet in het onderzoek worden betrokken om een goed inzicht in de verwijfsrelatie te kunnen bieden. Als cases heb ik daarom gekozen voor twee steden, namelijk Domidam en Portura (zie figuur 5.1 en 5.2). Bij de selectie van deze cases hebben pragmatische criteria (afstand) een rol gespeeld. Daarnaast heb ik deze steden geselecteerd op basis van kenmerken in de ziekenhuiszorg (zie figuur 5.3). De ziekenhuiszorg in Domidam wordt gedomineerd door één ziekenhuis. In Domidam kan er daardoor alleen samenwerking en concurrentie voorkomen tussen het ziekenhuis en de huisartsen. De ziekenhuiszorg in Portura is verdeeld over verschillende ziekenhuizen. In Portura kan er daardoor zowel samenwerking en concurrentie voorkomen tussen de ziekenhuizen onderling als tussen de ziekenhuizen en de huisartsen. Dit zou van invloed kunnen zijn op de mate van samenwerking en concurrentie binnen de verwijfsrelatie. Wanneer ziekenhuizen concurreren met andere ziekenhuizen, is de kans namelijk groot zij strategisch management invoeren. Dit strategisch management zou er op gericht kunnen zijn de samenwerking met huisartsen te vergroten zodat deze huisartsen eerder naar het eigen ziekenhuis verwijzen.

**Figuur 5.3** Mogelijke samenwerking en concurrentie binnen Domidam en Portura



## 5.5 Selectie van de onderzoekseenheden en waarnemingscriteria

Bij de selectie van onderzoekseenheden en waarnemingscriteria is het van belang dat alle betrokken actoren bij de verwijfsrelatie in het onderzoek worden meegenomen. In figuur 5.1 en

figuur 5.2 heb ik de geselecteerde onderzoekseenheden en waarnemingscriteria per case uiteengezet. In beide cases heb ik één algemeen ziekenhuis geselecteerd. In Domidam is dit het Zonnebloem Ziekenhuis en in Portura het Anjer Ziekenhuis. Binnen elk ziekenhuis heb ik verschillende documenten geselecteerd. Daarbij heb ik mij gericht op jaarverslagen, meerjarenbeleidsplannen en de 'Prismant Management Facetten 2006' rapporten. Deze laatstgenoemde rapporten bieden inzicht in het marktaandeel van beide ziekenhuizen. Naast documenten heb ik binnen de ziekenhuizen ook een aantal respondenten geselecteerd, te weten: twee cardiologen, twee chirurgen en een lid van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis.

Om praktische redenen (tijd) heb ik er voor gekozen mij binnen het onderzoek te richten op slechts twee specialismen. De specialismen cardiologie en chirurgie zijn binnen dit onderzoek zeer interessant. De verwijsrelatie is bij beide specialismen namelijk wellicht wezenlijk anders. Binnen cardiologie is er vaak sprake van chronische zorg (hart- en vaatziekten). Chronische zorg vereist de aandacht van verschillende zorgaanbieders uit zowel de eerste als de tweede lijn, waardoor samenwerking in de verwijsrelatie wellicht een belangrijke rol speelt. Binnen chirurgie zou concurrentie een belangrijke rol kunnen spelen. De M&I verrichting die het meest door huisartsen wordt uitgevoerd is de chirurgie (19%).<sup>62</sup> Dit leidt mogelijk tot minder verwijzingen naar de chirurg waardoor concurrentie binnen de verwijsrelatie zou kunnen ontstaan. Binnen het Zonnebloem Ziekenhuis in Domidam was slechts één chirurg bereid om aan dit onderzoek mee te werken.

Binnen beide steden heb ik verschillende huisartsenpraktijken geselecteerd. Bij de selectie van deze huisartsenpraktijken heb ik een verdeling gemaakt tussen verschillende soorten praktijken.<sup>63</sup> Binnen deze praktijken heb ik per case acht respondenten geselecteerd, alle huisartsen. In Domidam waren slechts 7 huisartsen bereid om mee te werken aan het onderzoek.

## 5.6 Methode van analyse

De analyse van de resultaten heeft plaats gevonden per case. De data uit de interviews zijn in eerste instantie per case geanalyseerd met behulp van het codeerschema uit bijlage 2. Vervolgens zijn deze data en de data uit de documentenanalyse gecategoriseerd aan de hand van de onderzoeksvragen uit paragraaf 5.2. Hierna is geanalyseerd wat de verbanden tussen de verschillende onderzoeksvragen zijn en hoe de deelvragen per case beantwoord kunnen worden. Ten slotte heb ik de data uit het theoretisch deel en de data uit het empirisch deel vergeleken. Uit deze laatste analyse is een antwoord voortgekomen op de vraagstelling van dit onderzoek.

---

<sup>62</sup> Dijk e.a. (2008), p. 19

<sup>63</sup> Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen vier vormen binnen de huisartsenpraktijken. Een solopraktijk is een praktijkvoering door een zelfstandig gevestigde huisarts. Een duopraktijk is een praktijkvoering door twee zelfstandig gevestigde huisartsen in een gezamenlijk praktijkgebouw. Een groepspraktijk is een praktijkvoering door ten minste drie zelfstandig gevestigde huisartsen onder een dak. Een gezondheidscentrum is een praktijkvoering waarbij verschillende eerstelijnszorgaanbieders, waaronder de huisarts(en) in loondienst zijn van dit gezondheidscentrum.

# Domidam

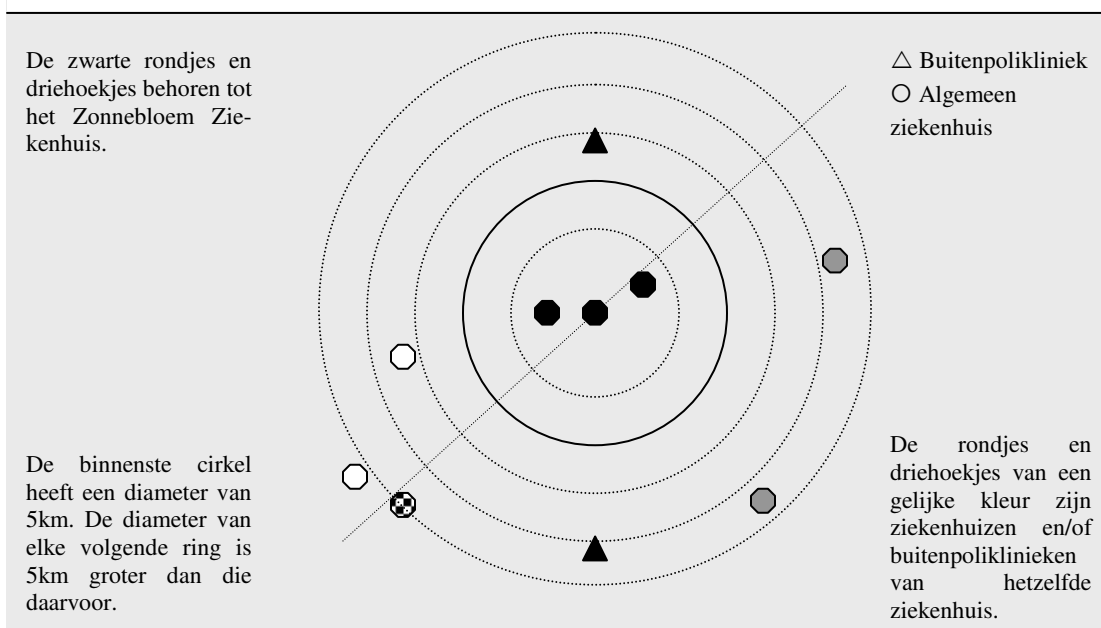
## 6.1 Inleiding

De Zorgverzekeringswet stimuleert concurrentie tussen zorgaanbieders terwijl tegelijkertijd samenwerking vaak van groot belang is om de zorg goed en snel te organiseren. In dit hoofdstuk zal ik ingaan op hoe zorgaanbieders in Domidam omgaan met deze tegenstrijdige concepten. Na een korte situatieomschrijving van de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg in Domidam (paragraaf 6.2) zal ik ingaan op de mate waarin er binnen de verwijzrelatie sprake is van concurrentie (paragraaf 6.3) en samenwerking (paragraaf 6.4).

## 6.2 Situatieomschrijving

De ziekenhuiszorg in Domidam wordt gedomineerd door één ziekenhuis, het Zonnebloem Ziekenhuis (zie figuur 6.1). Sinds een aantal jaren is het Zonnebloem Ziekenhuis het enige ziekenhuis in Domidam en omgeving. Het dichtstbijzijnde andere algemene ziekenhuis ligt hemelsbreed circa 20 kilometer verwijderd van dit ziekenhuis.

**Figuur 6.1** Locaties algemene ziekenhuizen en buitenpoliklinieken in Domidam en omgeving.

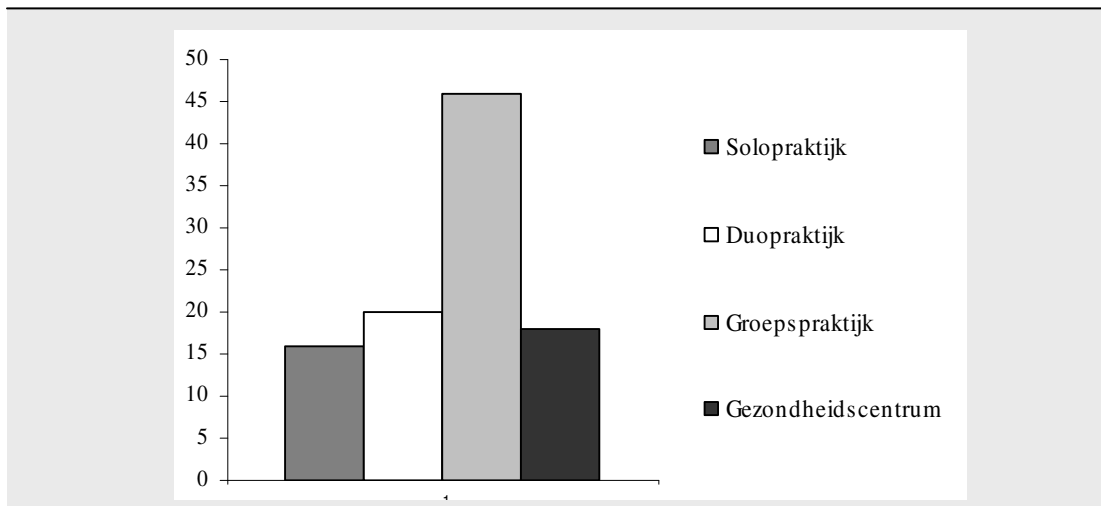


Het Zonnebloem Ziekenhuis beschikt over vijf locaties. Drie locaties bevinden zich in Domidam. De andere locaties zijn buitenpoliklinieken en bevinden zich in twee dorpen in de omgeving van Domidam. De komende jaren wordt op een van de locaties in Domidam gebouwd aan een nieuw ziekenhuis. Dit ziekenhuis zal groot genoeg zijn om de drie huidige locaties in Domidam te vervangen. Domidam zal dan over slechts één ziekenhuis, met één locatie beschikken. De buitenpoliklinieken zullen ook dan gehandhaafd blijven.

Het Zonnebloem Ziekenhuis is een relatief groot, algemeen ziekenhuis. Sommige specialismen in het ziekenhuis worden uitgeoefend door meerdere maatschappen op de verschillende locaties van het Zonnebloem Ziekenhuis. Heelkunde wordt bijvoorbeeld uitgeoefend door twee verschillende maatschappen. In het nieuwe ziekenhuis zullen alle maatschappen van hetzelfde specialisme moeten fuseren. Een aantal van de maatschappen is reeds gefuseerd.

De huisartsenzorg in Domidam is zeer divers georganiseerd. In Domidam zijn in totaal ongeveer 50 huisartsen werkzaam. Deze huisartsen bevinden zich in verschillende soorten praktijken (zie figuur 6.2). De meeste huisartsen (46 procent) maken deel uit van een groepspraktijk. Slechts een klein gedeelte van de huisartsen (18 procent) werkt in een gezondheidscentrum. In totaal bevinden zich in Domidam 21 huisartsenpraktijken waarvan 5 solopraktijken, 5 duopraktijken, 6 groepspraktijken en 5 gezondheidscentra.

**Figuur 6.2** Percentage huisartsen in Domidam dat is gevestigd in een solopraktijk, een duopraktijk, een groepspraktijk en een gezondheidscentrum.





## 6.3 Concurrentie binnen de verwijzrelatie

### 6.3.1 Verticale concurrentie

De Zorgverzekeringswet, ondersteund door prestatiegerichte bekostigingssystemen, stimuleert strategisch management bij de zorgaanbieders in Domidam. Met name het ziekenhuis in Domidam ontwikkelt nieuwe zorgproducten. Binnen het Zonnebloem Ziekenhuis zijn de laatste jaren bijvoorbeeld verschillende themapoliklinieken opgericht. In 2005 heeft het Zonnebloem Ziekenhuis een osteoporose- en fractuurpolikliniek opgericht en in 2007 is men gestart met een mannenpolikliniek.<sup>64</sup> In deze poliklinieken is de zorg georganiseerd rond een bepaald thema. Dit is in tegenstelling met de traditionele, op specialismen gerichte poliklinieken. Het illustreert een omschakeling van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg. De themaklinieken hebben als doel efficiëntere en betere zorg te kunnen leveren aan patiënten. Tegelijkertijd bieden deze poli's kansen om patiënten aan te trekken.

Domidam, medisch specialist 1: 'Het is niet de bedoeling om eerstelijnsgezondheidszorg in het ziekenhuis te trekken, maar meer om extra service te leveren (...) in een tijd waarin de gezondheidszorg niet meer zo is zoals het in 1900 was. We kunnen meer, we weten meer, dus je hebt patiënten ook meer te bieden. Het feit dat je dingen doet betekent natuurlijk niet dat je alleen betere patiëntenzorg wilt leveren, maar dat je ook patiënten wilt trekken. Dat is inherent aan dit soort initiatieven.'

De voorzitter van de Raad van Bestuur van het Zonnebloem Ziekenhuis geeft aan dat het bij deze themapoliklinieken gedeeltelijk gaat om zorg die de huisarts heeft laten liggen.

Domidam, voorzitter Raad van Bestuur: 'Die themapoli's zijn natuurlijk ook bedoeld om een gedeelte van de zorg die de huisarts heeft laten liggen, op te lossen. (...) Men vervult als het ware een wens die ook vanuit de patiënten komt.'

De nieuwe zorgproducten binnen het Zonnebloem Ziekenhuis bestaan gedeeltelijk uit zorg die ook door de huisarts kan worden aangeboden. De huisartsen zijn daarom niet erg enthousiast over deze initiatieven. Onder de huisartsen in Domidam bestaat met name veel ergernis over de mannenpolikliniek die het ziekenhuis onlangs heeft opgericht. De mannenpolikliniek richt zich op onderzoek en behandeling van specifieke mannelijke gezondheidklachten, zoals erectiestoornissen, verminderde vruchtbaarheid en plasklachten.

Domidam, huisarts 2: 'Je krijgt een beetje van die onzin dingen, zoals de mannenpoli.'

Domidam, huisarts 1: 'Zij gaan steeds meer dingen doen, waarvan wij zeggen van potverdorie dat is toch gewoon ons werk. Zoals zo'n mannenpoli (...) ik vind dat geen prettig initiatief. Ik vind dat ze gewoon werk weghalen bij ons wat ze niet horen weg te halen. (...) Je voelt je wel een beetje in je kruis getast ten aanzien van erkenning van wie wat kan.'

---

<sup>64</sup> Verslag Symposium gericht op de samenwerking/ concurrentie tussen huisartsen en specialisten.

Onlangs heeft de Vereniging Medische Staf van het Zonnebloem Ziekenhuis en de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen uit Domidam en omgeving een symposium georganiseerd over samenwerking en concurrentie tussen huisartsen en specialisten. Tijdens dit symposium kwam naar voren dat de mannenpolikliniek past binnen de ontwikkeling van themapoliklinieken volgens de one-stop-shop methode. Deze methode maakt het mogelijk dat patiënten op dezelfde dag in het ziekenhuis terecht kunnen voor het lichamelijk onderzoek en het consult met de specialist.

Verslag Symposium: '[Een uroloog] benadrukt dat de in september 2007 gestarte Mannenpoli geen commerciële kliniek is, maar een poli van het [Zonnebloem Ziekenhuis]. 'De mannenpoli sluit aan bij de ontwikkeling van themapoli's volgens de one-stop-shop methode. Door het bundelen van patiënten met gelijke aandoeningen, kunnen we efficiëntere zorg bieden.'

Tijdens het symposium is tevens gebleken dat de huisartsen de mannenpoli als een commercieel 'uithangbord' zien, dat als doel heeft patiënten aan te trekken. Hierdoor zou de verwijfsfunctie van huisartsen komen te vervallen.

Verslag Symposium: 'Een huisarts uit de zaal: 'Het probleem is dat mensen naar de mannenpoli willen, zonder dat ze exact weten waarom. En als huisarts mag je dan het verwijfsbriefje schrijven.' Een andere huisarts: 'Een mannenpoli is niet per se nodig. Wij kunnen toch prima verwijzen naar de juiste uroloog? Zo'n poli is toch een soort van 'uithangbord', bedoeld om mensen naar binnen te trekken.'

Tijdens de interviews geven sommige huisartsen aan dat zij de mannenpolikliniek als concurrerend ervaren.

Domidam, huisarts 1: 'Die poli's, dat is niet alleen maar liefdeswerk. Daar geloof ik gewoon niet in. Die mannenpoliman zegt ook dat het echt niet concurrerend bedoeld is en dat het echt alleen maar de beste zorg voor de patiënt is. Ik wil hem best op zijn blauwe ogen geloven, maar ik geloof het maar half. Ja, dat is gewoon zo.'

Andere huisartsen beleven geen concurrentie met de mannenpoli.

Domidam, huisarts 3: 'Het is niet in een mate dat ik zeg van, nou lopen opeens mijn middelbare mannelijke patiënten naar de mannenpoli. Ik voel nog geen concurrentie, nee.'

Sommige huisartsen ergeren zich ook aan andere zorginitiatieven van medisch specialisten, zoals de aanstelling van hartfalenverpleegkundigen. Deze hartfalenverpleegkundigen doen werk dat voorheen door de huisarts werd uitgevoerd.

Domidam, huisarts 3: 'Er komen een aantal commerciële initiatieven. Dat was iets wat de gezondheidszorg eigenlijk vreemd was en waar ik toch ook wel een beetje mijn vraagtekens bij zet. Het serieuze werk moet wel voorop staan. (...) Je ziet dat cardiologen een beetje op

onze markt zitten, om het zo maar uit te drukken, met hartfalenverpleegkundigen. Die komen dan ook opeens bij mensen aan huis dingen doen, zoals het gewicht controleren en een keer bloed laten prikken. (...) Dat is wel eens jammer.'

Het prestatiegerichte bekostigingssysteem beïnvloedt volgens sommige huisartsen tevens de ontslagbereidheid van specialisten. Veel van de huisartsen in Domidam zijn van mening dat specialisten patiënten vaak onnodig blijven controleren. Zij vinden dit niet prettig, maar het wordt door de meeste huisartsen niet als concurrentie ervaren.

Domidam, huisarts 7: 'Ik denk dat inkomen daar een belangrijke rol in speelt, dat ze patiënten vast houden. Mensen met een simpele verhoogde bloeddruk of angina pectoris, sommige cardiologen hebben de neiging om die heel lang vast te houden.'

Domidam, huisarts 5: 'Er zijn, zeker bij de cardioloog, mensen die al dertig jaar geleden een infarct hebben gehad en nu een keer per jaar bij de cardioloog komen. Dat is waanzin. (...) Ze houden wel dingen. Ik moet zeggen, ik lig er ook niet wakker van. Ik kan er in mijn eentje toch niet veel mee. Ik zeg wel eens tegen patiënten van, goh, kom terug, maar als ze dat niet willen dan ga ik daar verder ook niet ingewikkeld over doen.'

De specialisten stellen echter dat zij geen patiënten vasthouden. Ze hebben voldoende werk zonder daarvoor patiënten onnodig te moeten blijven controleren. Wel zeggen de meeste specialisten dat zij de keuze om terugverwezen te worden vaak aan de patiënt over laten. De patiënt bepaalt uiteindelijk of hij of zij wel of niet terug gaat naar de huisarts.

Domidam, medisch specialist 1: 'Onze praktijk loopt over, dus ik heb zo iets van als het kan, dan stuur ik de patiënt terug. Ik ga niet controleren om te controleren. (...) Ik houd me netjes aan de richtlijn en als de termijn verstreken is dan bespreek ik met de patiënt: wat wilt u zelf. (...) Van dat moeten, daar ben ik niet zo van.'

Domidam, medisch specialist 2: 'Als je alle nieuwe patiënten onder controle blijft houden dan dijt je praktijk uit. Dat kan niet, dus je moet op een gegeven moment mensen terug verwijzen. Je moet ook patiënten houden om je omzet te houden. Dus je selecteert wel van: die patiënt kan terug naar de huisdokter, soms de huisdokter kennende, en die patiënt kan niet terug naar die huisdokter, die houd ik liever zelf onder controle. En dan speelt de wens van de patiënt daarin natuurlijk ook een rol.'

Ook de voorzitter van de Raad van Bestuur van het Zonnestrook Ziekenhuis is er niet van overtuigd dat specialisten patiënten onnodig blijven controleren. Hij stelt wel dat de patiënt, die steeds mondiger wordt, het kan afdwingen dat hij of zij bij de specialist onder controle blijft.

Domidam, voorzitter Raad van Bestuur: 'Ja, het is de vraag of patiënten echt wel vastgehouden worden. Het zou kunnen. Ik bedoel, ik kan dat niet bij alle 250 specialisten dat gaan controleren. Maar ik ben er niet zo van overtuigd. Ik denk dat patiënten dat ook afdwingen. De patiënt gaat zelf kiezen. De patiënt wordt mondiger, dat moet ook. De patiënt zal daar zelf keuzes in maken.'

Ook het werk van de huisartsen heeft zich de laatste jaren ontwikkeld. De huisartsen in Domidam zijn met name op het gebied van chronische zorg meer gaan doen. De begeleiding van diabetes en COPD patiënten vindt steeds vaker in de huisartsenpraktijk plaats.<sup>65</sup> De mogelijkheid tot het aanstellen van een praktijkondersteuner en de aanscherping en uitbreiding van de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hebben deze ontwikkeling bij de huisartsen sterk gestimuleerd. Veranderingen in het zorgstelsel hebben slechts een minimale invloed gehad op deze ontwikkelingen binnen de huisartsenpraktijk.

Domidam, huisarts 2: 'We hebben een praktijkondersteuner in dienst. Zij doet alles op het gebied van suikerziekte, COPD en het cardiovasculair risicomanagement (...) We doen hier alles wat we kunnen doen met de ondersteuner. De chronische zorg, dat willen we zoveel mogelijk hier doen.'

Domidam, huisarts 3: 'Diabeteszorg doen we heel veel zelf. We hebben een praktijkverpleegkundige die heel wat controles en instructies doet. (...) COPD zorg, dus mensen met chronisch longlijden, ook die begeleiden wij steeds meer zelf. We hebben longfunctieapparatuur en de praktijkverpleegkundige die neemt testen [af] en ziet de mensen regelmatig.'

Domidam, huisarts 5: 'We hebben een praktijkondersteuner die de diabetes begeleidt. Die zien ze iedere drie maanden. De huisartsen doen samen met de praktijkondersteuner een keer per jaar de grote controle. Maar dat doen we eigenlijk al jaren, dat heeft niets met het nieuwe systeem te maken. Een COPD spreekuur en een hypertensie spreekuur zijn we aan het opzetten.'

Het prestatiegerichte bekostigingssysteem van huisartsen is vorm gegeven in de Modernisering en Innovatie module (zie paragraaf 4.3). Dit systeem zou huisartsen kunnen stimuleren om meer verrichtingen uit deze module uit te voeren. Echter, de meeste huisartsen in Domidam geven aan dat zij niet meer zijn gaan doen doordat zij nu meer kunnen declareren bij de zorgverzekeraar. Bij sommige collega's zien zij deze ontwikkeling wel.

Domidam, huisarts 4: 'Vroeger deed ik het voor niets en deed ik het domweg. Nu doe ik het met het idee van, kassa! Daar vraagt men dus om.'

Domidam, huisarts 5: 'Ik heb altijd wel veel zelf gedaan. Ik denk wel dat er veel huisartsen zijn die sinds die [M&I module] heel anders dingen doen. Maar bij ons is eigenlijk niets veranderd.'

Een van de huisartsen, die tevens aan het hoofd staat van de regionale nascholing van de huisartsen, merkt op dat er onder huisartsen de laatste tijd meer vraag is naar cursussen op het

---

<sup>65</sup> COPD is de afkorting van de Engelse term 'Chronic Obstructive Pulmonary Disease'. Dit betekent chronisch obstructieve longziekte. Het is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem. In Nederland heeft 2% van alle mensen COPD.

gebied van de M&I verrichtingen. Dit zou er op kunnen duiden dat deze huisartsen als gevolg van veranderingen in het zorgstelsel meer taken (willen gaan) uitvoeren.

Domidam, huisarts 1: 'Ik ben hier hoofd van de regionale nascholing en je ziet wel dat er vraag is naar dit soort dingen, zoals een ECG cursus (...) Ik weet zeker dat het uitmaakt dat als ze er voor betaald worden, dat er meer gebeurt. (...) Ik weet niet of het bij ons heel veel extra is geworden. Ik denk een beetje. Een aantal dingen doe je nu wat gemakkelijker.'

Veel van het werk dat huisartsen de laatste jaren extra zijn gaan doen, zoals de chronische zorg en de M&I verrichtingen, werd voorheen door de medisch specialisten uitgevoerd. De meeste specialisten vinden dit in principe geen probleem, ze hebben zelf voldoende werk.

Domidam, medisch specialist 2: 'Ik denk wel dat de huisartsen wat actiever zijn en meer naar zich hebben toegetrokken. Direct, dan wel met behulp van een praktijkondersteuner. Hartfalen, COPD, bloeddruk, noem maar op. Ik denk ook dat dat heel goed kan. In ieder geval tussendoor en dan een keer bij de cardioloog voor de grote check up, zal ik maar zeggen.'

Domidam, medisch specialist 3: 'Wat je nu ziet is dat veel meer dingen beter gedaan worden dan tevoren, die toen ook al bij de huisarts thuishoorden. (...) Waar je het met name ziet is bij hypertensie behandeling. Dat hoorde al bij de huisarts, maar dat wordt tegenwoordig veel beter gedaan dan een paar jaar geleden. (...) Ik vind dat een goede ontwikkeling. Ik heb daar helemaal geen tijd voor.'

Een van de specialisten geeft aan dat hij de verschuiving van zorgtaken naar de huisartsen op sommige momenten betreurt. Op sommige gebieden heeft deze specialist liever dat het blijft zoals het was. Toch ervaart deze specialist geen concurrentie met de huisarts.

Domidam, medisch specialist 2: 'We vinden dat ze veel mogen en kunnen en moeten, maar bepaalde dingen heb ik toch zoiets van: waarom niet gewoon zoals het was. Kom naar de tweede lijn, naar de specialistische zorg en vertrouw elkaar. Dat is het belangrijkste. Maar we zijn niet bang voor broodnijd, dat we geen patiënten meer hebben omdat de huisdokter alles doet. Ik denk dat een heleboel huisartsen nog denken van: nou, blij dat hij bij de specialist komt.'

Wel zetten de specialisten vraagtekens bij de bekwaamheid van sommige huisartsen om deze extra zorgtaken op zich te nemen. Volgens deze specialisten is goede training noodzakelijk om de nieuwe zorgtaken goed te kunnen uitvoeren.

Domidam, medisch specialist 1: 'Misschien stap ik er te gemakkelijk over heen, maar ik zie dat niet zo maar als een probleem. Ik denk juist dat het goed is dat ze dingen doen. Maar ik denk daarin dat het belangrijk is dat je je realiseert wat je wel en niet kan. Kijk, een simpel moedervlekje of een klein bultje in niet-risico gebieden, prima dat de huisarts dat doet. Ik vind zeker niet dat je dan perse naar het ziekenhuis moet. Je moet alleen niet doorslaan naar de andere kant: alles wat klein is daar kan ik wel wat aan verbouwen.'

Domidam, medisch specialist 3: ‘Maar er zijn ook dingen die echt bij ons horen. Daar hebben we jaren over gedaan om dat te leren, om in te schatten wat je wel en niet kunt doen. Dat is niet een, twee, drie aan te leren. Soms gaan dingen gewoon toch niet goed. Dat is jammer. Dat is ook bij de ECG beoordelingen.’

Het werk van huisartsen en specialisten is, mede onder invloed van het nieuwe zorgstelsel, veranderd. Je zou kunnen stellen dat de werkgebieden van beiden zich naar elkaar toe hebben bewogen. Er bestaat meer overlap in het werk van de huisarts en het werk van de specialist. Dit leidt op sommige momenten tot spanningen, namelijk:

- Huisartsen willen zich meer op de chronische zorg toeleggen. Tegelijkertijd ervaren zij dat specialisten (chronische) patiënten vaak onnodig blijven controleren.
- Specialisten komen met nieuwe zorginitiatieven, zoals de mannenpolikliniek. De huisartsen vinden dit eerstelijnszorg die in de huisartsenpraktijk thuis hoort.
- Huisartsen nemen nieuwe zorgtaken op zich. De specialisten zijn van mening dat zij hier niet altijd bekwaam toe zijn.

Ondanks deze spanningen ervaren de meeste huisartsen en specialisten geen concurrentie. Een enkele huisarts verwacht in de toekomst wel meer concurrentie.

Domidam, huisarts 5: ‘Concurrentie zal wel steeds meer worden denk ik. Diabeten bijvoorbeeld. Dat is natuurlijk waar wij allebei aan zitten te trekken. Er komen steeds meer diabeten, dat is natuurlijk een goudmijn. Op dit moment merk ik daar nog niet zo heel veel van, maar dat zal wel komen.’

### 6.3.2 Horizontale concurrentie

Eerder heb ik gesteld dat huisartsen steeds vaker, in overleg met de patiënt, goede ziekenhuizen en daarbinnen de specialismen en specialisten waarmee men goede ervaringen heeft, zouden zoeken. Dit zou kunnen leiden tot concurrentie tussen de ziekenhuizen. Uit de interviews blijkt echter dat bij geen van de huisartsen het verwijsgedrag is veranderd onder invloed van het nieuwe zorgstelsel. De huisartsen verwijzen nog altijd naar het ziekenhuis ‘om de hoek’. De huisartsen in Domidam hebben slechts één ziekenhuis in de directe omgeving: het Zonnebloem Ziekenhuis. De huisartsen verwijzen daarom ook voornamelijk naar dit ziekenhuis.

Domidam, huisarts 1: ‘Ik verwijz naar wat de mensen zelf ook willen. En dat zal voor negentig procent het [Zonnebloem Ziekenhuis] zijn.’

Domidam, huisarts 4: ‘Ik heb een redelijk vaste verwijzing naar het [Zonnebloem Ziekenhuis].’

Domidam, huisarts 6: ‘Omdat ze allemaal aan het fuseren zijn heb je niet veel keus meer. (...) Je hebt geen keus hier en de mensen gaan niet de stad uit.’

Dit verwijsgedrag van huisartsen komt overeen met de marktgegevens van het Zonnebloem Ziekenhuis. Het marktaandeel van het Zonnebloem Ziekenhuis binnen Domidam ligt namelijk op 91 procent. Binnen het Zonnebloem Ziekenhuis maken de huisartsen wel een afweging bij de

keuze voor een bepaalde locatie of een bepaalde specialist. De patiënt speelt hierbij een belangrijke rol. De patiënt beslist uiteindelijk altijd naar welk ziekenhuis en naar welke specialist hij of zij gaat. Daarbij zijn voor de patiënt bekendheid met het ziekenhuis of de specialist en de nabijheid van het ziekenhuis van belang. Daarnaast speelt in Domidam de mogelijkheid tot parkeren een belangrijke rol bij de keuze van de patiënt tussen de verschillende locaties van het Zonnebloem Ziekenhuis.

Domidam, huisarts 7: 'Ik vraag het de patiënt. Sommige mensen hebben uitgesproken voorkeuren, andere minder. En dan is het vaak de parkeergelegenheid bij een van de locaties dat de doorslag geeft. (...) Een van de locaties ligt hier in de wijk dus dan kiezen veel mensen daar voor. Maar het gaat allemaal naar het [Zonnebloem Ziekenhuis] inderdaad.'

Domidam, huisarts 3: 'Heel veel mensen kiezen voor een van de locaties vanwege het parkeren. Dat zal dus met een paar jaar veranderen als er dan een nieuw ziekenhuis staat. Maar die keus laat ik in de regel aan de mensen zelf.'

Domidam, huisarts 1: 'Hier in de wijk gaan heel veel mensen naar een van de locaties van het [Zonnebloem Ziekenhuis], omdat je daar gemakkelijker kunt parkeren. Dat is nou kwaliteit van zorg.'

De huisartsen in Domidam verwijzen over het algemeen op basis van de klachten van de patiënt en de voorkeur van een patiënt naar een specialisme (dus niet naar een specialist), in een van de locaties van het Zonnebloem Ziekenhuis. In sommige gevallen spelen ook andere afwegingen een rol, zoals de persoonlijkheid van de patiënt, de bejegening van de patiënt door de medisch specialist en de kwaliteit van zorg (zie figuur 6.4).

Domidam, huisarts 7: '[Als] mensen zelf wat moeizaam zijn in bepaalde zaken, dan probeer ik daar wel wat richting in te geven. Van: ga maar naar die, dat past waarschijnlijk wel. Zo zeg ik dat dan. Maar dat doe ik procentueel niet zo vaak.'

Domidam, huisarts 4: 'Soms verwijs ik mensen bewust naar een bepaalde locatie. Cardiologie is in een van de locaties zeer goed. Dat vind ik toch een hoogontwikkeld specialisme.'

Domidam, huisarts 5: 'Ik heb wel mijn voorkeur voor specialisten. Ik heb wel mijn zwarte lijstje. Ik heb bepaalde KNO artsen waar ik liever naar verwijs dan anderen. (...) De een is wel aardiger dan de ander, daarin zit wel verschil.'

---

**Figuur 6.4** Afwegingen die meespelen bij de keuze van een ziekenhuis/specialisme/specialist door huisartsen in Domidam.

- Klachten van een patiënt.
- De voorkeur van een patiënt.
- Het enige ziekenhuis beschikbaar.
- Persoonlijkheid van de patiënt.
- De bejegening van de patiënt door de medisch specialist.
- Goede klinische zorg.

Uit het verwijsgedrag van huisartsen en de marktgegevens van het Zonnebloem Ziekenhuis kan worden geconcludeerd dat er weinig concurrentie bestaat binnen de tweedelijnszorg in Domidam. Het is dan ook niet vreemd dat geen van de specialisten concurrentie ervaart met andere tweedelijns zorgaanbieders.

Domidam, medische specialist 1: 'Ik moet zeggen ik zie daar nog niet hele duidelijke veranderingen in.'

Domidam, medisch specialist 2: 'Bij cardiologie zie ik daar niet zo'n bedreiging in. De meeste mensen willen gewoon dicht bij huis geholpen worden. En zeker als het het hart betreft en er niet echt iets acuut is, dan maakt het ook niet zoveel uit. Over het algemeen willen mensen gewoon in het dichtstbijzijnde ziekenhuis geholpen worden. Ik denk dat shoppen door patiënten [of] huisartsen voor cardiologie er niet zo veel toe doet of ons bedreigt. Misschien in de grensgebieden van adherentiegebieden.'

Uit het jaarverslag van 2006 van het Zonnebloem Ziekenhuis, blijkt dat het ziekenhuis zich bewust is van zijn dominante positie binnen de ziekenhuiszorg in Domidam en omgeving.

Jaarverslag 2006: 'De zorg voor de inwoners van het adherentiegebied van het [Zonnebloem Ziekenhuis] is niet voorbehouden aan het ziekenhuis alleen. Wel is het ziekenhuis de belangrijkste leverancier van tweedelijns gezondheidszorg in [Domidam] en de regio daar omheen.'

Toch is het ziekenhuisbestuur wel degelijk oplettend voor horizontale concurrentie. Uit het Strategisch Beleidsplan blijkt dat het ziekenhuis rekening houdt met toenemend keuzegedrag onder patiënten.

Strategisch beleid 2005-2009: 'Steeds meer patiënten kiezen een ziekenhuis op grond van aantoonbaar goede prestaties op het gebied van medische zorg en dienstverlening'.

Daarbij stelt de voorzitter van de Raad van Bestuur van het Zonnebloem Ziekenhuis dat momenteel, met name aan de randen van het adherentiegebied, al concurrentie plaatsvindt met andere ziekenhuizen.<sup>66</sup>

Domidam, voorzitter Raad van Bestuur: 'We zien gewoon adherentieverlies. (...) Dat vindt vooral aan de randen plaats. (...) In eerste instantie lijkt het dat we wat minder van doen hebben met de andere ziekenhuizen. Dat zal zeker voor de kern ook wel voor een groot deel gelden. Maar voor de zijkanten, daar is absoluut sprake van. En aan de zijkanten liggen niet te onderschatten patiëntencategorieën.'

---

<sup>66</sup> De adherentie is de berekende omvang van de op een bepaald ziekenhuis georiënteerde bevolking.



## 6.4 Samenwerking binnen de verwijzrelatie

De samenwerking tussen huisartsen en specialisten kan op verschillende manieren vorm krijgen. Eerder heb ik drie vormen van samenwerking uiteengezet, namelijk: losse coalities, netwerken en eenheidsstructuren. Deze samenwerkingsvormen zal ik hier gebruiken om de samenwerking tussen huisartsen en specialisten in Domidam te categoriseren.

### 6.4.1 Losse coalities

In Domidam zijn verschillende vormen van losse coalities tussen huisartsen en specialisten waarneembaar, namelijk: correspondentie, telefonisch overleg en (nascholings)bijeenkomsten.

#### *Correspondentie*

De procedure bij een verwijzing van een patiënt van een huisarts naar een specialist verloopt over het algemeen als volgt: de patiënt maakt een afspraak bij de polikliniek van het betreffende specialisme. Vervolgens schrijft de huisarts een verwijsbrief die de patiënt bij de huisarts moet ophalen. De patiënt neemt de verwijsbrief mee naar het consult met de specialist en overhandigt de brief tijdens het consult aan de specialist. De specialist heeft dus voorafgaand aan het consult de verwijsbrief niet gezien. Een klein aantal van de specialisten binnen het Zonnebloem Ziekenhuis hanteert een andere procedure bij een verwijzing. Deze specialisten willen de verwijsbrief voorafgaand aan het consult ontvangen. Op deze manier kunnen zij de patiënt bij de specialist met het geschikte subspecialisme indelen. De correspondentie die deel uit maakt van de verwijzing naar de specialist wordt over het algemeen door de huisartsen en specialisten als positief ervaren. Wel vinden sommige huisartsen het lastig dat verschillende maatschappen, verschillende verwijzprocedures hanteren.

Domidam, huisarts 1: 'Interne [geneeskunde] wil het per fax. Bij röntgen moeten mensen zelf. Nou, ik zou graag wat eenduidigheid willen, want dit vind ik ontzettend onhandig.'

Domidam, huisarts 6: 'Een paar maatschappen willen [de verwijsbrief per fax]. Dat zijn er maar een paar. (...) [Anderen willen] de patiënt als koerier. (...) Dat vind ik lastig. Ik weet het ook niet altijd. Dan zeg ik maar: ga met die brief naar het ziekenhuis en dan zeggen ze [daar wel] of ga maar naar huis en dan gaan ze het lezen en dan krijg je een telefonische oproep of ze lezen het zo.'

Ook de correspondentie van de specialist naar de huisarts verloopt over het algemeen goed. De specialisten informeren de huisarts een aantal keer gedurende de behandeling van een patiënt en wanneer een patiënt wordt ontslagen en dus wordt terugverwezen naar de huisarts. De meeste huisartsen zijn over het algemeen tevreden over deze correspondentie. Wel ervaren veel huisartsen dat het soms lange tijd kan duren voordat zij door de specialist worden geïnformeerd over een behandeling of ontslag. Sommige specialisten zijn hier beter in dan andere.

Domidam, huisarts 1: ‘Alleen dan zijn sommige die er heel langzaam in zijn. Een collega van mij die heeft een urologisch-oncologische patiënt. Die is ondertussen geopereerd, die heeft een stoma en zit in behandeling. Die uroloog vindt dat hij pas een brief hoeft te schrijven als het hele traject klaar is. (...) En dat is soms lastig. (...) Sommige maatschappen zijn heel netjes en er zijn er ook daar hoor je bijna niks van. Cardiologen zijn bijvoorbeeld heel netjes, die hebben altijd een brief over de jaarcontrole. Maar er zijn er ook een hele hoop bij specialisten in behandeling waar je niets van af weet. Dat vind ik vervelend. (...) Soms duurt het gewoon lang voordat je post krijgt, maar over het algemeen mag ik niet klagen.’

Domidam, huisarts 7: ‘Als mensen jarenlang bij de specialist zijn dan snap ik dat ze niet voor elke controle een briefje sturen. De ene is daar wel wat actiever is als de ander. Gemiddeld denk ik niet dat ik daar moeite mee heb. (...) Bij ontslag, die duur, die is natuurlijk berucht. Het duurt soms maanden voordat je iets hoort. Maar goed, er zijn omissies, het kan beter, maar in de regel gaat het wel goed.’

Een van de huisartsen geeft aan dat zelfs de berichtgeving over het overlijden van een patiënt soms lang op zich laat wachten.

Domidam, huisarts 4: ‘Wat ik geen goede manieren vind is dat ik soms berichten over patiënten krijg die inmiddels al lang overleden zijn.’

Uit de notities van een bijeenkomst van huisartsen en specialisten blijkt dat slechts veertig procent van de informatie van de specialist aan de huisarts binnen een maand bij de huisartsenpraktijk binnenkomt.

Notities n.a.v. Symposium: ‘De informatie van specialist aan huisarts (specialistenbrief) over therapieplan is in 50 % onduidelijk en dus ineffectief en komt slechts in 40 % van de gevallen binnen een maand binnen in de huisartsenpraktijk.’

Ondanks alles wordt de samenwerking in de vorm van correspondentie over het algemeen goed gewaardeerd door zowel huisartsen als specialisten. Zij zien wel mogelijkheden tot verbetering door de inzet van ICT. Tot op heden wordt in de verwijsrelatie tussen de specialisten in het Zonnestraal Ziekenhuis en de huisartsen slechts in beperkte mate gebruik gemaakt van ICT. Een uitbreiding en verbetering hiervan zou de correspondentie volgens huisartsen en specialisten kunnen optimaliseren.

Domidam, huisarts 3: ‘We hebben tegenwoordig ook een elektronisch postsysteem. Geen gewone e-mail, maar een soort beveiligd circuit. Dat is wel prettig, dan heb je soms al bericht voordat de patiënt thuis is.’

Domidam, huisarts 5: ‘De correspondentie kan beter, nu is dat wel wat verbeterd. We hebben alles elektronisch. Maar het blijft toch lastig.’

Domidam, medisch specialist 1: ‘Dit ziekenhuis heeft een hoop potentie maar op sommige dingen ligt een dikke laag stof en dat is er een van. Dat elektronisch, dat gebeurt hier helemaal nog niet. Wij doen nog zo veel papierwerk. Alles zes keer controleren.’

Domidam, medisch specialist 3: 'Ik denk dat de communicatie onderling veel beter kan en daarbij verwacht ik een hoop van de ICT. Ik wil gewoon dat de huisarts in mijn computer kan kijken. Dat hij mijn brieven kan zien. Dat hij de bloeduitslagen kan zien en de foto en eventuele notities. Dan wordt het een stuk eenvoudiger.'

Ook het ziekenhuisbestuur en de medische staf erkennen dat ICT een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van correspondentie tussen huisartsen en specialisten. In het strategisch beleid en het jaarverslag gaat het ziekenhuisbestuur in op de mogelijkheden om een communicatie-infrastructuur te organiseren, zodat zorginformatie ook voor de huisartsen beschikbaar wordt (een elektronisch patiëntendossier).

Strategisch beleid 2005-2009: 'Hoewel huisartsen deel uit maken van de zorgketen, vinden wij dat wij extra aandacht moeten besteden aan het verbeteren van de communicatie met hen. Punten van aandacht zijn:

- patiënten met acute vraagstukken worden sneller geholpen dan nu het geval is;
- terugkoppeling van informatie over patiënten naar huisartsen (elektronisch patiënten dossier);
- faciliteren van diagnostisch onderzoek via de ziekenhuislaboratoria en door het beschikbaar stellen van onderzoeksfaciliteiten.'

Jaarverslag 2006: 'Het informatiebeleid is beschreven in het Informatieplan ICT 2001-2008. (...) Enkele doelstellingen uit het beleid zijn:

- (...)
- het stimuleren van samenwerking in de zorgketen door het bieden van een communicatie-infrastructuur die zorginformatie ook buiten de ziekenhuismuren beschikbaar en uitwisselbaar maakt.'

In het medisch beleidsplan besteedt de Vereniging Medische Staf aandacht aan de mogelijkheid om e-mail in te zetten ten behoeve van communicatie met huisartsen.

Medisch Beleidsplan 2004-2009: 'Het e-mail middel zal ook ingezet worden t.b.v. communicatie met de collega's uit de eerste (...) lijn. Om wildgroei te voorkomen en efficiënt gebruik van het middel te bevorderen zal door de Vereniging Medische Staf een gedragscode voor het gebruik van e-mail worden opgesteld.'

### *Telefonisch overleg*

Een andere vorm van een losse coalitie tussen huisartsen en specialisten is het telefonisch overleg. Huisartsen bellen de specialist regelmatig op. Meestal gaat het dan om het verzoek om een patiënt met spoed te verwijzen. Daarnaast hebben de huisartsen incidenteel ook telefonisch overleg bij twijfels over een verwijzing.

Domidam, huisarts 7: 'Bij spoed sowieso, maar je hebt ook wel eens overleg over probleemgevallen. Kankerpatiënten, met name in de laatste fase, daar vindt veel overleg plaats. (...) Ik denk dat ik meestal wel het antwoord krijg op de vragen die ik zelf stel. Dus dat vind ik goed gaan.'

Domidam, huisarts 4: 'Ik bel de specialist regelmatig op ja. Daar heb ik nooit problemen mee. Of nooit, soms krijg je ze niet in een keer. Dan moet je een paar uur wachten. Wat dat betreft ben ik wel een ongeduldig persoon, maar meestal lukt het wel. Over het algemeen heb ik daar geen probleem mee.'

De specialisten bellen de huisartsen minder vaak op dan andersom. Wanneer zij telefonisch overleg hebben gaat dit meestal over terminale patiënten. Zowel de huisartsen als specialisten zijn over het algemeen tevreden over de telefonische communicatie. De bereikbaarheid van beiden zorgt wel eens voor problemen.

Domidam, medisch specialist 3: 'De bereikbaarheid zowel van de huisarts als van ons kan beter. Als je een huisarts wilt bereiken ben je ook soms vijf telefoonnummers verder voordat je iemand te pakken hebt. Dat vind ik een probleem. Maar dat geldt ook de andere kant op. Maar bij ons is het echt verbeterd sinds we die diensttelefoon hebben.'

Domidam, medisch specialist 2: 'Er wordt vaak overlegd, daar staat wij in principe ook altijd open voor. (...) Het is moeilijk voor ons om zo'n huisdokter te pakken te krijgen. Stel dat ik een huisdokter moet zien te pakken te krijgen, dan heb je een algemeen telefoonnummer en dan krijg je of een keuzemenu of de secretaresse die in de wacht staat. Dus een direct nummer naar de huisdokter hebben we ook niet altijd. Dus daar kan aan de huisartsenzijde misschien nog iets verbeteren.'

De medische staf stelt in het medisch beleidsplan dat zij zal onderzoeken of mobiele telefoons kunnen worden ingezet om het contact met huisartsen te verbeteren.

Medisch Beleidsplan 2004-2009: 'Het gebruik van mobiele telefoons kan met name voor het contact met huisartsen een uitkomst bieden. De Vereniging Medische Staf (VMS) zal onderzoeken onder welke voorwaarden mobiele nummers van VMS-leden voor gebruik door huisartsen kunnen worden vrijgegeven.'

### *Bijeenkomsten*

Ook bijeenkomsten zijn een vorm van losse coalities tussen huisartsen en specialisten. De belangrijkste momenten waarbij huisartsen en specialisten elkaar ontmoeten zijn de nascholingen, gericht op de huisartsen. Deze nascholingsbijeenkomsten worden soms georganiseerd door de huisartsen en soms door het ziekenhuis en/of de specialisten. Deze nascholingen vinden de huisartsen en de specialisten van groot belang om elkaar beter te leren kennen. Veel huisartsen en specialisten zijn van mening dat 'elkaar kennen' bijdraagt aan een goede verwijsrelatie. Je bent dan meer bekend met elkaars mogelijkheden en beperkingen en je neemt gemakkelijker (telefonisch) contact met elkaar op.

Domidam, huisarts 4: 'Daar zijn die nascholingen ook weer goed voor, je ziet elkaars beperkingen. Elkaars mogelijkheden, maar ook beperkingen. Dat het dan vaak om een sociaal leuke omstandigheid kan zijn, dat is perfect. Je krijgt begrip voor elkaars situatie. (...) Als je alles rechtuit kunt zeggen, dat is een ongekend voordeel. Dat realiseren mensen zich toch

vaak onvoldoende. Bij de nascholing heb je toch een aantal specialisten veel beter leren kennen. De enige die er voordeel mee heeft dat is de patiënt.'

Domidam, huisarts 7: 'Als je weer eens een keer een nascholing met een paar specialisten hebt gehad, dat werkt altijd beter. Als je een keer een probleem hebt, bel je toch wat sneller. Het overleg is wat soepeler. Ik vind het persoonlijk wel prettig om een specialist wat van dichterbij te leren kennen.'

Domidam, medisch specialist 2: 'Het is de bedoeling dat je ze in levende lijve ontmoet. Daarvoor hebben we ook onderwijs, meer richting de huisdokters, om gewoon buiten de verwijzingen met elkaar te praten van wat willen wij en wat willen jullie. (...) Dat is belangrijk om het werk kwalitatief goed te kunnen doen. (...) Ik hou van het persoonlijke karakter, dat je elkaar kent en dat je weet wat je aan elkaar hebt en dat je elkaar ook direct kunt benaderen confronteren, communiceren.'

Domidam, medisch specialist 3: 'Een aantal ken ik via bijscholingen. Dan weet ik ook welk gezicht er bij hoort. (...) Dat maakt het communiceren daarna makkelijker. Met name als er problemen zijn of als je iets wilt vragen. Dan communiceer je vaak efficiënter als je iemand al kent. Dan ga je elkaar niet meer zo aftasten. Dat maakt het gewoon makkelijker.'

Ook de Vereniging Medische Staf erkent het belang van een goede relatie tussen huisartsen en specialisten en stimuleert specialisten in het medisch beleidsplan daarom hier voldoende aandacht aan te besteden.

Medisch Beleidsplan 2004-2009: 'VMS-leden worden gestimuleerd zelf relaties met externe partijen op te bouwen en te onderhouden en zonedig hierbij door het Stafbestuur ondersteund. De doelgroepen waar het hier om gaat zijn met name de huisartsen en de beroepsverenigingen. Dit biedt voor de vereniging de mogelijkheid op grote schaal relaties aan te knopen en te onderhouden om zich hierdoor goed geïnformeerd te weten en zonedig invloed uit te kunnen oefenen.'

Behalve nascholingen zijn er nog een aantal andere contactmomenten te noemen. Het ziekenhuis organiseert bijvoorbeeld bijeenkomsten waarbij nieuwe specialisten en huisartsen zich kunnen voorstellen aan hun collega's. Verschillende maatschappen organiseren avonden, waarbij zij aan de huisartsen presenteren wat zij allemaal doen. Echter, deze bijeenkomsten worden als gevolg van tijdsgebrek door een groot aantal van de huisartsen niet vaak bezocht.

Domidam, huisarts 2: 'Er zijn bijna te veel contacten. Je kunt dat niet allemaal afsjouden. Daar maak ik een keuze in.'

Domidam, huisarts 6: 'Ik zit niet te springen om nog meer contacten. Ja, er komt zoveel op je af als huisarts aan nieuwe ontwikkelingen waar je tijd in moet steken. Ik heb maar twee handjes. Dus dat heeft niet echt prioriteit voor mij om daar tijd in te steken. Die nascholingen vind ik leuk en dan ken ik ze weer. Maar dat is voldoende.'

Een succesvol contactmoment tussen huisartsen en specialisten in Domidam is het tweejaarlijkse diner, georganiseerd door de huisartsen in de omgeving van Domidam. Gedurende deze informele

bijeenkomsten maken de huisartsen en specialisten kennis met elkaar, verbeteren ze de wederzijdse communicatie en maken ze transmurale afspraken. Per bijeenkomst nodigen de huisartsen twee of drie leden van een maatschap uit. Voorafgaand aan de bijeenkomst wordt afgesproken dat de specialisten namens de gehele maatschap spreken. De huisartsen en specialisten zijn tevreden over deze bijeenkomsten.

Domidam, huisarts 3: 'Wat wij hier nog hebben, dat heet het ... overleg. Dat betekent dat we gemiddeld twee keer per jaar met een groep specialisten om tafel gaan zitten en dan proberen we tot werkafspraken te komen. (...) En daar worden dan ook de specialisten bij gevraagd om daar in deel te nemen en die zien dat ook als een belangrijke mogelijkheid om dat contact met ons te hebben. Dus dat loopt wel.'

Voorafgaand aan een interview binnen het Zonnebloem Ziekenhuis, in de wachtkamer van een specialist, las ik in het ziekenhuisblad een artikel over dit tweejaarlijkse diner. In dit artikel komt een kinderarts aan het woord die erg tevreden is over het overleg.

Artikel in Ziekenhuisblad: 'De maatschap Kindergeneeskunde was de eerste die aan tafel mocht bij de huisartsen (...) Kinderarts: 'Het contact tussen onze maatschap en de huisartsen is altijd goed geweest. Bereikbaarheid was in onze bijeenkomst dan ook geen onderwerp. Wel hebben we gesproken over de zorg voor chronische patiënten en het doorverwijzen naar andere specialisten in het ziekenhuis zonder eerst terug te verwijzen naar de huisarts. We hebben voor beide goede afspraken gemaakt.'

#### *6.4.2 Netwerken*

Het overleg tussen huisartsen en specialisten in Domidam vindt met name plaats gedurende nascholingsbijeenkomsten. Dat gebeurt dan op een informele wijze. Over het algemeen bestaat er in Domidam maar weinig formeel overleg tussen huisartsen en specialisten. Sinds ongeveer een jaar bestaat er een tripartiete overleg. Dit is een overleg tussen de Raad van Bestuur en het bestuur van de Vereniging Medische Staf uit het Zonnebloem Ziekenhuis en een vertegenwoordiging van de huisartsen. Dit overleg is geïnitieerd door het bestuur van het Zonnebloem Ziekenhuis en heeft als doel om de communicatie tussen de betrokken partijen te verbeteren en zo de dienstverlening aan de patiënt te optimaliseren.

Domidam, voorzitter Raad van Bestuur: 'Ja, sowieso hebben we het tripartiete overleg, het overleg tussen de medisch specialisten, de Raad van Bestuur en de huisartsen. Dat is een andere manier om een discussie over de ketenzorg en specifiek eerste lijn, tweede lijn te bespreken en ook knelpunten op te lossen.'

Opvallend is dat gedurende bijna geen enkel interview met de huisartsen en de specialisten dit overleg ter sprake is gekomen. De enige huisarts die dit overleg noemt, maakt deel uit van dit overleg. Deze huisarts is overigens erg kritisch over dit overleg. De verdeeldheid onder de huisartsen en specialisten noemt zij als complicerende factor bij het maken van afspraken binnen het tripartiete overleg. Zowel de vertegenwoordiging van de huisartsen als de Vereniging

Medische Staf hebben volgens deze huisarts moeite om de achterban op een lijn te krijgen. Hierdoor worden afspraken die zijn gemaakt in het tripartiete overleg vaak niet nagekomen.

Domidam, huisarts 1: ‘Dan hebben we een keer per jaar een heel groot overleg, waar heel de wereld en omstreken bij zit. En waar allerlei afspraken gemaakt worden. Maar heel veel van die afspraken zijn semi-wassenneus. (...) Wij zijn natuurlijk ook met z’n allen enorm individuen, enorm verdeeld. Dat is best moeilijk om iedereen op een lijn te krijgen. En ook de heren in het ziekenhuis zitten niet op een lijn. Nee, de specialisten ook niet. Dat zie je ook. Dan denk je dat er afspraken liggen, maar dan heb je Jan of Piet en die komt zijn afspraken niet na. Er moet een gevoel komen dat het nodig is en ik weet niet of dat gevoel er zo heel duidelijk is. Soms wel en soms niet.’

Een andere manier waarop het Zonnebloem Ziekenhuis probeert de relatie met de huisarts te versterken is de aanstelling van een relatiebeheerder huisartsen. Deze relatiebeheerder moet de contacten tussen huisartsen en medisch specialisten organiseren. Nog geen van de huisartsen heeft contact gehad met de relatiebeheerder. Een groot aantal van de huisartsen heeft wel gehoord van de aanstelling van deze functionaris, maar is niet bekend met haar takenpakket. Hoewel sommigen het een goed initiatief vinden, nemen de meeste huisartsen een afwachtende houding aan. Ervaringen uit het verleden, waarbij het Zonnebloem Ziekenhuis weinig aandacht heeft gehad voor de huisartsen, zijn de oorzaak van dit wantrouwen.

Domidam, huisarts 2: ‘Ja, dan is er weer iemand. Dus ik zal het wel zien. (...) Maar ik weet niet wat ze gaat doen. Maar deze mensen, daar zit ik vaak niet op te wachten. Het is vaak niet praktisch. (...) Ja, dan zit er weer zo iemand tussen. Maar misschien is het wel goed, ik weet het niet, ik wacht het wel af.’

Domidam, huisarts 7: ‘Ik weet dat die bestaat, maar ik heb er nooit contact mee. Ik denk dat dat wel een uiting is dat ze de doelgroep weer wat serieuzer nemen. Zo interpreteer ik dat en ik denk ook wel dat dat nodig is.’

Domidam, huisarts 6: ‘Ik heb nog niets van hem, of van haar [gehoord]. Ik weet niet eens of het een man of een vrouw is. Het kan nooit kwaad. Maar dat is natuurlijk wel een beetje ingegeven vanuit concurrentieoverwegingen. (...) Die moet de huisartsen lijmen. (...) Ik ken hem niet. Ik ken zijn takenpakket niet. Ik heb geen idee wat hij moet doen. (...) Ik wacht wel af.’

De huisarts die deel uit maakt van het tripartiete overleg hoopt dat de relatiebeheerder de samenwerking tussen de specialisten en de huisartsen kan verbeteren. Tot op heden is deze huisarts namelijk niet erg positief over deze samenwerking. Ze is van mening dat het Zonnebloem Ziekenhuis te weinig aandacht besteedt aan het overleg met de huisartsen.

Domidam, huisarts 1: ‘Ik weet niet wat dat gaat betekenen. Ze zit er net dus we zullen wel zien. Ik hoop dat ze gaat uitvoeren wat ze met de mond belijden. Tot nu toe merk ik daar weinig van. Ik zit in het overleg met de tweede lijn. Wat mij dan ontzettend stoort is dat je vier keer per jaar vergadering hebt over lopende zaken en dat je vrijdag een vergadering hebt

en dat er dan maandag zo'n brief van een mannenpoli in de bus ligt, waar niet over gesproken is. Dan denk ik: dat horen ze met ons te overleggen. Er zijn allerlei poli's, er is een bekkenpoli, een valpoli. Al die dingen worden allemaal opgezet en wij worden daar niet in gekend. Ik hoop dat een relatiemanager daar iets in kan betekenen. Het ziekenhuis zegt dat ze willen samenwerken met ons. Dat lijkt me een heel goed plan. Maar dan denk ik: dan moeten ze wel gewoon samenwerken en niet onderling samenwerken en ons zeggen van: zo moet het. Ik hoop dat die relatiebeheerder daar een goede rol in kan spelen.'

Ook de voorzitter van de Raad van Bestuur van het Zonnebloem Ziekenhuis erkent dat de relatie met de huisartsen in Domidam en omgeving in het verleden niet goed was.

Domidam, voorzitter Raad van Bestuur: 'Want die relatie was gewoon niet goed. Die was versnipperd, die had eigenlijk niets om het lijf. (...) Er is ook wel veel te winnen.'

De specialisten in het Zonnebloem Ziekenhuis zijn erg positief over de relatiebeheerder huisartsen. Zij vinden het prettig dat deze relatiebeheerder aandacht gaat besteden aan de relatie met de huisartsen. De relatiebeheerder is volgens de specialisten een goed instrument om eenheid te creëren aan zowel de huisartsen als de specialisten kant, om huisartsen en specialisten bij elkaar te brengen en om afspraken tussen beiden te maken. De specialisten zijn hier zelf tot op heden niet aan toe gekomen.

Domidam, medisch specialist 2: 'Dat is ook prettig voor ons denk ik. Dan zijn wij daar niet constant mee bezig. En iedere maatschap voor zich of ieder specialisme voor zich. En hetzelfde geldt voor de huisartsenkant. Wij weten ook niet altijd van wie is nou de vertegenwoordiger van de huisartsen. Daar is ook zoveel diversiteit en daar is zo'n coördinator denk ik prima toe in staat om dat vorm te geven. En mensen bij elkaar brengen in de vorm van symposia en dergelijke. (...) En afspraken maken en iets op schrift stellen.'

Domidam, medisch specialist 3: 'Je hebt heel veel verschillende huisartsenpraktijken en die hebben allemaal zo hun eigen wensen. Ik kan niet met iedereen mee gaan. Dus dat moet dan eerst in kaart gebracht worden. En dan kunnen we kijken of we daar aan iets aan kunnen doen. Die relatiebeheerder mag dat nou laten zien dat die dat in kaart kan brengen. Daar is die voor aangesteld. (...) Ik kan dat niet doen. Het is meer dat ik het gewoon niet rond krijg qua tijd, dan dat het niet interessant is. Dat is iets heel anders. Als er iemand voor is aangesteld om dat uit te zoeken dan mag die dat doen. Dan ga ik niet zelf allemaal circulaire rondsturen naar alle huisartsen. Dat moet vooral centraal blijven.'

Zowel het initiëren van het tripartiete overleg als de aanstelling van de relatiebeheerder huisartsen zijn vrij recente initiatieven van de Raad van Bestuur van het Zonnebloem Ziekenhuis om de relatie met de huisartsen te versterken. Zij hebben hiervoor verschillende motieven. Ten eerste acht het ziekenhuisbestuur het van belang om goede ketenzorg te organiseren. Het Zonnebloem Ziekenhuis wil een patiëntgericht ziekenhuis zijn en om dat te bereiken is de huisarts een belangrijke samenwerkingspartner. Deze ambitie komt duidelijk naar voren in het Strategisch Beleidsplan van het Zonnebloem Ziekenhuis.



Strategisch beleid 2005-2009: 'Voor het optimaliseren van de zorg aan patiënten is het [Zonnebloem Ziekenhuis] mede afhankelijk van huisartsen en andere partners in de gezondheidszorg (...). Alleen samen met hen kunnen we ervoor zorgen dat patiënten na ontslag de nazorg krijgen die ze nodig hebben. En alleen door een goede samenwerking kunnen we werken aan de continuïteit van zorg en aan een goede doorstroming van patiënten van en naar andere instellingen.'

Ten tweede geeft de voorzitter van de Raad van Bestuur aan dat ook het adherentieverlies aan de randen van het adherentiegebied een reden is om de relatie met de huisartsen te versterken.

Domidam, voorzitter Raad van Bestuur: '[De overall visie is wel] dat wij vinden dat die keten heel belangrijk is omdat wij vinden dat we een patiëntgericht ziekenhuis zijn. Als je een patiëntgericht ziekenhuis wilt zijn dan kun je niet de ogen sluiten bij de muren van het ziekenhuis. Dan ga je daar over heen. Dat betekent dat de relatie met de huisarts om die reden al heel belangrijk is. Dat is niet de enige reden, maar dat is sowieso een belangrijke reden. (...) Maar je kunt wel zeggen dat het gevoel van urgentie om er wat mee te doen, dateert van het laatste jaar en dat is wel degelijk gedreven door eigenbelang [als gevolg van het verlies aan adherentie]. Daar is niets mis mee trouwens, maar het is wel zo.'

De Raad van Bestuur is van mening dat de maatschappen een onmiskenbare rol hebben in het versterken van de relatie met de huisartsen. Zij moeten invulling geven aan het beleid dat het ziekenhuisbestuur opstelt. Het gaat dan bijvoorbeeld over de (telefonische) bereikbaarheid, de ontslagbereidheid, de communicatie met de huisartsen en eventuele extra service zoals de mogelijkheden om een consult te geven aan de huisarts.

Domidam, voorzitter Raad van Bestuur: 'Het ziekenhuis zou een visie op de relatie met de huisarts moeten maken en even los van of de verschillende maatschappen daar in passen. (...) En de maatschappen, denk ik, hebben vooral de taak om de details in te vullen en te kijken: wat is haalbaar, wat is voor mijn specialisme mogelijk. (...) De maatschap heeft hier een onmiskenbare en allesbeslissende rol. Dan moeten zij daar invulling aan geven. Dat betekent ook dat zij een vertaalslag moeten maken in hun eigen werk. Dan heb je het vaak over bereikbaarheid, de ontslagbereidheid, de communicatie met de huisartsen, de mogelijkheden om een consult te geven aan de huisarts. Zij moeten wel structuur bieden. Zij moeten ook toegankelijk zijn voor die huisarts.'

De specialisten zien voor de invulling van het ziekenhuisbeleid in de eigen maatschap een belangrijke rol weggelegd voor de relatiebeheerder huisartsen. Toch hebben een aantal specialisten ook zelf initiatieven genomen om de relatie met de huisartsen te verbeteren. Een van de chirurgen heeft een tijdschrift gemaakt met informatie over de maatschap chirurgie voor de huisartsen. Deze service naar de huisartsen is er op gericht om de huisartsen beter te informeren, zodat deze een betere verwijzing kunnen maken.

Domidam, medisch specialist 1: 'We hebben dat nu zelf opgepakt. Niet omdat we ons nu willen profileren ten opzichte van het andere ziekenhuis (lees: een andere locatie van het Zonnebloem Ziekenhuis), maar meer PR te doen en meer ons gezicht te laten zien. In ieder

geval voor de maatschap chirurgie. Dat gaan we binnenkort ook in de vorm van een boekwerkje doen met foto's etcetera. Wat we ook deels persoonlijk bij huisartsen willen gaan afgeven. (...) Dan zien ze wat doen we, wat zijn onze speerpunten, wat vinden we belangrijk.' (...) In ieder geval om te laten zien dat we heel wat in onze mars hebben en dat dat misschien een overweging zou zijn om de patiënt niet naar het ziekenhuis te sturen waar hij het makkelijkste kan parkeren, maar te kiezen voor een ziekenhuis waar kwalitatief betere zorg geleverd wordt.'

De cardiologen in één van de locaties van het Zonnebloem Ziekenhuis hebben een adviespoli opgericht. Deze adviespoli is bedoeld voor patiënten bij wie de huisarts een diagnose wil uitsluiten of bevestigen en bij wie hij de behandeling vervolgens zelf wil uitvoeren. Patiënten worden hier dus voor een eenmalig advies door de huisarts verwezen naar de specialist. Tevens proberen de cardiologen zo dicht mogelijk bij de patiënten zorg te (blijven) bieden. Zij handhaven daarom hun poliklinieken in de dorpen in de omgeving van Domidam en overwegen om ook in andere omliggende dorpen poliklinieken op te richten. Ook dit wordt door de specialisten aangemerkt als extra service naar de huisartsen. Deze service naar de huisartsen is er op gericht om het verwijsgedrag naar de eigen maatschap te bevorderen.

Domidam, medisch specialist 2: 'We hebben ook een service naar de huisdokters toe dat huisdokters kunnen cardiologisch functieonderzoek aanvragen. Dus een echo onderzoek en fietstesten bijvoorbeeld. Dus dan faxen ze een aanvraag naar ons toe met specifieke vraagstellingen en wat aanvullende gegevens en dan komen die patiënten bij ons. Dan plannen wij die, dan zien we die patiënten ook en doen we onderzoek en dat krijgt de huisarts dat ook terug. (...) Dat is echt een halve verwijzing. Dan wil de huisdokter zelf de patiënt onder zich houden, qua behandeling, maar die wil wel dat cardiologisch onderzoek hebben en dat leveren we dan ook met een specifiek advies, navenant de vraagstelling. (...) Huisartsen zijn onze klanten natuurlijk. Als huisartsen niet naar ons verwijzen dan is dat een probleem, natuurlijk. (...) Op zich pushen wij de huisdokters zeker niet. We proberen natuurlijk wel de huisdokters te vriend te houden en service te verlenen zodat ze naar ons blijven verwijzen. En ook ons adherentiegebied aanhouden. Waarbij we dus ook polikliniek doen in ... bijvoorbeeld, om de noordkant een beetje te dekken. En in ... om de zuidkant in beeld te houden. (...) Ja, ja. en dan is er nog het idee om aan de westkant en aan de oostkant de zaak af te dekken. Met name om die service naar de huisdokters en de patiënt te kunnen verlenen. Dat zij dicht bij huis zorg krijgen.'

Een van de doelen van het tripartiete overleg en de aanstelling van de relatiebeheerder huisartsen is om te komen tot werkafspraken. Tot op heden bestaan er slechts weinig werkafspraken tussen de huisartsen en specialisten in Domidam.

Domidam, huisarts 5: 'Het zou wel efficiënter kunnen denk ik. Maar dat is eigenlijk niet aan de orde hier. In die zin werken we wel goed met elkaar samen, maar er zijn nou niet echt hele goede afspraken.'

De huisartsen geven duidelijk aan dat zij dit betreuren. Werkafspraken zouden de zorg efficiënter en meer gestroomlijnd kunnen maken. Met name afspraken over wie wat doet worden door de huisartsen belangrijk gevonden.

Domidam, huisarts 1: 'Er zijn een paar dingen, daar zijn wat afspraken over gemaakt, maar ik denk dat dat heel erg opgefrist moet worden. Ik denk wel dat het goed is en dat het duidelijk moet zijn. Ook bijvoorbeeld over het onderling doorverwijzen. Dat het prettig zou zijn, als daar afspraken over waren. (...)Afspraken over wie wat doet, dat is gewoon prettig. Want dat is gewoon vervelend als het onduidelijk is wie wat doet. En dat zie je bij een aantal patiënten. Zoals een diabeet die bij de tweede lijn loopt en ook bij de diabetesverpleegkundige daar loopt en dan wel bij ons suikers gaat zitten prikken. (...) Ik denk dat wij wel heel veel behoefte hebben aan duidelijkheid. Van wat doe jij en wat doe ik. En dat je ook gewoon weet van dat kan ik verwachten en dat ik weet als hij bij jou is geweest wat jij gedaan hebt.'

Domidam, huisarts 3: 'Dat (werkafspraken) hebben we hier niet. Dat zou wel praktisch zijn. Dan kun je inderdaad wat gestroomlijnder werken. Geen dubbele dingen doen, want dat kost ook vaak bergen geld. (...) Vooral werkafspraken over het verwijzen en terugverwijzen vind ik belangrijk. Je gaat zien dat ook specialisten dat belangrijker gaan vinden. En ook weer in gaan zien, van dat kan praktischer en dat kan ook goedkoper. (...) Ervaring is dat toch nog steeds wel specialismen, toch nog wel op hun eigen eilandje blijven werken. (...) Dat er toch wat professioneler wordt aangegeven van wat wel, wat niet. Dat is groeiende.'

Ook de specialisten geven aan dat zij het jammer vinden dat er slechts weinig werkafspraken zijn met huisartsen. Zoals ik eerder heb aangegeven, denken zij dat de relatiebeheerder huisartsen een belangrijke rol kan spelen in de verbetering hiervan. Een van de specialisten is echter van mening dat het maken van werkafspraken iets van latere zorg moet zijn. Voordat er werkafspraken gemaakt kunnen worden, moet de relatie en communicatie met huisartsen verbeterd worden.

Domidam, medisch specialist 1: 'We zijn nu vooral bezig met zorgen dat we elkaar gewoon over basic things een beetje beter informeren. Dat we weten welk gezicht bij welk poppetje hoort. (...) Ik denk zeker dat dat (lees: werkafspraken) belangrijk is. Alleen het heeft nu [geen prioriteit]. Het zou een beetje de omgekeerde volgorde zijn. Je moet beginnen met de basis en de basis is niet goed. Dus we moeten dat eerst beter maken voordat we tot dit soort werkafspraken kunnen komen.'

De Vereniging Medische Staf acht het maken van werkafspraken tussen huisartsen en specialisten wel iets waar ook op dit moment aan moet worden gewerkt. Door middel van goede samenwerkingsafspraken kan een zorgcontinuüm gerealiseerd worden. Hierdoor kan zowel de kwaliteit als de efficiëntie van zorg verbeterd worden.

Medisch Beleidsplan 2004-2009: 'De zorg rondom patiënten beperkt zich in veel gevallen niet tot de medisch specialistische zorg zoals deze in het ziekenhuis wordt verleend. Veelvuldig is er sprake van een keten van zorgprocessen binnen en buiten het ziekenhuis die idealiter zodanig georganiseerd zijn dat een vloeiend optimaal zorgcontinuüm ontstaat. Het [Zonnebloem Ziekenhuis] realiseert zich dat dit laatste zeker nog niet het geval is maar acht het werken aan een zorgcontinuüm wel uitermate belangrijk gezien de toenemende vergrijzing en het realiseren van efficiënt gebruik van voorzieningen. In dit kader wordt intensief gewerkt aan het maken en ten uitvoer brengen van transmurale samenwerkingsafspraken met de diverse zorgorganisaties in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. (...) De VMS wil in de komende beleidsperiode de bestaande relaties met de derde en vooral de eerste lijn

versterken daar de relatie van de ziekenhuisorganisatie hiermee het meest direct relevant is. De VMS intensificeert de relatie met de eerste lijn, m.n. huisartsen, en maakt afspraken over verwijsmethoden en (digitale) toegankelijkheid van het ziekenhuis voor de collegae uit de eerste lijn.'

#### *6.4.3 Eenheidsstructuur*

In de samenwerking tussen huisartsen en specialisten in Domidam is geen sprake van een eenheidsstructuur. Het Zonnebloem Ziekenhuis is wel in gesprek met de Huisartsenpost om in de nieuwbouw een huisartsenpost op de Spoedeisende Hulp (SEH) te organiseren. Echter, dit overleg is nog pril en er moeten nog een aantal belangrijke obstakels overwonnen worden. Volgens de Raad van Bestuur van het Zonnebloem Ziekenhuis bestaat er onder huisartsen namelijk angst om hun autonomie te verliezen.

Domidam, voorzitter Raad van Bestuur: 'Er is een overleg tussen het ziekenhuis en de directeur van de huisartsenpost in Domidam en de regio om de SEH in de toekomst vorm te geven. En dan hebben we het over de toekomst in de nieuwbouw. In de nieuwbouw hebben wij een ruimte gereserveerd voor de huisartsenpost. Dat is niet zo'n gemakkelijk issue. Huisartsen voelen zich helemaal opgegeten door het ziekenhuis en het ziekenhuis wil eigenlijk die argwaan wegnemen want we hebben de huisarts nodig.'

In de toekomst zou de voorzitter van de Raad van Bestuur de huisartsenzorg meer willen integreren in het Zonnebloem Ziekenhuis. Dit zou vorm kunnen krijgen in gezamenlijke poliklinieken of in onderwijsfaciliteiten voor huisartsen binnen de muren van het ziekenhuis.

Domidam, voorzitter Raad van Bestuur: 'De huisarts ook binnenlaten in je eigen organisatie om een stukje van zijn zorg straks binnen onze muren uit te oefenen. Daar zou niets op tegen zijn, maar dat is nog een brug te ver hoor. Maar dat zou kunnen. We krijgen straks een prachtige ruimte voor de Huisartsenpost en overdag wordt die ruimte niet gebruikt. Je zou daar gezamenlijk poli's kunnen gaan inrichten. Waar die patiënten in eerste instantie bij de huisarts en voor een beperkte groep patiënten de huisarts een direct consult in kan roepen bij de specialist. (...) Dat zouden heel mooie initiatieven zijn. Waar we ook over denken zijn skills labs. Huisartsen hebben behoefte aan onderwijsfaciliteiten, die kunnen wij ze ook bieden. We hebben een prachtig kenniscentrum. Dat moeten we ook ter beschikking stellen.'

### **6.5 Besluit**

Binnen de verwijzrelatie tussen huisartsen en specialisten in Domidam is sprake van zowel concurrentie als samenwerking. Concurrentie neemt tot op heden slechts een bescheiden positie in binnen de verwijzrelatie. De werkgebieden van huisartsen en specialisten hebben zich meer naar elkaar toe bewogen. Dit leidt op sommige momenten tot spanningen, maar echte concurrentie blijft tot op heden uit. Ook de concurrentie tussen tweedelijns zorgaanbieders als gevolg van het verwijzgedrag van huisartsen blijft tot een minimum beperkt. In Domidam bevindt zich slechts één ziekenhuis. De huisartsen in Domidam verwijzen de meeste patiënten dan ook naar dit ziekenhuis. Desondanks, is het bestuur van het Zonnebloem Ziekenhuis wel degelijk oplettend

voor horizontale concurrentie. Aan de randen van het adherentiegebied ervaart het ziekenhuis momenteel al concurrentie met andere tweedelijns zorgaanbieders.

De samenwerking binnen de verwijsrelatie tussen huisartsen en specialisten krijgt op verschillende manieren vorm. Ten eerste zijn er verschillende losse coalities tussen huisartsen en specialisten waar te nemen, namelijk: correspondentie, telefonisch overleg en (nascholing)bijeenkomsten. Over deze samenwerking zijn de huisartsen en specialisten over het algemeen tevreden. Hier en daar kunnen nog verbeteringen worden getroffen om de losse coalities efficiënter en effectiever te maken.

Ten tweede zijn er sinds korte tijd een aantal netwerkstructuren tussen huisartsen en specialisten waar te nemen. Voorheen was er sprake van een beperkte netwerkrelatie tussen de huisartsen en specialisten. Er waren zeer weinig werkafspraken en er werd weinig afstemming gezocht. Dit heeft onder huisartsen gezorgd voor veel ontevredenheid. Onlangs heeft het Zonnebloem Ziekenhuis twee initiatieven genomen om de netwerkrelatie met de huisartsen te verbeteren. Ze hebben een relatiebeheerder huisartsen aangesteld en een tripartiete overleg opgericht. Het ziekenhuisbestuur heeft hiervoor twee motieven. Enerzijds wil het ziekenhuis de relatie met huisartsen versterken, zodat de huisartsen naar het Zonnebloem Ziekenhuis verwijzen. Anderzijds wil het ziekenhuis de relatie met huisartsen versterken, zodat het ziekenhuis kwalitatief goede ketenzorg kan bieden.

Hoewel de specialisten in het Zonnebloem Ziekenhuis een belangrijke faciliterende rol aan de relatiebeheerder toedelen, nemen zij ook zelf initiatieven om de relatie met huisartsen te verbeteren. Deze initiatieven hebben tot doel het verwijsgedrag van de huisartsen richting de eigen maatschap te stimuleren. Als gevolg van ervaringen uit het verleden nemen de meeste huisartsen een afwachtende houding aan ten opzichte van alle initiatieven van de specialisten en het ziekenhuisbestuur. Wel geven de huisartsen aan dat zij graag meer werkafspraken met specialisten zouden maken over wie wat doet. Werkafspraken zouden de efficiëntie en effectiviteit van zorg kunnen verbeteren.

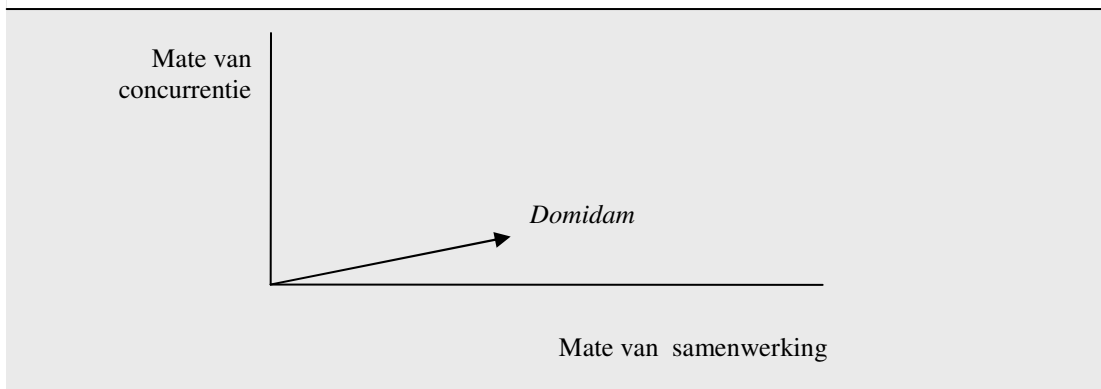
In de toekomst zal de samenwerking tussen huisartsen en specialisten wellicht meer de vorm krijgen van een eenheidsstructuur. Het Zonnebloem Ziekenhuis is in gesprek met de Huisartsenpost om in de nieuwbouw een huisartsenpost op de Spoedeisende Hulp (SEH) te organiseren. Daarnaast zou de voorzitter van de Raad van Bestuur in de toekomst de huisartsenzorg meer willen integreren in het Zonnebloem Ziekenhuis.

De bovenstaande ontwikkelingen op het gebied van concurrentie en samenwerking kunnen niet los van elkaar worden gezien. Meer concurrentie binnen de verwijsrelatie, leidt tot een grotere behoefte aan samenwerking binnen de verwijsrelatie (zie figuur 6.5). Deze samenwerking

ontwikkelt zich op een continuüm van differentiatie tot integratie, steeds meer richting integratie. Doordat er meer overlap ontstaat tussen de werkgebieden van huisartsen en specialisten, hebben de huisartsen behoefte aan duidelijke werkafspraken over toedeling van zorgtaken. Concurrentie tussen huisartsen en specialisten leidt dan dus tot een grotere behoefte aan samenwerking in de vorm van werkafspraken.

Ook de Raad van Bestuur en de specialisten binnen het Zonnestrook Ziekenhuis hebben behoefte aan meer samenwerking. Men is oplettend voor concurrentie met andere tweedelijns zorgaanbieders en vindt het hierom van belang de relatie met huisartsen te versterken en te verbeteren door netwerken en eenheidsstructuren op te richten. Een van de doelen van het versterken en verbeteren van de relatie met de huisartsen is om er voor te zorgen dat de huisartsen naar het Zonnestrook Ziekenhuis verwijzen. Hoewel de huisartsen tot op heden een afwachter houding aannemen richting de initiatieven die binnen het Zonnestrook Ziekenhuis worden genomen, blijkt hieruit wel dat concurrentie leidt tot een grotere behoefte aan samenwerking in de vorm van netwerken en eenheidsstructuren.

**Figuur 6.5** Het verband tussen concurrentie en samenwerking binnen de verwijzrelatie



# Portura

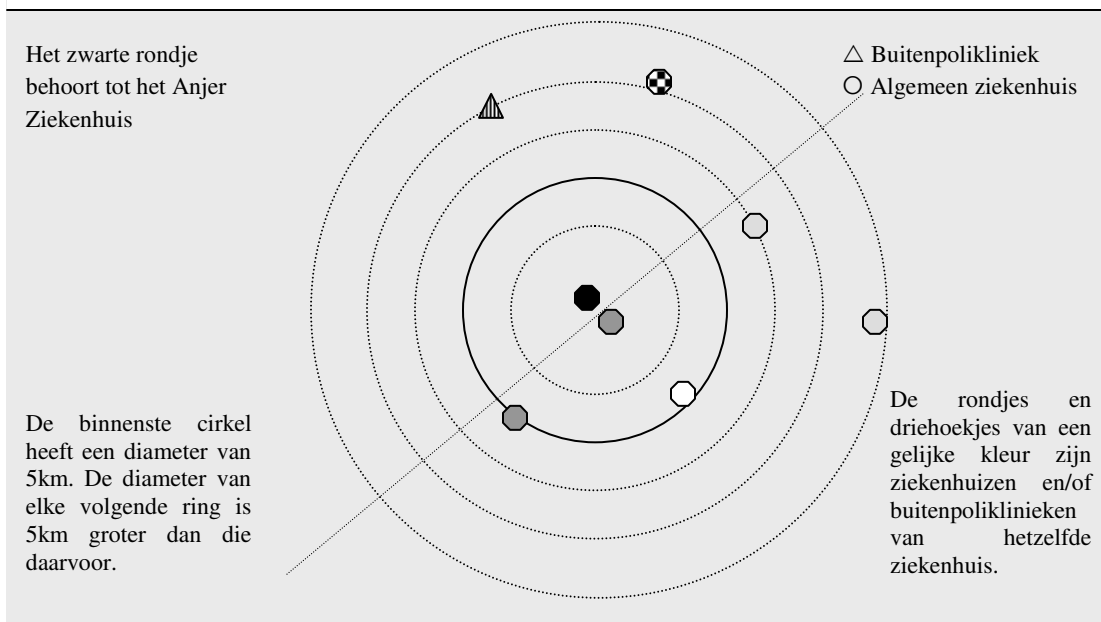
## 7.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is gebleken dat in Domidam binnen de verwijsrelatie sprake is van zowel concurrentie als samenwerking. Daarbij leidt concurrentie binnen de verwijsrelatie tot een groeiende behoefte aan samenwerking. In dit hoofdstuk zal ik ingaan op hoe zorgaanbieders in Portura omgaan met deze tegenstrijdige concepten. Na een korte situatieomschrijving van de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg in Portura (paragraaf 7.2) zal ik ingaan op de mate waarin er binnen de verwijsrelatie in Portura sprake is van concurrentie (paragraaf 7.3) en samenwerking (paragraaf 7.4).

## 7.2 Situatieschets

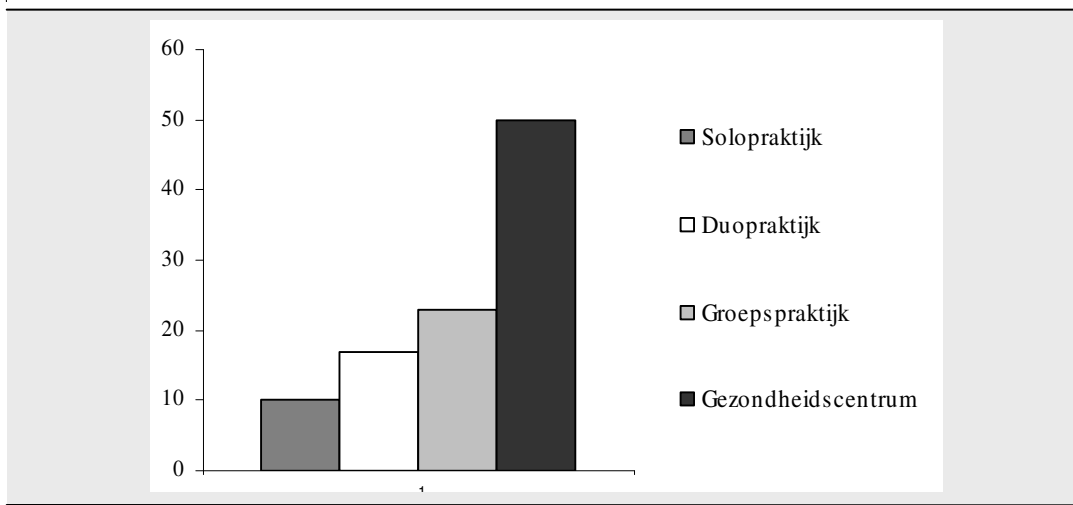
De ziekenhuiszorg in Portura is, in tegenstelling tot de ziekenhuiszorg in Domidam, verdeeld over meerdere ziekenhuizen (zie figuur 7.1). In Portura bevinden zich twee ziekenhuizen, het Anjer Ziekenhuis en het Iris Ziekenhuis. Beide ziekenhuizen zijn relatief grote, algemene ziekenhuizen. In de directe omgeving van Portura bevinden zich nog twee andere ziekenhuizen. In dit onderzoek richt ik mij voornamelijk op het Anjer Ziekenhuis.

**Figuur 7.1** Locaties algemene ziekenhuizen en buitenpoliklinieken in Portura en omgeving.



Ook de huisartsenzorg in Portura is duidelijk anders georganiseerd dan in Domidam. In Portura zijn in totaal ongeveer 100 huisartsen werkzaam. Dat zijn er twee keer zo veel als in Domidam. Een groot deel van deze huisartsen (50 procent) is werkzaam in een gezondheidscentrum (zie figuur 7.2). Slechts een zeer klein gedeelte van de huisartsen (10 procent) is werkzaam in een solopraktijk.

**Figuur 7.2** Percentage huisartsen in Portura dat is gevestigd in een solopraktijk, een duopraktijk, een groepspraktijk of een gezondheidscentrum.



De huisartsen in Portura zijn meer georganiseerd dan in Domidam. In totaal zijn er in Portura 40 huisartsenpraktijken. Daarvan zijn er 11 solopraktijken, 9 duopraktijken, 6 groepspraktijken en 14 gezondheidscentra. Negen van de 14 gezondheidscentra zijn georganiseerd in een stichting. Daarnaast zijn zeven huisartsenpraktijken aangesloten bij een coöperatie. In totaal zijn de 100 huisartsen in Portura verdeeld over 25 organisaties. In Domidam zijn 50 huisartsen verdeeld over 21 organisaties.

## 7.3 Concurrentie binnen de verwijsrelatie

### 7.3.1 Verticale concurrentie

Net als in Domidam heeft de Zorgverzekeringswet, ondersteund door prestatiegerichte bekostigingssystemen, ook in Portura strategisch management gestimuleerd bij de verschillende zorgaanbieders. Het Anjer Ziekenhuis wil initiatief nemen, innovatief bezig zijn en risico's nemen.

Meerjarenbeleidsplan 2007-2010: 'De toenemende marktwerking in de zorg betekent meer concurrentie. We creëren ruimte voor ondernemen. Ondernemen is initiatief nemen, innovatief bezig zijn en (gecalculeerde) risico's nemen.'



Ook in Portura zijn daarom verschillende themapoliklinieken opgericht. Op deze manier probeert het Anjer Ziekenhuis in te spelen op de toenemende marktwerking binnen de gezondheidszorg.

Portura, lid Raad van Bestuur: ‘Traditioneel is de organisatie van ziekenhuizen enorm afgestemd op maatschappen, op specialismen. En de zorg zal meer en meer worden bepaald door de vraag. En het marktmechanisme wat dat met zich mee brengt. En dan zul je veel meer thematisch moeten gaan organiseren.’

Net als in Domidam, worden in Portura een aantal van deze themapoliklinieken niet gewaardeerd door de huisartsen. Onder de huisartsen in Portura bestaat voornamelijk ergernis over de aanstelling van ‘nurse practitioners’, die op de themapoliklinieken de controle van chronische patiënten verzorgen. De huisartsen zijn van mening dat in deze themapoliklinieken zorg wordt aangeboden die eigenlijk in de huisartsenpraktijk thuis hoort. Voor sommige huisartsen voelt dit als concurrentie.

Portura, huisarts 3: ‘In ziekenhuizen zijn hartfalenpoli’s met op HBO niveau verpleegkundigen die daar ook voor een deel de controles doen en dan overleg hebben met de cardioloog als ze er niet uitkomen. Dat is natuurlijk eigenlijk huisartsenwerk.’

Portura, huisarts 4: ‘De neiging bestaat [om zelf nurse practitioners in dienst te nemen. Dat is dan een soort vervanging voor de huisarts. Daarmee kunnen ze hun DBC’tjes binnen krijgen.] (...) Er zijn een aantal punten dat je zegt, daar komen ze op ons terrein. Daar komt een soort concurrentie, wat we niet willen. (...) Als zij bijvoorbeeld ook mensen met suikerziekte in grote poli’s gaan behandelen, nou, dat is dan duidelijk concurrentie met ons, want dat kunnen wij heel goed.’

In een ander ziekenhuis in de omgeving van Portura is onlangs een hoestpolikliniek opgericht. Deze hoestpoli richt zich op patiënten met langdurige hoestklachten. Verschillende huisartsen in Portura geven aan dat dit eigenlijk huisartsenzorg is. Tevens geeft één van de huisartsen aan dat dergelijke poli’s medicalisering in de hand werken. Patiënten worden overmatig met medisch handelen geconfronteerd.

Portura, huisarts 5: ‘Het meest ultieme is wel de hoestpoli in een ander ziekenhuis (...) in de regio. Dat vinden we natuurlijk wel wat vreemde constructies, want hoesten daar worden wij vaak mee geconfronteerd en daar weten we als huisarts goed beleid op te zetten (...). Maar goed, dat vinden wij niet goed. Zo zullen ongetwijfeld meer zorgstraten uit de ziekenhuizen komen. Cardiovasculair risico management, ja goed, dat is ook in de eerste lijn te doen. Ook daarbij proberen zij hun zorg aan te bieden. Daar zijn we iets minder gelukkig mee. (...) Het gaat mij niet zo zeer dat ik daar een boterham minder om zou moeten eten, dat betwijfel ik, maar ik vind het gewoonweg niet verstandig om dat te doen.’

Portura, huisarts 6: ‘Een of ander ziekenhuis heeft een hoestpoli. Flicker nou toch op man. Wat moet je nou met een hoestpoli. Dat is echt onzin. Nou, goed, dat vinden ze dan een leuk onderwerp. Er zijn veel mensen die lang hoesten. Dat weten wij ook wel. (...) Iemand met hoestklachten, dat is typisch een eerstelijnsprobleem. (...) Ik vind het ook vervelend omdat

het medicalisering in de hand werkt. Patiënten hebben het idee dat er een heleboel aan techniek moet worden toegepast voordat ze uiteindelijk adequaat geholpen zijn. Terwijl wij weten dat het grootste deel van die dingen met simpele onderzoeken de problemen uitgesloten kunnen worden. (...) Het is niet beter, absoluut niet. Het is meer portemonnee gericht.'

Net als in Domidam, ervaren de huisartsen in Portura dat veel specialisten (chronische) patiënten onnodig blijven controleren. Deze patiënten zouden volgens de huisartsen terug moeten worden verwezen naar de huisarts.

Portura, huisarts 7: 'Dat (lees: terugverwijzen) doen ze niet altijd. En dat merk je vooral, en dat zal ook wel het hete hangijzer worden, dat zijn de chronische patiënten. Vooral de diabeten en astma/COPD. (...) Ik heb ook een COPD patiënt gehad, die op een gegeven moment niet goed ging en die verwijs ik dan daar naar toe en dan ben ik zomaar in een keer de helft van mijn COPD patiënten kwijt. Die zitten in een keer in de tweede lijn omdat ik ze niet terug krijg. Dus dat is wel jammer. Daar moet je wel als dokter, zeker in de toekomst, alert op blijven. Want ze blijven zo hangen daar.'

Het vasthouden van patiënten heeft volgens veel van de huisartsen in Portura direct te maken met de veranderingen in de financieringssystematiek van specialisten. Sinds de afschaffing van de lumpsum financiering, is het voor specialisten aantrekkelijker om patiënten langdurig onder controle te houden.

Portura, huisarts 4: 'Je merkt wel dat ziekenhuizen sinds de financiële structuur met DBC's dat die gemakkelijker mensen een keer per jaar even terug laten komen en dan daar een hele DBC voor vangen. Dus in zoverre denk ik [dat ze] meer mensen aan zich houden. (...) Ik vind dat ze gewoon mensen moeten terugverwijzen die verantwoord in de eerste lijn horen. Het is goedkoper en daarnaast investeren wij ook in goede gestructureerde zorg voor de eerste lijn en dat kost ook menskracht en een goede organisaties. Als wij dan op een gegeven moment geen mensen meer krijgen, dat werkt ook niet.'

Portura, huisarts 5: 'Er is een periode geweest dat ziekenhuizen gebudgetteerd waren. Toen werd alles terug verwezen. Toen konden er op inhoud afspraken gemaakt worden over diabetes, over COPD. Alle patiënten die in de eerste lijn terecht konden die werden terug verwezen. Nu ze weer betaald worden per verrichting c.q. per DBC zie ik dat weer iets minder gebeuren. Maar goed, ik heb al aangegeven, financiële stimulans is de beste drijfveer tot verandering.'

In tegenstelling tot het ziekenhuisbestuur in Domidam, herkent het bestuur van het Anjer Ziekenhuis in Portura dat de financieringssystematiek van specialisten hun ontslagbereidheid beïnvloedt. Daarbij merkt de voorzitter van de Raad van Bestuur wel op dat het vasthouden van patiënten niet leidt tot slechtere zorg.

Portura, lid Raad van Bestuur: 'Dat (lees: vasthouden van patiënten door specialisten) is traditioneel al jaren zo. Dat is er altijd al zo. Alleen als de financieringssystematiek verandert en het beklijft niet meer dan gaat dat wel veranderen. In de budgetsystematiek was dat ook al. Vanaf het moment dat de herhalingsfactor niet meer interessant was, (...) zag je iedereen na

dertien maanden terug of zo. Ja, zo werkt dat. (...) Het hoeft niet te betekenen dat de inhoud daardoor slechter is, dat is niet zo. Maar als de financieringssystematiek, daar worden keuzes in gemaakt en dan past de organisatie, het proces van de zorg die gaat zich daar op aanpassen.'

Echter, ook in Portura stellen de specialisten dat zij patiënten niet onnodig blijven controleren. De specialisten merken op dat zij patiënten over het algemeen altijd terugverwijzen wanneer de huisarts de behandeling/controlle kan overnemen. Wel geven de medisch specialisten aan dat de patiënt een belangrijke rol heeft in de beslissing om wel of niet terugverwezen te worden. Als de patiënt aangeeft bij de specialist onder controle te willen blijven, dan wordt hij of zij niet terugverwezen naar de huisarts.

Portura, medisch specialist 3: 'Er zijn bepaalde termijnen dat je mensen controleert. Daar houden we ons grosso modo wel aan. Er zijn altijd wel individuele uitzonderingen. De patiënt zelf zegt: ik wil hier blijven of ik heb geen goed contact met de huisarts of weet ik veel wat.'

Portura, medisch specialist 2: 'Het is voor de patiënt natuurlijk toch uiteindelijk makkelijker en prettiger bij de huisarts, in de eigen omgeving. Als patiënt in het ziekenhuis ben je echt patiënt. Als patiënt in een huisartsenpraktijk kun je gewoon jezelf zijn. Ik denk dat het beter is dat we daar waar het kan dat de patiënt weer terug gaat naar de huisarts. Je moet er ook niet eindeloos mee blijven klooiën hier in het ziekenhuis. Op een gegeven moment moet je zeggen: dit heeft geen specialistische controle nodig. Alleen ervaring leert dat mensen dat juist op een bepaalde manier prettig vinden.'

Tevens speelt het feit dat het Anjer Ziekenhuis een opleidingsziekenhuis is soms een rol bij de terugverwijzing. De wondcontrole na een operatie wordt bijvoorbeeld vaak in het ziekenhuis gedaan door artsassistenten als onderdeel van hun opleiding tot medisch specialist. Deze patiënten worden dan dus niet terugverwezen naar de huisarts.

Portura, medisch specialist 1: 'In principe worden patiënten terugverwezen naar huisartsen. Maar we zijn een opleidingskliniek dus dat betekent dat we ook wel willen dat onze assistenten zien wat ze gedaan hebben.'

Een van de specialisten geeft aan dat hij de keuze van terugverwijzing expliciet aan de patiënt voorlegt. Daarbij stelt hij dat hij geen suggestie in zijn vraag legt, waarmee hij de patiënt zou kunnen beïnvloeden.

Portura, medisch specialist 4: 'Het is niet zo dat wij hier zitten om een steeds uitdijende populatie aan patiënten te hebben waar je niets mee doet. (...) Ik zeg altijd tegen de patiënt: u bent stabiel en ik denk niet dat we de komende tijd wat gaan veranderen aan de begeleiding en aan de medicatie, de huisarts kan dan overnemen en u kunt ook hier onder controle blijven als u wilt. Zeg maar wat u wilt. (...) Ik leg geen suggestie in mijn vraag. Mijn poli is overvol en als een patiënt zegt, ik wil graag terug dan ben ik daar heel tevreden over. (...) Ik denk niet dat wij uit den treuren bezig hoeven te zijn met secundaire preventie. Als iemand een infarct heeft gehad en die moet afvallen en die moet gezond leven en een pilletje slikken, ja,

de controle daarvan kan net zo goed in de huisartsenpraktijk. Als wij dat krampachtig vasthouden dan krijg je concurrentie.'

Sommige huisartsen vinden het 'laf' dat specialisten de patiënt een keuze bieden bij de terugverwijzing naar de huisarts. Patiënten zouden liever onder controle van de specialist blijven omdat de specialist, in de ogen van de patiënt, betere zorg kan bieden dan de huisarts. De specialist zou de patiënt volgens deze huisartsen gewoon voor het feit moeten stellen dat hij of zij terug kan naar de huisarts.

Portura, huisarts 7: 'De patiënt wil voor zijn gevoel de beste zorg en ze denken nog altijd dat die in het ziekenhuis zit. Dus ik vind, dat is een beetje lafheid. Hij is deskundig, de specialist is deskundig of de patiënt medisch gezien terug kan naar de eerste lijn. En dan moet hij ook zeggen: het is prima met u, u kunt terug naar de huisdokter. En dat niet aan de patiënt overlaten. (...) Dat is natuurlijk heel makkelijk. Dan blijft de helft zo al plakken.'

Portura, huisarts 4: 'Hij kan dat ook anders formuleren. Dat er gewoon afspraken zijn in de regio dat patiënten die gewoon stabiel zijn en die gewoon goed gecontroleerd kunnen worden in de huisartsenpraktijk, dat het verantwoord is. En dat ze nog een brief zullen sturen naar de huisarts met aanwijzingen eventueel of uitleg over bepaalde zaken.'

Ook de huisartsenzorg in Portura heeft zich de laatste jaren, mede onder invloed veranderingen in het zorgstelsel, ontwikkeld. Deze ontwikkeling is in Portura sterker dan in Domidam. In Portura vertellen een groot aantal huisartsen dat zij sinds de invoering van de M&I module meer zijn gaan doen, terwijl de huisartsen in Domidam beweren dat hun taakbreedte niet is veranderd onder invloed van het prestatiegerichte bekostigingssysteem. De huisartsen in Portura geven aan dat zij het van groot belang vinden dat zij betaald worden voor het werk dat ze doen.

Portura, huisarts 2: 'Ik deed het al wat vaker, maar nu het in de M&I module is gekomen, nu er wel naar behoren wordt betaald, doe ik wel wat meer zelf. (...) Wat de huisarts moet doen heb ik altijd zelf gedaan. Waar ik niet voor werd betaald, dat verreekte ik ook. Als ik iemand naar het ziekenhuis verwees en die kreeg standaard 240 euro en ik krijg niets, dan weiger ik om het zelf te doen. Nu, met dat zorgstelsel krijg ik wel relatief naar behoren betaald, dus waar ik het kan doen, doe ik het zelf. Omdat het ook in de eerste lijn thuishoort. Mij principe is dus: wat ik doe in de eerste lijn, moet ook betaald worden. En als het niet betaald wordt doe ik het niet, punt.'

Portura, huisarts 4: 'Nou, van de M&I verrichtingen zijn we wel meer gaan doen. ECG's zijn we nu zelfstandig gaan doen, 24-uurs bloedmetingen doen we nu zelf. (...) De dingen die kunnen in de eerste lijn en die ook goed gedaan kunnen worden en die ook betaald worden, dat pakken we op.'

Portura, huisarts 5: 'Het maken van ECG's, het doen van kleine ingrepen, de 24-uurs bloeddrukmeting, spirometrie. Dat wordt veel meer nu in de huisartsenpraktijk gedaan omdat dat lonend is. Voorheen moest je de inspanning doen zonder dat je er iets voor kreeg. Dan begint de animo wel af te nemen.'

Een aantal van de huisartsen geeft aan dat zij de verrichtingen uit de M&I module altijd al hebben uitgevoerd, maar dat zij het wel belangrijk vinden dat dit nu beter gehonoreerd wordt. Deze huisartsen vinden het van belang om zo veel mogelijk zorg in de huisartsenpraktijk aan te bieden. Zij zien dit als een belangrijke service richting hun patiënten.

Portura, huisarts 7: 'We hebben dat altijd al gedaan. Het werd alleen gemakkelijker toen de bekostiging kwam in de M&I tarieven. Maar dat deden we altijd al heel veel. Alleen werd het toen niet goed gehonoreerd. We vinden het hier gewoon allemaal leuk om te doen. En dan bied je iets extra's voor de patiënten in de buurt, om de hoek. Terwijl je anders naar het ziekenhuis moet. Dus dat vinden we qua service ook heel belangrijk.'

Portura, huisarts 8: 'Wij vinden dat we voor onze verzekerden, onze patiënten, dicht bij huis zoveel mogelijk moeten kunnen bieden in de zorg als je, je daar een beetje in kunt scholen. Dus we hebben altijd al de kleine verrichtingen gehouden, de kleine ingreepjes: spiraaltjes inbrengen, kleine chirurgische ingrepen, wondjes hechten. (...) [Vroeger werd dat] extra werk niet beloond. Dat was ons altijd een doorn in het oog. (...) Wij deden het altijd al zelf en nu van harte omdat we er ook een declarering voor krijgen.'

Naast de verrichtingen uit de M&I module, zijn er in de huisartsenpraktijken in Portura ook ontwikkelingen gaande betreffende de chronische zorg. Net als in Domidam, zijn de huisartsen in Portura steeds meer gaan doen op het gebied van onder andere diabetes, COPD en hart- en vaatziekten. Al sinds de jaren negentig heeft er in Portura een substitutie plaatsgevonden van chronische zorg van de tweede naar de eerste lijn.

Portura, huisarts 2: 'Ja, dat is wel meer geworden. Het is natuurlijk ook dat wij steeds meer controles doen sinds de verandering in het stelsel. Maar dat geldt eigenlijk ook langer. Ook voor 2006 was er als dat hele substitutie gebeuren naar de eerste lijn. Dat gold ook voor de diabeten die bij ons zijn gekomen en dat gold ook voor die cardiologische patiënten.'

Een van de huisartsen geeft aan dat die substitutie het gevolg is van een wijziging in de financieringssysteem van de medisch specialisten. Toen de specialisten in de jaren negentig te maken kregen met een lumpsum financiering, verwezen zij veel meer chronische patiënten terug naar de huisarts.

Portura, huisarts 6: 'Wij hebben al sinds eind jaren negentig dat wij stabiele hartpatiënten terug krijgen. Dat heeft meer te maken met het feit, dat specialisten destijds niet meer op een declaratiebasis [werkten], maar een zekere budgettering hadden. (...) De specialist [dacht toen]: ik heb die patiënt hier en die komt ieder jaar, maar eigenlijk verdien ik er geen barst aan. Dus die [specialist] stuurde de patiënten terug [naar de huisarts]. Dat is geen verdienste van de zorgverzekeringwet.'

Hoewel de chronische zorg dus al langer onderdeel is van de huisartsenzorg, heeft deze zorg zich wel ontwikkeld. Deze ontwikkeling is in Portura sterker dan in Domidam. De chronische zorg in de huisartsenpraktijken van Portura wordt namelijk steeds vaker georganiseerd in zorgstraten. In

deze zorgstraten werken verschillende zorgverleners samen, waarbij de huisarts en de praktijkondersteuner een coördinerende rol hebben. Met de zorgverzekeraar wordt vervolgens een all-in tarief afgesproken waarvoor de patiënt volgens de richtlijnen wordt gecontroleerd door een team van zorgverleners. De zorgverzekeraars kopen de zorg dus in bij de huisarts die met behulp van andere zorgaanbieders deze zorg garandeert.

Portura, huisarts 5: 'Een andere trend die je ziet is dat met name groepen huisartsen zorgstraten gaan oprichten. Dus de zorg rondom diabetes, COPD patiënten, depressies, cardiovasculair, osteoporose. Dat zijn allemaal projecten waarin een bepaald zorgproduct wordt afgesproken dat ze volgens dat protocol wordt behandeld. (...) En als we dat op die manier doen, (...) dan vinden we dat we daar extra voor beloond mogen worden. En dat wordt dan ook door de zorgverzekeraars gedaan. Dat valt buiten de M&I modules, maar dat is een beetje een DBC-achtige constructie. Dan zijn huisartsen vaak onderaannemers en dan hebben we een diëtiste en een podotherapeut.'

Portura, huisarts 7: 'Enerzijds moeten we ons sterk gaan maken over de chronische zorg. Dat zijn de drie pijlers: astma/COPD, hart- en vaatziekten met daarbij preventie en diabetes. Dat zijn de drie grote takken. Daar moet je voor zorgen dat dat staat als een huis. (...) En in het verlengde daarvan dat je zorgstraten gaat krijgen. (...) We proberen zorgstraten te maken. Dat betekent dat je als huisarts de hoofdaannemer wordt van de zorg en je zet dat uit naar andere disciplines. (...)'

Al met al heeft de huisartsenzorg zich in Portura sterk ontwikkeld. Het takenpakket van de huisartsen is op het gebied van chronische zorg en de M&I verrichtingen uitgebreid. Het is opvallend dat een aantal huisartsen expliciet aangeeft dat zij steeds meer op basis van bedrijfsmatige argumenten bepalen welke zorg zij wel of niet leveren.

Portura, huisarts 4: 'Daar zitten we dus in om ook te kijken welke dingen kunnen in de eerste lijn, welke dan ook bedrijfsmatig wat opleveren. Want je kunt wel tijd ergens in steken zonder dat het betaald wordt, maar dat doen we niet meer.'

Portura, huisarts 7: 'Er komt van alles bij, dus je zult heel duidelijk de keuze moeten maken. Ik kan mijn tijd maar een keer besteden. En dan moet ik wel ook bedrijfsmatig gaan kijken. Als ik mijn tijd maar een keer kan besteden, wat geeft dan het hoogste rendement.'

Ook de specialisten in het Anjer Ziekenhuis merken dat het takenpakket van de huisartsen de laatste jaren is uitgebreid. De specialisten vinden het geen probleem dat huisartsen bepaalde taken naar zich toe trekken. Zij ervaren dit niet als concurrentie.

Portura, medisch specialist 1: 'Als ze dat graag zelf doen, dan zorgen we dat ze een cursus krijgen dat ze dat zelf kunnen doen. Ik ben daar niet bang voor. Als ik een huisarts leer de kleine dingen te doen en hij heeft zijn ogen open voor de grote dingen en hij stuurt die dan door. Dan stuurt hij die toch door. Dan doe ik wel de grote dingen en dan doet hij de kleine dingen. (...) Ik ben niet bang voor concurrentie van huisartsen.'

Portura, medisch specialist 4: 'Ik ben een voorstander van verrijking van de huisartsenpraktijk. Is dat concurrentie? Ja, dat kun je concurrentie noemen. Dat voelt niet als concurrentie. Het vak ontwikkelt zich voortdurend. En als wij ons alleen maar met de routine bezig houden dan kom je geen stap verder.'

Hoewel de specialisten het over het algemeen geen probleem vinden dat de huisartsen meer zijn gaan doen, zijn zij, net als de specialisten in Domidam, wel eens sceptisch over de kwaliteiten van de huisartsen om deze extra zorgtaken op zich te nemen. Er bestaat veel diversiteit in de mate van bekwaamheid van de verschillende huisartsen.

Portura, medisch specialist 3: 'Ik denk dat er een heleboel dingen zijn die de huisarts ook heel goed kan begeleiden. Een hoge bloeddruk, een stabiele angina pectus, hartfalen. (...) Aan de andere kant ben ik ook wel eens sceptisch naar aanleiding van ervaringen met huisartsen. Het hangt natuurlijk erg van de individuele interesse van de huisarts af. Hij moet richtlijnen van een heleboel verschillende disciplines beheersen en kennen. Je hebt huisartsen die zijn meer geïnteresseerd in longen en andere meer in gynecologie en een derde is in hartfalen geïnteresseerd. Als je die treft als patiënt dat heb je het goed en als je die niet treft dan heb je het minder goed.'

Ook enkele huisartsen herkennen deze diversiteit. Deze huisartsen zijn van mening dat met name de solopraktijken slechts in beperkte mate extra zorgtaken naar zich toe kunnen trekken.

Portura, huisarts 4: 'Er is wel diversiteit natuurlijk binnen de eerste lijn. Ik wil niet zeggen dat het altijd goed is als je met meer mensen samen werkt, maar solisten hebben wel hun beperkingen in de zin van dat ze bepaalde chronische zorg niet kunnen delegeren naar een praktijkverpleegkundige. Dat heeft wel meerwaarde, want dan heb je zelf als huisarts meer tijd voor de wat meer ingewikkelde casus.'

Het werk van huisartsen en specialisten in Portura is, net als in Domidam, mede onder invloed van het nieuwe zorgstelsel, veranderd. Je zou ook hier kunnen stellen dat de werkgebieden van beiden zich naar elkaar toe hebben bewogen. Er bestaat meer overlap in het werk van de huisarts en het werk van de specialist. Deze ontwikkeling heeft zich in Portura sterker voor gedaan dan in Domidam. Met name het takenpakket van de huisartsen is in Portura meer uitgebreid dan in Domidam. Net als in Domidam leidt de verschuiving van werkgebieden ook in Portura tot spanningen, namelijk:

- Huisartsen willen zich meer op de chronische zorg toeleggen. Tegelijkertijd ervaren zij dat specialisten (chronische) patiënten vaak onnodig vasthouden.
- Specialisten komen met nieuwe zorgvormen, zoals de hoestpolikliniek. De huisartsen vinden dit eerstelijnszorg die in de huisartsenpraktijk thuis hoort.
- Huisartsen nemen nieuwe zorgtaken op zich. De specialisten zijn van mening dat zij hier niet altijd bekwaam toe zijn.

Door sommige huisartsen wordt deze spanning als concurrentie ervaren. Enkele huisartsen brengen naar voren dat concurrentie met specialisten nog niet echt mogelijk is. Doordat zorgverzekeraars nog altijd budgetten met ziekenhuizen overeenkomen, is het voor de verzekeraar niet aantrekkelijk om bepaalde zorg door de huisarts te laten uitvoeren.

Portura, huisarts 8: 'In feite zou je kunnen zeggen dat je gaat concurreren met andere aanbieders van zorg. Nou, dat klopt eigenlijk nog niet. (...) Die verzekeraar heeft al een budget afgesproken met het ziekenhuis en dat budget daar kunnen ze nog niet aan. Dus als een verzekerde bij mij komt voor een kleine ingreep, kost dat een verzekeraar geld en dat geld kan hij niet uit het ziekenhuis halen. Terwijl als ik hem naar het ziekenhuis had gestuurd, werd het daar ook gedaan, maar dan had ik geen geld gekost voor de verzekeraar. Dat noemen we ontschotting, er zit nog steeds geen heldere toedeling van de gelden. (...) De minister moet er nu voor zorgen dat die ontschotting plaats vindt. Dat gaat over twee jaar echt gebeuren. Zolang zijn we natuurlijk nog geen concurrent, want de verzekeraar heeft helemaal geen trek om ons te betalen voor het werk.'

### *7.3.2 Horizontale concurrentie*

Net als in Domidam, is in Portura bij geen enkele huisarts het verwijsgedrag veranderd onder invloed van veranderingen in het zorgstelsel. De huisartsen verwijzen nog altijd naar het ziekenhuis 'om de hoek'. Echter, in de directe omgeving van de huisartsen in Portura bevinden zich meerdere ziekenhuizen waar de huisartsen naar kunnen verwijzen. Het marktaandeel van het Anjer Ziekenhuis (46 procent) in Portura is dan ook aanzienlijk lager dan het marktaandeel van het Zonnebloem Ziekenhuis (91 procent) in Domidam.

Bij de verwijzing speelt de patiënt een belangrijke rol. De patiënt beslist uiteindelijk altijd naar welk ziekenhuis en naar welke specialist hij of zij gaat. Net als in Domidam, zijn voor de patiënten in Portura de bekendheid met het ziekenhuis of de specialist, nabijheid en wachttijden van belang bij de keuze voor een bepaald ziekenhuis.

Portura, huisarts 1: 'Het Iris Ziekenhuis is de buur en dat willen patiënten vaak. En voor sommige specialismen vind ik dat heel prima. Voor andere zaken verwijs ik ook wel eens naar het Anjer Ziekenhuis.'

Portura, huisarts 3: 'Wij zitten hier natuurlijk een beetje in het centrum. Dus het hangt er van af waar mensen bekend zijn. Ik laat het aan patiënten. (...) Mensen willen natuurlijk gewoon zo snel mogelijk altijd. Dat is wel een hele duidelijke factor.'

Hoewel in de interviews met de huisartsen naar voren komt dat nabijheid voor patiënten een belangrijke factor is bij de keuze voor een bepaald ziekenhuis, is het Anjer Ziekenhuis wel oplettend voor toenemend keuzegedrag bij patiënten. Zij gaan er niet langer van uit dat patiënten kiezen voor het ziekenhuis 'om de hoek'.



Jaarverslag 2006: 'Want de veranderingen in de zorg worden voelbaar. Niet langer is het vanzelfsprekend dat patiënten kiezen voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Patiënten kiezen steeds vaker voor de beste zorg.'

Wanneer een patiënt geen voorkeur heeft voor een bepaald ziekenhuis, dan geeft de huisarts een advies. De adviesfunctie van de huisarts bij een verwijzing komt in Portura sterker naar voren dan in Domidam.

Portura, huisarts 5: 'Dingen waarop zij (lees: patiënten) kiezen zijn: hoe snel kan ik er terecht en is het dicht bij huis. De criteria waarop gekozen wordt is niet altijd inhoud en kwaliteit. Ze gaan er wel van uit dat als jij ze verwijst van u weet wel wat het beste is. Dus laten ze het vaak aan ons over om daarin aanbevelingen te doen.'

Portura, huisarts 6: 'Uiteindelijk heeft de patiënt daar ook zelf een keuze in. Ik vraag over het algemeen voordat ik ga verwijzen, van goh, wat is je eigen voorkeur. Als die er niet is, dan kijk ik er nog wel eens naar of er een verschil in toegangstijd is als dat van belang is. En anders heb ik mijn eigen voorkeur. Afhankelijk van het probleem waarmee ik geconfronteerd ben.'

De Raad van Bestuur van het Anjer ziekenhuis is zich bewust dat de huisarts een belangrijke rol kan spelen in de keuze voor een bepaald ziekenhuis bij een verwijzing.

Portura, lid Raad van Bestuur: 'Zij (lees: huisartsen) spelen een belangrijke rol in het keuzepatroon, als je het zo mag zeggen, van de klant, van de patiënt. Zij zijn de professionele verwijzer. Zij zijn ook diegenen die ook desgevraagd hun patiënten daarin adviseren.'

De huisartsen in Portura verwijzen over het algemeen op basis van de klachten van de patiënt en de voorkeur van een patiënt naar een specialisme (en soms naar een specialist), in een van de ziekenhuizen in Portura. Regelmatig spelen ook andere afwegingen een rol, zoals de persoonlijkheid van de patiënt, de bejegening van de patiënt door de medisch specialist, de kwaliteit van zorg, de beschikbaarheid van subspecialismen, de wachttijden en de bekendheid met de specialist (zie figuur 7.3).

Portura, huisarts 2: 'Het uitgangspunt is: ik probeer voor mijn patiënt een specialist of specialisme te zoeken wat bij die patiënt past. Dus deels op de aard van de klachten en deels ook op de persoon verwijs ik. Daar heb ik in de loop der jaren wel mijn bepaalde voorkeuren. (...) Ik vind als ik verwijs, dan hoort er ook een klein beetje de verantwoordelijkheid bij dat ik weet waar ze terecht komen. Dat dat ook een beetje past. Dat hoort bij de verwijzing.'

Portura, huisarts 4: 'Je weet over het algemeen wat de subspecialisaties van bepaalde specialisten zijn, maar dan hebben we het een beetje over de grotere groepen: interne, orthopeden. Dan verwijs je daar doelbewust naar. En er zijn ook wel een aantal persoonlijkheden waarvan ik denk: dit botert absoluut niet. Als ik dit doe is het zo afgelopen. Dus dat speelt wel degelijk mee. (...) De snelheid ook, waarop mensen ergens terecht kunnen. [Wanneer je bepaalde specialisten persoonlijk kent, speelt dat ook mee in de verwijzing].'

Voor veel huisartsen is ook de samenwerking met specialisten van belang bij de keuze voor een bepaald ziekenhuis, specialisme of specialist. De huisartsen geven aan dat zij geneigd zijn te verwijzen naar een specialist die patiënten tijdig terugverwijst, met wie de huisarts goed overleg heeft en met wie de correspondentie goed verloopt.

Portura, huisarts 4: ‘Als mensen dan vragen waar ze het beste heen kunnen, dan doe je dat met de club met wie je al goede samenwerking hebt. En ik wil niet zeggen dat de andere slecht zijn, maar bijvoorbeeld het terugverwijzen, dat kan wel een belangrijk punt zijn. Als je (...) weet uit ervaring (...) die sturen niet meer terug, dat speelt mee [bij de verwijzing].’

Portura, huisarts 8: ‘Voor mij als dokter geldt vaak van: heb ik goed overleg met die specialist, verwijst hij me de patiënten ook terug met een fatsoenlijk advies of is het alleen maar business. Hoe gaat hij met mijn patiënten om, hoe gaat hij met mij om. (...) Dus het gaat bij mij om de samenwerking en om een goede over en weer verwijzing.’

Een van de huisartsen geeft aan dat extra service aan huisartsen, zoals adviespoliklinieken, een rol speelt bij de keuze voor een bepaald ziekenhuis.

Portura, huisarts 5: ‘En het [Anjer Ziekenhuis] heeft nu bijvoorbeeld een service voor spataderen die ze goed hebben opgezet. Nou, dat is dan een reden om het daar te doen. Een one-stop-shop methode. (...) De kwaliteit en de service die ze leveren en [dat er ook] gegarandeerd (...) wordt terugverwezen naar de huisarts. Nou, dat vind ik kwaliteit en daar verwijs ik ook op.’

---

**Kader 7.3** Afwegingen die meespelen bij de keuze van een ziekenhuis/specialisme/specialist door een huisarts in Portura.

---

- De voorkeur van een patiënt.
- Goede klinische zorg.
- Subspecialiteit beschikbaar.
- De houding van de medisch specialist tot de patiënt.
- Persoonlijkheid van de patiënt.
- Wachttijden voor een afspraak.
- Bekendheid met de medisch specialist.
- Samenwerking met de medisch specialist, waaronder kan worden verstaan:
  - Goede communicatie met het ziekenhuis.
  - Goed overleg met de specialist.
  - Service voor de huisarts (bijv. adviespoli's).
  - Tijdige terugverwijzingen.

Hoewel ook de huisartsen in Portura over het algemeen naar het ziekenhuis ‘om de hoek’ verwijzen, maken zij wel een brede afweging tussen de verschillende ziekenhuizen, specialismen en specialisten in de stad. In tegenstelling tot Domidam, is er in Portura daardoor wel sprake van concurrentie tussen ziekenhuizen. Dit is geen gevolg van de nieuwe Zorgverzekeringswet. In

Portura is marktwerking geen nieuw fenomeen. Ook voor 2006 was er sprake van concurrentie tussen de verschillende tweedelijns zorgaanbieders in de stad en omgeving.

Portura, lid Raad van Bestuur: 'Wat je ook van marktwerking zou willen vinden, markt in de ziekenhuiszorg is er altijd geweest. Het is alleen nu dat er een veranderende markt aan het ontstaan is met allerlei mogelijkheden tot initiatieven. (...) Die concurrentie met andere ziekenhuizen is er altijd al. Die is er altijd al geweest.'

## **7.4 Samenwerking binnen de verwijsrelatie**

Samenwerking met huisartsen is een van de speerpunten in het meerjarenbeleidsplan van het Anjer Ziekenhuis.

Meerjarenbeleidplan 2007-2010: 'We hebben vastgelegd waar we met het [Anjer Ziekenhuis] in 2010 willen staan. Kernpunten zijn:

- (...)
- We werken goed samen met andere ziekenhuizen en andere zorgaanbieders.'

In de samenwerking tussen de huisartsen in Portura en de specialisten uit het Anjer Ziekenhuis speelt de Stichting Samen een belangrijke rol. In 2003 is deze stichting opgericht met als doel het stimuleren en optimaliseren van de samenwerking tussen huisartsen en (de specialisten binnen) het Anjer Ziekenhuis. Deze samenwerking zou moeten leiden tot een verbetering van de kwaliteit en service van de zorgverlening. Het bestuur van de stichting bestaat uit drie huisartsen, drie specialisten en een afgevaardigde uit de Raad van Bestuur van het Anjer Ziekenhuis. De Stichting Samen richt zich op verschillende vormen van samenwerking. In Domidam bestaat geen soortgelijke organisatie die zo'n belangrijke rol heeft in de samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten.

### *7.4.1 Losse coalities*

Ook in Portura komt de samenwerking tussen huisartsen en specialisten in de vorm van losse coalities tot uiting in correspondentie, telefonisch overleg en (nascholing)bijeenkomsten. Met name de correspondentie is in Portura beter georganiseerd dan in Domidam, waardoor de samenwerking op dit gebied in Portura beter tot stand komt.

#### *Correspondentie*

Er wordt in Portura veel meer gebruik gemaakt van ICT ter ondersteuning van de correspondentie. Het verwijsproces in Portura wordt namelijk ondersteund door een internetgebaseerde verwijsapplicatie. Deze verwijsapplicatie zorgt er voor dat de huisarts informatie op zijn computerscherm kan krijgen over onder andere het zorgaanbod, de verwijsindicatie en de toegangstijden van de verschillende ziekenhuizen in zijn regio. Op basis van deze informatie kan de huisarts in samenspraak met zijn patiënt, bij een verwijzing een keuze

maken voor een bepaald ziekenhuis, een bepaald specialisme en een bepaalde specialist. Vervolgens kan de huisarts met behulp van deze verwijsapplicatie zijn verwijsbrief schrijven en elektronisch verzenden. Daarbij is het huisarts informatie systeem (HIS) gekoppeld aan de verwijsapplicatie zodat de huisarts geen gegevens dubbel hoeft in te voeren. Tevens kan de huisarts met deze verwijsapplicatie er voor kiezen een patiënt met spoed te verwijzen.

De huisartsen zijn over het algemeen tevreden over deze internetgebaseerde verwijsapplicatie. Veel van de huisartsen zijn echter wel van mening dat deze verwijsapplicatie veel werk voor hen met zich meebrengt. Tot korte tijd geleden kregen de huisartsen om die reden per verwijzing een vergoeding van de aangesloten ziekenhuizen. Echter, de Nederlandse Zorgautoriteit heeft deze vergoeding verboden in verband met mogelijke concurrentievervalsing. Sommige huisartsen vinden de verwijsapplicatie nu niet meer aantrekkelijk om mee te werken. Volgens deze huisartsen moeten zij meer werk verrichten zodat het ziekenhuis werk kan besparen. De samenwerking levert hierdoor alleen voordelen voor het ziekenhuis op.

Portura, huisarts 5: 'Op het moment dat wij alleen maar input leveren voor het ziekenhuis en daar niets voor terug krijgen, dan is voor ons de meerwaarde beperkt.'

Portura, huisarts 7: 'De ziekenhuizen hebben daar baat bij dat we dat zo doen. (...) En dan worden we daar vervolgens niet voor gehonoreerd. Nou, dat is dan heel raar. Maar ondertussen wordt het wel allemaal meer en meer. (...) Ik wil daar in ieder geval niet financieel slechter van worden.'

Portura, huisarts 8: 'Het is een mooi systeem. Het doel is dus dat je een goede verwijzing voor de patiënt realiseert. Dat betekent wel dat huisartsen veel meer werk moeten verzetten. (...) Wij kunnen [bijvoorbeeld ook] folders downloaden, die geven we mee [aan de patiënt]. Dat is natuurlijk hartstikke mooi. Maar dat betekent wel dat wij iets doen wat ook in het belang is van de specialist. (...) Maar nu zeggen de specialisten: we betalen niet meer. (...) Ik ben nu zo ver, ik doe niets meer voor nop.'

De specialisten zijn over het algemeen tevreden over de internetgebaseerde verwijsapplicatie.

Portura, medisch specialist 1: '(over de verwijsapplicatie) Geweldig, ik ben zelf degene geweest die dat hier in de regio geïntroduceerd heeft.'

Portura, medisch specialist 3: '(over de verwijsapplicatie) Ja, prima, dat loopt wel. Al die dingen zijn nog steeds voor verdere verbetering vatbaar, maar op zich loopt dat wel.'

Ook de correspondentie van de specialist naar de huisarts verloopt sinds korte tijd via een elektronisch systeem. Dit systeem kent nog wel wat opstartproblemen.

Portura, medisch specialist 4: 'Ja, de correspondentie is een moeizaam probleem in het ziekenhuis. We hebben nu de mogelijkheid om elektronisch terug te schrijven. We zitten in een transitiefase. Vroeger was het zo dat je een patiënt zag, dat je een brief dicteerde. Dan

werd die uitgetypt, dan corrigeerde je hem en dan kwam hij weer op je bureau. Dan was er een maand verstreken en dan kreeg die huisarts een keer zijn brief. Nu kan dat elektronisch. Dat heeft zijn opstartproblemen. Dat is ook in een beginfase. Dat begint nu te lopen. Dat maakt de communicatie een stuk gemakkelijker.'

De Stichting Samen is zich bewust van deze problemen en voert hier actief beleid op om dit te verbeteren.

Jaarverslag 2007 Stichting Samen: 'Het streven is om alle berichten vanuit het ziekenhuis naar de huisartsen, o.a. specialistenbrieven, opname- en ontslagbrieven elektronisch te verzenden. Dit levert voor zowel huisartsen als specialisten/ziekenhuis veel winst op. In 2007 werden er gemiddeld 9500 brieven per maand elektronisch verzonden.'

De huisartsen zijn over het algemeen tevreden over de correspondentie van de specialist naar hen. De kwaliteit en snelheid van de correspondentie is per specialist verschillend. Net als in Domidam, kan het ook in Portura soms lange tijd duren voordat de huisartsen door de specialist worden geïnformeerd over een behandeling of ontslag.

Portura, huisarts 3: 'We krijgen een opnamebericht en we krijgen een eerste hulp bericht, via de elektronische post. Dus dat is ook snel. En dan met de opname krijg je natuurlijk, dat hangt er van af hoe druk de artsassistent het heeft, maar dan krijg je een verslag van als iemand ontslagen wordt. (...) Nou, het ene specialisme is daar beter in dan de andere.'

Portura, huisarts 6: 'Ik stel het heel erg op prijs dat als ik een patiënt verwezen heb dat ik ook schriftelijk iets terug krijg. (...) Dan weet ik ook een beetje wat er gebeurt. (...) Dat gebeurt in het algemeen goed. (...) Je hebt specialisten die daar slordig in zijn. Absoluut.'

De correspondentie tussen huisartsen en specialisten is een belangrijk aandachtspunt van Stichting Samen.

Jaarverslag 2007 Stichting Samen: 'De berichtgeving aan huisartsen vanuit het ziekenhuis en tussen huisartsen en specialisten bij gedeelde zorg, opname en ontslag en overlijden is een continu aandachtspunt van de stichting. De berichtgeving komt in vele projecten en activiteiten aan de orde.'

### *Telefonisch overleg*

Net als in Domidam, bellen de huisartsen in Portura de specialist regelmatig op. Ook in Portura gaat het dan meestal om het verzoek om een patiënt met spoed te verwijzen. Daarnaast hebben de huisartsen incidenteel ook telefonisch overleg bij twijfels over een verwijzing. De huisartsen en specialisten zijn over het algemeen tevreden over dit overleg.

Portura, huisarts 1: 'Vooral in het Anjer Ziekenhuis. Daar kun je gewoon heel laagdrempelig ook bellen om bij twijfel te overleggen. (...) Ik vind dat het Anjer Ziekenhuis dat goed doet. Ze zijn heel goed bereikbaar. Je moet wel goed doorvragen. (...) Maar als je ze daar toe uitnodigt dan denken ze zeker mee. Dat vind ik heel plezierig.'

Portura, huisarts 5: 'Meestal, van ik heb een probleem wat moet ik daar mee. Of als je mensen de dag zelf nog verwezen wil hebben, dan gaat dat telefonisch. Maar er zijn ook wel eens problemen van wat moet ik daar mee, heb jij een suggestie.'

Portura, medisch specialist 3: 'Een huisarts belt in principe niet voor niets. Die heeft een probleem of de patiënt heeft een probleem of er moeten wat gedachten gewisseld worden. Nou, dat is prima. Dat is uitstekend. Dat vind ik alleen maar plezierig.'

Portura, medisch specialist 4: 'Mijn ervaring is wel dat als een huisarts belt over een advies, dat dat voor beide kanten bevredigend is.'

Een van de specialisten geeft wel aan dat het niet altijd plezierig en praktisch is om tijdens het werk telefoontjes van huisartsen te krijgen. Deze specialist vindt het prettiger als hij zich kan voorbereiden op deze telefoontjes.

Portura, medisch specialist 4: 'Telefonisch overleg is moeilijk. Als een huisarts nu belt en die zit met een patiënt voor zich en die wil een ogenblikkelijk antwoord hebben. (...) Eigenlijk heb ik daar een hekel aan. Als een huisarts belt en zegt: ik wil even telefonisch overleggen, dan zeg ik tegen mijn secretaresse: dat is prima, leg de status klaar, leg de papieren klaar en dan doe ik dat.'

Net als in Domidam, bellen de specialisten in Portura de huisartsen minder vaak op dan andersom. Wanneer zij telefonisch overleg hebben gaat dit meestal over terminale patiënten. Een van de specialisten stelt dat de slechte bereikbaarheid van huisartsen een probleem vormt in het telefonisch contact.

Portura, medisch specialist 2: 'Telefonisch contact heb ik zelf heel weinig. Als ik het nodig vind om iets over een patiënt te bespreken, (...), dan doe ik dat schriftelijk. (...) Ik moet eerlijk zeggen, als je de praktijk al bereikt. Want dat is natuurlijk het probleem. Je krijgt de praktijkassistente aan de telefoon en dan is de dokter bezig en moet je even wachten. Dat kost gewoon veel tijd en dat is zonde.'

Portura, medisch specialist 3: 'Er zijn situaties [dat je de huisarts belt]. Maar dat zijn uitzonderingssituaties, dat is dan toch meestal met terminaal lijden.'

Een van de huisartsen vindt het erg jammer dat er door de specialisten zo weinig telefonisch contact met hem wordt opgenomen.

Portura, huisarts 2: 'Maar er wordt weinig vanuit het ziekenhuis naar hier gebeld. Dus het bellen van eerste naar tweede lijn is wat mij betreft velen malen vaker dan andersom. Tenzij ik uitdrukkelijk tegen patiënten zeg van: laat hem bellen, of ik geef ze een brief mee. Dan bellen ze ook. (...) Ik moet daar zelf steeds om vragen, ja.'

### *Bijeenkomsten*

Net als in Domidam, zijn in Portura de belangrijkste bijeenkomsten waarbij huisartsen en specialisten elkaar ontmoeten de nascholingsbijeenkomsten. Deze nascholingen worden soms georganiseerd door de huisartsen en soms door het ziekenhuis en/of de specialisten (in samenwerking met de Stichting Samen). De Stichting Samen speelt hierbij een belangrijke rol.

Jaarverslag 2007 Stichting Samen: ‘De stichting organiseert diverse nascholingen voor huisartsen en specialisten. Hierdoor proberen we een bijdrage te leveren aan kennisoverdracht en een ontmoetingsplaats te bieden voor huisartsen en specialisten om elkaar beter te leren kennen en van elkaar te leren.’

Zowel de huisartsen als de specialisten vinden deze nascholingen van groot belang om elkaar beter te leren kennen. De huisartsen en specialisten geven aan dat ‘elkaar kennen’ bijdraagt aan een goede verwijzing. Je bent dan meer bekend met elkaars mogelijkheden, beperkingen en interesses en je kunt gemakkelijker (telefonisch) overleggen.

Portura, huisarts 4: ‘Daar zit wel meerwaarde in. Dat maakt toch wel dat je meer weet waar je heen stuurt, wat voor een persoon het is en ook de kwaliteiten kun je dan beter inschatten.’

Portura, huisarts 2: ‘Daar waar mogelijk contact is met specialisten, daar ben ik wel aanwezig. Het is heel belangrijk dat dat goed gaat. (...) Dan leer ik ook weer mensen kennen. Dat heeft zijn voordelen in de verwijzing.’

Portura, medisch specialist 4: ‘Het is gemakkelijker. Als je een mens in persoon kent en ook weet hoe hun praktijk eruit ziet dan heb je daar gemakkelijker contact mee. (...) Dan is eigenlijk alles gemakkelijker. Overleg is makkelijker, het heen en weer verwijzen van patiënten is makkelijker.’

Portura, medisch specialist 3: ‘Je kan dan iets beter inschatten wie wat kan, waar de belangstelling ligt.’

Een van de huisartsen geeft een voorbeeld van een situatie waarin de bekendheid met een specialist bijdroeg aan de kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Portura, huisarts 8: ‘Om een leuk voorbeeld te noemen: ik had een keer een patiënt. Dat is een jaar of vijf geleden. Daar was ik begonnen met een lypoom, een goedaardig gezwelletje van het huidvet in de rug. Ik dacht: dat is een klein ding. Maar toen ik daar eenmaal mee bezig was in mijn behandelkamer, toen werd het alsmaar groter. Ik moest als maar dieper en ik dacht: goh, dat gaat mij hier niet lukken. Dus dan bel ik een collega chirurg op en ik zeg: ik heb dat en dat. En hij zegt: kom maar met de patiënt. Dus toen ben ik met de patiënt in de auto naar zijn polikliniek gereden en daar heb ik dat samen met de chirurg verder afgewerkt. Dat is hartstikke leuk. Daarna heb ik de patiënt weer meegenomen naar hier, want hier stond zijn fiets nog. Dat is de ultieme samenwerking. Maar ik wil daarmee aangeven dat als je een collega specialist persoonlijk kent, dan heeft dat een voordeel voor de patiënt ook. Dat is iets waar je ontzettend in moet investeren. Dat kost tijd, daar moet je elkaar ook voor willen ontmoeten.’

Om elkaar te leren kennen zijn de huisartsen en specialisten in Portura, net als in Domidam, met name aangewezen op nascholingsbijeenkomsten. Daarnaast worden er nog een aantal andere bijeenkomsten georganiseerd. De Stichting Samen organiseert bijvoorbeeld een aantal keer per jaar een 'Grand Café'. Deze bijeenkomst heeft tot doel wensen en knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en specialisten uit te wisselen.

Jaarverslag 2007 Stichting Samen: 'Het doel van de Grand Cafés is het uitwisselen van wensen en knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Ook de artsen in opleiding van het betreffende specialisme, en nurse practitioners uit huisartsenpraktijken worden hiervoor uitgenodigd. (...) Dit resulteert in een leuk, afwisselend en informeel programma waarin naast inhoudelijke onderwerpen ook de samenwerking tussen huisartsen en specialisten ter sprake komt. Een inmiddels vast onderdeel is de rondleiding op de betreffende polikliniek of functie afdeling van het betreffende specialisme.'

Net als in Domidam, geven enkele huisartsen in Portura aan dat er te veel bijeenkomsten zijn om ze allemaal te kunnen bijwonen.

Portura, huisarts 4: 'Het is heel wat. Je kunt omkomen in de nascholingen.'

Portura, huisarts 7: 'Als je een jong gezin hebt, [dan ben je] niet altijd zo gemakkelijk al die avonden weg. Ik ben overdag ook al heel druk. Dus dan laat ik dat soort dingen wat vaker vallen.'

#### *7.4.2 Netwerken*

Behalve het informeel overleg tussen de huisartsen en specialisten in Portura gedurende nascholingsbijeenkomsten en dergelijke, is er tevens sprake van een formeel overleg. Dit overleg is vormgegeven in de Stichting Samen. De meeste huisartsen en specialisten in Portura zijn tevreden met deze stichting. Het tripartiete overleg in Portura functioneert dan ook beter, dan het tripartiete overleg in Domidam. In Domidam hebben de vertegenwoordigers van de huisartsen en specialisten in het tripartiete overleg duidelijk meer moeite om de achterban op een lijn te krijgen dan in Portura.

Portura, huisarts 6: 'Ik denk dat dat heel zinvol is. Ik denk dat dat soort transmurale overleggen ongelofelijk belangrijk zijn. Te meer ook omdat de groep specialisten vaak zo groot is geworden en ook de groep huisartsen, dat je anders niet meer tot werkafspraken kunt komen.'

Portura, medisch specialist 4: 'Zij hebben een initiërende en een coördinerende taak. En die voeren ze wat ons betreft heel goed uit. (...) Het is een buitengewoon handig instrument, omdat zij de wegen kennen. Kijk als wij iets hebben van: we willen daarover naar de huisartsen treden. Dan kun je een beroep op de stichting doen en die organiseert het dan voor je.'



Wel bestaat er onder sommige huisartsen het gevoel dat de stichting te veel beïnvloed wordt door het Anjer Ziekenhuis. De stichting zou niet voldoende onafhankelijk zijn.

Portura, huisarts 5: 'Deze stichting is ontstaan en begint nu wel wat volwassener te worden. Maar dat had wel de neiging en heeft nog wel de neiging om heel veel naar het ziekenhuis toe te halen.'

Portura, huisarts 8: 'Dat is heel veel in het belang van de specialisten ook, die stichting. En huisartsen nemen daar wel deel aan, maar het is vooral een organisatie die binnen het ziekenhuis richting huisartsen stroomlijnt en niet andersom.'

De Raad van Bestuur van het Anjer Ziekenhuis herkent deze gevoeligheid bij huisartsen. Om onafhankelijkheid te waarborgen heeft de samenwerkingsorganisatie in 2003 de vorm van een stichting gekregen. Het overleg tussen de huisartsen, de specialisten en het ziekenhuisbestuur is hierdoor in Portura wezenlijk anders georganiseerd dan in Domidam. Het tripartiete overleg in Domidam staat veel dichterbij het ziekenhuis.

Portura, lid Raad van Bestuur: 'De samenwerkingsorganisatie is een platform, dat is, om de gevoeligheid weer te geven, een aparte stichting geworden. Zodat er een aparte paritaire vertegenwoordiging is van de huisartsen en het ziekenhuis. En dat wordt dan ondersteund.'

Toch merkt het lid van de Raad van Bestuur op dat het Anjer Ziekenhuis een hybride positie heeft in de Stichting Samen, net zoals de Raad van Bestuur van het Zonnebloem Ziekenhuis in Domidam een hybride positie heeft in het tripartiete overleg. Enerzijds is het voor het Anjer Ziekenhuis namelijk van belang dat de ketenzorg goed georganiseerd wordt. De patiënt moet het idee hebben dat alles goed is geregeld. Deze ambitie komt tevens terug in het laatste beleidsplan van het Anjer Ziekenhuis.

Meerjarenbeleidsplan 2007-2010: 'Het Anjer Ziekenhuis is er voor de patiënt. In al onze keuzes staat de patiënt centraal (...) Samen met de huisartsen werken we aan verbetering van trajecten waarin we beiden een rol spelen.'

Anderzijds is het voor het Anjer Ziekenhuis van belang dat de huisartsen vooral naar dit ziekenhuis verwijzen. Deze hybride positie is voor de Raad van Bestuur van het Anjer Ziekenhuis soms lastig.

Portura, lid Raad van Bestuur: 'Er zit een zekere hybriditeit in. (...) Daar hebben we vaak nog wel eens wat last van. (...) Ik vind in ieder geval als vertrekpunt, even de visie die er boven hangt, dat het eigenlijk mijn belang is om te zorgen dat de patiënten uiteindelijk die met het Anjer Ziekenhuis te maken krijgen, dat in de hele keten van de zorg die wordt verleend, (...) dat die het gevoel hebben: daar zijn de zaken goed geregeld. (...) Maar dat dan ook die afstemming met de huisartsen goed loopt. En dat die daar op kan vertrouwen dat het goed loopt. (...) En tegelijkertijd kom je ook in een marktverhouding met elkaar. Wij willen wel dat die huisartsen vooral naar ons verwijzen.'

De Stichting Samen past verschillende instrumenten toe om de samenwerking tussen huisartsen en (de specialisten binnen) het Anjer Ziekenhuis te stimuleren en optimaliseren. Ten eerste speelt de Stichting een belangrijke rol in het opstellen en bevorderen van de implementatie van werkafspraken. Het aantal werkafspraken tussen huisartsen en medisch specialisten in Portura is de laatste jaren toegenomen. Het aantal werkafspraken in Portura is dan ook aanzienlijk groter dan in Domidam.

Portura, huisarts 6: 'Die beginnen langzamerhand flink toe te nemen ja. We hebben steeds meer aan speciale poli's, speciale afspraken over hoe je dan vervolgens patiënten zou kunnen verwijzen en hoe dat nou moet, op welke manier etcetera. Daar komen wel steeds meer afspraken over.'

Portura, huisarts 3: 'Er zijn protocollen, anders weet je niet wat je aan het doen bent. En er zijn ook veel meer afspraken van: nou, wanneer gaat het naar de specialist, wanneer is het huisartsenzorg.'

De internetgebaseerde verwijsapplicatie heeft sterk bijgedragen aan het toegenomen aantal werkafspraken. Deze verwijsapplicatie vereist namelijk verwijsprotocollen die huisartsen in een regio samen met de specialisten maken. De protocollen betreffen afspraken over de verwijscriteria, de voor de afspraak benodigde voorbereiding, aanwijzingen voor de huisarts, patiënteninformatiefolders en de inhoud van verwijsbrieven en specialistenrapportages.

Portura, medisch specialist 1: 'Die verwijsapplicatie is eigenlijk een manier om een hele hoop protocollen af te spreken. (...) Daarvoor hebben we dat geprobeerd per ziektebeeld. We hadden toen een blauw boekje. Daar waren de protocollen in vermeld. Niemand wist echter precies wat er in dat boekje stond. Zowel de specialist niet als de huisarts niet.'

De Raad van Bestuur van het Anjer Ziekenhuis vindt het van groot belang dat er werkafspraken worden gemaakt met huisartsen. Om spanningen en concurrentie tussen huisartsen en specialisten te voorkomen is het van belang dat er afspraken worden gemaakt over wie wat doet.

Portura, lid Raad van Bestuur: 'Ik heb helemaal geen behoefte aan harde concurrentie met huisartsen. Natuurlijk moet je daar goede afspraken over maken. (...) Je moet daar gewoon duidelijk over zijn. Expliciteren is nooit de sterkste eigenschap geweest in de zorgwereld. (...) Je zult op een gegeven moment toch gaan krijgen dat [men steeds scherper gaat] definiëren van wat doe ik nog wel en wat doe ik niet.'

De Stichting Samen is, ten tweede, actief in het opzetten van dienstverlening voor huisartsen. Deze extra dienstverlening voor huisartsen, georganiseerd door het ziekenhuis, komt in Portura duidelijk meer voor dan in Domidam. De stichting heeft een belangrijke rol in het opzetten van eerstelijns diagnostiek mogelijkheden binnen het Anjer Ziekenhuis. Daarnaast zijn er de laatste jaren in het Anjer Ziekenhuis verschillende adviespoli's opgericht, namelijk: de Cardiologische Advies Poli, de Urologische Advies Poli en de Psychiatrische Advies Poli. Hier kunnen

huisartsen patiënten naar toe sturen voor een eenmalig advies van de specialist. Deze adviespoli's worden door de huisartsen zeer gewaardeerd.

Portura, huisarts 2: 'Ik kan ook verwijzen naar de cardiologische adviespoli. (...) Daar maak ik regelmatig gebruik van. Dan bel ik op en dan krijg ik een afspraak binnen een week. Dan wordt die patiënt een hele ochtend bekeken, dat geldt voor het bloed, een hartfilmpje, een echo. Na afloop van die dag wordt er weer een advies naar mij gefaxtd.(...) Maar dat loopt goed.'

Portura, huisarts 4: 'Ik denk dat dat een heel goed voorbeeld is van samenwerking. Als wij er zelf niet helemaal uit kunnen komen in de eerste lijn (...) dat de cardioloog bereid is om in dat stukje mee te werken en advies te geven. [Ook over of de patiënt eventueel bij de cardioloog] thuis hoort. Dat je dan ook naar de cardioloog verwijst. Dus dat de kwaliteit als het ware beter wordt.'

De Stichting Samen is, ten derde, actief in het organiseren en coördineren van nascholingen en andere bijeenkomsten tussen huisartsen specialisten (zie ook paragraaf 7.4.1).

Al eerder heb ik beschreven dat de specialisten over het algemeen erg tevreden zijn over de Stichting Samen. De specialisten in het Anjer Ziekenhuis geven aan dat zij het belangrijk vinden aandacht te besteden aan de relatie met huisartsen. De specialisten in Portura hebben twee redenen waarom zij de relatie met huisartsen belangrijk vinden. Ten eerste om de zorg goed te kunnen organiseren. Een van de specialisten stelt bijvoorbeeld dat samenwerking van belang is om de efficiëntie van de huisartsenzorg te verbeteren. Door bijvoorbeeld de oprichting van adviespoli's kan de huisarts beter bepalen welke patiënten hij wel en welke patiënten hij niet moet verwijzen.

Portura, medisch specialist 2: 'We werken met een andere differentiaaldiagnose. Als een patiënt met bloedverlies bij de ontlasting bij de huisarts komt dan zal dat in 99 van de 100 gevallen onschuldig zijn. Maar hij moet dat onderste geval er uit halen. Dat kan hij niet. Dus als hij goed selecteert stuurt hij er tien door. Van die tien die bij mij komen is het niet 1 op de 100 die iets heeft, maar 1 op de 10. Dus ik moet een ander soort diagnostiek daarop neerzetten. Ik ga meteen duurder worden. Dus als die huisarts me twintig patiënten stuurt om die ene te vinden. Dan zet ik relatief te veel in. Dus hoe efficiënter die huisarts zijn werk doet, hoe efficiënter wij kunnen werken. In die zin hebben wij [er een] enorm belang bij [dat de huisarts goed verwijst]. Wij kunnen het geld ook maar een keer uitgeven. (...) Dus daarom is het ontzettend belangrijk dat bij die samenwerking met de huisarts, dat die filter goed werkt. Het is zijn eigen professionele verantwoordelijkheid om die filter goed in te zetten. Wij kunnen ze helpen door bijvoorbeeld zorgtrajecten en diagnostiek voor hun aan te bieden om die keuzes beter te kunnen maken.

Ik zie het ziekenhuis en de huisarts niet als een gescheiden iets. De eerste en tweede lijn zijn eigenlijk een traject. Hoe efficiënter je dit traject wil afspreken, des te meer zul je in dit traject naar die huisarts wijzen. In die balans moeten natuurlijk wel de dingen zitten die des huisarts zijn en de dingen die aan het ziekenhuis zijn.'

Ten tweede vinden de specialisten de samenwerking met huisartsen van belang om het verwijsgedrag naar het eigen specialisme te bevorderen. De specialisten in Portura hebben een veel actievere rol in het versterken van de relatie met huisartsen dan in Domidam. De specialisten voeren actief wervend beleid gericht op de huisartsen. Dit beleid heeft de vorm van dienstverlening aan de huisartsen, zoals bijscholingen, adviespoliklinieken en avondpoliklinieken. Voor het opzetten en uitvoeren van dit beleid maken de specialisten veelal gebruik van de Stichting Samen.

Portura, medisch specialist 2: 'Je probeert aantrekkelijk te zijn voor de huisarts. Dat je service kan bieden. (...) We hebben een paar maanden geleden de huisartsen in de regio onderwijs gegeven over het doen van kleine chirurgische ingrepen. Dat is natuurlijk ook een stukje service dat je biedt aan huisartsen, maar daar verwacht je ook wel iets van terug. Als zij de kleine dingen doen, dat vind ik prima, maar dan verwacht ik ook wel dat ze de grote dingen verwijzen naar ons. (...) We zijn natuurlijk toch ondernemers. Je hebt een bedrijfje, een winkeltje en daar moet je voor zorgen.'

Portura, medisch specialist 3: 'We proberen wel actief te werven. Dat doen we op een heleboel verschillende manieren. Wat we zelf echt initiëren is dat we service verlenen van 's avonds polikliniek doen, van 17.00 tot 19.00 uur. Dat is voor de patiënt en voor de huisartsen. 's Ochtends bij de huisarts, 's avonds bij ons. Dan doen we one-stop-shop poli's. Dat is dus: de patiënt komt (...) en dan doen we met die patiënt onderzoek, echo, fietstest en aan het eind van de ochtend bespreken we dat met de patiënt. We verwijzen terug of we doen verder onderzoek. Daar hebben we ook afspraken met de huisarts over, daar hebben we ook over gesproken. Dus dat is wat we zelf doen. Verder hebben we, maar daar speelt de huisartsencoördinator binnen het ziekenhuis een rol bij, refereeravonden, scholingsavonden, noem maar op. Dat is ook een mogelijkheid om actief patiënten je richting uit te krijgen. Dat zijn een beetje de dingen die we doen. En er is regionaal overleg met de huisartsen, dat doet een collega van me. Over hartfalen, over afspraken van terugverwijzing, wanneer verwijs je terug en dat soort zaken.'

#### *7.4.3 Eenheidsstructuur*

In tegenstelling tot het Zonnebloem Ziekenhuis in Domidam, heeft het Anjer Ziekenhuis concrete plannen om de Centrale Huisartsenpost te integreren met de Spoedeisende Hulp binnen het ziekenhuis.

Meerjarenbeleidsplan 2007-2010: 'We willen een Spoedpost waarin zowel onze Spoedeisende hulp als de Centrale Huisartsenpost samenwerken.'

Portura, lid Raad van Bestuur: 'Ja, we gaan hier integreren. Kijk maar naar de spoedpost. We staan aan de vooravond van een realisatie van een geïntegreerde spoedpost.'

Een van de specialisten (een chirurg) merkt op dat het voor hem van belang is dat deze geïntegreerde spoedpost een ruilrelatie tot gevolg heeft. Door deze constructie raakt hij de 'kleine dingen' kwijt. Hiervoor verwacht hij de 'grote dingen' terug. Hij verwacht dat de huisartsen patiënten met 'grote dingen' naar hem zullen verwijzen.

Portura, medisch specialist 2: 'Je moet je niet vergissen, het gaat natuurlijk om een substantieel bedrag waar we over praten. Dan kom ik even terug op wat ik net zei de onderneming die we proberen te runnen. Kijk de luxe bakker die ook de gewone broodjes verkoopt, vindt het niet leuk als er drie huizen verder een gewone bakker komt die alleen de gewone broodjes verkoopt en die bovendien goedkoper is. Want dan gaan de mensen daar heen en dan verkoopt hij de broodjes niet meer terwijl dat toch een gedeelte van zijn inkomen is. Kijk, maar als er dan uit de verre omgeving meer mensen naar die twee bakkers komen en zeggen van ja maar dat is lekker die gewone broodjes, maar die luxe broodjes zijn toch beter. Dan ga ik toch daar meer kopen, die zijn wel wat duurder, maar ik wil wel een goede bakker hebben en daardoor krijgt die meer klanten en dan is hij toch tevreden. Zo moet je het een beetje zien. Het is niet erg als de kleine dingen waar we eigenlijk 'te goed voor zijn' dat je die kwijt raakt, maar je moet daar wel dingen voor terug krijgen.'

De voorzitter van de Raad van Bestuur van het Anjer ziekenhuis ambieert in de toekomst nog meer geïntegreerde zorgvormen. Bijvoorbeeld in de chronische zorg, waarbij de regiefunctie bij de huisarts komt te liggen en de specialist periodiek consulten geeft in zorgcentra buiten het ziekenhuis. Deze ambitie verschilt duidelijk met die van het ziekenhuisbestuur in Domidam. De Raad van Bestuur van het Zonnebloem Ziekenhuis wil in de toekomst namelijk meer geïntegreerde zorgvormen binnen het eigen ziekenhuis, in plaats van buiten het ziekenhuis.

Portura, lid Raad van Bestuur 1: 'Als je naar de chronische zorg kijkt moet je over nieuwe alternatieve zorgvormen gaan nadenken. Dat je ook meer geïntegreerde zorgvormen gaat creëren. Nou ja, de regie ligt dan vaak bij de huisarts, maar dat dan ook de specialist op constructieve basis in zorgcentra buiten het ziekenhuis [consulten geeft]. (...) Ik wil alternatieve zorgvormen, samen met de eerste lijn.'

Meerjarenbeleidsplan 2007-2010: 'Chronische zorg zullen we meer aanbieden in kleine voorzieningen buiten het ziekenhuis.'

## **7.5 Besluit**

Binnen de verwijsrelatie tussen huisartsen en specialisten in Portura is sprake van concurrentie en samenwerking. Zowel concurrentie als samenwerking komen in Portura sterker tot uitdrukking dan in Domidam. In Portura is met name het takenpakket van de huisarts meer uitgebreid dan in Domidam. De werkgebieden van huisartsen en specialisten hebben zich hier dan ook meer naar elkaar toe bewogen. Dit leidt op sommige momenten tot spanningen en enkele huisartsen ervaren zelfs concurrentie. Ook de concurrentie tussen tweedelijns zorgaanbieders als gevolg van het verwijsgedrag van huisartsen is in Portura aanzienlijk sterker dan in Domidam. In Portura bevinden zich meerdere ziekenhuizen in de directe omgeving van de huisartsen waarnaar de huisartsen verwijzen. Verschillende afwegingen spelen een rol bij de huisartsen in Portura in de keuze voor een bepaald ziekenhuis, een bepaald specialisme en/of een bepaalde specialist.

Ook de samenwerking binnen de verwijsrelatie is in Portura verder ontwikkeld dan in Domidam. Hierbij speelt de Stichting Samen een belangrijke rol. Deze stichting, die reeds in 2003 is

opgericht, is een soort tripartiete overleg met als doel het stimuleren en optimaliseren van de samenwerking tussen huisartsen en (de specialisten binnen) het Anjer Ziekenhuis. Dit tripartiete overleg functioneert velen malen beter, dan het tripartiete overleg in Domidam. In Domidam hebben de vertegenwoordigers van de huisartsen en specialisten in het tripartiete overleg duidelijk meer moeite om de achterban op een lijn te krijgen dan in Portura.

De Stichting Samen richt zich daarbij op verschillende vormen van samenwerking. De Stichting Samen speelt bijvoorbeeld een belangrijke rol bij de organisatie van nascholingsbijeenkomsten. Ook speelt de Stichting Samen een belangrijke rol in het opstellen en implementeren van werkafspraken tussen huisartsen en specialisten. Het aantal werkafspraken in Portura is hierdoor de laatste jaren toegenomen. De Stichting Samen is tevens een belangrijke speler in de oprichting van dienstverlening voor huisartsen, zoals adviespoli's. Al deze activiteiten dragen bij aan het doel van de Stichting Samen, namelijk: verbetering van de kwaliteit en service van de zorgverlening.

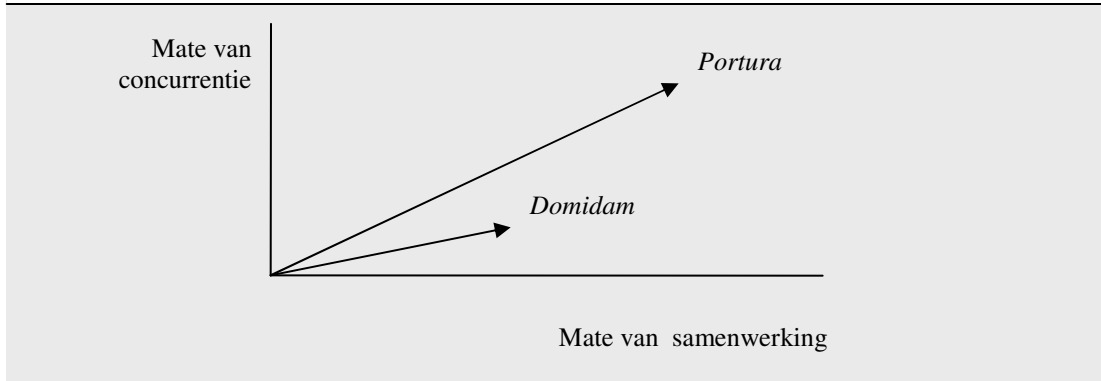
Het bestuur van de stichting bestaat uit drie huisartsen, drie specialisten en een afgevaardigde uit de Raad van Bestuur van het Anjer Ziekenhuis. De specialisten en de afgevaardigde uit de Raad van Bestuur van het Anjer Ziekenhuis hebben een hybride positie binnen de stichting. Zij hebben twee motieven om samenwerking met huisartsen te verbeteren. Enerzijds wil het ziekenhuis de relatie met huisartsen versterken, zodat de huisartsen naar het Anjer Ziekenhuis verwijzen. Anderzijds wil het ziekenhuis de relatie met huisartsen versterken, zodat het ziekenhuis kwalitatief goede ketenzorg kan bieden.

In de toekomst zal de samenwerking tussen huisartsen en specialisten meer de vorm krijgen van een eenheidsstructuur. In Portura zijn er concrete plannen om de huisartsenpost en de Spoedeisende Hulppost te integreren. De voorzitter van de Raad van Bestuur van het Anjer ziekenhuis verwacht in de toekomst nog meer geïntegreerde zorgvormen.

In Portura blijkt wederom dat de ontwikkelingen op het gebied van concurrentie en samenwerking niet los van elkaar kunnen worden gezien. Meer concurrentie binnen de verwijsrelatie, leidt tot meer samenwerking binnen de verwijsrelatie (zie figuur 7.5). Deze samenwerking ontwikkelt zich op een continuüm van differentiatie tot integratie, steeds meer richting integratie. Doordat er meer overlap ontstaat tussen de werkgebieden van huisartsen en specialisten, worden er werkafspraken gemaakt over wie welke zorgtaken op zich neemt. Concurrentie tussen huisartsen en specialisten leidt dan dus tot een samenwerking in de vorm van werkafspraken. De horizontale concurrentie, tussen ziekenhuizen, is in Portura veel meer aanwezig dan in Domidam. Hierdoor vinden specialisten en ziekenhuisbestuurders het van groot belang om de relatie met de huisartsen te versterken, zodat de huisartsen naar het eigen ziekenhuis verwijzen. Concurrentie leidt dus tot samenwerking. In Portura is sprake van meer

concurrentie binnen de verwijsrelatie dan in Domidam. Dit kan in verband worden gezien met de relatief sterke samenwerking tussen huisartsen en specialisten in Portura.

**Figuur 7.5** Het verband tussen concurrentie en samenwerking binnen de verwijsrelatie



# Concluderend Deel

---



# Conclusie

## 8.1 Inleiding

De Zorgverzekeringswet die op 1 januari 2006 in werking is getreden, sluit aan bij de New Public Managementdiscours. NPM heeft tot doel publieke organisaties efficiënter, effectiever en kwalitatief beter te laten opereren. Om dit te realiseren introduceert NPM concurrentie binnen de publieke sector. Ook in de gezondheidszorg is het systeem van centrale overheidssturing, waar mogelijk, vervangen door een meer decentraal stelsel van gereguleerde concurrentie. Hierbij wordt concurrentie tussen zorgaanbieders gestimuleerd, omdat zij door verzekeraars gecontracteerd worden. In het theoretisch deel is echter gebleken dat juist samenwerking van belang is om de zorg goed en snel te organiseren. Hoe gaan zorgaanbieders om met deze tegenstrijdige begrippen? Vormt de introductie van concurrentie binnen de gezondheidszorg wellicht een belemmering voor de samenwerking? In dit onderzoek heb ik mij gericht op concurrentie en samenwerking binnen de verwijfsrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten. In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de centrale vraagstelling van dit onderzoek, namelijk:

*Hoe verhouden samenwerking en concurrentie zich tot elkaar binnen de verwijfsrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten?*

Allereerst ga ik in op de mate waarin samenwerking en concurrentie een rol spelen binnen de verwijfsrelatie (paragraaf 8.2). Vervolgens bespreek ik het verband dat ik heb geconstateerd tussen samenwerking en concurrentie binnen de verwijfsrelatie (paragraaf 8.3).

## 8.2 Samenwerking en concurrentie

Uit het empirisch onderzoek blijkt dat samenwerking en concurrentie binnen de verwijfsrelatie gelijktijdig vorm krijgen. Dit leidt tot op heden niet tot problemen. Het blijkt dat ondanks de introductie van concurrentie binnen de gezondheidszorg, samenwerking binnen de verwijfsrelatie van groot belang wordt gevonden om de continuïteit van zorg te garanderen. Deze samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten kan verschillende vormen aannemen. Losse coalities, zoals telefonische overleggen, zijn van belang om afstemming over een concreet patiëntenprobleem te realiseren. Daarnaast zijn informele bijeenkomsten van belang om elkaar

beter te leren kennen zodat men beter bekend is met elkaars mogelijkheden en beperkingen en gemakkelijker (telefonisch) contact met elkaar opneemt. Uit het empirisch onderzoek blijkt verder dat er steeds vaker geïnvesteerd wordt in meer duurzame relaties. Er worden bijvoorbeeld werkafspraken gemaakt om overlap van behandelactiviteiten te voorkomen. Ook worden er initiatieven genomen om eenheidsstructuren te realiseren. Deze initiatieven beperken zich tot op heden echter tot geïntegreerde spoedposten.

Ook concurrentie speelt binnen de verwijfsrelatie een rol. Deze concurrentie wordt zowel verticaal als horizontaal gerealiseerd. De verticale concurrentie tussen huisartsen en medisch specialisten speelt met name een rol binnen de chronische zorg, zoals diabeteszorg en COPD-zorg. Zowel huisartsen als specialisten richten hun pijlen op deze patiëntencategorie. Binnen het ziekenhuis worden bijvoorbeeld themapoliklinieken opgericht, waarbij een verpleegkundige wordt aangesteld om de controle van chronische patiënten uit te voeren. De huisartsen geven daarnaast aan dat medisch specialisten als gevolg van de DBC-systematiek chronische patiënten onnodig blijven controleren en dus niet terugverwijzen naar de huisarts. Tegelijkertijd richt ook de huisarts zich op de chronische patiënten. De mogelijkheid tot het aanstellen van een praktijkondersteuner en de aanscherping en uitbreiding van de NHG standaarden hebben deze ontwikkeling bij de huisartsen sterk gestimuleerd.

Bij de horizontale concurrentie tussen ziekenhuizen, speelt het verwijfsgedrag van huisartsen een belangrijke rol. Hoewel de meeste huisartsen nog altijd naar het ziekenhuis ‘om de hoek’ verwijfsen, maken zij een brede afweging wanneer zij in hun directe omgeving kunnen kiezen uit verschillende tweedelijns zorgaanbieders. Dit leidt tot concurrentie tussen deze tweedelijns zorgaanbieders. Dit is echter geen verdienste van de Zorgverzekeringswet, omdat deze afweging voor de invoering van de Zorgverzekeringswet ook al werd gemaakt.

### **8.3 Concurrentie stimuleert samenwerking**

Samenwerking en concurrentie spelen dus beiden een belangrijke rol in de verwijfsrelatie tussen huisartsen en specialisten. Er is geen reden om te denken dat concurrentie een belemmering zou vormen voor samenwerking. Uit het empirisch onderzoek blijkt zelfs dat concurrentie binnen de verwijfsrelatie, samenwerking stimuleert. Het ontstaan van concurrentie met gelijksoortige partijen, heeft voor ziekenhuizen namelijk tot gevolg dat zij strategisch management invoeren. Enerzijds willen zij zich onderscheiden van andere tweedelijns zorgaanbieders waardoor zij de samenwerking met huisartsen versterken om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Anderzijds willen zij hun marktpositie ten opzichte van andere tweedelijns zorgaanbieders versterken door het verwijfsgedrag van huisartsen naar het eigen ziekenhuis te bevorderen. Een manier om dit verwijfsgedrag te stimuleren is om de huisartsen deelgenoot te maken van het onderzoeks- en helingsproces in de tweede lijn. Er worden bijvoorbeeld adviespoli's opgericht waar de huisarts

een patiënt voor een eenmalig advies van de medisch specialist naar kan verwijzen. Ook specialisten proberen door middel van het aanbieden van extra dienstverlening aan huisartsen het verwijsgedrag naar de eigen maatschap te stimuleren.

Daarnaast blijkt dat verticale concurrentie binnen de verwijsrelatie tussen huisartsen en specialisten tot meer samenwerking kan leiden. Doordat de werkgebieden van huisartsen en specialisten zich naar elkaar toe bewegen, opereren huisartsen en specialisten op sommige momenten op hetzelfde werkgebied. Dit komt met name voor op het gebied van chronische zorg, zoals diabetes. Met name huisartsen hebben hierdoor behoefte aan werkafspraken over de taakverdeling tussen huisartsen en specialisten. Deze afstemming is van belang om overlap van behandelactiviteiten te voorkomen.

#### **8.4 Besluit**

Hoewel er binnen NPM en de Zorgverzekeringswet geen aandacht wordt besteed aan samenwerking, blijkt dit in de praktijk wel degelijk een belangrijke rol te spelen. De samenwerking binnen de verwijsrelatie wordt door verschillende actoren als gevolg van de toenemende concurrentie zelfs steeds belangrijker gevonden. Hoewel veel critici van mening zijn dat NPM binnen de gezondheidszorg niet geschikt is, onder andere omdat juist samenwerking van belang is om de zorg goed en snel te organiseren, blijkt er uit dit onderzoek dus geen reden voor paniek. Er is sprake van een 'gezonde concurrentie'.

# Aanbevelingen

## 9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk heb ik een aantal praktijkgerichte aanbevelingen geformuleerd voor de overheid en voor ziekenhuisbestuurders (respectievelijk paragraaf 9.2 en 9.3). Tevens heb ik een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek geformuleerd (paragraaf 9.4).

## 9.2 Aanbevelingen voor de overheid

Om in de toekomst de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg te kunnen waarborgen, is NPM binnen de gezondheidszorg noodzakelijk. Omdat de eisen die aan de gezondheidszorg worden gesteld, de komende jaren alleen maar zullen toenemen heeft de overheid de Zorgverzekeringswet geïntroduceerd. Om de kosten van de totale gezondheidszorg zo laag mogelijk te houden, stimuleert de overheid daarbij substitutie van zorgverlening van de tweede lijn naar de eerste lijn. Zorg in de eerste lijn is over het algemeen namelijk goedkoper dan zorg in de tweede lijn. Een belangrijke ontwikkeling hierbij is de invoering van de M&I verrichtingen voor huisartsen. Dit prestatiegerichte financieringssysteem voor huisartsen heeft tot doel huisartsen te stimuleren meer zorg in de eerste lijn aan te bieden. Uit het empirisch onderzoek blijkt echter dat er tussen de cases grote verschillen bestaan in de mate waarin huisartsen deze M&I verrichtingen zijn gaan uitvoeren. Hoewel veel huisartsen in Portura meer zijn gaan doen sinds de invoering van de M&I module, geven de huisartsen in Domidam aan dat zij niet beïnvloed worden door dit prestatiegerichte bekostigingssysteem.

Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders nog niet heel scherp zijn.<sup>67</sup> Zorgverzekeraars kunnen substitutie van de tweede naar de eerste lijn stimuleren, maar doen dat tot op heden slechts in beperkte mate. Verschillende huisartsen in Portura geven aan dat het voor verzekeraars niet aantrekkelijk is om substitutie van de tweede naar de eerste lijn te bevorderen. Doordat zorgverzekeraars nog altijd budgetten met ziekenhuizen overeenkomen, is het voor de verzekeraar namelijk niet aantrekkelijk om bepaalde zorg door de huisarts te laten uitvoeren. Momenteel worden er daarom zowel in de tweede lijn als in de eerste lijn initiatieven genomen om bijvoorbeeld chronische zorg aan te bieden. Tevens is gebleken dat veel ziekenhuizen initiatieven nemen die (gedeeltelijk) bestaan uit eerstelijns

---

<sup>67</sup> Westert e.a. (2008), p. 196

zorgverlening, zoals de mannenpolikliniek en de hoestpolikliniek. In plaats van substitutie vinden hier dus doublures plaats. Dit draagt niet bij aan een meer doelmatige zorg. Zorgverzekeraars zullen sterker moeten worden gestimuleerd om substitutie van de tweede naar de eerste lijn te bevorderen. Een aantal ontwikkelingen zal in de nabije toekomst de marktwerking verder stimuleren: transparantie op de kwaliteit, het afbouwen van financiële zekerheden en garanties voor zorgaanbieders en de uitbreiding van onderhandelbare zorg.<sup>68</sup> Mogelijk zal dit leiden tot een beter functionerende zorginkoopmarkt.

Ook is gebleken dat in gebieden waar de marktconcentraties van ziekenhuizen hoog zijn, het effect van marktwerking gering is. Deze ziekenhuizen en de specialisten binnen deze ziekenhuizen worden daardoor minder aangezet tot samenwerking met huisartsen. In Domidam is de marktconcentratie van het Zonnebloem Ziekenhuis zeer hoog (91 procent), waardoor hier minder aandacht wordt besteed aan de samenwerking met huisartsen dan in Portura. Een sterk geconcentreerde ziekenhuismarkt draagt dus niet bij aan een kwalitatief betere zorg. Daarnaast is uit het RIVM rapport gebleken dat een hoge marktconcentratie van ziekenhuizen leidt tot hogere prijzen. Hoge marktconcentraties dragen dus ook niet bij aan een meer doelmatige zorg.<sup>69</sup> De overheid moet aandacht besteden aan deze marktconcentraties. Wanneer deze hoge marktconcentratie niet wordt aangepakt zal er onder medisch specialisten geen urgentiegevoel ontstaan om aandacht te besteden aan de relatie met de huisartsen. Dit zou nadelige gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit van zorg.

Uit dit afstudeeronderzoek en het onderzoek van het RIVM blijkt dat de zorgmarkt tot op heden niet optimaal functioneert. Volgens veel critici zou NPM niet geschikt zijn binnen de gezondheidszorg. Met name de professionele, institutionele context wordt in de literatuur genoemd als belemmering voor de volledige invoering van NPM binnen de gezondheidszorg. Uit dit empirisch onderzoek is echter gebleken dat professionals wel degelijk worden beïnvloed door de bedrijfsmatige en marktgerichte managementdiscours. Een groot aantal huisartsen in Portura, zijn na de invoering van de nieuwe financieringssystematiek, meer M&I verrichtingen gaan uitvoeren. Enkele huisartsen geven zelfs aan dat zij steeds vaker op basis van bedrijfsmatige argumenten beslissen welke zorg zij wel en niet leveren. De specialisten richten themapoliklinieken op om efficiëntere, effectievere en betere zorg te kunnen leveren en zo patiënten aan te trekken. Een van de specialisten vergelijkt zijn maatschap zelfs met een winkel, waarbinnen hij moet zorgen dat hij voldoende inkomsten genereert.

---

<sup>68</sup> Westert e.a. (2008), p. 204

<sup>69</sup> Halbersma e.a. geciteerd in: Westert e.a. (2008), p. 198

### 9.3 Aanbevelingen voor ziekenhuisbestuurders

Uit het empirisch onderzoek is gebleken dat ziekenhuisbestuurders de relatie met huisartsen om verschillende redenen van steeds groter belang vinden. Deze ziekenhuisbestuurders ondernemen daarom verschillende initiatieven om de relatie met de huisartsen te versterken. Uit dit onderzoek is gebleken dat het hierbij voor ziekenhuisbestuurders van groot belang is een goede *samenwerking* met huisartsen aan te gaan. Wanneer de marktwerking doorzet zal het belang van deze samenwerking nog verder toenemen. Voor zorgverzekeraars zal de kwaliteit van zorg bij de onderhandelingen in de zorginkoopmarkt steeds belangrijker worden. Om kwaliteit te kunnen bieden is samenwerking met huisartsen voor ziekenhuisbestuurders van groot belang. Deze samenwerking is namelijk de enige manier om continuïteit van zorg te kunnen garanderen. Daarnaast blijkt dat het verwijsgedrag van huisartsen een belangrijke factor vormt binnen de marktwerking in de ziekenhuiszorg. Hoewel de meeste huisartsen nog altijd naar het ziekenhuis 'om de hoek' verwijzen, maken zij een brede afweging wanneer zij in hun directe omgeving kunnen kiezen uit verschillende tweedelijns zorgaanbieders. Het blijkt dat de mate van samenwerking een belangrijke rol speelt bij de keuze voor een bepaalde tweedelijns zorgaanbieder. Door te investeren in samenwerking kan dus zowel de continuïteit van zorg gegarandeerd worden als het verwijsgedrag naar het eigen ziekenhuis bevorderd worden.

Bij deze investering moet het ziekenhuisbestuur zich richten op de verschillende vormen van samenwerking; losse coalities, netwerken en eenheidsstructuren. Met name losse coalities en netwerken worden door de huisartsen belangrijk gevonden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Huisartsen vinden het bijvoorbeeld belangrijk om specialisten te leren kennen zodat zij gemakkelijker contact met elkaar opnemen. Tevens vinden huisartsen het van belang dat er duidelijke werkafspraken worden gemaakt over de taakverdeling tussen huisartsen en specialisten. Een heikel punt bij de huisartsen is de terugverwijzing door medisch specialisten. Huisartsen zijn van mening dat veel specialisten hun patiënten onnodig lang blijven controleren. Werkafspraken over het moment van terugverwijzing kunnen de samenwerking verbeteren. Extra dienstverlening aan huisartsen, zoals adviespoli's, worden door de huisartsen erg gewaardeerd.

De samenwerking tussen huisartsen en specialisten moet aan een aantal eisen voldoen om succesvol te kunnen zijn. Ten eerste moet er sprake zijn van onderling vertrouwen. Hiervoor is het van belang dat er onder de betrokkenen openheid bestaat over zowel de belangen als de inhoud van de samenwerking. Dat betekent dat er ook openheid moet bestaan over de financiële belangen. Uit het empirisch onderzoek blijkt immers dat de financieringssysteem van huisartsen en specialisten een belangrijke rol speelt binnen de verwijzrelatie.

Ten tweede moet de samenwerking niet opgedrongen worden door het ziekenhuisbestuur. Huisartsen en medisch specialisten moeten een centrale rol hebben in de samenwerking. Uit het

empirisch onderzoek blijkt dat de aanstelling van een tussenpersoon, zoals een relatiebeheerder huisartsen, een afwachtende houding creëert bij zowel huisartsen als specialisten. De professionals krijgen dan de indruk dat deze relatiebeheerder de samenwerking zal organiseren en de professionals hier zelf slechts een beperkte rol in spelen. De samenwerking speelt zich echter primair af tussen de huisarts en de specialist. Zij moeten daarom een actieve rol spelen in de samenwerking.

Ten slotte is het van belang dat zowel huisartsen als medisch specialisten zich enigszins organiseren. Professionele autonomie zal altijd van belang blijven, maar om goed te kunnen samenwerken is het noodzakelijk dat er afstemming kan plaatsvinden. Belangrijk hierbij is dat de professionals een bepaalde mate van urgentie voelen om de samenwerking te verbeteren.

#### **9.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

Het onderzoek dat hier is gepresenteerd heeft een exploratief karakter. Alleen de verwijsrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten is onder de loep genomen. Het onderzoek biedt dan ook veel mogelijkheden tot vervolgonderzoek. Als uitgangspunt voor vervolgonderzoek zou de volgende hypothese geformuleerd kunnen worden: De introductie van concurrentie en marktachtige omstandigheden binnen de gezondheidszorg stimuleert samenwerking tussen zorgaanbieders. Het zou interessant kunnen zijn om deze hypothese te toetsen in andere gebieden binnen de zorg, dan de verwijsrelatie. De ziekenhuiszorg vormt hierbij een interessant onderzoeksgebied. Enerzijds zie je in de ziekenhuiszorg namelijk concurrentie ontstaan, door onder ander de introductie van Zelfstandige Behandel Centra. Anderzijds gaan ziekenhuizen steeds vaker, strategisch samenwerken en de laatste jaren is er binnen de ziekenhuissector zelfs een fusiegolf waar te nemen.

## Evaluatie en discussie

In dit hoofdstuk presenteer ik een sterke en zwakte analyse van dit onderzoek. Dit onderzoek biedt een helder inzicht in de verhouding van samenwerking en concurrentie binnen de verwijsrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten. Toch kunnen er enkele kanttekeningen worden geplaatst bij de bevindingen van dit onderzoek en de methoden en technieken die bij dit onderzoek zijn toegepast.

Bij de bevindingen van dit onderzoek kan een kanttekening worden geplaatst bij de tijdgebondenheid. Concurrentie binnen de gezondheidszorg is een redelijk nieuw fenomeen dat nog volop in ontwikkeling is. Een aantal ontwikkelingen zal in de nabije toekomst de marktwerking verder stimuleren: transparantie op de kwaliteit van zorgaanbieders, het afbouwen van financiële zekerheden en garanties voor zorgaanbieders en de uitbreiding van onderhandelbare zorg.<sup>70</sup> Hoewel dit onderzoek een helder inzicht heeft geboden op de verhouding tussen samenwerking en concurrentie binnen de verwijsrelatie tussen huisartsen en medisch specialisten op dit moment, is het noodzakelijk om verdere ontwikkelingen op dit gebied te monitoren.

Om de context van de verwijsrelatie te kunnen betrekken bij dit onderzoek, heb ik twee casestudy's uitgevoerd. Van casestudy's wordt vaak gezegd dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn. Echter, de bekende onderzoeker Bent Flyvbjerg, stelt: 'One can often generalize on the basis of a single case, and the case study may be central to scientific development via generalization as supplement or alternative to other methods. But formal generalization is overvalued as a source of scientific development, whereas "the force of example" is underestimated.'<sup>71</sup> In dit onderzoek hebben de casestudy's een duidelijke meerwaarde gehad. De bevindingen in de casestudy's komen overeen en daardoor kan worden verwacht dat de bevindingen generaliseerbaar zijn. Namelijk dat samenwerking en concurrentie beide een rol spelen binnen de verwijsrelatie en dat concurrentie, samenwerking stimuleert. Daar waar de bevindingen in de casestudy's uiteenliepen, versterkte dit de algemene conclusie dat concurrentie binnen de verwijsrelatie, de samenwerking stimuleert. Namelijk dat in Domidam zowel sprake was van minder concurrentie als van minder samenwerking dan in Portura.

---

<sup>70</sup> Westert e.a. (2008), p. 204

<sup>71</sup> Flyvbjerg (2006), p. 10



Door verschillende onderzoeksmethoden toe te passen is de concurrentie en samenwerking binnen de verwijzrelatie goed in beeld gebracht. Met name het grote aantal interviews heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan dit onderzoek. Door met de verschillende respondenten in gesprek te gaan is er een duidelijk beeld ontstaan over de verticale concurrentie tussen huisartsen en specialisten, de horizontale concurrentie tussen tweedelijns zorgaanbieders als gevolg van het verwijzgedrag van huisartsen en de samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Dit breed scala aan onderwerpen had niet op een andere manier, in hetzelfde tijdsbestek en met dezelfde diepgang onderzocht kunnen worden. Bij de interviews moet wel een kanttekening geplaatst worden. Bij het benaderen van de respondenten is gebleken dat de personen die wilden meewerken aan dit onderzoek, wellicht meer geïnteresseerd waren in het onderwerp van dit onderzoek dan de personen die niet wilden meewerken. Van de chirurgen in het Zonnebloem Ziekenhuis wilde maar een persoon meewerken en die bleek actief te zijn op het gebied van het informeren van de huisartsen over de eigen maatschappen. Van de acht huisartsen in Portura die wilden meewerken bleken er achteraf vier een bestuurlijke functie in te vullen. Enerzijds zou dit de representativiteit van de data uit de interviews aangetast kunnen hebben. Anderzijds hebben deze respondenten wellicht beter nagedacht over het onderwerp van dit onderzoek, wat de kwaliteit van de data uit de interviews verbeterd zou kunnen hebben.

## LITERATUUR

---

**Ackroyd, S., Kirkpatrick, I., Walker, R.M. (2007),** Public Management Reform in the UK and its consequences for professional organization: a comparative analysis, in: *Public Administration* vol. 85, nr. 1, pp. 9 – 26.

**Baks, H.P.S., Haan, E. de (2007),** *Het ruist en bruist in de zorg!* Leusden: Bestuur & Management Consultants (BMC).

**Braster, J.F.A. (2000)** *De kern van casestudy's*, Assen: Van Gorcum.

**Broadbent, J., Laughlin, R. (1997)** Contracts and Competition? A Reflection on the Nature and Effects of Recent Legislation on Modes of Control in Schools, in: *Cambridge Journal of Economics* vol. 21, nr. 2, pp. 277 – 290.

**Broadbent, J., Laughlin, R. (2002)** Public service professionals and the New Public Management: control of the professions in the public services, in: *McLaughlin, K., Osborne, S.P., Ferlie, E. (2002), New Public Management: current trends and future prospects*, London: Routledge, pp. 95 – 108.

**Dawson, S., Dargie, C. (2002)** New Public Management: a discussion with special reference to UK health, in: *McLaughlin, K., Osborne, S.P., Ferlie, E. (2002), New Public Management: current trends and future prospects*, London: Routledge, pp. 34 – 56.

**Dijk, C.E., Verheij, R.A., Bakker, D.H. de (2008)** 'Bekostiging van de huisartsenzorg: monitor 2006 en eerste half jaar van 2007', Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL).

**Flyvbjerg, B. (2006)** Five misunderstandings about case-study research, in: *Qualitative Inquiry*, vol. 12, nr. 2, pp. 219 – 245.

**Freidson, E. (2001),** *The Assault on Professionalism* in: *Professionalism, the third logic*, San Francisco: University of California.

**Gastelaars, M. (2003),** *Human Service in veelvoud: een typologie van dienstverlenende organisaties*, Amsterdam: SWP.

**Gorp, J. van** (2007) Slim concurreren: gevolgen sociale verschillen moeten nog wel gladgestreken, in: Medisch Contact vol. 62, nr. 37, pp. 1495 – 1497.

**Halkes, A.R.J., Raijmakers, M.M.J.** (2006) De zorgconsument in opkomst: een onderzoek naar keuzeprocessen in de gezondheidszorg, Zaltbommel: Van Spaendonck Management Consultants.

**Holthuis, J.W., Bos, J., Voorhoeve, A., Vissers J.M.H.** (1993) Verwijzen en terugverwijzen: protocollaire samenwerking tussen huisarts en specialist, in: Medisch Contact, vol. 48, nr. 29/30.

**Hood, C.** (1991), A Public Management for All Seasons? in: Public Administration, nr. 1, pp. 3 – 19.

**Jongerijs, J.A.C.** (1985), Samenwerking tussen huisarts en specialist, in: Medisch Contact, vol. 40, nr. 16, pp. 491 - 493

**Kuijlen, J.A.J., Stokx, L.** (1991) De relatie tussen huisarts en specialist: een zaak van beloning, bibliografie 1991, nr. 33, Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL).

**Lege, W.A. de** (2002), Medisch consumptie in de huisartsenpraktijk op Urk, Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

**Maes, A., Wildt, J.E. de** (2006) Meer accent op de eerste lijn: kostenoverwegingen nopen tot maximale substitutie naar de eerste lijn, in: Medisch Contact vol. 61 nr. 36 pp. 1406 – 1408.

**Mahon, A., Whitehouse, C., Wilkin, D., Nocon, A.** (1993) Factors that influence general practitioners' choice of hospital when referring patients for elective surgery, in: British Journal of General Practice, vol. 43, pp. 272 – 276.

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport** (2007) Niet van later zorg.

**Moens, J., Abma, T.A.** (1992) 'Het ziekenhuis als een transactienetwerk van maatschappen' in: Jong, P. de, Korsten, A.F.A., Made, J.H. van der (1992) 'Ziekenhuizen: besluitvorming en management', Van Gorcum: Assen/Maastricht.

**Noordegraaf, M.** (2004), Management in het Publieke Domein, Bussum: Coutinho.

**Osborne, S.P., McLaughlin, K. (2002)** The New Public Management in context, in: McLaughlin, K., Osborne, S.P., Ferlie, E. (2002), *New Public Management: current trends and future prospects*, London: Routledge, pp. 9 – 12.

**Pronk, E. (2005)** Niet in elkaars tuintje harken: huisarts en specialist op een lijn door landelijke afspraken, in: *Medisch Contact*, vol. 60, nr. 42, pp. 1668 – 1670.

**Putters, K. (2001)**, *Geboeid ondernemen: een studie naar het management in de Nederlandse Ziekenhuiszorg*, Assen: Koninklijke Van Gorcum.

**Thiel, E. van (2007)** Samenwerking leidt niet altijd tot succes, in: *Huisarts in praktijk*, april 2007.

**Westendorp, R.G.J. (2006)** Medische zorg voor ouderen onder de maat: zucht naar concurrentie frustrert ontwikkeling ketenzorg, in: *Medisch Contact*, vol. 61, nr. 44, pp. 1748 – 1751.

**Westert, G.P., Berg, M.J. van den, Koolman, X., Verkleij, H. (2008)** *Zorgbalans 2008: de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*, Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

**Whynes, D.K., Reed, G., Newbold, P. (1996)** General Practitioners' Choice of referral destination: a probit analysis, in: *Managerial and decision Economics*, vol. 17, nr. 6, pp. 587 – 594.

**www.rivm.nl**, 'Diabetes mellitus, omvang van het probleem. Welke zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten?', bekeken d.d. 13 juni 2008

[http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o1268n17502.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1268n17502.html)

**www.SnellerBeter.nl**, 'Programma Sneller Beter, verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit', bekeken d.d. 9 juni 2008

<http://www.snellerbeter.nl/programmasb1/>

## 1. Topiclijsten

### Huisarts

- *moment van verwijzing*
  - werkafspraken over moment van verwijzing met specialist? Waarom wel/niet? (afstemming)
  - Taakbreedte (wat doet u wel, wat doet u niet en waarom?):  
Chirurgische behandelingen/diagnoses:
    - kleine chirurgische ingrepen (bijvoorbeeld hechtingen/moedervlek/verstopte talgklier verwijderen, open wond/snijwond behandelen, behandeling ingegroeide teennagel, enzovoorts)Cardiologische behandelingen/diagnoses:
    - Diagnose en behandeling *chronisch* hartfalen
    - Cardiologisch onderzoek
    - Verhoogd cholesterol
    - Hart en vaatziekten
    - Behandeling hoge bloeddruk
  - Mogelijke veranderingen in de toekomst?
- *richting van verwijzing*
  - Naar wie?
  - Welke factoren spelen een rol bij verwijzing? (kwaliteit van de relatie, bekendheid met ziekenhuis/specialist, voorkeur van patiënt, persoonlijke eigenschappen van patiënt, kwaliteit van de aangeboden zorg door specialist/ziekenhuis, bekendheid met subspecialismen)
  - Werkafspraken over richting van verwijzing? Waarom wel/niet? Wat vindt u hier van?
  - Werkafspraken over traject bij verwijzing? Waarom wel/niet? Wat vindt u hier van/wat zou verbeterd kunnen worden?
  - Heeft u wel eens overleg met specialist over richting en traject bij verwijzing?
  - Mogelijke veranderingen in de toekomst?
- *communicatie bij verwijzing met specialist*
  - verwijsbrief (vorm en inhoud altijd hetzelfde?)
  - consultatie met specialist voor en na verwijzing? Waarom wel/niet?
  - werkafspraken over communicatie bij verwijzing? (informatie-uitwisseling)
  - Wat vindt u wenselijk?

- Heeft u wel eens overleg met specialist over communicatie bij verwijzing?
- Mogelijke veranderingen in de toekomst?
  
- *beleid rond verwijzing*
  - beleid rond verwijzing van gezondheidscentrum/ invloed van *gezondheidscentrum* op moment van verwijzing. Zijn er indicaties over wat er zelf wordt gedaan en wanneer wordt verwezen?
  - minder verwijzingen naar specialist a.g.v. aanwezigheid zorgaanbieders binnen gezondheidscentrum (grotere taakbreedte)?
  - beleid rond verwijzing van *huisartsenmaatschap*? Is er weleens overleg tussen huisartsen over verwijzingen (moment en richting)?
  - Mogelijke veranderingen in de toekomst?
  
- *veranderingen sinds hervorming zorgstelsel, sinds functiegerichte omschrijving van de verzekeringsrechten*
  
- *Terugverwijzingen*
  - Moment van terugverwijzing? (behandeling/controle chronische aandoeningen/ verwijderen hechtingen/controles)
  - Werkafspraken over moment van terugverwijzing?
  - Werkafspraken over behandeling na terugverwijzing?
  - Soort informatie bij terugverwijzing
  - Manier van communicatie bij terugverwijzing (terugverwijsbrief/consultatie)
  - Wat vindt u hier van? Wat vindt u belangrijke informatie?
  - Feedback van patiënten over verwijzing? (top 3 van klachten)
  
- *Hoe ervaart u relatie met medisch specialist?*
  - Is er sprake van een persoonlijke relatie?
  - Heeft u weleens op andere manieren contact met de specialist? (bijvoorbeeld speciale bijeenkomsten)
  - Is de relatie meer gericht op samenwerking of concurrentie?
  - Nemen huisartsen taken van specialist over en/of de specialist taken van de huisarts?
  - Gaan samenwerking en concurrentie goed samen?

## **Cardioloog**

- *Verwijzingen*
  - Weet u wie naar u verwijzen?
  - Weet u waarom er wel/niet naar u wordt verwezen?

- Probeert u verwijsgedrag van huisartsen naar eigen specialisme te bevorderen? Zo ja, hoe? (onderscheid specialist/maatschap/ziekenhuis)
  - Hoe onderhoudt u contact met de huisarts? (bijeenkomsten, patientenoverleg, second opinion) (onderscheid specialist/maatschap/ziekenhuis)
  - Weet u of verwijzers tevreden zijn over u?
  - Werkafspraken over moment van verwijzing? (onderscheid specialist/maatschap/ziekenhuis)
  - Soort informatie bij verwijzing
  - Manier van communicatie bij verwijzing (verwijsbrief/consultatie)
  - Wat vindt u hier van? Wat vindt u belangrijke informatie?
- *moment van terugverwijzing*
    - werkafspraken over moment van terugverwijzing met huisarts? (afstemming) Waarom wel/niet? (onderscheid specialist/maatschap/ziekenhuis)
    - Taakbreedte (wat doet u wel, wat doet u niet (substitutie) en waarom?): bijvoorbeeld bij chronisch hartfalen. Wat zou u graag hebben dat de huisarts doet?
    - Verwijst u patiënt altijd terug wanneer u weet dat behandeling ook door huisarts kan worden voortgezet? Zo nee, waarom niet?
    - Wat vindt u wenselijk? Wilt u het liefst zo veel mogelijk zelf doen of substitutie naar de eerste lijn?
    - Mogelijke veranderingen in de toekomst?
- *communicatie bij terugverwijzing*
    - Terugverwijsbrief (vorm en inhoud)
    - Consultatie met huisarts voor en na terugverwijzing? Waarom wel/niet?
    - Werkafspraken over communicatie bij terugverwijzing? (informatie-uitwisseling)
    - Wat vindt u wenselijk?
- *afspraken rond terugverwijzing*
    - Werkafspraken over het te voeren beleid door de huisarts? Waarom wel/niet? (onderscheid specialist/maatschap/ziekenhuis)
- *beleid rond terugverwijzing*
    - Van specialistenmaatschap? Wat en waarom?
    - Van ziekenhuis?
    - Wat vindt u daarvan?
    - Mogelijke veranderingen in de toekomst?
- *veranderingen sinds hervorming zorgstelsel*

- verandering in toestroom patiënten?
- *Hoe ervaart u de relatie met de huisarts?*
  - Is er sprake van een persoonlijke relatie?
  - Is de relatie meer gericht op samenwerking of concurrentie? Waarom zou je gaan samenwerken?
  - Nemen huisartsen taken van specialist over en/of de specialist taken van de huisarts?
  - Gaan samenwerking en concurrentie goed samen?
  - Wat is voor u een goede huisarts? Wanneer doet een huisarts het niet goed?

## **Chirurg**

- *Verwijzingen*
  - Weet u wie naar u verwijzen?
  - Weet u waarom er wel/niet naar u wordt verwezen?
  - Probeert u verwijsgedrag van huisartsen naar eigen specialisme te bevorderen? Zo ja, hoe? (onderscheid specialist/maatschap/ziekenhuis)
  - Hoe onderhoudt u contact met de huisarts? (bijeenkomsten, patientenoverleg, second opinion) (onderscheid specialist/maatschap/ziekenhuis)
  - Weet u of verwijzers tevreden zijn over u?
  - Werkafspraken over moment van verwijzing? (onderscheid specialist/maatschap/ziekenhuis)
  - Soort informatie bij verwijzing
  - Manier van communicatie bij verwijzing (verwijsbrief/consultatie)
  - Wat vindt u hier van? Wat vindt u belangrijke informatie?
- *moment van terugverwijzing*
  - werkafspraken over moment van terugverwijzing met huisarts? (afstemming) Waarom wel/niet? (onderscheid specialist/maatschap/ziekenhuis)
  - Taakbreedte (wat doet u wel, wat doet u niet (substitutie) en waarom?): bijvoorbeeld bij kleine chirurgische ingrepen zoals hechtingen verwijderen. Wat zou u graag hebben dat de huisarts doet?
  - Verwijst u patiënt altijd terug wanneer u weet dat behandeling ook door huisarts kan worden voortgezet? Zo nee, waarom niet?
  - Wat vindt u wenselijk? Wilt u het liefst zo veel mogelijk zelf doen of substitutie naar de eerste lijn?
  - Mogelijke veranderingen in de toekomst?
- *communicatie bij terugverwijzing*
  - Terugverwijsbrief (vorm en inhoud)



- Consultatie met huisarts voor en na terugverwijzing? Waarom wel/niet?
- Werkafspraken over communicatie bij terugverwijzing? (informatie-uitwisseling)
- Wat vindt u wenselijk?
  
- *afspraken rond terugverwijzing*
  - Werkafspraken over het te voeren beleid door de huisarts? Waarom wel/niet? (onderscheid specialist/maatschap/ziekenhuis)
  
- *beleid rond terugverwijzing*
  - Van specialistenmaatschap? Wat en waarom?
  - Van ziekenhuis?
  - Wat vindt u daarvan?
  - Mogelijke veranderingen in de toekomst?
  
- *veranderingen sinds hervorming zorgstelsel*
  - verandering in toestroom patiënten?
  
- *Hoe ervaart u de relatie met de huisarts?*
  - Is er sprake van een persoonlijke relatie?
  - Is de relatie meer gericht op samenwerking of concurrentie? Waarom zou je gaan samenwerken?
  - Nemen huisartsen taken van specialist over en/of de specialist taken van de huisarts?
  - Gaan samenwerking en concurrentie goed samen?
  - Wat is voor u een goede huisarts? Wanneer doet een huisarts het niet goed?

### **Lid Raad van Bestuur**

- *Beleid gericht op huisartsen*
  - Vindt u het een zaak van maatschappen of van het ziekenhuis om beleid op te stellen gericht op huisartsen?
  - Wat voor beleid heeft ziekenhuis opgesteld?
    - aanstellen van een relatiemanager
    - de huisarts deelgenoot maken van het onderzoeks- en helingsproces, enz.
    - Speelt het ziekenhuis een rol bij het afstemmen van werkafspraken tussen huisartsen en specialisten?
  - Gericht op wie? Alle huisartsen in de omgeving? Zo ja, welke omgeving?
  - Waarom?
    - Versterken concurrentiepositie t.a.v. andere tweedelijnszorgaanbieders? (bevorderen van verwijzingen naar eigen ziekenhuis)

- Versterken concurrentiepositie t.a.v. eerstelijnszorgaanbieders? (overnemen van taken die ook in de eerste lijn kunnen worden uitgevoerd)
  - Verbetering zorg voor patiënt? (ketenzorg)
- Weet u wat verwijzers belangrijk vinden? Hoe weet u dat?
- Hoe worden specialisten/specialismen hierbij betrokken?
- Effect van dit beleid? Hoe weet u dat?
- Toekomstig beleid? (Zorgdomein?)
  
- *Relatie met huisartsen*
  - Concurrentie? Nemen huisartsen taken van het ziekenhuis over en/of het ziekenhuis taken van de huisarts? Waarom wel/niet?
  - Samenwerking? Hoe? Waarom wel/niet?
  - Wanneer zowel concurrentie als samenwerking: hoe gaat dit samen? Zorgt dit voor spanning?
  - Mogelijke veranderingen in de toekomst?
  
- *Concurrentie met andere ziekenhuizen / ZBC's*
  - Kent ziekenhuis een vast adherentiegebied? Merkt het ziekenhuis verandering in verwijsgedrag huisartsen? Zo ja, wat dan? Mogelijke veranderingen in de toekomst?

## 2. Codeerschema

