

DE HUISARTS EN DE ZORGGROEP

Perspectief op ondernemerschap en samenwerking



Irma van der Pluijm
Masterthesis MBA-Health
Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

April 2017





Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

'In de Master of Health Business Administration leren deelnemers bedrijfskundige inzichten te vertalen naar een krachtige visie op de zorg en vergroten ze hun effectiviteit als leider.'

Inge Bongers en Elly Breedveld, programmadirectie MHBA
(<https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/programma/mhba>, 2017)

Master of Health Business Administration (MHBA-13)
Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Begeleider: drs. L. (Lucie) C.M. Boonekamp
Tweede beoordelaar: dr. M. (Maarten) Janssen
April 2017

Ontwerp:
Patty Koot, BuroPARK

Inhoudsopgave

Voorwoord	6
Management summary	8
Management samenvatting	10
1. Inleiding	12
1.1. Maatschappelijke en praktische relevantie van het onderzoek	12
1.2. Doelstelling onderzoek	13
1.3. Vraagstelling	14
1.4. Leeswijzer	15
2. Context	18
2.1. Ontwikkelingen chronische zorg en substitutie	19
2.2. Huisartsenzorg in historisch perspectief	22
3. Het spanningsveld tussen ondernemerschap en samenwerking	24
3.1. Inleiding	24
3.2. Spanningsveld individueel ondernemerschap en samenwerking	24
3.3. Algemene definitie van ondernemerschap	25
3.4. Maatschappelijk ondernemerschap	25
3.5. Maatschappelijk ondernemerschap in de zorg	26
3.6. Huisartsen en maatschappelijk ondernemerschap	28
3.7. Invloed professionele autonomie huisarts op ondernemerschap	28
3.8. Conclusie definitie ondernemerschap	30
4. Het conceptueel model: samenwerking	34
4.1. Samenwerken	34
4.2. Complexiteit van samenwerken	37
4.3. Conceptueel model: perspectieven op samenwerking binnen een zorggroep	41
4.4. Conclusie: samenhang borgen in beoordeling van de samenwerking	46
5. Methoden van onderzoek	48
5.1. Onderzoeksdesign	48
5.2. Data verzameling	52
6. Onderzoeksresultaten	56
6.1. Inleiding	56
6.2. Ondernemerschap	56
6.2.1. Invulling ondernemerschap door huisartsen	57
6.2.2. Invulling ondernemerschap door bestuurders	63
6.2.3. Conclusies invulling ondernemerschap	66
6.3. Samenwerken in zorggroepen huisartsen en bestuurders	67
6.4. Impact samenwerking in zorggroep op ondernemerschap huisarts	74
7. Slotbeschouwing en aanbevelingen	78
7.1. Aanbevelingen	78
7.2. Slotbeschouwing	80
Literatuurlijst	84
Bijlage 1: Topic list Huisartsen	88
Bijlage 2: Topic list Bestuurders	90
Bijlage 3: Emailbericht aan respondenten	92

Voorwoord

Ter afsluiting van mijn tweejarige opleiding Master of Health Business Administration aan het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur heb ik de thesis die voor u ligt geschreven.

Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, voor denkers en doeners, Erasmus University, *for ambitious thinkers and doers*.

Dat was de aanleiding, voor mij als doener de MBA-Health aan het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur te gaan volgen. Wat een goed besluit! Ambitious, jazeke! om mijn 30 jarige ervaring in de zorg, na verschillende (management) opleidingen, masterclasses te bekronen met een MBA-Health.

Mijn intrinsieke motivatie om mijn werk voort te zetten binnen de gezondheidszorg is om bestuurders, beleidsmakers verder te verbinden met de professional, zodat zij elkaar beter leren verstaan, begrijpen en optimaal elkaars expertise kunnen benutten. Dit is mijns inziens een randvoorwaarde om nu en in de toekomst de zorg rondom de patiënt goed te kunnen organiseren en daar waar nodig te verbeteren.

In mijn huidige functie als dagelijks bestuurder van een zorggroep wil ik daar een bijdrage aanleveren en heb ik dat met het schrijven van deze thesis, een bekroning van de afgelopen twee jaar, getracht te bekrachtigen. Twee jaar geleden ben ik de uitdaging aangegaan om een nieuwe baan én deze MBA opleiding te gaan volgen. Wat heeft het mij veel gebracht. Vanuit strategische kaders de zorgvraagstukken benaderen, het analytisch leren denken en het toepassen in de dagelijkse praktijk. Het heeft mijn kennis én mij als persoon verrijkt.

Dit alles kon ik niet bereiken als de mogelijkheden in mijn directe omgeving hiervoor niet werden geschapen. Daarom wil ik mijn enorme waardering uitspreken voor Florens, Tom, Emma en Gijs.

Florens, dank voor je kritische analyses, je uitputtende kennis en de discussies die we hebben gevoerd, je geduld om zoveel over te nemen thuis als ik op de donderdagen, vrijdagen afwezig was en de weekenden weer bezig was met mijn studie. Tom, Emma en Gijs, alle waardering voor jullie begrip dat mama al die weekenden, de studiedagen en de laatste weken alleen maar achter de laptop zat. Ik houd van jullie! Ik gun jullie in het leven ook zoveel kennisverrijking, ontdekkingen en ontmoetingen met mensen over de hele wereld, dat alles in goede gezondheid! Kies je eigen pad, samen én soms alleen, maar kies het vanuit je hart! Familie en vrienden, bedankt voor jullie steun en begrip voor mijn afwezigheid op sommige momenten, ik ben er weer!

Samen

Je hebt elkaar nodig. Als een arts een behandeling voorschrijft, maar de patiënt niet therapietrouw is, de praktijkondersteuner het vervolg niet goed oppakt en de assistente de afspraak niet inplant dan gebeurt er niets. Dus... samen sterk!

Daarop volgend wil ik mijn waardering uitspreken voor de mensen die deze studie hebben georganiseerd en mijn team van geweldige collega's !

Lucie Boonekamp, bedankt voor de intensieve begeleiding bij mijn thesis, de kritische noot, het aanspreken van mijn andere hersenhelft. De programma directie van de MHBA, prof. dr. Inge Bongers en dr. Elly Breedveld voor de organisatie, de individuele gesprekken, feedback, kennisverrijking, het ontdekken van de internationale verschillen in de gezondheidszorg met de studiereis naar Berlijn en Stockholm, dank! Ook dank voor alle inspirerende docenten, waar ik er een aantal van wil noemen, zoals Henk Honing, Marco de Witte, Kim Putters, Pauline Meurs.

Dank aan mijn team binnen de zorggroep. Collega's wat hebben jullie begrip opgebracht voor mijn keuze om studie en werk te combineren. Wat hebben we samen een werk verzet de afgelopen 1,5 jaar! Ik wil Sandra, onze officemanager, in het bijzonder bedanken, als baken op de achtergrond, heeft het mede mogelijk gemaakt om mijn werk met mijn studie te combineren. Het is en blijft teamwork.

Dank aan Patty, voor haar bijzondere kennis en de uitvoering van het grafisch ontwerp en illustraties, de layout voor mijn thesis, maar ook bij de financiële veldwerk opdracht. De bijzondere gave die je hebt om de vraag van de klant naar een beeldend ontwerp te creëren.

Dank aan Marja, voor het kritisch meelezen en alle correcties op taalfouten.

Dank voor de huisartsen binnen en buiten de Zorggroep West-Brabant, de bestuurders, directie van zorggroepen, LHV, InEen, om onvoorwaardelijk mee te werken aan dit onderzoek.

Als student van deze opleiding hebben we de mogelijkheid gehad onze studiedagen door te brengen in Villa Heidebad te Epe, wat een bijzondere plek, een voorbeeld waar de klantwaarde optimaal wordt nageleefd, Wim en Bjarne bedankt!

Dank aan mijn collega medestudenten, wat een ongelooflijke inspiratiebron zijn jullie voor mij geweest.

De uitdagende discussies, gesprekken over elkaars werkveld, het persoonlijk contact, waar vriendschappen voor het leven uit zijn gekomen.

Mijn doel om voor mijn vijftigste een MBA te volbrengen, een idee gegroeid in 2009, is volbracht. Op naar de volgende uitdagingen die het leven brengt, maar vooral nu na de afronding van deze thesis, verder met

Practice what you preach!

Ik wens u veel leesplezier met deze thesis!

Irma van der Pluijm

Management summary

This study focusses on the impact of collaboration within a care group (collective) on the individual General Practitioner as entrepreneur. General practitioners and other specialist care providers, such as primary care assistant practitioner (PCAP), chiropodists, diabetes and pulmonary nurses, medical specialists, dieticians and physiotherapists work closely in a care group in order to provide care for chronically ill patients in a particular region.

The care group is pre-eminently an organisation that connects groups of people with so-called communities: patients-general practitioner-PCAP-other chain partners. By optimising and facilitating that connection, the care for chronically ill patients can be improved. The involvement of the general practitioner and the mutual collaboration is an important precondition for the success of a care group, especially in the long term.

The strengthening collaboration with general practitioners is a recognisable organisation topic for several care groups in the Netherlands. General practitioners are searching for a new balance in the interests of a good and effective provision of chronic care through the care group, the possible facilitating nature of the care group and the personal entrepreneurship of the general practitioner practice.

They can be viewed as private entrepreneurs operating in the semi-public sector. This results in a different dynamic in entrepreneurship, also referred to as 'Social entrepreneurship'. The mission of a socially responsible enterprise is not only the creation but also the long term maintaining of social value. The following can be listed as important elements of the entrepreneurship of general practitioners: smart organisation, innovation and the developing of commercial activities.

The general practitioner will have to decide when conducting their business whether and in which way he/she collaborates. This is accomplished in the context of the following interests:

1. The guarantee of good care is a public interest, as a result of which the general practitioner must meet a range of requirements set by the government (regulations).
2. The general practitioner is an independent private entrepreneur and runs a (be it limited) entrepreneurial risk. He/she is dependent on his/her practice for income.
3. The responsibility of the general practitioner as professional to adhere to the ethical standards and value of the medical profession. He/she must provide the best care to the individual patient.

In practice, general practitioners have various collaboration forms as a result of this.

The study aims to provide insight into factors in the collaboration within the collective of the care group that could drive or hinder the entrepreneurship of the general practitioners. The study poses the following question:

'Which hindering and drive factors do general practitioners experience as participant to a care group (collective) that impact the entrepreneurship in the general practitioner practice? And where are the opportunities for a successful collaboration between care groups (regional partnerships) and the individual general practitioner practice?'

A field of tension exists for many general practitioners between the running of the business (general practitioner practice) and the collaboration within the care group. Collaboration is complex. General practitioners within a care group have to sacrifice a part of their autonomy with the belief they will gain more than they lose (interdependence). It is frequently unclear in a partnership who 'has control' (unclear power centre) or who and in what way power is exercised. A common view on the joint problems (a new reality) has to be derived from various interests and ambitions. General practitioners must collaborate within an ever-changing environment, dynamic context, where it is exactly those differences between them, which can be the basis for the added value of the collaboration (appeal of heterogeneity).

In light of this complexity, confusion often arises in the partnership as a result of the clashing of cultural differences, standards and values, language, the diffuse interests at play and the specific contextual factors that impact the collaboration and the success of it. This can erode the needed trust and ensure that the collaboration is not optimally formed. A field of tension is created.

I developed a conceptual model to answer the study question that enables us to analyse this field of tension. The model is partially based on the collaboration model of Kaats and Opheij (2014) and examines the collaboration from five perspectives: Ambition-interests-relation-organisation-process.

Based on this analysis, the following factors in the collaboration within the care group that could hinder or drive the entrepreneurship can be identified:

- Vision & policy of the care group
- Trust
- Knowledge & Expertise
- Cost advantages
- Financial benefits
- Risk distribution
- Network function
- Professionalism of the care group
- Delegation

In response to the identified factors, I have made a number of recommendations of which the most important are:

- Create the conditions for true dialogue
- Work on trust
- Take account of interests
- Define a shared ambition together ("beating heart of the collaboration")
- Create a professional organisation
- Dare to facilitate

Management samenvatting

Deze thesis gaat over de invloed van de samenwerking binnen een zorggroep (collectief) op de individuele huisarts als ondernemer. In een zorggroep werken huisartsen en andere gespecialiseerde zorgverleners, zoals praktijkondersteuners (POH), podotherapeuten, diabetes- en long verpleegkundigen, medisch specialisten, diëtisten en fysiotherapeuten nauw samen om de zorg rondom de chronische patiënt in een bepaalde regio te leveren.

De zorggroep is bij uitstek een organisatie die groepen mensen, met zogenaamde community's: patiënt-huisarts-POH-andere ketenpartners, verbindt. Door die verbinding te optimaliseren en te faciliteren kan de zorg voor de chronische patiënt verbeteren. De betrokkenheid van de huisarts en de onderlinge samenwerking is een belangrijke randvoorwaarde voor het succes van een zorggroep, zeker op de langere termijn.

De versterking van samenwerking met huisartsen is voor meerdere zorggroepen in Nederland een herkenbaar organisatiethema. Huisartsen zoeken naar een nieuw evenwicht in de belangen van een goed en doelmatig aanbod van chronische zorg via de zorggroep, het mogelijk faciliterende karakter van de zorggroep en het eigen ondernemerschap van de huisartsenpraktijk.

Huisartsen kunnen gezien worden als private ondernemers die actief zijn in de semi-publieke sector. Dit geeft een andere dynamiek aan het ondernemen. Ook wel aangeduid als 'Maatschappelijk ondernemen' of 'social entrepreneurship'. De missie van een maatschappelijke onderneming is niet alleen het creëren, maar ook het langdurig behouden van sociale waarden (lange termijn). Als belangrijke elementen van het ondernemerschap van huisartsen kunnen genoemd worden: slim organiseren, het ontplooiën van commerciële activiteiten en het doen van innovaties.

Bij het ondernemen zal de huisarts moeten beslissen of en op welke wijze hij samenwerkt. Dat doet hij in de context van de volgende belangen:

1. Borging van goede zorg is een publiek belang, waardoor de huisarts dient te voldoen aan veel eisen van de overheid (regulering).
2. De huisarts is een zelfstandig private ondernemer en loopt een (zij het beperkt) ondernemersrisico. Hij is voor zijn inkomen afhankelijk van zijn praktijk.
3. De verantwoordelijkheid van de huisarts als professional om zich te houden aan de ethische normen en waarden van de medische beroepsgroep. Hij dient de beste zorg voor de individuele patiënt te geven.

Huisartsen kennen daardoor in de praktijk verschillende samenwerkingsvormen.

Het onderzoek beoogt inzicht te geven in factoren in de samenwerking binnen het collectief van de zorggroep die het ondernemerschap van de huisarts kunnen bevorderen of belemmeren. Het onderzoek kent de volgende vraagstelling:

'Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren huisartsen als deelnemer aan een zorggroep (collectief) die van invloed zijn op hun ondernemerschap in de huisartsenpraktijk? En waar liggen de aanknopingspunten voor een goede samenwerking tussen zorggroepen (regionale samenwerkingsverbanden) en de individuele huisartspraktijken?'

Voor veel huisartsen bestaat er een spanningsveld tussen het voeren van de onderneming (huisartsenpraktijk) en de samenwerking binnen de zorggroep. Samenwerking is complex. Binnen een zorggroep moeten huisartsen een deel van hun autonomie opgeven in het vertrouwen daarvoor meer terug te krijgen (interdependentie). Vaak is in een samenwerkingsverband niet duidelijk wie 'de touwtjes in handen heeft' (onduidelijk machtscentrum) of door wie en op welke wijze de macht wordt uitgeoefend. Er moet vanuit verschillende belangen en ambities gekomen worden tot een gemeenschappelijk gedragen opvatting over de gezamenlijke problemen (een nieuwe werkelijkheid). Binnen een steeds veranderende omgeving, dynamische context, dienen huisartsen samen te werken, waarbij juist de verschillen tussen hen de basis voor de toegevoegde waarde van de samenwerking kan zijn (aantrekkingskracht van heterogeniteit).

Gegeven deze complexiteit ontstaat in de samenwerking vaak spraakverwarring als gevolg van het botsen van verschillen in cultuur, normen en waarden, taal, de diffuse belangen die spelen en de specifieke contextuele factoren die van invloed zijn op de samenwerking en het succes ervan. Dit kan het broodnodige vertrouwen uithollen en ervoor zorgen dat de samenwerking niet optimaal tot stand komt. Er ontstaat een spanningsveld.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag heb ik een conceptueel model ontwikkeld dat het mogelijk maakt het spanningsveld tussen de samenwerking binnen de zorggroep en de individuele huisartsenpraktijk te analyseren. Het model, dat mede is gebaseerd op het samenwerkingsmodel van Kaats en Opheij (2014), bekijkt de samenwerking vanuit een vijftal perspectieven: ambitie-belangen-relatie-organisatie-proces.

Op basis van de analyse kunnen de volgende factoren in de samenwerking binnen de zorggroep worden benoemd die het ondernemerschap kunnen belemmeren of bevorderen:

- Visie & beleid van de zorggroep
- Vertrouwen
- Kennis & Expertise
- Kostenvoordelen
- Risicospreiding bij investeringen
- Netwerkfunctie
- Professionaliteit van de zorggroep
- Financiële prikkel
- Delegeren

Naar aanleiding van de gevonden factoren doe ik aanbevelingen. De belangrijkste daarvan zijn:

- Creëer de condities voor een echte dialoog
- Werk aan vertrouwen
- Houd rekening met belangen
- Definieer samen een gedeelde ambitie ("kloppend hart van de samenwerking")
- Zorg voor een professionele organisatie
- Durf te faciliteren en laat je faciliteren

1. Inleiding

Voor mijn studie ‘Master of Health Business Administration’ aan het ‘Erasmus Centrum voor Zorgbestuur’ schrijf ik een thesis over de invloed van een zorggroep (collectief) op de individuele huisarts als ondernemer. De thesis is gebaseerd op een empirisch onderzoek binnen de huisartsenzorg en zorggroepen.

In dit hoofdstuk, de inleiding, zal ik de maatschappelijke relevantie van het onderzoek, de doelstelling en vraagstelling van het onderzoek, alsmede een opbouw van het onderzoek beschrijven door middel van een leeswijzer.

1.1. Maatschappelijke en praktische relevantie van het onderzoek

Ik heb gekozen voor dit onderwerp omdat de samenwerking tussen professionals die nodig is om goede zorg te leveren mij als directeur van een zorggroep maar ook als mens erg bezig houdt. Ik werk nu 30 jaar in de gezondheidszorg en ben begonnen als zorgprofessional (verpleegkundige).

Daarna heb ik als manager verschillende leidinggevende-coördinerende functies gehad, onder andere als consultant en nu als dagelijks bestuurder van een zorggroep. Ik heb in deze jaren meerdere “bewegingen” binnen de zorg meegemaakt; de organisatie van centraal naar decentraal en vice versa. Mijn intrinsieke motivatie om mijn werk voort te zetten binnen de gezondheidszorg is om bestuurders, beleidsmakers verder te verbinden met de professional, zodat zij elkaar beter leren verstaan en begrijpen en optimaal elkaars expertise kunnen benutten. Dit is mijns inziens een randvoorwaarde om (ook in de toekomst) de zorg rondom de patiënt goed te kunnen organiseren en daar waar nodig te verbeteren.

Op dit moment ben ik binnen de zorggroep, waar ik werkzaam ben, bezig om de samenwerking met de huisartsen en andere betrokken professionals, zoals de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH), diëtisten, podotherapeuten te optimaliseren. De versterking van deze samenwerking is voor meerdere zorggroepen in Nederland een herkenbaar organisatiethema. Is een zorggroep een goede vorm om de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners, het multidisciplinair behandelen van de patiënt te bevorderen? Dan wel voor de huisarts? Of schuurt dit tegen zijn/haar eigen praktijkvoering, de huisarts als ondernemer aan? Welke invloed heeft een collectief op het ondernemerschap van de huisarts? Is een huisarts wel een ondernemer? Daarbij speelt dat er momenteel landelijk evaluaties plaatsvinden over de kosten en de kwaliteit van de ketenzorg, de rol van regionale samenwerkingsverbanden, zoals zorggroepen (eindrapport “Een sterke eerste lijn voor betere zorg en beheersbare kosten, oktober 2016 en het rapport “Impactanalyse Organisatie en Infrastructuur (O&I) 30 maart 2017) en het effect daarvan op de door de overheid wenselijk geachte verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn. De poortwachtersrol van de huisarts geeft hem een centrale rol in deze zorgsubstitutie (zie hoofdstuk 2 substitutie). Deze rol brengt voor de huisartsen de verantwoordelijkheid mee om de samenwerking onderling, maar ook met de andere betrokken disciplines in de zorgketen goed te organiseren. De betrokkenheid van de huisarts en de onderlinge samenwerking is daarmee een belangrijke randvoorwaarde voor het succes van een zorggroep, zeker op de langere termijn.

Voor de huisartsen in Nederland is de werkwijze, het participeren in een samenwerkingsverband, redelijk nieuw. De eerste zorggroepen zijn rond 2007-2008 ontstaan. De vraag is of de huisarts voldoende ‘gewend’ is aan deze samenwerking (zie hoofdstuk 3 samenwerken). Dit vraagt van de huisartsen een aanpassing aan deze nieuwe context. Hoe gaat de huisarts om met deze aanpassing? Is er een conflicterende situatie ontstaan tussen de eigen onderneming, de dagelijkse werkzaamheden in de huisartsenpraktijk en de ‘eisen’ die gesteld worden door een samenwerkingsverband-collectief- als een zorggroep?

Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren om deze transitie door te maken? Dit is een onderwerp dat mij alle langere tijd bezighoudt en ik steeds vaker in de landelijke ontwikkelingen rondom de eerste lijn tegenkom.

In mijn onderzoek wil ik een antwoord vinden op bovenstaande vragen.

Binnen de zorggroep West-Brabant, maar ook binnen andere zorggroepen leidt de trend naar meer samenwerking tot veel discussie over de inrichting en sturing van de samenwerking tussen huisartsen. Huisartsen zoeken naar een nieuw evenwicht in de belangen van een goed en doelmatig aanbod van chronische zorg via de zorggroep, het mogelijk faciliterende karakter van de zorggroep en het eigen ondernemerschap van de huisartsenpraktijk.

De ervaring die ik heb opgedaan in mijn huidige functie als algemeen directeur van de Zorggroep West-Brabant, als manager van een andere zorggroep, maar ook in andere functies in de eerste en tweede lijnszorg, zoals consultant binnen een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) leert mij dat een transformatie naar verdere samenwerking tussen huisartsen, dan wel medisch specialisten, langzamer tot stand komt dan wenselijk is. Dit kan beheerst worden door praktische knelpunten, bestaande praktijken en belangen in een vol speelveld met weinig effectieve regie.

Voor mijn thesis heb ik daarom gekozen om een kwalitatief onderzoek te verrichten naar de impact, die de hiervoor beschreven trend van (verdergaande) collectivisering heeft op de huisarts als ondernemer met een eigen huisartsenpraktijk en als lid van de zorggroep.

Met dit onderzoek wil ik een bijdrage leveren aan de versterking van de regionale samenwerking van zorgaanbieders die nodig is om de langdurige zorg structureel van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar te houden voor nu en in de toekomst. Waarbij duidelijk wordt voor bestuurders en individuele professionals (huisartsen) hoe om te gaan met het spanningsveld van het eigen (organisatie) belang en het belang van het samenwerkingsverband.

1.2. Doelstelling onderzoek

De doelstelling van dit onderzoek is te komen tot aanbevelingen voor huisartsen en bestuurders van zorggroepen (collectief) met betrekking tot de vraag hoe om te gaan met belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van het 'ondernemerschap' van de huisartsen en de samenwerking in de zorggroep.

Meer specifiek beoogt het onderzoek huisartsen inzicht te geven in de voor- en nadelen van de deelname aan een regionaal samenwerkingsverband, zoals een zorggroep. Het beoogt bestuurders van regionale samenwerkingsverbanden zoals een zorggroep of een belangen-koepelorganisatie, inzicht te geven hoe om te gaan met de belangen van de individuele huisarts in zijn of haar rol als ondernemer in een samenwerkingsverband.

1.3. Vraagstelling

Voor het onderzoek heb ik de volgende vraagstelling geformuleerd:

Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren huisartsen als deelnemer aan een zorggroep (collectief) die van invloed zijn op hun ondernemerschap in de huisartsenpraktijk? En waar liggen de aanknopingspunten voor een goede samenwerking tussen zorggroepen (regionale samenwerkingsverbanden) en de individuele huisartspraktijken?

Deze vraagstelling heb ik voor het onderzoek in de volgende subvragen opgedeeld:

1. Hoe wordt het 'ondernemerschap' van huisartsen in de literatuur omschreven/gedefinieerd? (literatuuronderzoek)
2. Wat zijn relevante aspecten bij de invulling van het 'ondernemerschap' zoals door de huisartsen ervaren wordt? (literatuuronderzoek)
3. Wat wordt door de huisartsen onder ondernemerschap verstaan? (empirisch onderzoek)
4. Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren huisartsen ten aanzien van ondernemerschap in de praktijk? (empirisch onderzoek)
5. Hoe wordt het samenwerkingsverband, de zorggroep, in de literatuur omschreven/gedefinieerd? (literatuuronderzoek)
6. Wat zijn relevante aspecten bij de invulling van de samenwerking in een zorggroep, zoals door de huisartsen ervaren wordt? (empirisch onderzoek)
7. Wat wordt door de huisartsen onder een goede samenwerking binnen een zorggroep verstaan? (literatuur & empirisch onderzoek)
8. Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren de huisartsen in de samenwerking met de zorggroep? (empirisch onderzoek)
9. Wat wordt door bestuurders van zorggroepen en koepelorganisaties verstaan onder het 'ondernemerschap' van de huisarts? (literatuur & empirisch onderzoek)
10. Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren bestuurders van zorggroepen en koepelorganisaties in de samenwerking met de individuele huisarts binnen hun organisatie? (empirisch onderzoek)
11. Welke aanbevelingen kunnen vanuit literatuur, onderzoek onder huisartsen en bestuurders van zorggroepen en koepelorganisaties en de uitkomst van het onderzoek, gedaan worden hoe om te gaan met de bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van het 'ondernemerschap' van de huisartsen en de samenwerking in de zorggroep.

1.4. Leeswijzer

De thesis bestaat uit zeven hoofdstukken.

Hoofdstuk 1 beschrijft de inleiding met de doelstelling en de vraagstelling van het onderzoek.

In hoofdstuk 2 wordt de context geschetst van de ontwikkelingen in de chronische zorg, ketenzorg, samenwerkingsverbanden, zorggroepen, substitutie en de huisartsenzorg in historisch perspectief.

Hoofdstuk 3 beschrijft het spanningsveld van het ondernemerschap en de samenwerking en legt het begrip ondernemerschap verder uit.

Hoofdstuk 4 beschrijft het begrip samenwerken en het bijbehorende conceptuele model, dat ik op basis van het theoretisch model van Kaats en Opheij (2011-2014) en De Witte, Jonker en Vink (red.) (2012) heb gemaakt om een 'samenhangende kijk' op de complexiteit van een samenwerkingsverband te kunnen hebben.

Hoofdstuk 5 beschrijft de methodologie, de validiteit en betrouwbaarheid en de data die ik gebruik voor mijn onderzoek.

Hoofdstuk 6 beschrijft de resultaten en de conclusies van het empirische onderzoek dat ik met behulp van interviews heb uitgevoerd. In dit hoofdstuk benoem ik de belemmerende en bevorderende factoren van samenwerking in de zorggroep voor het ondernemerschap van huisartsen.

Hoofdstuk 7 beschrijft de aanbevelingen voor huisartsen en bestuurders van zorggroepen en koepel- en belangenorganisaties die kunnen bijdragen aan een doelmatigere samenwerking in zorggroepen, regionale samenwerkingsverbanden. Ik sluit het hoofdstuk af met een slotbeschouwing op het onderzoek.

In de bijlagen zijn een topiclist huisarts, een topiclist bestuurder en het mailbericht aan de respondenten voorafgaand aan het onderzoek opgenomen.

HOOFDSTUK 2

Context

2. Context

De zorg is in transitie. Bestaande paradigma's schuiven: gezondheid is niet langer de afwezigheid van ziekte. De grote beweging gaat van ziekte & zorg via gedrag & gezondheid naar vitaliteit & functioneren. In anders kijken naar gezondheid benoemt Prof. Dr. Mirella M.N. Minkman in haar oratie, "Innovatie van Organisatie en Governance van integrale zorg", verlangen naar integraliteit op 10 maart 2017 dit als volgt;

"Om te weten wat iemand nodig heeft, is het essentieel om uit te gaan van een brede definitie van zowel zorg als gezondheid. Gezondheidszorg krijgt daarmee een andere lading, evenals de opgave van professionals en bestuurders in de zorg. De WHO definieert gezondheid als: 'een toestand van volledig lichamelijk, mentaal en maatschappelijk welzijn, niet uitsluitend zijnde de afwezigheid van ziekte of gebrek' (WHO, 1948). Hoewel deze definitie als nadeel heeft dat een dergelijke status voor veel mensen lastig bereikbaar is en dus weinigen gezond zouden zijn, geeft hij wel aan dat het niet alleen gaat om het lichamelijke maar ook om de geestelijke en de sociale aspecten van het leven. De opvatting over wat verstaan wordt onder gezondheid verandert echter. Onderzoek van Machteld Huber toont aan dat gezondheid ook gedefinieerd kan worden als 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven' (Huber et al., 2016). Haar onderzoek laat zien dat mensen met ervaring met ziekte vinden dat gezondheid te maken heeft met alle levensgebieden. Die brede visie op gezondheid - 'positieve gezondheid' genoemd - bestaat uit zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, de spiritueel-existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren. De definitie kenmerkt zich door een brede en integrale scope. Het verschil is dat het nieuwe concept de nadruk legt op het vermogen van ieder mens om te groeien in de richting van zijn persoonlijke doelen, zelfs bij ziekte".

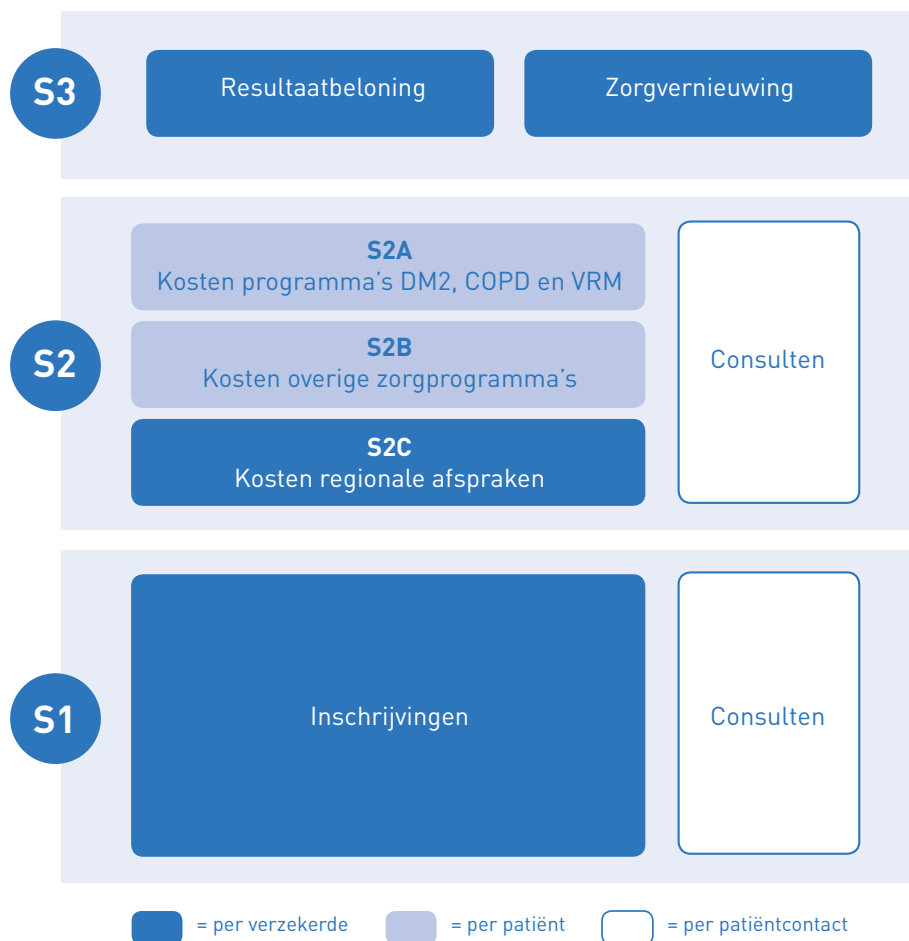
De kenmerkende elementen van het huidige zorgsysteem zoals de 0de, 1ste, 2de, 3de lijn zullen meer en meer in elkaar overvloeien en op termijn verdwijnen. Deze veranderende positieve definitie van de gezondheid heeft voor de "georganiseerde" eerste lijn (scoort op google 75.600 hits, maart 2017) consequenties. De mens benaderen vanuit hetgeen hij wel kan en de behoefte van het individu bepaalt dat de zorg nu volgens de protocollaire ketenzorgprogramma's meer gestuurd zal worden op het behalen van de individuele opgestelde doelen van de 'patiënten'. De 0de, 1ste, 2de, 3de lijn worden meer één lijn, de ontwikkelingen op het gebied van de anderhalvelijnszorg zijn hiervan een sprekend voorbeeld en wellicht een noodzakelijke tussenstap om de gewenste verandering goed op gang te brengen. Bijvoorbeeld de medisch specialist die naar het zorgcentrum in de wijk gaat, in de huisartsenpraktijk komt om, daar spreekuur te houden, om zodoende toegankelijke, betaalbare en goed gekwalificeerde zorg te leveren en daarmee kan voorkomen dat de patiënt de "duurdere" zorg in de tweede lijn nodig heeft.

2.1. Ontwikkelingen chronische zorg en substitutie

Op dit moment bestaat de totale bevolking van Nederland uit bijna 17,1 miljoen geregistreerde inwoners (CBS, 2017). Het aantal mensen met een chronische aandoening in de Nederlandse samenleving neemt toe. Eén van de belangrijkste uitkomsten van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) in 2014, die de naam **Een gezonder Nederland** heeft meegekregen, is een stijging van het aantal chronisch zieken van 5,3 miljoen in 2011 naar 7 miljoen in 2030. Daarbij zal ook het aantal mensen met twee of meer aandoeningen toenemen. Vooral door de vergrijzing steeg het aantal mensen met een ziekte het afgelopen decennium en die stijging zet door. Vroege opsporing van ziekten plus een betere behandeling maken dat mensen langer kunnen leven met hun ziekte. Ook hierdoor stijgt het aantal mensen met een ziekte. Van de totale bevolking had in 2014 30,1% een langdurige aandoening. Aan de ziektebeelden Diabetes Mellitus Type II (DM II), Cardiovasculair risico (CVR) en COPD, leed in 2014 respectievelijk 3,7%, 4,7% en 2,5% van de totale Nederlandse bevolking (CBS, 2016).

Dit heeft tot gevolg dat ook de zorgkosten toenemen. Mede daarom is vanuit het ministerie van VWS in 2013 het begin gemaakt voor een nieuwe bekostigingssystematiek van de zorg in Nederland. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa, 2013) heeft op verzoek van de minister advies uitgebracht over bekostigingsmodellen en later over de vormgeving van het gekozen model. De voornaamste redenen voor deze hervorming zijn het reduceren en beheersen van kosten als gevolg van de toename van mensen met een chronische aandoening en om de zorgbehoefte die dit met zich meebrengt centraal te stellen. Om dit te bereiken is het de bedoeling dat zorg voor de chronische patiënten verschuift van de tweede naar de eerste lijn, maar ook van de eerste naar de nulde lijn in de vorm van preventie en zelfmanagement. Daarnaast is het de bedoeling om huisartsen te prikkelen om kwalitatief goede zorg te verlenen en dit te belonen. In de hoofdlijnenakkoorden met ziekenhuizen, medisch specialisten, huisartsen en aanbieders van geestelijke gezondheidszorg ligt vast dat de stijging van de Zvw-uitgaven verminderen met € 0,5 miljard. Uitgangspunt is de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg te verbeteren: meer zorg van de medisch specialisten naar de huisarts, en van de huisarts naar de zelfzorg (verschuivingen van de 3e-2e-1e en nulde lijn).

Deze ontwikkelingen leidden in 2013 tot het eerstelijnszorgakkoord. Hierin is vastgelegd dat de huisartsen bekostiging vormgegeven zou worden middels het segmentenmodel. Dit model bestaat uit drie segmenten, ook wel S1, S2 en S3. In S1 valt de monodisciplinaire huisartsenzorg die geleverd wordt door de huisarts (HA) en de Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg (POH). Deze zorg wordt bekostigd middels inschrijftarieven en consulten. S2 is onderverdeeld in S2a, S2b en S2c, en bevat alle multidisciplinaire zorg. In S2a vallen de bestaande ketenprestaties DM II, CVRM en COPD. In S2b vallen nieuwe ketens en zorgelementen die nog niet zijn opgenomen onder S2a. In S2c vallen kosten van lokale afspraken die verband houden met multidisciplinaire zorg en kosten die niet in S1 vallen. S3 staat in het teken van belonen van kwaliteit. Dit gebeurt op basis van prestatie-indicatoren die zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling contractueel vastleggen (NZa, 2013). Bovenstaande is overzichtelijk weergegeven in onderstaande figuur 1.



Figuur 1 Segmentenmodel 2015 (NZa, 2013)

Zoals hierboven eerder genoemd, door de toenemende vergrijzing en de toename van chronische ziekten en co- en multimorbiditeit zal zorg en behandeling in de eerste en tweede lijn anders georganiseerd moeten worden. Dit noemt men substitutie van zorg.

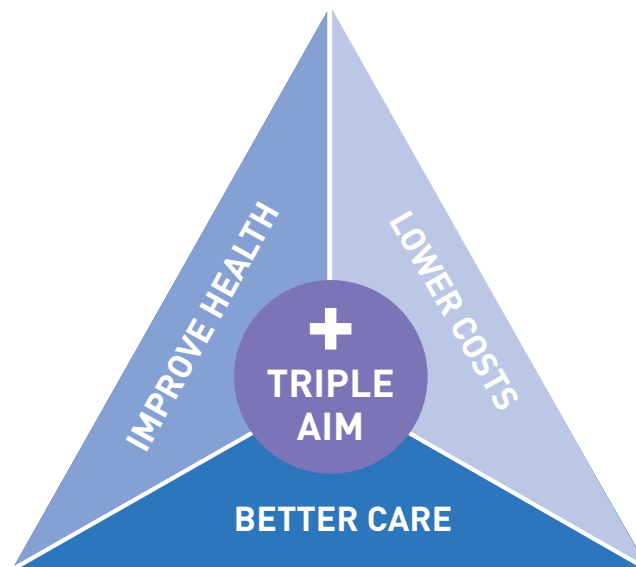
De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa, 2012) beschrijft substitutie als volgt:

“Onder substitutie wordt verstaan het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie. De veronderstelling is daarbij dat substitutie doelmatigheidswinst oplevert onder gelijkblijvende of betere kwaliteit.”

Substitutie in de zorg:

De substitutie van zorg is in gang gezet om de kwaliteit en toegankelijkheid te verbeteren en kosten beheersbaar te houden. Het is gebaseerd op de 'triple aim' gedachte. Dit is een uit de Verenigde Staten afkomstig concept voor het duurzaam organiseren van zorg. Het staat voor gelijktijdig realiseren van de volgende driedledige doelstelling:

- Het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg
- Het verbeteren van de gezondheid van een populatie
- Het verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking



Figuur 2 The Massachusetts eHealth Institute - Massachusetts Technology

De transitie tussen de tweedelijnszorg en de eerstelijnszorg lijkt een logische ontwikkeling vanuit het financieel perspectief gezien, maar hoe verhoudt deze doelstelling zich met de visie van de verschillende betrokken professionals? Is er oog voor de behoefte aan vergroting van de samenhang in de zorg? Zijn de verschillende betrokkenen op zoek naar een model waarin de zorg doelmatig, tijdig en gepast wordt ingezet? Om de substitutie te bevorderen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren, is er in 2007 gestart met de inrichting van zorggroepen. In hoofdstuk vier zal ik de definitie van **zorggroepen** verder beschrijven.

Ondanks de kritische noot van het niet wetenschappelijk bewijs van het effect van substitutie zijn de ontwikkelingen in de eerste lijn om substitutie verder te bevorderen in volle gang (Skipr, 8 maart 2017 "Effect substitutie niet wetenschappelijk bewezen", dat stellen onderzoekers van de vakgroep Gezondheidszorgonderzoek van de Universiteit Maastricht (UM) in een publicatie in het tijdschrift voor Geneeskunde NTvG). De centrale gedachte achter substitutie is dat de huisarts over het algemeen goedkoper zorg kan verlenen dan een ziekenhuis. Denk aan de grote prijsverschillen tussen de huisarts en het ziekenhuis voor eenvoudige ingrepen, zoals een sterilisatie. Dat is de reden geweest dat Minister Schippers de substitutie een stevige plek heeft gegeven in de zorgakkoorden gericht op de beteugeling van de zorgkosten. In het kader van deze zorgkosten is afgesproken dat de kosten in de tweede lijn jaarlijks met 1% mogen groeien en voor huisartsenzorg een additionele groei tot maximaal 1,5 % ten behoeve van "substitutie, vernieuwing en het belonen van uitkomsten."

De Landelijke Huisartsen Vereniging (hier verder te noemen LHV) heeft hier in haar visie document: **Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022** (14 november 2012) ook aandacht aan besteed net zoals de federatie van medisch specialisten, in haar visiedocument **Medisch specialist 2025**, gepresenteerd in maart 2017. In beide documenten wordt de ontwikkeling van samenwerken en een netwerk van zorgprofessionals als waarde voor de zorg aan de patiënt beschreven. De medisch specialist geeft duidelijk aan dat de rol van de specialist in dit netwerk van zorgprofessionals rondom de patiënt zich niet beperkt tot één gebouw of één lijn.

2.2. Huisartsenzorg in historisch perspectief

De verandering in de huisartsenzorg:

De afgelopen 20 jaar is er veel veranderd in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Door de toename van het aantal patiëntgebonden en niet patiëntgebonden activiteiten hebben huisartsen steeds vaker de behoefte aan ondersteuning om hun praktijk te kunnen managen.

De organisatie van de moderne huisartsenpraktijk is een complexe zaak. Al in 1989 werd in het tijdschrift van huisarts & wetenschap (H&W) beschreven dat een adequaat management de huisarts veel energie en tijd kost. Het blijkt dat die energie en tijd in toenemende mate ontbreken. De hedendaagse huisarts wil zijn of haar tijd liever besteden aan de directe patiëntenzorg. H&W heeft in 2016 een tiendelige serie gewijd aan de Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde (in november 2016 verscheen het laatste deel: het verhaal van de huisartsgeneeskunde: terugblik en perspectief). Kort samengevat wil de huisarts graag grip houden op zijn situatie, zelf beslissingen kunnen nemen en zelf verantwoordelijk zijn voor het reilen en zeilen van de praktijk. De huisarts wil graag zelf zijn 'onderneming runnen'. Dit alles vraagt inventiviteit om nieuwe methoden voor ondersteuning te vinden, die passen bij het onafhankelijkheidsgevoel en bij de toegenomen belasting van de huisarts.

Er zijn de afgelopen 10 jaar meer (verschillende) "samenwerkingsvormen" binnen de huisartsenzorg ontstaan, zoals (multidisciplinaire) zorgcentra, A-Hoed (Apotheek en huisartsen onder één dak), HOED (huisartsen onder één dak), (kosten) maatschappen. Daarnaast zijn de huisartsen zoals eerder genoemd gestart met de inrichting van zorggroepen, een groter collectief dan de hiervoor genoemde samenwerkingsvormen. Tussen 2007-2010 zijn de zorggroepen in Nederland opgericht.

HOOFDSTUK 3

Het spanningsveld tussen ondernemerschap en samenwerking

3. Het spanningsveld tussen ondernemerschap en samenwerking

3.1. Inleiding

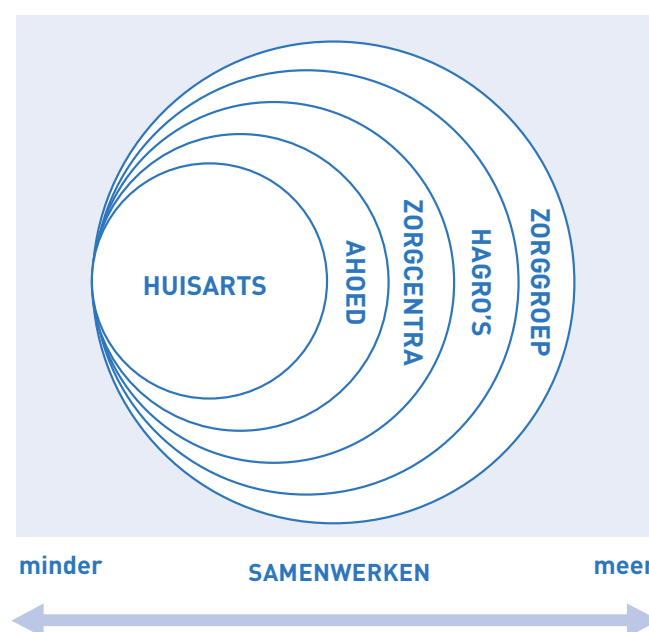
In mijn thesis wil ik op basis van literatuur en empirisch onderzoek aanbevelingen doen op het gebied van samenwerking die het ondernemerschap van de huisartsen verbetert én de samenwerking in de zorggroep ten goede komt. Dit is van belang omdat dit bijdraagt aan een efficiënte organisatie van het aanbod van kwalitatief goede en betaalbare eerstelijnszorg.

In het onderzoek staan de begrippen 'ondernemerschap' (van de huisarts) en 'samenwerking' (in de zorggroep) centraal. Tussen deze kernbegrippen bestaat een zekere spanning. In dit hoofdstuk beschrijf ik dit spanningsveld en werk ik het begrip ondernemerschap van de huisarts aan de hand van de literatuurstudie nader uit. In hoofdstuk 4 ga ik in op het begrip samenwerken en beschrijf ik het conceptueel model dat ik in deze thesis hanteer voor de analyse van de factoren in de samenwerking binnen een zorggroep (collectief), die het ondernemerschap in de huisartsenpraktijk kunnen belemmeren of bevorderen.

Voor een uitwerking van het conceptueel model in twee hoofdstukken is gekozen om de leesbaarheid te bevorderen.

3.2. Spanningsveld individueel ondernemerschap en samenwerking

Samenwerken binnen de eigen huisartsenpraktijk en samenwerken tussen huisartsen en met andere stakeholders gaat niet altijd even goed. De prikkel om samen te werken komt ook in veel gevallen vanuit andere belanghebbenden dan de huisartsen zelf. Daarbij bestaat soms spanning tussen de doelstellingen die de huisartsen willen bereiken en de belangen die andere stakeholders in het veld hebben bij de samenwerking met de huisartsen. De druk die dit oplevert wekt bij sommige huisartsen - die aan de onafhankelijkheid en professionele autonomie een grote waarde hechten - weerstand op om samen te werken. Dit kan komen doordat huisartsen eigenlijk nooit hebben geleerd om ondernemer te zijn, en de samenwerking die nodig is voor het ondernemerschap, in al zijn facetten goed tot stand te brengen (Leerboek Huisartsengeneeskunde, 2014).



Figuur 3 Spanningsveld samenwerken

Toch vereist de invulling van de huisartsenrol in de huidige tijd steeds meer samenwerking, zowel binnen de huisartsenpraktijk als met andere huisartsen en andere stakeholders. Het zou dus goed zijn als huisartsen bij de vraag naar samenwerking voor de zorg aan hun patiënten realiseren wat de toegevoegde waarde daarvan is voor elk aspect van het eigen ondernemerschap.

Figuur 3 laat dit spanningsveld tussen ondernemen in de huisartsenpraktijk en samenwerken schematisch zien.

3.3. Algemene definitie van ondernemerschap

Ondernemen en ondernemerschap zijn in de literatuur uitgebreid beschreven. De term 'ondernemer' of 'entrepreneur' wordt voor het eerst in de 18e eeuw gebruikt door de Franse econoom J.B. Say (Drucker, uitgave 2015, blz. 25): *"the entrepreneur shifts economic resources out of an area of lower and into an area of higher productivity and greater yield."* In de loop der tijd heeft de definitie van ondernemerschap zich verder ontwikkeld (Canoy, 2009).

Ondernemerschap wordt vaak gezien als een noodzakelijke voorwaarde voor economische ontwikkeling en groei. Kenmerkende elementen van ondernemen zijn 'verandering', 'innovatie', een bepaalde mate van risico voor de organisatie en/of de ondernemer en een bepaalde klantbehoefte(vraag). Zo omschreef Schumpeter ondernemen als: *'het ontwikkelen van nieuwe markten door zich te onderscheiden van bestaande markten en deze te beconcurreren.'* Een proces dus van voortdurende innovatie, waarbij succesvolle toepassingen van nieuwe technieken de oude vernietigen ("creative destruction") (Roininen, 2009). Drucker (uitgave 2015, Innovation and entrepreneurship) merkt op: *"the entrepreneur always searches for change, responds to it, and exploits it as an opportunity."* Ondernemen is het zoeken van kansen dus. Weber (Harten, 2003) stelt dat: *"Ondernemerschap betekent het op zich nemen van de organisatie van een deel van de economie, waarin menselijke behoeften worden bevredigd door middel van ruil, met als oogmerk het maken van winst voor risico van de ondernemer."* Hij benadrukt het aspect klantbehoefte.

Het ondernemerschap baseert zich op drie beginselen: innovatie, transmissie en destructie. Een ondernemer moet innoveren en vernieuwen om te overleven, transmissie betekent vermenigvuldigen, dat wil zeggen een product zoveel mogelijk maken en verkopen en als dit allemaal niet succesvol is dan volgt vernietiging en vervolgens weer vernieuwing.

3.4. Maatschappelijk ondernemerschap

De in de vorige paragraaf beschreven definitie van ondernemen is ontwikkeld in de private sector (profit). De meeste zorgaanbieders zijn private partijen, maar de zorgsector waarin zij actief zijn is de semi publieke sector (non-profit). Het (semi-) publieke karakter van de sector geeft een andere dynamiek aan het ondernemerschap.

Waar ondernemers in de private sector hoofdzakelijk worden gedreven door winstoogmerk, is voor ondernemers in de publieke sector het creëren van publieke waarde belangrijker dan het behalen van winst (dit zou zo moeten zijn). Zo worden innovaties in diensten, producten of processen vaak niet of niet per se gebruikt om concurrentievoordeel te behalen, maar juist gedeeld met andere organisaties die dezelfde diensten of producten leveren (best practices zijn belangrijk). Hierdoor kan de gehele sector en de samenleving van deze toegevoegde waarde profiteren.

Het streven van ondernemers naar publieke doelstellingen wordt ook wel aangeduid als 'Maatschappelijk ondernemen' of 'social entrepreneurship'. Fiolet schrijft (Fiolet, 2013, blz. 43): *"Social entrepreneurship seeks to integrate for profit entrepreneurial principles and practices into the non-profit operating environment, while maintaining the underlying mission of the non-profit organization."* De missie van een maatschappelijk onderneming is niet alleen het creëren, maar ook het langdurig behouden van sociale waarde (lange termijn). Het gaat niet om snel, individueel succes op de korte termijn, maar om blijvende fundamentele vernieuwing in de sector om maatschappelijk waarde toe te voegen (duurzaamheid).

3.5. Maatschappelijk ondernemerschap in de zorg

Putters stelt dat het bij maatschappelijk ondernemen in de zorg gaat om 'ondernemen' in het publieke belang, dus het nemen van risico's, het stimuleren van innovatie, het creatief inspelen op ontwikkelingen in de omgeving, en dit alles binnen een kader van publieke normen rond solidariteit, toegankelijkheid en gelijkheid (Putters, 1998).

Maatschappelijk ondernemen in de zorg kan worden uitgewerkt op macro-, meso- en microniveau (Fiolet, 2013).

- **macroniveau:** het regelgevend kader dat maatschappelijk ondernemen faciliteert: zoals de Zorgverzekeringswet en de Wet Toelating Zorginstellingen.
- **mesoniveau:** het ondernemerschap van zorgaanbieders (ziekenhuizen, verpleeghuizen, huisartsen. Putters (Putters, 2010) onderscheidt daarbij in de 'praktijk van ondernemend zorgbestuur' drie vormen, te weten:
 - **marktgericht ondernemen:** zorgverlening of ondersteunende diensten worden door zorginstellingen geprivatiseerd, dat wil zeggen buiten het gereguleerde 'reguliere' zorgsysteem aangeboden. Denk daarbij vooral aan laboratoria, keukens in instellingen en arbozorg, maar ook de toetreding van commerciële aanbieders in de thuiszorg (Buurtzorg en de Thomashuizen) en ziekenhuizen (Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen);
 - **gemeenschapsgericht ondernemen:** instellingen bieden zorg vooral binnen het gereguleerde reguliere zorgsysteem aan en ondernemen vooral door met logistieke en zorginhoudelijke innovaties tot een doelmatige georganiseerd, klantgericht zorgaanbod te komen. Denk daarbij aan onder meer zorgconcerns, zorgnetwerken, allianties en recentelijk ook zorgcoöperaties;
 - **intern ondernemen:** instellingen richten zich in hun ondernemende activiteiten vooral op de eigen organisatie door modernisering van interne productieprocessen, verbetering van planning- en controlecycli, de invoering van moderne ICT en de ontwikkeling van competenties en nieuwe managementtechnieken. Alle pogingen om de DBC's (diagnosebehandelingcombinaties) en DOT's ('dbc's op weg naar transparantie') in te voeren en nieuwe ICT-systemen te introduceren horen hierbij.
- **microniveau:** ondernemerschap dat managers en professionals binnen een zorgorganisatie bij het vervullen van hun rollen uitoefenen.

Het huidige zorgstelsel (macro niveau) vraagt voor het behalen van deze publieke doelstelling van doelmatige (lees: betaalbare) en toegankelijk zorg van goede kwaliteit om (meer) ondernemerschap van zorgaanbieders (meso en micro niveau). Het effect van ondernemerschap op de zorg kan zijn:

- **toegankelijkheid:** ondernemerschap kan meer keuze creëren. Daarbij moet voorkomen worden dat ondernemerschap bepaalde groepen uitsluit van zorg of voorrang verleent aan patiënten die meer betalen.
- **betaalbaarheid:** ondernemerschap prikkelt tot doelmatigheid in de organisatie mits de administratieve belasting (tengevolge van de controle eisen van de overheid) in de hand kan worden gehouden. Voorkomen moet dat streven naar doelmatigheid tot een zodanige kostenreductie leidt, dat de zorgkwaliteit wordt aangetast.
- **kwaliteit:** ondernemerschap kan zorgen voor innovaties in zorg en de zorgorganisatie.

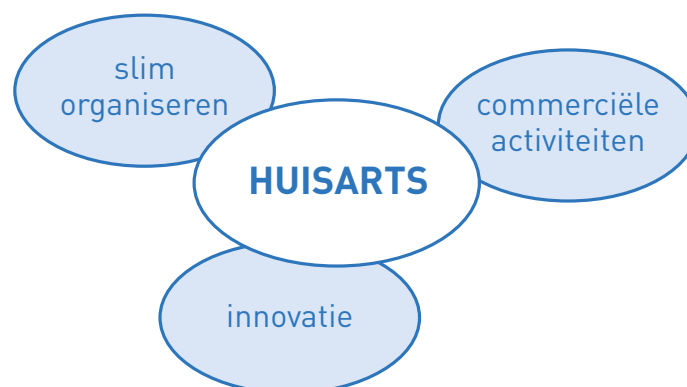
In een artikel in *Op één lijn, Schetsen voor een betere eerste lijn* (Zonmw, 2014) vertaalt Pauline Meurs - onder verwijzing naar het proefschrift van Kim Putters (2001) - het ondernemerschap in de zorg in drie kenmerkende activiteiten: “De eerste is ‘**slim organiseren**’, dus projectmatig efficiënter werken, de tweede is het starten van **commerciële activiteiten** om letterlijk winst te maken. Een derde invulling gaat over zorginhoudelijke **innovaties**”.

Esther Talboom, bestuursvoorzitter van diagnostisch centrum Saltro en bestuurder van InEen, beaamt dit maar onderkent tevens dat het in de zorg nog ontbreekt aan voldoende organisatiekracht. Rien Meijerink, oud secretaris-generaal van het ministerie OCW, geeft daarbij aan dat het bekostigingssysteem nogal in de weg staat. “We zijn zó gewend om in hokken te denken, daar kom je moeilijk uit. De zorg is versnipperd, terwijl iemands probleem dat niet is. Dit is vooral gekomen door de bekostiging; voor elke verrichting weer een ander potje. Dus wie moet er nu voorop gaan lopen om een cliënt in samenhang te begeleiden?” Daarbij komt, stelt Meijerink vast, dat medici zich vanuit de bekostiging heel sterk als zelfstandig ondernemer moeten opstellen, gedreven door de manier waarop ze worden afgerekend.

Hij vindt weerstand tegen samenwerking helemaal niet zo raar. “Je kunt niet tegen mensen zeggen: we gaan met zijn allen samenwerken, en dat gaat ten koste van uw omzet. Uw salaris lijdt er dus onder, maar dat moet maar even voor de goede zaak! Ik wil maar zeggen: geld is een belangrijke oorzaak van de toestand die we hier waarnemen” (Op één lijn, Schetsen voor een betere eerste lijn (Zonmw, 2014), blz 12.)

Figuur 4 geeft de vertaling van ondernemerschap in een plaatje weer.

Figuur 4 Elementen van ondernemerschap



3.6 . Huisartsen en maatschappelijk ondernemerschap

Volgens de Autoriteit Consument en Markt (ACM) is de huisarts ondernemer in de zin van de mededingingswet. Bij veel huisartsen en ook in de politiek bestaat echter weerstand tegen dit idee, omdat het streven naar winst en concurrentie niet zou passen bij de poortwachtersrol die de huisarts als zorgverlener in ons zorgstelsel heeft ('zorg is geen markt'). De SP is van mening dat huisartsenzorg gekenmerkt wordt door samenwerking en niet door concurrentie (Huisartsenservice, jaargang 4, 2015).

Zelfs de minister van VWS, Edith Schippers, stelde het ondernemerschap van huisartsen ter discussie toen zij op 26 januari 2015 in een debat in de Tweede Kamer vertelde dat: "Het beeld dat wij te maken hebben met concurrerende huisartsen die als ondernemers worden gezien- geen ondernemer heeft een abonnementstarief- is totaal misplaatst. Ik zie huisartsen helemaal niet als ondernemers. Huisartsen zijn zorgverleners, maar de mededingingswet is wel van toepassing". Een nogal dubbele boodschap, want hoe kan de Mededingingswet van toepassing zijn als huisartsen geen ondernemer zijn?

In deze thesis ga ik niet verder in op de discussie over de reikwijdte van de mededingingswet. Ik ga er vanuit dat ondernemerschap van een huisarts nodig is ongeacht de inrichting van de marktordening in de zorg.

Het proces dat een huisarts steeds meer een ondernemer maakt (het 'runnen' van een bedrijf (praktijk)) met niet alleen zorg voor de patiënt maar ook voor personeel, management, financiën, ICT etc.) is al enkele jaren op stoom, echter het is nog steeds niet vanzelfsprekend dat de huisarts die zichzelf ondernemer noemt, ook daadwerkelijk een ondernemer is (Huisartsenservice, 2015) .

De huisarts wordt steeds meer een spin in het web genoemd, met directe lijnen naar de medisch specialist, de apotheker, andere zorgverleners zoals de fysiotherapeut, contacten met de gemeente enz. Echter een spin zit in een comfortabelere positie dan de huisarts. De spin is vanaf zijn geboorte vaardig in het weven van een web en bouwt dat op met regelmaat en naar eigen inzicht. Ook zal 'het web' niet met de spin in discussie treden over verlangens en voorkeuren.

Huisartsen komen uit een cultuur van solisten die vrijwel autonoom werkten in hun veld zonder hiërarchische structuren. Samenwerking met andere huisartsen was vooral gericht op onderlinge waarneming. De organisatie- en financieringsstructuur vormde een rem op iedere ondernemingszin.

Ruim vijftien jaar geleden werd een zware urgentie gevoeld de werkdruk te verlichten door het vormen van huisartsenposten voor gezamenlijke zorg buiten kantooruren. In een recordtijd kwamen ruim honderd huisartsenposten tot stand, waarbij nu meer dan 90% van alle Nederlandse huisartsen betrokken zijn. Hierdoor hoeven huisartsen minder avond-, nacht- en weekenddiensten te draaien. Een goed voorbeeld van ondernemerschap volgens Prof. dr. W.J.H.M. van den Bosch (Huisarts, hoogleraar Zorginnovatie in de huisartspraktijk en lid van het Zorginnovatieplatform) en mevrouw drs. J. de Groot (Projectleider Zorginnovatieplatform, ministerie van VWS) (Tijdschrift Praktische Huisartsengeneeskunde, 2010).

3.7. Invloed professionele autonomie huisarts op ondernemerschap

Een van de bepalende krachten voor het invullen van het ondernemerschap van huisartsen is de professionele autonomie van de huisarts. Wat betekent die professionele autonomie?

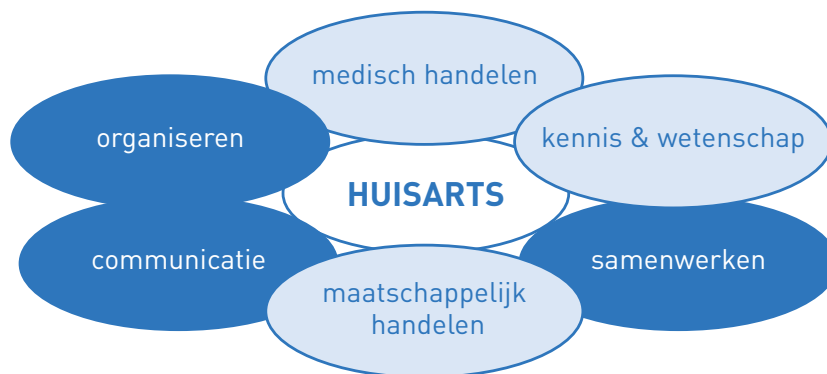
Het KNMG Manifest Medische professionaliteit, omschrijft de medische professionaliteit als (KNMG, 2007): *'Het geheel van waarden, gedragingen en verhoudingen met de samenleving dat het vertrouwen van mensen in artsen ondersteunt en rechtvaardigt'.*

Medische professionaliteit raakt zowel de professionele als maatschappelijke legitimiteit van de huisarts

als ondernemer. Het veronderstelt wederzijds respect, individuele verantwoordelijkheid en het afleggen van verantwoording. Medische professionaliteit is de basis voor de overeenkomst van de beroepsgroep met de samenleving. Voor de patiënt is de professionaliteit van de arts de basis van zijn vertrouwen in de arts. Vertrouwen dat dagelijks opnieuw verdiend moet worden. Het dagelijks handelen van artsen is gebaseerd op rollen en vaardigheden die voortvloeien uit de door alle specialistische beroepsgroepen geaccepteerde competenties. Medische professionaliteit is de omvattende rol met daarbinnen zes te onderscheiden rollen die door artsen in de praktijk worden gebracht:

- medisch handelen
- kennis & wetenschap
- samenwerken
- communicatie
- maatschappelijk handelen
- organiseren

Figuur 5 Medische professionaliteit



In het leerboek huisartsengeneeskunde van 2014 staan deze rollen met een zevende competentie beschreven: *professionaliteit*.

Burgers moeten in de gezondheidszorg terecht kunnen zonder schroom en angst dat ándere belangen of overwegingen dan alleen hun gezondheidsbelang doorslaggevend zullen zijn. Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de arts hun individuele gezondheidsbelang voorop stelt. De arts wil de beste kwaliteit van zorg leveren voor de individuele patiënt. Vertrouwen motiveert professionals en bevordert een goed functioneren van de gezondheidszorg als geheel. De maatschappij heeft een groot belang bij medisch professionele autonomie:

'De vrijheid van oordeelsvorming van de arts om, gegeven de wettelijke kaders en de professionele standaard, zonder inmenging van derden, in de individuele arts-patiëntrelatie te komen tot diagnosestelling en advisering over behandeling en/of het verrichten van diagnostische en therapeutische interventies, waarbij inbegrepen het onderzoeken en het geven van raad met als doel de bescherming en/of verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt' (KNMG, 2007).

Vrije oordeelsvorming is belangrijk omdat deze juist het individuele gezondheidsbelang van de patiënt dient, maar is niet ongeclausuleerd en wordt bepaald door de voor hem geldende professionele standaard. De toe-

passing hiervan is geen vrijblijvende zaak. Als de arts van de standaard afwijkt zal hij zich daarover moeten kunnen verantwoorden, gebaseerd op zorginhoudelijke deskundigheid en argumentatie. Medisch professionele autonomie is in die zin dan ook 'vrijheid in gebondenheid' en maakt deel uit van de professionele verantwoordelijkheid.

3.8. Conclusie definitie ondernemerschap

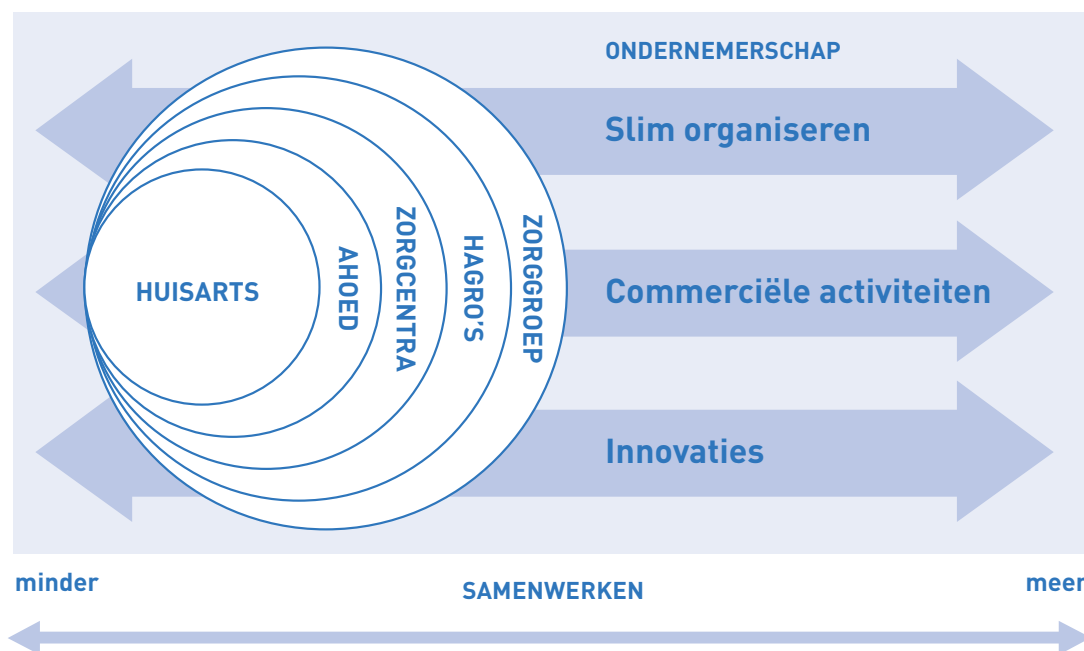
Voor het onderzoek van mijn thesis sluit ik voor de definitie van het ondernemerschap van huisartsen aan bij de definitie van Kim Putters betreffende het 'ondernemen' in het publieke belang. De huisarts als een maatschappelijk ondernemer.

De belangrijkste pijlers van dit ondernemerschap zijn:

- slim organiseren
- commerciële activiteiten
- innovaties

In het onderzoek heb ik bij de respondenten getoetst in hoeverre zij zich herkennen in deze drie pijlers van het ondernemerschap en welke impact de samenwerking binnen de zorggroep op deze pijlers heeft.

Figuur 6 Spanningsveld ondernemerschap en samenwerken



De discussie over de vraag of de zorg een markt is en de eisen die de professionaliteit aan het ondernemerschap stelt maakt duidelijk dat de huisarts bij de invulling van het ondernemerschap rekening moet houden

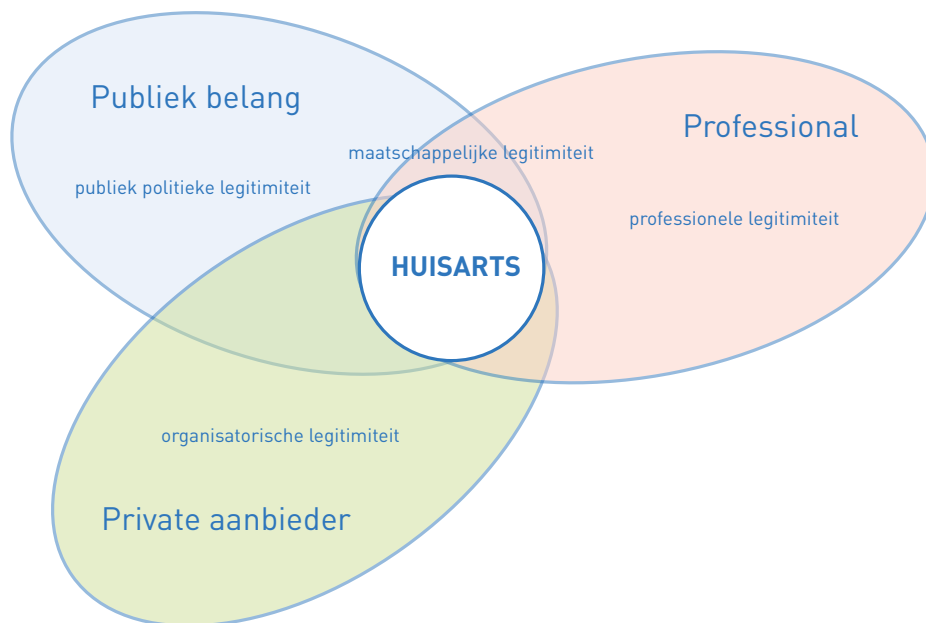
met uiteenlopende belangen.

Deze belangen zijn:

1. Borging van goede zorg is een publiek belang: zorg wordt ervaren als een publiek belang dat door de overheid geborgd dient te worden. De huisarts dient te voldoen aan veel eisen van de overheid (regulering). Zo worden er aan hem kwaliteitseisen maar ook organisatorische eisen gesteld bijvoorbeeld omdat hij 'poortwachter in de zorg' is.
2. Zorgorganisatie is een private onderneming: de huisarts is een zelfstandig ondernemer. Hij loopt een ondernemersrisico (zij het beperkt) en is voor zijn inkomen afhankelijk van zijn praktijk.
3. De verantwoordelijkheid van de huisarts als professional: hij is gehouden aan de ethische normen en waarden van de medische beroepsgroep en dient de beste zorg voor de individuele patiënt te geven.

De volgende figuur geeft de invloed van deze belangen op het ondernemerschap weer:

Figuur 7 Belangen op ondernemerschap



De invulling van de huisartsenrol in de huidige tijd dwingt de huisarts - mede onder druk van stakeholders als VWS en zorgverzekeraars - steeds meer tot samenwerking, zowel binnen de huisartsenpraktijk als met andere huisartsen en andere stakeholders. Daarbij bestaat soms spanning tussen de doelstellingen die de huisartsen willen bereiken en de belangen die andere stakeholders in het veld hebben bij de samenwerking met de huisartsen. De toegevoegde waarde van de samenwerking voor de zorg aan hun patiënten kan voor elk aspect van eigen ondernemerschap bekeken worden.

In het volgende hoofdstuk beschrijf ik het conceptueel model dat ik gebruik als theoretisch kader om belemmerende en bevorderende factoren van de samenwerking in de zorggroep te onderzoeken.

HOOFDSTUK 4

Het conceptueel model: samenwerking

4. Het conceptueel model: samenwerking

In dit hoofdstuk geef ik invulling aan de definitie van samenwerking en werk ik het conceptueel model uit voor de beoordeling van de impact van de samenwerking binnen een zorggroep op het ondernemerschap van de huisarts.

4.1. Samenwerken

Niet alle samenwerkingsverbanden zijn succesvol. Samenwerken is vaak een taai proces! (de Witte, Jonker & Vink red., 2012). Effectieve samenwerking tussen organisaties ontstaat wanneer deelnemers in organisaties, op alle niveaus, hun gezamenlijke doelen kunnen realiseren en tijdig kunnen reageren op vragen en verstoringen. Het gezamenlijk definiëren van een gezamenlijke ambitie die voor ieder van de betrokken partijen van betekenis is helpt daarbij. Daarnaast is het optimaal inrichten van het samenwerkingsproces een bepalende factor voor de effectiviteit van de samenwerking.

Samenwerking is kansrijk wanneer mensen en organisaties zich met elkaar weten te verbinden in een betekenis gevend proces dat recht doet aan de belangen en gericht is op een betekenisvolle ambitie (Kaats en Opheij, 2014). Om een samenwerking succesvol te maken is het dan ook nodig om vanuit meerdere perspectieven te kijken, te denken en te werken en om vanuit een samenhangende blik onder andere de ambitie, belangen en context van het samenwerkingsverband te analyseren.

Samenwerken tussen organisaties

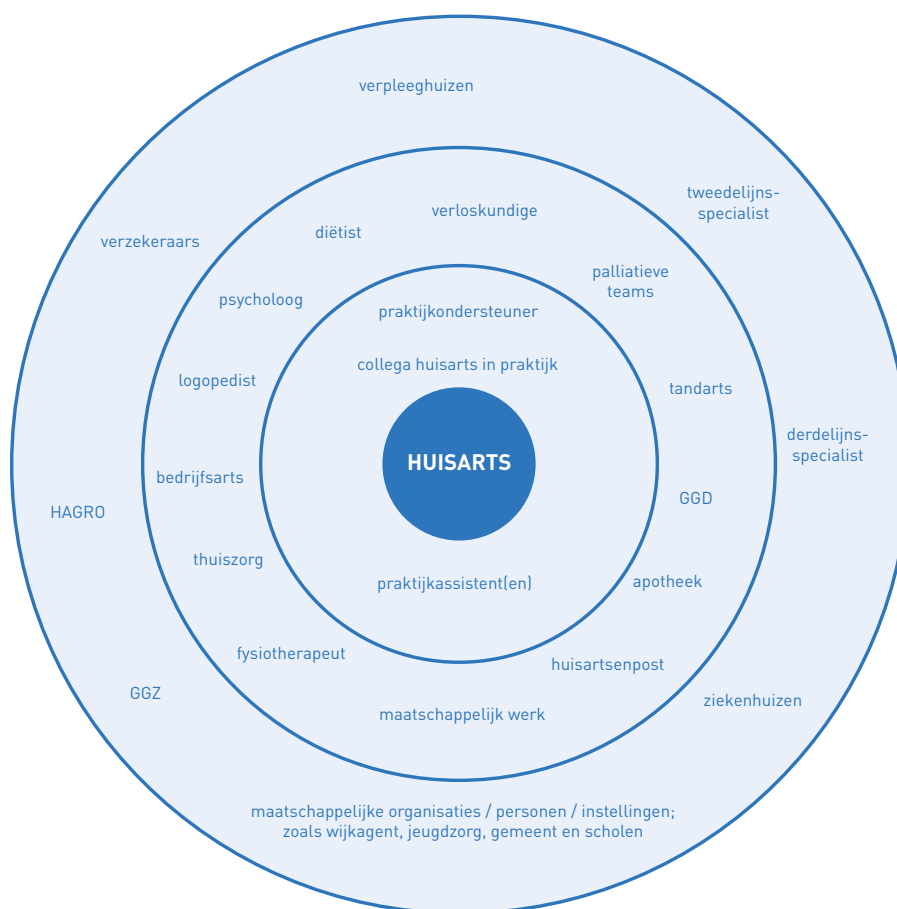
In de zorgsector is samenwerking tussen zorgorganisaties in toenemende mate van belang. Dit komt in de eerste plaats door de veranderende zorgvraag. Een voorbeeld daarvan zijn chronisch zieken die mede door de vergrijzing een snelgroeiende patiëntengroep vormen. Een chronische patiënt vraagt om langdurig advies, begeleiding en zorg van verschillende deskundigen. De zorgsector in zijn geheel, en de eerste lijn in het bijzonder, is steeds meer gericht op langdurige zorg voor mensen met co morbiditeit, dat wil zeggen mensen met meerdere beperkingen. In de huidige zorg sector zijn deze disciplines vaak in aparte organisaties zijn georganiseerd. Om doelmatige en toegankelijke zorg van goede kwaliteit te bieden aan patiënten met verschillende aandoeningen wordt het steeds noodzakelijker dat deze zorgorganisaties samenwerken (Leerboek voor huisartsengeneeskunde, 2014).

Samenwerkingsrelaties van de huisarts in de dagelijkse praktijk

In deze ontwikkeling naar meer samenwerking in de zorgsector speelt de huisarts een belangrijke rol. Als poortwachter van de zorg moet hij de zorg voor zijn patiënten organiseren die zij nodig hebben. Tegelijkertijd wordt de rol van de huisarts belangrijker door de substitutie van zorg van de 2e naar de 1e lijn en doordat patiënten steeds langer thuis blijven wonen (Leerboek huisartsengeneeskunde, 2014). Dit vraagt van huisartsen (in toenemende mate) een structurelere samenwerking, onderling en met andere zorgdisciplines.

Daarom wordt er steeds meer in ketenzorg trajecten gewerkt. Het is belangrijk dat huisartsen blijven samenwerken op bestaande dossiers om de dienstverlening in de huisartsenzorg toekomstbestendig te maken. Daarnaast wordt gezocht naar oplossingen voor de steeds zwaarder wordende administratieve lasten, zodat er meer tijd over zal blijven voor de patiënt.

Onderstaand plaatje geeft een goed beeld van de samenwerkingsrelaties van de huisarts in de dagelijkse praktijk (Leerboek Huisartsengeneeskunde, 2014).



Figuur 8 Samenwerkingsrelaties van huisartsen

Naast de samenwerking met andere zorgdisciplines werken veel huisartsen inmiddels steeds meer samen met collega's. Soms heeft de huisarts nog een solopraktijk, maar steeds vaker werkt hij met één of meer andere huisartsen in een gezamenlijke praktijk. Eén van de redenen is dat er steeds meer jongere huisartsen in deeltijd werken en een duo praktijk beginnen, of in een HOED gaan samenwerken, waarbij ze er voor kiezen personeel(-skosten), de praktijkruimte, de organisatie samen te delen (logboek, 2016). Ook dit vraagt om afstemming. De solopraktijken begeven zich vaak in een buitengebied, in een dorp als apotheekhoudende praktijk.

Een belangrijke vaardigheid voor het samenwerken in de huisartsenpraktijk is het delegeren van taken door de huisarts naar bijvoorbeeld een praktijkondersteuner (POH), POH GGZ, doktersassistente. Delegeren is het overdragen van bevoegdheden, inclusief de verantwoordelijkheid. Bij de keuze van wat de huisarts kan delegeren zal hij zich baseren op de mate waarin betrokkenen bevoegdheden en verantwoordelijkheden kan dragen. De bereidheid taken te delegeren is in de eerste plaats afhankelijk van de manier waarop de arts de ander en zijn beroep (en competenties) waarneemt en in de tweede plaats door zijn inzicht in de eigen rol en competenties, in zijn sterke en zwakke kanten. Beide factoren zijn subjectief en beïnvloedbaar. Zelfreflectie en reflectie naar de ander zijn dus cruciale factoren.

Als de verantwoordelijkheid voor het resultaat op goede wijze wordt gedelegeerd, is dat een stimulans om creatiever, zelfstandiger en gemotiveerder de taak uit te voeren. Resultaatgericht werken en vertrouwen zijn hier de toverwoorden.

Omdat de samenwerking binnen de zorggroep het onderzoeksobject van mijn thesis is geef ik hierna een beschrijving van de zorggroep.

Samenwerken in de zorggroep

Een zorggroep is een samenwerkingsverband waarin zelfstandige zorgaanbieders zijn verenigd. Er zijn ongeveer 115 zorggroepen in Nederland die ketenzorg leveren aan patiënten met chronische ziekten in de eerste, 1,5 lijn. De zorggroepen verschillen van grootte, samenstelling en activiteiten. Bijna alle zorggroepen richten zich op de zorg voor patiënten met diabetes mellitus (DM type II), vaak in combinatie met een zorgprogramma voor chronische longziekten (COPD) en/of een andere chronische ziekte, zoals de patiënten met een cardio vasculair risico (CVR). Ze hanteren daarbij de zorgstandaarden voor deze aandoeningen als uitgangspunt voor de ketenzorgprogramma's die ze samen met hun ketenpartners aanbieden. De minimale patiënten populatie van een zorggroep is 40.000. Zorgverzekeraars financieren in beginsel geen zorggroepen die kleiner zijn (InEen, 2016).

In een zorggroep werken huisartsen en andere gespecialiseerde zorgverleners, zoals praktijkondersteuners (POH), podotherapeuten, diabetes- en long verpleegkundigen, medisch specialisten, diëtisten en fysiotherapeuten nauw samen om de zorg rondom de chronische patiënt in een bepaalde regio beter te organiseren.

Met de term 'zorggroep' wordt de hoofdcontractant van de ketenzorgprogramma's bedoeld. De zorggroep is een organisatie met een eigen rechtspersoonlijkheid (coöperatieve vereniging) die verantwoordelijk is voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio.

Sinds 2007 wordt ketenzorg vanuit een diagnose behandel combinatie (DBC) gefinancierd. Dat wil zeggen, er wordt jaarlijks een totaal bedrag voor de behandeling van de chronische patiënt afgesproken tussen de hoofdcontractant (zorggroep) en de preferente zorgverzekeraar.

De leden van de zorggroep zijn de aangesloten huisartsen. De huisarts heeft een overeenkomst met de zorggroep als onderaannemer (huisartsenovereenkomst) en als lid van de zorggroep (ledenovereenkomst). De zorggroep is bij uitstek een organisatie die groepen mensen, met zogenaamde community's: patiënt-huisarts-POH-andere ketenpartners verbindt. Door die verbinding te optimaliseren en te faciliteren kan de zorg voor de chronische patiënt verbeteren.

Deze kenmerken kunnen ervoor zorgen dat de zorggroep een toegevoegde waarde heeft voor de huisarts als ondernemer.

4.2. Complexiteit van samenwerken

Oorzaken van complexiteit

Echter samenwerken, ook in een zorggroep, blijft complex. De complexiteit binnen een samenwerking zit in een aantal zaken (Kaats & Opheij, 2012):

- Allereerst betekent de samenwerking interdependentie. Binnen een zorggroep moeten huisartsen een deel van hun autonomie opgeven in het vertrouwen daarvoor meer terug te krijgen. Dit is moeilijk voor veel huisartsen en leidt tot weerstand. Maar partijen beseffen vaak dat ze "niet zonder, maar ook niet met elkaar kunnen". Dit leidt tot een complex spel van coalitievorming en positionering.
- Daarnaast is vaak niet duidelijk wie 'de touwtjes in handen heeft' (onduidelijk machtscentrum, Schruijer en Vansina 2007). Macht in samenwerkingsverbanden is vaak niet goed zichtbaar, ontstaat uit verschillende bronnen en wordt op verschillende wijze uitgeoefend. Zo ook in zorggroepen. Heeft de zorgverzekeraar de macht? Dit wordt vaak zo gevoeld. Of het management? Het bestuur? De (lokale) overheid, andere stakeholders in de regio? Het is belangrijk dat de betrokkenen in een zorggroep de verdeling en toepassing van macht 'leren lezen'. Wellicht zal het 'Calimero gedrag' van huisartsen dan ook kunnen verdwijnen. Huisartsen, bestuurders en andere spelers (logboek) bevestigen dat dit gedrag wordt vertoond en een grote rol speelt.
- Een volgende factor in de complexiteit is dat samenwerking een nieuwe werkelijkheid (Weick 1995) betekent die de partners moeten creëren om vanuit verschillende belangen en ambities te komen tot een gemeenschappelijk gedragen opvatting over de gezamenlijke problemen. In het geval van de zorggroep de organisatie van de geïntegreerde ketenzorg aan patiënten en mogelijke andere functionaliteiten in het licht van de eerstelijns ontwikkelingen. Dit is een uitdagend proces.
- Daarbij speelt ook de aantrekkingskracht van heterogeniteit. Verschillen tussen samenwerkingspartners zijn de basis voor de toegevoegde waarde van een samenwerkingsverband (Hoebeker, 2004). Je bent gefascineerd door de ander, omdat deze je helpt jezelf te ontdekken. Tegelijkertijd ben je bang voor die ander, omdat hij een bedreiging kan vormen. Deze paradox creëert ambiguïteit. Overeenkomsten tussen partijen zijn de basis voor competitie, naarmate samenwerkende partijen zich meer op hetzelfde gebied bevinden, is de kans op competitie tussen hen groter. In de praktijk zie je deze paradox ook terug in de zorggroep. Huisartsen en bestuurders kunnen van elkaar leren, door de verschillende expertises te delen, de huisarts met zijn expertise geneeskunde en bestuurders, directies met de expertise van managen. Daarnaast met dezelfde homogene groep (huisartsen) ontstaat er een competitie op het "beter willen scoren" dan de ander, duidend op kwaliteitsindicatoren in de ketenzorg.

- Een laatste kenmerk dat samenwerking complex maakt is de dynamische context. Samenwerkingsverbanden veranderen steeds door allerlei ontwikkelingen in de organisatie of daarbuiten. Samenwerkende partners zullen steeds opnieuw willen bekijken of ze vertrouwen hebben in de nieuwe ontwikkeling binnen de samenwerking. Dat betekent ook binnen de zorggroep dat het vertrouwen steeds opnieuw gevestigd moet worden. Een nieuw bestuur, nieuwe ontwikkelingen (ketenzorg, ICT, faciliterende activiteiten), nieuwe afspraken met zorgverzekeraars, nieuwe medewerkers, nieuw management. Het bewustzijn dat het nooit vanzelfsprekend is dat dat vertrouwen er meteen is en steeds opnieuw gedefinieerd moet worden is van groot belang. Er ontstaat steeds een complexe choreografie van partners die steeds hun onderlinge verhouding definiëren.

Oorzaken van spraakverwarring

Deze complexiteit zorgt ervoor dat er spraakverwarring ontstaat en dat (mede daardoor) de samenwerking vaak niet optimaal tot stand komt. Deze spraakverwarring is vaak het gevolg van het botsen van verschillen in cultuur, normen en waarden en taal, de diffuse belangen die spelen en de specifieke contextuele factoren die van invloed zijn op de samenwerking en het succes ervan. Dit kan het broodnodige vertrouwen uithollen.

Voor een goed begrip van de factoren in de samenwerking binnen de zorg die het ondernemerschap van de huisartsen (positief of negatief) beïnvloeden werk ik hierna de oorzaken van de spraakverwarring verder uit.

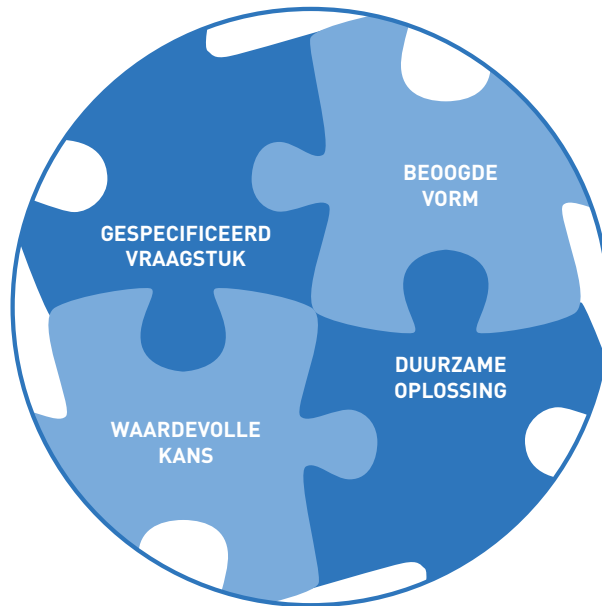
A. Confrontatie van verschillende werelden van cultuur, normen en waarden en taal

In ieder vraagstuk waar meerdere partijen betrokken zijn, zien we dat iedere betrokkene met zijn eigen bril naar een situatie kijkt. Ieder participeert in een samenwerkingsverband met zijn eigen referentiekader, logica, overtuigingen en drijfveren. Iemand stelt bijvoorbeeld een probleem centraal waarvan hij er vanuit gaat dat zijn perceptie van het probleem door iedereen gedeeld wordt. Dit komt ook uit de interviews en uit mijn bijgehouden logboek naar voren.

Zo kan een individuele huisarts denken dat zijn beeld van een probleem, de behandeling van een COPD patiënt in de keten, hetzelfde is als zijn collega en de drijfveer van deelname aan een zorggroep hetzelfde is als zijn drijfveer, te weten *moneydriven*. Een andere huisarts heeft al precies voor ogen welke oplossing zal leiden tot een duurzaam betere situatie voor deze behandeling. Niet zelden is dat juist de oplossing waarin hij gespecialiseerd is. Weer een ander denkt bij uitstek in termen van kansen die de samenwerking in de gegeven situatie beter kan benutten dan hij alleen kan realiseren. Hij ziet (de samenwerkende groep van huisartsen binnen) de zorggroep vooral als een gelijkwaardigere gesprekspartner met een ziekenhuis dan dat hij als individuele huisarts zou zijn geweest.

Tot slot zijn er mensen die direct denken in de vormen van samenwerking: er is een convenant nodig! Of een joint venture, een coöperatie, een shared service center. Juist in al deze situaties kan geen van de betrokken partijen uit de voeten met alleen zijn definiëring en perceptie van een vraagstuk, oplossing, kans of vorm.

Binnen een samenwerkingsverband kan geen van de betrokken partners zijn werkelijkheid of definitie af dwingen of opleggen aan de ander. In een goede samenwerking wordt juist dit gegeven erkend en wordt er aandacht aan besteed. Dat vraagt om een goed gesprek. Dit gesprek is een opeenvolging van tijdelijk werk-bare overeenstemmingen over definities van vraagstuk, oplossing, kans en vorm. Naarmate de samenwerking meer vorm en inhoud krijgt, neemt de kans op spraakverwarring of ambiguïteit af en wordt de overeenstemming steviger zonder dat partijen het ooit helemaal eens hoeven te worden. Onderstaand figuur geeft een model om een gezamenlijk beeld van de situatie en een bijbehorende taal te krijgen (Kaats & Opheij, 2012)



© Twynstra Gudde - De vier puzzelstukken van samenwerken

Figuur 9 Bronnen van ambiguïteit en spraakverwarring (De Witte, Jonker, Vink, 2012, blz. 148)

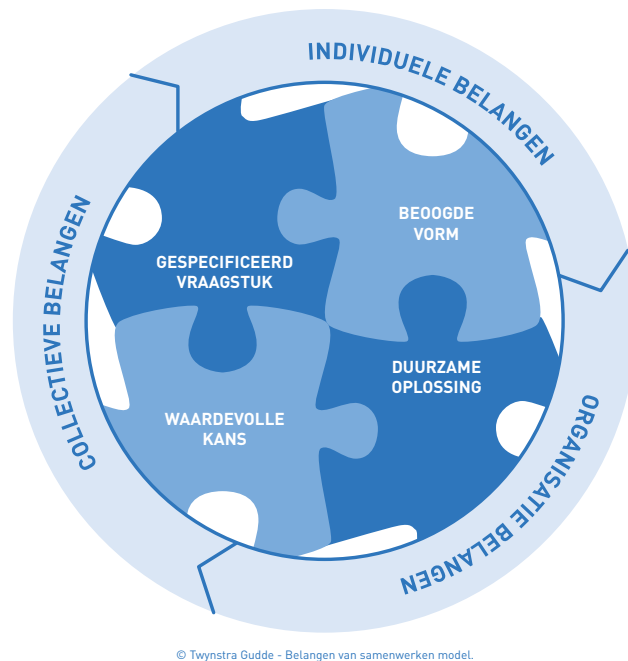
B. Diffuse belangen die bij de samenwerking spelen

Bij het bepalen van waar je staat, wat je wilt, wat je doet, zijn belangen in het spel. Mensen doen iets niet 'zomaar' het denken en gedrag wordt (mede) bepaald door belangen. Doordat het altijd moeilijk is de werkelijke belangen goed te doorgronden, zeker als de samenwerking zich in het beginstadium bevindt en de partijen de kaarten doelbewust of uit onzekerheid voor de borst houden, kan een schimmig woordenspel ontstaan dat uitmondt in spraakverwarring.

Er kunnen drie soorten belangen worden onderscheiden (Kaats & Opheij, 2014):

- **Organisatiebelangen:** Deze belangen zijn veelal gekoppeld aan de doelen en kernwaarden van de organisatie. Wat is het bestaansrecht, welke waarde voegt de organisatie toe? Welke waarde heeft elke individuele huisartsenpraktijk en welke waarde, wat is het bestaansrecht, (missie) heeft de zorggroep?
- **Individuele belangen:** Persoonlijke overtuigingen, drijfveren en belangen spelen in ieder proces een rol. Alleen in de theorie kun je de mens en de functionaris loskoppelen. In de praktijk spelen persoonlijke belangen, zoals carrière, reputatie, angst, gezichtsverlies en gewin altijd een rol. Wat zit er voor mij in? Heeft het consequenties voor mijn praktijk, oftewel directe gevolgen voor mijn onderneming als ik me aan het belang van het samenwerkingsverband, de zorggroep conformeer?
- **Collectieve belangen:** Collectieve middelen en ruimte staan vrijwel altijd op het spel. In een complexe context gaat het om de collectieve belangen van burgers, patiënten, cliënten. Ook al zitten deze belanghebbenden niet letterlijk aan tafel, hun collectieve belangen spelen altijd een rol. Een huisarts vertaalt deze belangen ook naar zijn patiënten. In dit verband is het goed onderscheid te maken in belangen en standpunten.

Onderstaand figuur geeft weer hoe dit onderscheid aan belangen zich laat opnemen in het model dat helpt om een gezamenlijk beeld van de situatie en een bijbehorende taal te krijgen.



Figuur 10 Soorten belangen, (2012, De Witte, Jonker, Vink, 2012, blz. 148)

C. De rol van contextuele factoren:

Voor een goed begrip van de contextuele factoren is het belangrijk om de historie en de potentie van een samenwerkingsproces goed te doorgronden en verklaringen te vinden voor de spraakverwarring die steeds de kop op kan steken. Zeker als samenwerkingspartners geworteld zijn in verschillende contexten met verschillende spelregels, is dit cruciaal. Huisartsen die in een stad in een zorgcentrum of een HOED samenwerken of de solist in een apotheekhoudende praktijk op het platteland waar religieuze achtergronden een rol spelen en samen in een zorggroep treden, kijken allen met een ander beeld naar dit samenwerkingsverband. De historie, ontstaansgeschiedenis van een samenwerkingsvraagstuk is ook bepalend voor de context net zoals de politieke, sociale, technologische elementen.

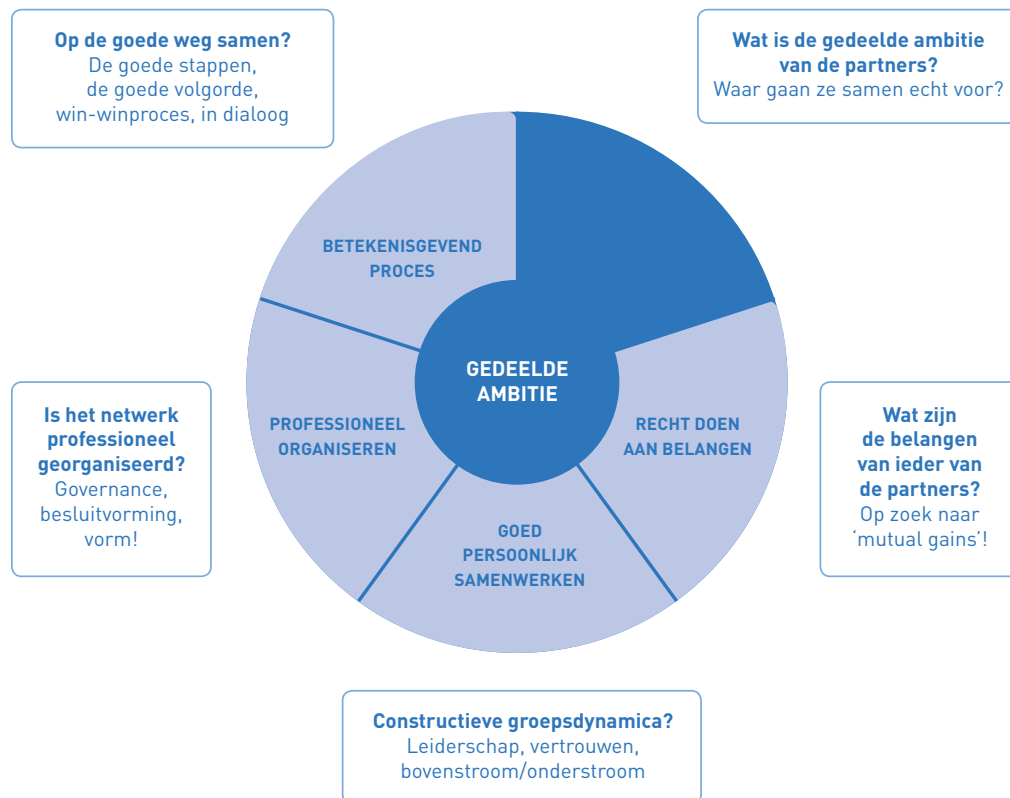
Ondanks allerlei dualiteiten, het gedoe en de veronderstellingen is samenwerking (in de zorg) nodig. Dit komt in de eerste plaats door de veranderende zorgvraag. De zorgsector in zijn geheel, en de eerste lijn in het bijzonder, is steeds meer gericht op langdurige zorg voor mensen met co morbiditeit. Het aantal ouderen neemt toe en mede daardoor zijn er in Nederland inmiddels meer dan een miljoen patiënten met chronische aandoeningen. Deze veranderingen in de zorgvraag dienen zich aan bij de huisarts en vragen dringend om enigerlei vorm van samenwerking. Voor adequate opvang, optimale behandeling en effectieve doorverwijzing is steeds vaker bundeling nodig van kennis en kunde van meerdere gespecialiseerde zorgprofessionals binnen de eerste lijn.

Een samenhangende manier van kijken helpt huisartsen en bestuurders van een zorggroep om samen de ambitie, belangen en context te analyseren en te bepalen wat er goed loopt in de samenwerking en waar de knelpunten zitten. Het helpt de hierboven behandelde spraakverwarring binnen de samenwerking in de zorggroep te verminderen.

Op basis van het model van Kaats & Opheij beschrijf ik in de volgende paragraaf daarom een conceptueel model waarmee de complexiteit van de samenwerking binnen zorggroepen op een samenhangende manier bekeken kan worden ('een bril') en ik voor deze thesis de positieve en negatieve factoren van de samenwerking in de zorggroep op het ondernemerschap van de huisartsen kan bepalen.

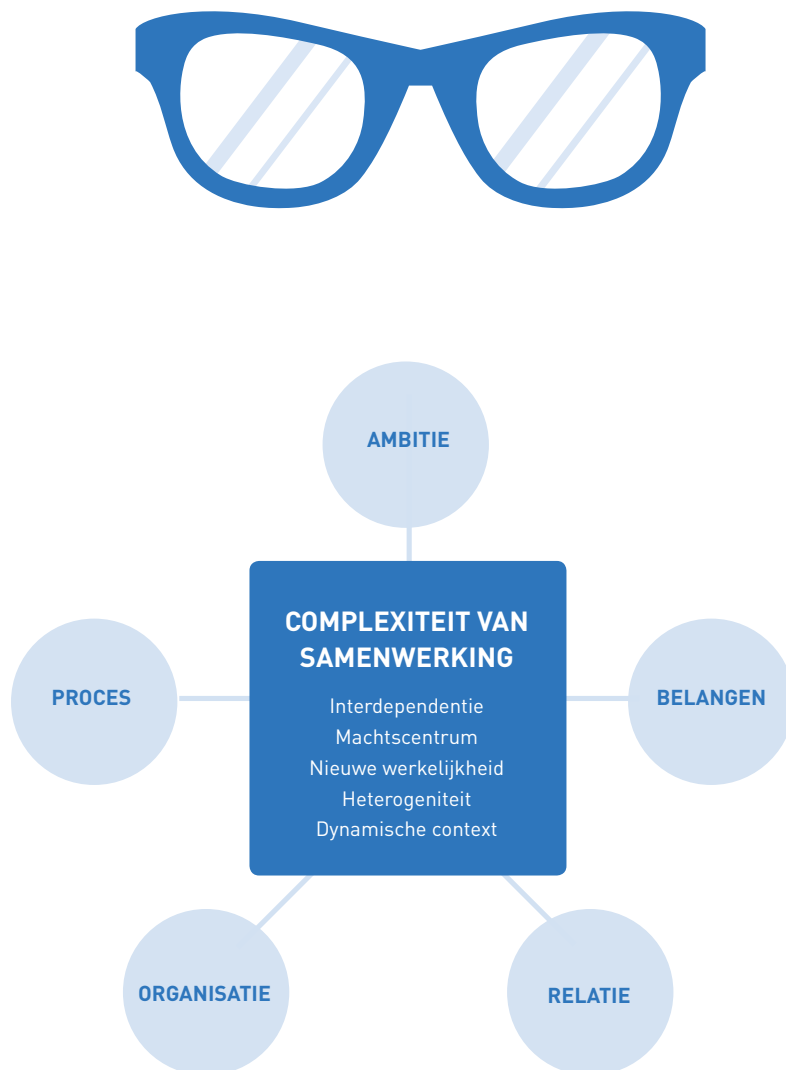
4.3. Conceptueel model: perspectieven op samenwerking binnen een zorggroep

In deze paragraaf beschrijf ik het conceptueel model voor mijn onderzoek. Het model vormt het theoretische kader waarmee ik de complexiteit van de samenwerking binnen zorggroepen op een samenhangende manier en vanuit verschillende perspectieven bekijk. De impact van deze samenwerking op de elementen slim organiseren, commerciële activiteiten en innovatie van het ondernemerschap van de huisartsen kan ik hiermee analyseren. Het model heb ik gebaseerd op het model van Kaats en Opheij, 2014 uit *Leren samenwerken tussen organisaties*, zoals hieronder in figuur 11 weergegeven.

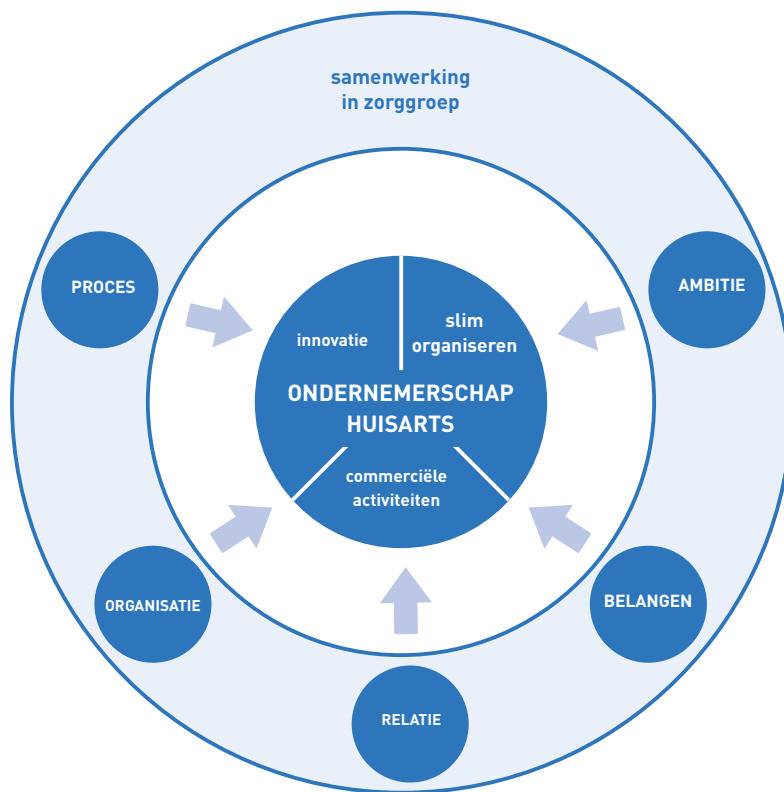


Figuur 11 Een samenhangende kijk op samenwerking ([Kaats en Opheij 2012, De Witte, Jonker, Vink, 2012, blz. 148])

De vertaling van dit model was nodig om de impact van de samenwerking van huisartsen in de zorggroep op het ondernemerschap van de huisarts vanuit verschillende perspectieven te kunnen analyseren. Gekeken vanuit de onderzoeksbil heb ik de vertaling in figuur 12 en 13 naar een nieuw model weergegeven.



Figuur 12 De perspectieven op de complexiteit van samenwerking



Figuur 13 Perspectief op het samenwerkend ondernemerschap

Hieronder licht ik het conceptuele model toe met een beschrijving van de vijf perspectieven op samenwerking (de 'lenzen' van het analysemodel).

Het perspectief op de gedeelde Ambitie

Samenwerken doe je niet zomaar, het moet iets opleveren. Wat het moet opleveren kan voor het samenwerkingsverband en de deelnemende partij verschillend zijn. Een gezamenlijk ambitie die partners juist bindt, is een ambitie die voor de betrokken mensen (huisartsen) en voor hun organisaties (huisartsenpraktijk) van betekenis is. Het moet een ambitie zijn die van betekenis is en in het verlengde ligt van de strategie van alle "organisaties" (huisartspraktijken) die meedoen in het samenwerkingsverband. Uiteraard kom je daar ook grenzen tegen. Vanuit de mededingingswet zijn er namelijk een aantal no-go areas. Een aantal belangrijke vragen voor de ambitie van de samenwerking zijn dan ook:

- Kunnen we samen meer bereiken dan ieder voor zich?
- Wat is dan voor ieder van de partners betekenisvol (organisatie en persoonlijk) ?
- Is de doelstelling van één partij bepalend of gaan we volgens de logica van het netwerk op zoek naar de gezamenlijke ambitie? Het gaat dan om het goede "alignment" tussen de strategie van ieder van de partners, de samenwerkingsstrategie en de strategie van de samenwerking.

Voor de beoordeling vanuit de lens ambitie zijn de basisvragen:

- Is er sprake van een gedeelde ambitie?
- Wordt waarde creatie gegarandeerd?

Het perspectief op de belangen: mutual gains

In een samenwerking heeft iedereen een belang. Het gaat erom recht te doen aan die belangen. De gezamenlijke oplossing heeft een meerwaarde voor ieder van de deelnemers en overstijgt het eigen belang. Als dit niet gebeurt zullen partijen dwarsliggen, haken ze af of gaan ze elkaar tegenwerken.

Oplossingen die in ieders belang zijn en met respect voor elkaars belangen tot stand komen noemen we 'mutual gains'. In de zoektocht naar 'mutual gains' staan vragen centraal als: Wat zijn de standpunten die ieder inneemt en welke belangen zitten daarachter? Als we gaan samenwerken, wat zijn dan de echt spannende onderwerpen waarop het weleens zou kunnen afketsen, de issues? Hoe kan ik komen tot een overeenstemming die recht doet aan alle belangen?

Basisvragen om te bepalen of er recht wordt aan gedaan aan belangen en voor draagvlak wordt gezorgd zijn: In hoeverre:

- is er sprake van oprechte interesse in de belangen van de partners;
- creëert de samenwerking waarde voor ieder van de partners;
- is er sprake van onderhandelingsruimte en -bereidheid;
- zijn de partners echt met elkaar in dialoog?

Het perspectief op de relatie

Samenwerking is altijd een samenspel van mensen die al dan niet iets willen. Sommige mensen vinden het fijn om samen te werken, anderen weer juist niet. De persoonlijke relaties en verhoudingen spelen daarin altijd een belangrijke rol. In de relatie zijn een aantal aandachtspunten te benoemen:

- **In-en uitsluiting:** wie doet er wel mee en wie niet?
- **Macht:** wie heeft het voor het zeggen? Hoe kun je invloed uitoefenen?
- **Leiderschap:** Wat is ieders rol in het proces?
- **Conflict:** hoe ga je om met meningsverschillen en relaties die niet klikken?
- **Vertrouwen:** Wat wekt vertrouwen en hoe houden we het vertrouwensreservoir op peil?

Binnen veel samenwerkingsverbanden van professionals en zo ook binnen zorggroepen bestaat *discursieve macht*. Dit is macht die gebaseerd is op percepties van macht en niet noodzakelijk op een feitelijke machtspositie (Huxham en Vangen, 2005). In de zorg wordt aan personen of instituties macht vaak toegedicht op basis van verhalen en creëren anderen met deze verhalen macht om hun standpunt/belang toe te eigenen. Zo gebruiken huisartsen standpunten of adviezen van een jurist van het instituut Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) vaak in discussies binnen de zorggroep om hun standpunten te bekrachtigen. Of worden bepaalde veranderingen wel eens tegengehouden met het argument dat ze niet gesteund, gelegitimeerd of gesanctioneerd worden door een coalitie van machthebbers, opinieleiders of belangrijke personen ("de sleutelfiguren") (gebaseerd op de cultuuranalyse en veranderopdracht van de MHBA13 en mijn logboek).

Basisvragen om te bepalen of gewerkt wordt aan duurzame relaties, of het vertrouwensreservoir wordt vergroot of machtsverschillen erkend en benut worden en/of verbindend leiderschap gevestigd wordt, zijn:

In hoeverre:

- hebben de partners in de samenwerking persoonlijk vermogen tot verbinding ;
- draagt de groepsdynamica ertoe bij dat de groep meer is dan de samenwerking van de individuen
- is er sprake van vertrouwen tussen de partners;
- is er sprake van gegund verbindend leiderschap?

Het perspectief op de organisatie

Zorggroepen dienen goed en professioneel te zijn georganiseerd. Belangrijke vragen zijn hier onder meer: met welke partners wil je samenwerken en wat is de topologie van het netwerk van samenwerking? Wat is de missie, het bestaansrecht en de visie van het samenwerkingsverband? Hoe zorg je voor daadkracht? Hoe geef je de besturing en structuur van het samenwerkingsverband het beste vorm?

Basisvragen zijn hier:

- Wordt de samenwerking professioneel en indien nodig robuust **georganiseerd**, wordt de hygiëne bevorderd en worden voorwaarden voor daadkracht gecreëerd?

In hoeverre is sprake van:

- een effectief functionerende structuur, afgestemd op doel en partners;
- voldoende participatie in en draagvlak voor de samenwerking;
- voldoende draagkracht;
- heldere afspraken: worden deze ook grotendeels nagekomen?

Het perspectief op het proces

Samenwerking kan zeer complex zijn, ook in een zorggroep, zeker als huisartsen belangen hebben die voor hen van grote strategische betekenis zijn. Of als zij zeer uiteenlopende belangen hebben. Dit maakt een juiste insteek van een zorgvuldig proces erg belangrijk. De insteek kan zijn een politiek-bestuurlijk proces, dat verschillende belangen moet samenbrengen (procesmanagement) maar ook als een klus die geklaard moet worden (project/programmamanagement). Hierover dient bij het aangaan van de samenwerking binnen de zorggroep serieus door de betrokken huisartsen (en toekomstige bestuurders van de zorggroep) nagedacht te worden. Er dient aandacht te zijn voor de wijze waarop partijen elkaar (kunnen) beïnvloeden en verbinden.

Huisartsen kennen elkaar veelal vanuit andere regionale samenwerkingsverbanden. Bijvoorbeeld de Kring (regionale samenwerking vanuit de LHV), de samenwerking op een Huisartsenpost (HAP), een gezondheidscentrum of een (A) HOED. Dit kan ervoor zorgen dat het proces van samenwerken in de zorggroep niet begint met een verkenning van de samenwerking maar direct gestart wordt met het overeenkomen van de samenwerking. Daardoor bestaat de kans dat er lang spraakverwarring blijft bestaan over het vraagstuk, de oplossing, de kans of vorm van (dilemma's bij) de samenwerking. Het risico van een schijnsamenwerking waar de traagste het tempo bepaalt en de meest kleurloze, de kleur ligt dan op de loer.

Ook staan de samenwerkingsverbanden vaak onder tijdsdruk. Dit kan er toe leiden dat er te weinig tijd wordt besteed aan belangen en ambities. Daar wordt dan pas later in het samenwerkingsproces alsnog aandacht aan besteed. Soms leidt voortschrijdend inzicht ertoe dat er in een samenwerkingsproces een stapje terug wordt gedaan, van vormgeven naar delen.

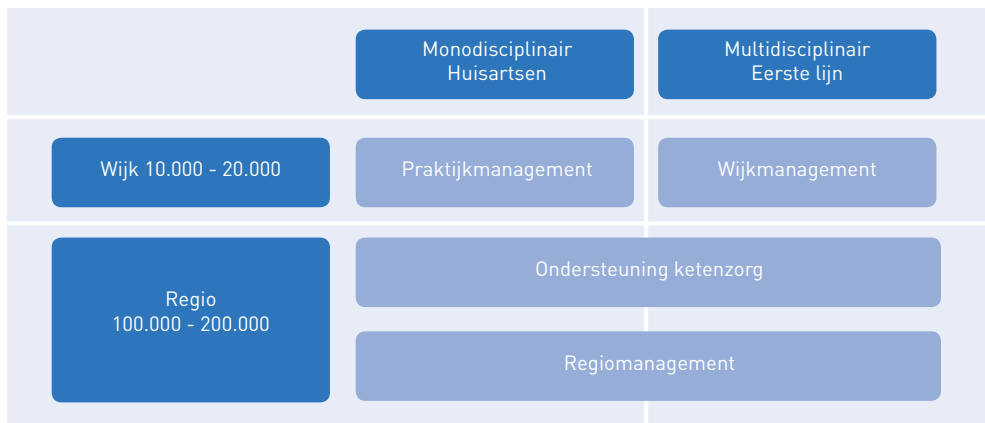
Basisvragen om te bepalen of een betekenisvol en gedragen proces georganiseerd wordt, waarbij de kwaliteit van de samenwerking en de onderlinge relaties wordt bewaakt en de balans tussen inhoud en proces is gevonden zijn hier:

- is er sprake van een goed doordachte fasering en een goed doordacht proces-ontwerp; de juiste dingen op het juiste moment
- wordt er zowel aandacht besteed aan de inhoud van de samenwerking als aan de procesmatige aspecten van de samenwerking;
- is er sprake van een heldere rolverdeling met een duidelijke procesregie;
- wordt er recht gedaan aan de condities voor samenwerking en levert de samenwerking ook daadwerkelijk iets op (proceskwaliteit en -effectiviteit)

4.4. Conclusie: samenhang borgen in beoordeling van de samenwerking

De perspectieven op samenwerking (ambitie-belangen-relatie-proces-organisatie) kunnen helpen bij de evaluatie/diagnose van een samenwerking. Of als er periodiek gesproken wordt over de vraag: (Hoe) gaan we verder?

Deze laatste vraag is in het daglicht van de wijziging van de bekostigingsstructuur, de organisatie en infrastructuur in de eerste lijn een zeer actuele vraag. Zie hieronder in vier kwadranten de voorgestelde structuur door VWS, ZN, InEen, LHV per 1 januari 2018.



Figuur 14 Wezel E., Rapport Impactanalyse O&I, blz. 22.

In dit kader wil ik samenvattend afsluiten met de opmerking dat samenwerken niet vanuit een machtsbasis plaatsvindt. Generieke beginselen van 'collaborative leadership' zijn de erkenning van wederzijdse afhankelijkheid en de wil om vanuit een gemeenschappelijke machtsbasis te werken. Om vanuit vertrouwen samen te construeren en om vrijwillig commitment te zoeken. Het vraagt aandacht voor de interactie binnen de groep en de interpersoonlijke relaties.

De openheid en wendbaarheid van samenwerkingsverbanden worden steeds belangrijker. Het gaat altijd om mensen die voor een deel verbonden zijn aan de desbetreffende organisatie maar tegelijkertijd verbonden zijn andere samenwerkingsrelaties, aan hun (huisartsen) praktijk. Vorm te geven aan deze openheid is een van de opgaven voor de toekomst, om mogelijke spraakverwarring en het daarmee gepaarde wantrouwen te voorkomen.

HOOFDSTUK 5

Methoden van onderzoek

5. Methoden van onderzoek

5.1. Onderzoeksdesign

Om een antwoord te kunnen geven op de vraagstelling en de bijbehorende subvragen heb ik een onderzoek uitgevoerd dat zowel theoretische als empirische onderdelen bevat. In de vraagstelling staan meningen, opvattingen, gedachten van huisartsen en bestuurders van zorggroepen rondom ondernemerschap en samenwerking centraal. Daarom heb ik gekozen voor het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek. Een kwalitatief onderzoek, met veel aandacht voor opvattingen, meningen en de betekenis hiervan in hun context. Het betreft meer een casestudy, waar meer wendbaarheid in zit en een mindere mate van voorstructurering nodig is dan bij een onderzoek in de vorm van een survey of een experiment (Verschuren en Doorewaard 2010).

Subvragen

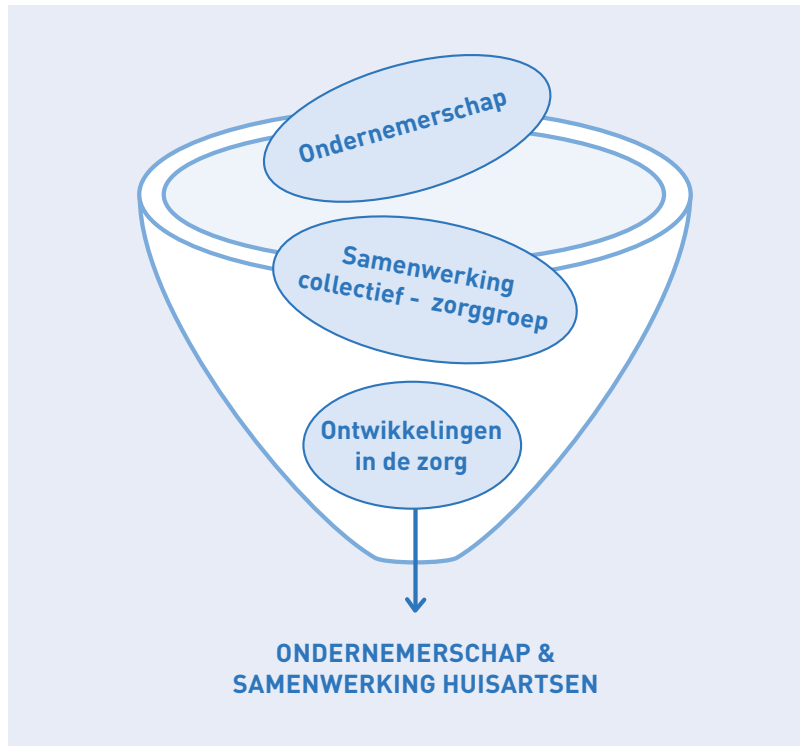
1. Hoe wordt het 'ondernemerschap' van huisartsen in de literatuur omschreven/gedefinieerd? (literatuuronderzoek)
2. Wat zijn relevante aspecten bij de invulling van het 'ondernemerschap' zoals door de huisartsen ervaren wordt? (literatuuronderzoek)
3. Wat wordt door de huisartsen onder ondernemerschap verstaan? (empirisch onderzoek)
4. Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren huisartsen ten aanzien van ondernemerschap in de praktijk? (empirisch onderzoek)
5. Hoe wordt het samenwerkingsverband, de zorggroep, in de literatuur omschreven/gedefinieerd? (literatuuronderzoek)
6. Wat zijn relevante aspecten bij de invulling van de samenwerking in een zorggroep, zoals door de huisartsen ervaren wordt? (empirisch onderzoek)
7. Wat wordt door de huisartsen onder een goede samenwerking binnen een zorggroep verstaan? (literatuur & empirisch onderzoek)
8. Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren de huisartsen in de samenwerking met de zorggroep? (empirisch onderzoek)
9. Wat wordt door bestuurders van zorggroepen en koepelorganisaties verstaan onder het 'ondernemerschap' van de huisarts? (literatuur & empirisch onderzoek)
10. Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren bestuurders van zorggroepen en koepelorganisaties in de samenwerking met de individuele huisarts binnen hun organisatie? (empirisch onderzoek)
11. Welke aanbevelingen kunnen vanuit literatuur, onderzoek onder huisartsen en bestuurders van zorggroepen en koepelorganisaties en de uitkomst van het onderzoek, gedaan worden hoe om te gaan met de bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van het 'ondernemerschap' van de huisartsen en de samenwerking in de zorggroep.

Literatuur studie

Om de subvragen 1-2-5-6-9 te kunnen beantwoorden, ben ik gestart met een literatuurstudie.

In deze literatuurstudie heb ik gekozen voor een soort trechtervorm: van algemeen naar specifiek. In eerste instantie heb ik onderzoek verricht naar de concepten 'ondernemen', samenwerken (samenwerken in een zorggroep (collectief) in het algemeen en het beschrijven van de 'ontwikkelingen in de zorg' en meer specifiek de substitutie in de zorg. In tweede instantie werd verder ingezoomd op 'ondernemerschap in de huisartsenzorg' en de samenwerking van huisartsen in de zorg/een zorggroep op basis van het model van Kaats en Opheij: "Leren samenwerken tussen organisaties", 2011.

Als volgt hieronder schematisch weergegeven:



Figuur 15 Schematische weergave literatuuronderzoek

Uit de literatuurstudie is naar voren gekomen dat de substitutie nog niet tot het gewenste effect heeft geleid dat is beoogd. Echter deze ontwikkeling zet zich wel voort. In hoofdstuk 3 is het spanningsveld aan de orde gekomen waar de huisarts zich in bevindt als ondernemer, met zijn rol als professional en speler in het publieke en private domein. In hoofdstuk 4 zijn aan de hand van het model van Kaats en Opheij, “de lenzen op samenwerking”, de vijf invalshoeken beschreven hoe naar een samenwerking gekeken kan worden.

Empirisch onderzoek

In het tweede gedeelte van het onderzoek heb ik aan de hand van een topiclist een interview gehouden met huisartsen aangesloten bij een zorggroep. Doel van dit onderdeel in het onderzoek is na te gaan of de resultaten van de literatuurstudie overeenkomen met de praktijk en of er mogelijk nieuwe inzichten te verkrijgen zijn ten aanzien van de kernconcepten ‘ondernemerschap’ en samenwerking van professionals. Daarbij ben ik nagegaan welke bevorderende en belemmerende factoren een huisarts ervaart ten aanzien van ondernemerschap en de deelname in een zorggroep. De interviews zijn semigestructureerd en vonden plaats aan de hand van een topiclist (zie bijlage 1). Dit om respondenten te stimuleren om hun gedachten en meningen zoveel mogelijk als uitgangspunt te nemen en hier in het interview verder op door te vragen. Dit leidt tot beantwoording van de subvragen 3-4-7-8. Ik heb hierbij ook de achtergrondinformatie achterhaald van de respondenten aangezien ik de gedachten, emoties en mogelijke strevingen wilde begrijpen of verklaren. Ik wil weten hoe zij over bepaalde zaken denken en welke emoties dit bij hen oproept en wat zij hiermee (zouden) willen doen.

In het derde gedeelte van het onderzoek heb ik bestuurders van zorggroepen, koepel-belangenorganisaties en een huisartsenlaboratorium geïnterviewd aan de hand van de topiclist in bijlage 2. Ik heb bij hen ook de achtergrondinformatie achterhaald, aangezien ik ook bij hen de gedachten, emoties en strevingen wilde begrijpen of verklaren. Ik wil weten hoe zij over bepaalde zaken denken en welke emoties dit bij hen oproept en wat zij hiermee (zouden) willen doen.

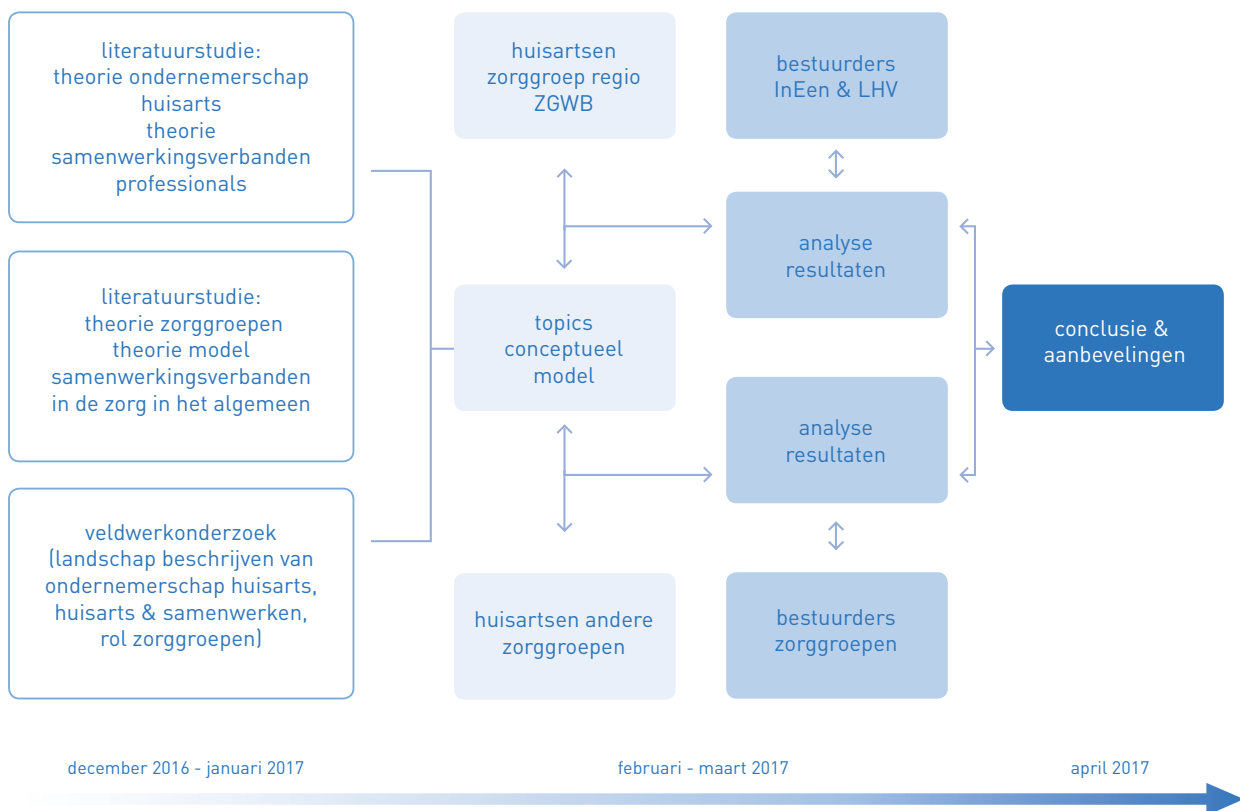
Ik heb hen tevens ervaringen van huisartsen uit de eerdere interviews voorgelegd.

Welke aanbevelingen zouden deze bestuurders doen aan hun collega's, huisartsen? De uitkomsten van deze fase leidt tot beantwoording van subvraag 9-10.

Het vierde en laatste deel van het onderzoek gaat om het interpreteren van alle resultaten van het onderzoek om aanbevelingen te doen aan huisartsen en bestuurders van zorggroepen hoe zij vorm en inhoud kunnen geven aan bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de samenwerking binnen een zorggroep die van invloed zijn op het ondernemerschap in de huisartsenpraktijk.

De resultaten van de literatuurstudie, de interviews met huisartsen en bestuurders werden gebruikt in deze interpretatie. Dit leidt tot beantwoording van de subvraag 11.

Dit ziet er in het onderzoeksmodel als volgt uit:



Figuur 16 Onderzoeksmodel

Om tot een afbakening te komen van een van veelheid van mogelijke respondenten, heb ik een aantal keuzes gemaakt.

Onderzoeksubjecten (personen)

Er zijn in totaal 14 respondenten geïnterviewd:

- Acht huisartsen aangesloten bij zorggroepen, waaronder de regio waar ik zelf werkzaam ben en zeer uiteenlopend is gezien geografisch gebied (stedelijk en plattelandsgebied) en samenstelling van populatie. Ik heb er voor gekozen om huisartsen te interviewen die een solopraktijk hebben en apotheekhoudend zijn in een buitengebied, huisartsen in het stedelijk gebied. Huisartsen samenwerkend in een groot en middelgroot multidisciplinair zorgcentrum, in een (A) HOED ((Apotheek&) huisartsen onder één dak), een duopraktijk.
- Directie en bestuurders van InEen (koepelorganisatie zorggroepen, huisartsenpost en zorgcentra) en de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV).
- Drie bestuurders van zorggroepen.
- Bestuurder (en huisarts) van een huisartsenlaboratorium, tevens bestuurder koepelorganisatie.

Daarna heb ik met een bestuurder van een medisch specialistisch bedrijf gesproken (géén interview) om te toetsen of er parallellen zitten met het 'ondernemerschap' van de medisch specialist en de huisarts.

Ter afsluiting heb ik in april 2017 een ledenbijeenkomst bijgewoond van de LHV, waar de NHG en InEen ook uitgenodigd waren. Daar werd met de leden en andere genodigden aan de hand van stellingen de toekomstige samenwerkingsverbanden getoetst aan de hand van de laatste ontwikkelingen omtrent de rapportage en impact analyse Organisatie & Infrastructuur (oktober 2016 en maart 2017)

Onderzoeksinstrumenten

Om gericht te zoeken naar informatie voor het literatuuronderzoek zijn een aantal kernbegrippen uit de vraagstelling gehaald (zie ook onderzoeksmodel). De kernbegrippen zijn: ondernemerschap, samenwerken, zorggroepen. In het empirisch onderzoek is de techniek van ondervraging gebruikt en zijn er semigestructureerde interviews afgenomen. Voorafgaand aan de interviews hebben de respondenten een mail ontvangen met beknopte informatie (zie bijlage 3). Er zijn face-to-face interviews gehouden. De topic list is bij beide doelgroepen, huisartsen en bestuurders als leidraad gebruikt.

Validiteit en betrouwbaarheid

Hier wordt weergegeven op welke wijze dit onderzoek moet worden geïnterpreteerd met betrekking tot validiteit en betrouwbaarheid. De kwaliteit van onderzoek blijkt uit betrouwbaarheid en validiteit (Boeije, 2005).

De betrouwbaarheid heeft betrekking op de systematiek van het onderzoek. Om de betrouwbaarheid te vergroten is in het onderzoek de relatie tussen doelstelling, de methodiek en verslaglegging nauw in het oog gehouden. Verwijzingen en inzichtelijkheid van bronnen hebben de betrouwbaarheid geborgd, mede door gebruik te maken van verschillende bronnen, zoals boeken, wetenschappelijke artikelen, relevante rapporten en websites.

Interviews als onderzoeksinstrument scoren relatief laag op betrouwbaarheid. Om de betrouwbaarheid te verhogen zijn de vragen gestructureerd. Aan de geïnterviewden zijn dezelfde topics voorgelegd. De interviews zijn opgenomen, uitgetypt en vastgelegd, daarna gecodeerd waardoor er een gedegen analyse kon plaatsvinden. De methodische stappen zijn verantwoord in deze thesis. De interne validiteit is hiermee geborgd.

De interviews zijn binnen en buiten de regio van de 'eigen' organisatie gehouden. Door huisartsen en bestuurders van verschillende zorggroepen geïnterviewd te hebben en bestuurders van landelijke koepel-belangen organisaties is er naar mijn mening ook sprake van externe validiteit. De geïnterviewde huisartsen en bestuurders zijn van zorggroepen van verschillende schaalgrootte en uit verschillende geografische gebieden, van stedelijk tot buitengebied (dorpen) met verschillende praktijken: solo (apothekhoudende) praktijken, duo praktijken (maatschappen) (A) HOED en zorgcentra. Daarnaast is door de gebruikmaking van een gedegen theorievorming (zie hieronder type data en databronnen), optimale anonimisering gestreefd naar de generaliseerbaarheid om daarmee de externe validiteit van de aanbevelingen te vergroten.

5.2. Data verzameling

De data die ik heb gebruikt voor mijn onderzoek zijn :

Nieuwe data:

- Personen => vragenlijst interview (topiclijst)
- Volgen van 'real live' notities/logboek, de afgelopen maanden heb ik in 'mijn logboek', aan de hand van bijeenkomsten, werkgroepen, individuele gesprekken met huisartsen, bestuurders, aantekeningen gemaakt die te maken hadden met het onderwerp van mijn thesis.
- Begin april heb ik een bijeenkomst bijgewoond van de LHV, InEen en de NHG waar aan de hand van stellingen over de rol van zorggroepen en regionale samenwerking, in de nabije toekomst, de huisartsen uitgenodigd werden "hun kleur" te bekennen

Bestaande data

- Registers
- Documenten jaarverslagen, protocollen, rapportages, thesis
- Wetenschappelijke literatuur, kamerstukken, rapporten

De **bronnen** (theoretische kaders en veldonderzoek) die bij de kernbegrippen ondernemerschap en samenwerking in de zorg horen zijn:

- Wetenschappelijke literatuur over ondernemerschap algemeen en toegespitst op huisartsen.
- Wetenschappelijk literatuur over samenwerkingsverbanden tussen individuele ondernemers huisartsen / organisatie binnen de zorg (bijvoorbeeld huisartsenposten en Medisch Specialistische Bedrijven in ziekenhuizen) en in andere zorgsectoren.

Ik heb gebruik gemaakt van een adequaat zoekstelsel om tot een literatuurselectie te komen. Ik heb gebruik gemaakt van de universiteitsbibliotheek en het REF Works waarin ik stukken kon archiveren.

Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van artikelen uit onder andere:

- Zorgvisie
- Huisarts & Wetenschap
- De Eerstelijns
- Publicaties van Ineen
- Medisch Contact
- Publicaties van de LHV
- Data analyse

In hoofdstuk 6 worden de resultaten vanuit het empirisch onderzoek van de deelvragen 3 en 4 en 6 t/m 11 beschreven. Dit gedeelte van het onderzoek is uitgevoerd middels face-to-face interviews met acht huisartsen, lid van een zorggroep, en zes bestuurders van zorggroepen, huisartsenlaboratorium, InEen en de LHV. De interviews zijn gehouden aan de hand van een topiclist voor huisartsen (bijlage 1) en een topiclist voor bestuurders (zie bijlage 2).

Met de geïnterviewden heb ik afgesproken dat de beschrijving van de uitkomsten, resultaten geanonimiseerd worden weergegeven. Juist om ze uit te nodigen vrijuit te spreken. Indien er een letterlijke herleidbare quote in het onderzoek beschreven wordt, dan is deze vooraf ter goedkeuring voorgelegd aan de desbetreffende persoon. Ik heb met de geïnterviewden afgesproken dat ik de resultaten terugkoppel aan de (groep) huisartsen en de (groep) bestuurders. Per geïnterviewde heb ik een code "meegegeven". Zo hebben de huisartsen de codes H1 t/m H8 en de bestuurders de codes B1 t/m B6. De interviews zijn opgenomen. Ik heb aan de geïnterviewden vooraf om toestemming gevraagd en aangegeven dat ik hier vertrouwelijk mee om ga en het alleen dient als uitwerking voor het interview. De interviews zijn letterlijk uitgewerkt. Ik heb de interviews uitgewerkt door coderingen in de kantlijn aan te geven per perspectief vanuit n het conceptueel model dat ik gehanteerd heb met betrekking tot de onderwerpen ondernemerschap en samenwerken.

In hoofdstuk 6 vindt de weergave van de uitkomsten plaats, deels opgesplitst in de uitkomsten van huisartsen en bestuurders, gevolgd door een analyse van de uitkomsten.

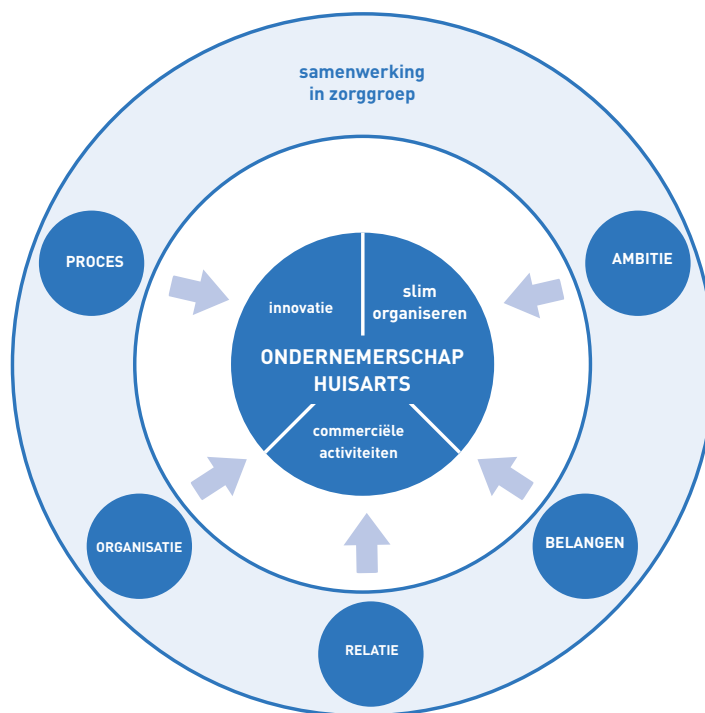
HOOFDSTUK 6

Onderzoeksresultaten

6. Onderzoeksresultaten

6.1. Inleiding

In hoofdstuk 6 beschrijf ik de uitkomsten van het empirische onderzoek aan de hand van het in hoofdstuk 4 beschreven conceptuele model. Onderstaande figuur geeft het model weer:



Figuur 17 Perspectief op het samenwerkend ondernemerschap

Paragraaf 6.2 beschrijft hoe huisartsen en bestuurders (van zorggroepen) aankijken tegen de elementen van het ondernemerschap. Paragraaf 6.3 beschrijft per perspectief uit het conceptuele model de uit de interviews naar voren gekomen ervaringen van huisartsen en bestuurders met samenwerking in zorggroepen. Paragraaf 6.4 tenslotte vertaalt de analyse van de samenwerking in de zorggroep vervolgens in factoren die het ondernemerschap van de huisartsen beïnvloeden. Daarbij beschrijf ik de bevorderende en/of belemmerende aspecten van de gevonden factoren. Deze analyse is de basis voor de aanbevelingen in hoofdstuk 7.

6.2. Ondernemerschap

In hoofdstuk 3 is het conceptueel model voor het ondernemerschap van huisartsen beschreven.

De essentiële elementen van het ondernemerschap zijn:

- Slim organiseren
- Commerciële activiteiten
- Innovatie



De hierna beschreven zienswijze van huisartsen en bestuurders op het ondernemerschap is gebaseerd op het interview. Geeft antwoord op de onderstaande subvragen.

Subvragen onderzoek

- 2) Wat zijn relevante aspecten bij de invulling van het 'ondernemerschap' zoals door de huisartsen ervaren wordt?
- 3) Wat wordt door de huisartsen onder ondernemerschap verstaan?
- 4) Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren huisartsen ten aanzien van ondernemerschap in de praktijk?
- 9) Wat wordt door bestuurders van zorggroepen en koepelorganisaties verstaan onder het 'ondernemerschap' van de huisarts?

6.2.1. Invulling ondernemerschap door huisartsen

A. Algemeen

In de literatuur worden verschillende definities van het begrip 'ondernemen' gegeven (zie paragraaf 3.2). Uit de gehouden interviews blijkt dat ook de huisartsen en de bestuurders het begrip 'ondernemen-ondernemerschap' verschillend uitleggen op basis van eigen inzicht en specifieke context waarin hij/zij werkzaam is. Toch zijn er ook enkele overeenkomsten te benoemen in de definities die geïnterviewden hanteren en de definities in de literatuur.

Huisartsen en bestuurders constateren eigenlijk allen dat huisartsen in beginsel een private ondernemer zijn met een praktijk voor eigen risico, maar dat de definitie van 'ondernemen' in de zorg een andere is dan in het private domein. Bestuurder B1 stelt bijvoorbeeld dat bestuurders in de zorg 'maatschappelijke ondernemers' zijn. Zij ondernemen vanuit een collectief gefinancierde context in het publieke domein.

Huisartsen geven aan dat zij het ondernemerschap niet zien als ondernemer in een concurrerende markt. Dat dit wel in de letter van de Mededingingswet zo geschreven wordt geeft volgens een van de huisartsen een scheef beeld van de werkelijkheid. Dit wordt als een belemmerende factor gezien om te ondernemen.

H-2 typeert dit als volgt

Het is natuurlijk ook heel scheef, want enerzijds is er marktwerking in de zorg en ze willen concurrentie en anderzijds mag je ook niet ondernemen want je bent geen ondernemer. Dat strookt natuurlijk niet met elkaar. Als voorbeeld het apotheekdeel: ik heb een vergunning voor alléén mijn patiënten. Ik mag niet leveren aan ingeschreven patiënten die bijvoorbeeld in een andere gemeente wonen. Kijk, dat vind ik dan een bizarre regeling want ze willen wel marktwerking maar ik mag daar geen deel van uit maken dan. Dat vind ik dan ook scheef.

De meeste huisartsen geven in relatie tot de uitspraak van minister van VWS Edith Schippers ('huisartsen zijn geen ondernemers', zie paragraaf 3.6) aan dat zij zich wel als ondernemers zien, maar dat het risico dat zij als zorgondernemer lopen door de regulering in de zorg wel beperkter is dan in andere sectoren.

H-1

Het is een speciale winkel want je hebt dingen die bij gewone winkels niet gelden. Onze kosten zijn met name personeel. We hebben geen voorraad. We zijn niet BTW plichtig over het grootste deel. Dat zijn dingen die anders zijn. En we hebben natuurlijk bedrijfstechnisch gezien een goed deel gegarandeerde omzet en dat is iets wat je in een gewone winkel natuurlijk ook niet hebt. Ook al doe ik niets, dan krijg ik al veel betaald.

H-2

Je moet wel je toko runnen. Je bent verantwoordelijk voor je personeel dus je moet ook wel zien dat je je inkomsten hebt. Dus in die zin, de winst is niet het belangrijkste. Maar ik vind wel, je hebt een onderneming, je bent verantwoordelijk, dus ik vind ook wel dat je daar zeker winst in mag maken.

H-4

Als een ondernemer iemand is die moeite moet doen om aan zijn inkomen te komen dan is een huisarts wat dat betreft in die zin een ondernemer.

H-5

Wij zijn in feite wel een vorm van ondernemers omdat we wel een bedrijf runnen, maar het bedrijf heeft wel een relatief laag bedrijfsrisico, want hoe slechter de economie hoe beter we draaien. Dus in dat opzicht is er niet echt een ondernemersrisico. Alleen ik sta natuurlijk wel garant voor inmiddels behoorlijk wat personeel als ik dat vergelijk met mijn voorganger.

H-6

Hoewel, ondernemen in de huisartsenpraktijk natuurlijk toch een beetje, ik vind het altijd lastig, want je kan niet echt over winstmodellen praten en natuurlijk moet je wel kijken, wat zijn je kosten en je baten? Hoe zit het dan precies? Maar het is redelijk dichtgetimmerd allemaal.

Maar, je hebt wel klanten. En daar moet je toch wat voor doen. Je moet toch ook zorgen dat je gastvrij bent, dat je praktijk er goed uit ziet, dat je pand verzorgd is, dat mensen aardig zijn, dat iedereen zich welkom voelt. Dus er is toch een uitstraling die je naar voren moet brengen om je patiënten aan je te binden.

H-7

Ik snap wel wat de minister bedoelt. Die patiënten zijn er wel, maar bij de specialisten denk ik dat ook. Ik denk dat dat de hele zorg is want we hebben geen concurrentie. We kunnen niet concurreren met elkaar. We hebben geen concurrerende prijzen. Maar is dat het enige wat je ondernemer maakt? Ik denk het niet. Ik denk dat je buiten je consultvoering en het hele basale, dat je nog een heleboel dingen daarnaast kan doen. Het is maar hoe ver je daar in wilt gaan. Ik denk dat je een heleboel dingen kan ondernemen, kan innoveren, kan doen, zonder dat je alleen naar het financieel economisch aspect kijkt.

Eén huisarts betwistte of hij ondernemer is. Hij kwam in een “gespreid bedje” in een maatschap en had keuzes gemaakt om management taken door een collega te laten doen. Hij deed geen “extra dingen” naast het huisartsen vak (drie kernwaarden LHV: generalist, 24/7, personsgerichte zorg). Hij gaf voorbeelden van collega's die zaken als sterilisaties, radiologie etc. deden. Hij vond het wel belangrijk de ontwikkelingen op het eHealth, technologie, ICT te volgen omdat dat iets is wat maatschappelijk leeft en ook voor zijn patiëntenpopulatie meerwaarde heeft. Hij gaf ook aan dat deze wijze van werken op dit moment het beste in zijn levensfase paste. Echter als je schetst dat ondernemer zijn keuzes maken is, slim organiseren en innoveren dan ben ik van mening dat hij ondernemer is.

Huisartsen vinden zich bijna allemaal ondernemer in de zin van de eigenschappen die zij benoemen bij ondernemerschap, zoals: zelf keuzes maken, vrijheid, autonoom zijn (professionele autonomie), een eigen “winkel”, eigen verantwoordelijkheid, eigenaar zijn.

Zo geeft H-1 aan:

Het ondernemen zit er wel in dat je vrij bent om te kiezen wat je wel of niet doet.

Ik kan kiezen wat ik hier ga doen.

Het gaat mij wel om die vrijheid, dat ik mijn werk zo kan inrichten als ik dat wil. Dus al zou ik spreekuur van tien uur 's avonds tot drie uur 's nachts willen doen, is mijn zaak. Daar heeft niemand wat van te vinden of te zeggen. Het kost ook niemand wat. Dat is gewoon wat ik doe. Het gekke is natuurlijk altijd dat wil je je werk een beetje goed doen, dan kom je allemaal op hetzelfde uit. Maar toch kun je nuances aanbrengen van dit doen we hier in de praktijk wel en dit doen we in de praktijk niet.

H-3, bewust gekozen om praktijkhouder in een HOED te worden, typeert het als volgt:

Ik heb nooit een slechte baas gehad maar je denkt dan toch: ik wil het zus of ik wil het zo. Je hebt toch een idee over hoe je het wilt. Dan ging het bij mij meer over praktijkorganisatie of medisch inhoudelijk en daar hoort dan wel ondernemerschap bij.

H-2, bewust gekozen om als solistisch apotheekhoudend huisarts te werken, schetst het als volgt:

Ik vind het wel leuk om in een team te werken maar ik heb tijdens mijn opleiding in verschillende praktijken gewerkt, ook in een HOED bijvoorbeeld. Daar zag ik ook wel dat in de praktijk de echte samenwerking behoorlijk gering was. Omdat je ook best wel naast elkaar werkt. En dat je dan juist ook eerder vertraging ziet in de processen. Dus als je iets wilt gaan uitrollen of je wilt iets gaan doen, dan moet je eerst met z'n allen overleggen en dan moet iedereen er iets van vinden. Dat is minder snel... Dus daarom dacht ik, als je het allemaal zelf in de hand hebt, kan je ook snel doorvoeren wat je wilt en wat je ideeën zijn, zonder dat je gehinderd wordt door andere medewerkers.

Huisartsen zien het ondernemerschap van de huisartsenpraktijk vooral als de “eigen winkel runnen”. Die ziet er tegenwoordig heel anders uit dan vroeger.

H-4, met dertig jaar ervaring, schetst:

Ik ben gestart in één pand met een huisarts in dienst van de huisartsenpraktijk (HIDHA). Het pand werd al snel te klein, ruimtes bij gekocht, inmiddels zijn het er 4 op een rij en toen in het centrum begonnen. Omdat ik ruimte over had heb ik alle eerstelijns benaderd of ze ruimte wilde huren. Dat heeft uiteindelijk geresulteerd in wat het nu is. Er zit een verloskundige, er zit een fysiotherapeutpraktijk, er zit een medische fitness, er zit een psycholoog, POH-GGZ, praktijkondersteuning natuurlijk. Diëtiste, dus alle disciplines die je kan bedenken in de eerstelijns die zitten hier. Thuiszorgorganisatie zit hier ook nog, als kantoorhoudende, niet allemaal fulltime, een dagdeel, huren ze een ruimte, om juist dichtbij de patiënten te kunnen zitten, want dat is je doelgroep.

Overigens blijkt uit de interviews dat huisartsen in hun opleiding onvoldoende zijn voorbereid op het ondernemerschap. Meerdere huisartsen gaven aan dat zij het als een gemis ervaren dat er tijdens hun opleiding niet of nauwelijks aandacht wordt besteed aan het onderdeel ondernemerschap (het “*runnen van een eigen praktijk*”). ‘De LHV biedt hier wel cursussen voor, maar het zou prettig zijn als in het curriculum hieraan (meer) aandacht besteed wordt. Dan heb je een voorbereiding op wat komen gaat en dat is niet alleen de patiëntenzorg’.

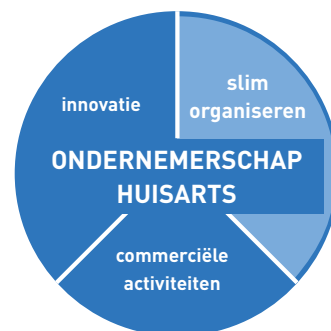
H-7 beschrijft dit als volgt:

Ja, er wordt weinig over praktijk voering in de opleiding gesproken, over hoe gaat dat nou in z’n werk? Daar wordt eigenlijk niet zo over gepraat. Ook in je opleiding door je opleiders zelf, wordt weinig inkijk gegeven in de keuken.

Als een andere beperking van de vrijheid als ondernemer wordt gezien de “bedreiging” van de rol van de zorgverzekeraar, die invloed heeft op de professionele autonomie. Een huisarts geeft als voorbeeld: Ik had een patiënt met hele ernstige tromboflebitis in het been, die eigenlijk een ingreep aan spataders moest krijgen. Dus hij was naar de specialist geweest die had ook gezegd: we willen die ingreep doen. Verzekering zegt: ‘We vergoeden het niet.’ Terwijl ik denk, het is gewoon medisch geïndiceerd. Twee onafhankelijk dokters die zeggen: ‘Het is een risico als hij het niet laat doen.’ Wil je wachten tot hij trombose krijgt of een longembolie? En de verzekeraar zegt: ‘Hier gaan wij niet in mee.’

B. Slim organiseren

De geïnterviewde huisartsen beamen allen dat het slim organiseren een belangrijk onderdeel is van het ondernemerschap. Echter of dit altijd goed gebeurt is een tweede. De meeste huisartsen benoemen het slim organiseren in relatie tot hun dagelijkse praktijkvoering. Zo zien een aantal huisartsen delegeren binnen de eigen praktijk of kosten besparen op inkoop als een onderdeel van slim organiseren.



H-2

Ik heb een assistente die de administratie voor mij doet en dat ook heel erg nauwgezet doet. Dus declareren, met name met de apotheek is het behoorlijk gecompliceerd ook met de her-declaraties en afkeuringen en machtigingen en dat wordt allemaal uit handen genomen. Zij is 12 uur per week in dienst, eigenlijk alleen voor administratieve taken. Dus dat scheelt mij ook minimaal 12 uur werk die ik op een andere manier zelf kan invullen.

Een huisarts geeft aan dat je als ondernemer ook op de kosten moet letten, dus als je via een collectief kosten kunt besparen, door goedkoper (verband) materialen af te nemen is dit goed voor de eigen onderneming.

H-6

Dus dan is het heel slim om te zeggen: daar kan ik op bezuinigen. Het is gewoon je boterham of de boterham voor je assistenten of extra uren die je dan op andere manieren kan invullen, kan je weer wat voor doen.

Drie van de acht huisartsen noemen het belang van organisatie van huisartsen ook in relatie tot grotere samenwerkingsverbanden zoals de beroepsgroep en regionale samenwerkingsverbanden.

H-7 geeft aan:

Waar we heel slecht als huisartsen in zijn, is ons organiseren. We zijn als beroepsgroep slecht georganiseerd. We maken ook nooit een heel hard statement. Want we komen dan altijd terug, met: we willen altijd zorg blijven leveren. Maar ik denk qua innovatie en wat er allemaal al gebeurd is in de afgelopen tijd, denk ik dat er heel veel te doen is en nog heel veel slagen te slaan.

H-4 vindt de organisatiegraad in zijn regio groot met een cruciale rol voor de huisarts:

Met de volgende stappen ben ik nu mee bezig, samen met de gemeente en beleidsmakers om lokaal bejaardenhuis, thuiszorgmanagement, te onderzoeken hoe de VNV en WMO aan te kunnen pakken, maar dan lokaal.

C. Commerciële activiteiten

Van de in het conceptueel model benoemde drie pijlers van ondernemerschap in de zorg (slim organiseren, commerciële activiteiten ontwikkelen en innovatie) zien de geïnterviewde huisartsen het ontwikkelen van de commerciële activiteiten niet als een belangrijk element van het ondernemen passend bij het verlenen van zorg. Het huisartsen vak an sich, zo stellen zij, heeft niets te maken met commerciële activiteiten ontplooiën. Huisartsen geven eigenlijk allen aan dat zij dit vak niet hebben gekozen voor het geld en extra winst te maken via commerciële activiteiten.



Er worden door sommige huisartsen wel commerciële activiteiten ontwikkeld, zoals een reisvaccinatie spreekuur, sterilisaties verrichten, fundus voor diabetespatiënten, het verrichten van keuringen of een samenwerking starten voor extra spreekuren. Waar commerciële activiteiten worden ontplooid gebeurt dit niet met het primaire doel om extra inkomen (winst uit onderneming) voor de huisarts te genereren (winst), maar om andere initiatieven te kunnen ontplooiën (een soort kruissubsidie dus). Dit extra geld wordt besteed aan innovatie in bijvoorbeeld ICT, EHealth om een extra service aan de patiënten te kunnen bieden.

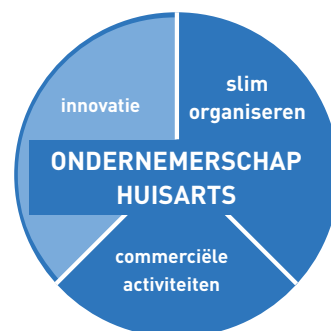
H-4 zegt:

Wat is commercieel in ons vak, dat vind ik wel een beetje moeilijke term. Dat vind ik eigenlijk iets wat niet strookt met het uitoefenen van het huisartsen vak, tenminste naar mijn beleving.

Wat ik wel, commercieel kan vinden, een voorbeeld. Wij krijgen opdracht van de zorgverzekeraar om Crestor, een hele duur Statine, om dat om te zetten naar een goedkoper middel. Crestor kost 20 euro per maand en een ander Statine kost een euro, en die vormen het plaatje. Oké, ik krijg dat als opdracht van de zorgverzekeraar. Nou, kun je zeggen, dat doe ik niet, maar ik doe dat wel. Want ik zie ten eerste dat dat heel veel geld bespaart en dat het niet wezenlijk slechter is voor de klant, voor de patiënt. De patiënt betaalt ook minder eigen risico.

D. Innovatie

Huisartsen zien innoveren zeker als een onderdeel van hun ondernemerschap. Sommige huisartsen willen wel extra innoveren, maar laten dit deels ook aan hen voorbij gaan door gebrek aan tijd, de daaraan verbonden administratieve belasting en het risico dat aan het investeren in innovaties verbonden is.



H-3 geeft dit als volgt weer:

Ik ben een hele eenvoudige dokter. Van het één op één gesprek wat ik heb met mensen, daar krijg ik arbeidsvreugde van. Ik wil niet zeggen dat dat betekent dat we stil moeten staan. Maar ik denk dat wij ons als dokters veel te veel laten verleiden door een worst die er aangeboden wordt, de S3 gelden.

Een aantal huisartsen geeft aan dat innovatie een onderdeel is van ondernemen als het ook van toepassing is op hun populatie en het een meerwaarde heeft voor patiënt en praktijk.

H-1 merkt op:

Innovatie vind ik gewoon lastig. Daar voel ik me niet zo vrij in, omdat ik het gevoel heb dat de anderen, bijvoorbeeld de verzekeraar, willen dat ik innoveer. Patiënten vragen hier niet om. Echter, ik vind het een maatschappelijke verantwoordelijkheid wel goed na te denken over verwijzingen, het preferentie beleid. Als we daar met elkaar op kunnen besparen en we dan de gelden die overblijven weer kunnen besteden aan innovatie, bijvoorbeeld een video conference met patiënten die niet naar de praktijk kunnen, dan heeft innovatie een meerwaarde.

H-6 benoemt de innovatie vooral indien kwaliteit voor de patiënt verbetert, zoals op verschillende locaties spreekuur houden, dichterbij de patiënt.

Dat we gaan proberen om met de andere partijen te kijken of zij ook zorgcomponenten willen leveren, het gaat om planbare zorg. Dat is eigenlijk een soort experiment, een nieuw model. Waarbij je als praktijk een soort satelliet hebt en de zorg dichterbij de mensen brengt. Maar alleen de planbare zorg.

6.2.2. Invulling Ondernemerschap door bestuurders

A. Algemeen

Bestuurders van zorggroepen, koepel-/belangenorganisaties typeren ondernemerschap in de zorg, van de huisartsen in verschillende termen. Zij gebruiken termen als duurzaam ondernemen, praktijkhoudende huisartsen, autonomie, flexibiliteit, bedrijf runnen.

B-1 beschrijft het als volgt;

Ik vind dat we in de zorg duurzaam moeten ondernemen. Je bent bezig met maatschappelijk geld met de gezondheid van mensen dus dan vind ik dat je duurzaam moet ondernemen. En duurzaam ondernemerschap is voor mij, dat wat je ook voor activiteiten je onderneemt, dat moet duurzaam toegevoegde waarde hebben voor de maatschappij.

B-2

Het heeft te maken 3 woorden. Het heeft met autonomie te maken, kun je je eigen beslissingen nemen 2. Het heeft met klanten te maken of die kun je ook patiënten noemen (klanten uiteindelijk bepalen of ze tevreden zijn over jou en of je nog bestaansrecht hebt) En 3. het heeft met vernieuwingen en innovatie te maken, ben je continu bezig om te kijken hoe je je kan verbeteren hoe je je kwaliteit op niveau kan houden of kan verbeteren en nieuwe ontwikkelingen te zien en te volgen.
Het risico wat erbij hoort dat zit er dus ook in als je je klanten kwijt raakt als je het niet goed meer doet. Ik heb het gevoel dat huisartsen het belangrijk vinden om zelfstandig hun beslissingen te kunnen nemen voor zichzelf en voor hun praktijk en voor hun klanten Ik heb niet het gevoel dat ze zich heel erg zorgen maken dat ze die klanten gaan kwijtraken.

B-3

Ondernemers zijn natuurlijk praktijk houdende huisartsen

B-4

Als ik het even betrek op huisartsenzorg, dan denk ik dat dat voor huisartsen vooral betekent veel autonomie. Zelf bedenken hoe ik het wil in mijn praktijk. Daar zelf beslissingen over kunnen nemen. Want als ik puur kijk naar ondernemerschap en het risico wat normaal gebonden is aan ondernemerschap dat is bij de huisartsen niet zo heel erg groot. Zo een gereguleerd systeem met een inschrijftarief en een gegarandeerde bron van inkomsten of je patiënten nou ziet of niet. Dus ik denk dat dat ondernemerschap meer te maken heeft met een gevoel eigen beslissingen te kunnen nemen, dan met financieel ondernemerschap.

B-5

Ondernemerschap betekent eigenlijk dat je in staat bent om flexibel in te spelen op de externe omstandigheden. Flexibel inspelen op datgene wat je te brengen hebt en flexibel inspelen op de externe omstandigheden. In de zorg komt er één aspect bij en dat is dat je in de zorg, nog meer dan in andere ondernemerschappen te maken hebt met een hele specifieke relatie van de zorg. Professional t.o.v. de zorgconsument.

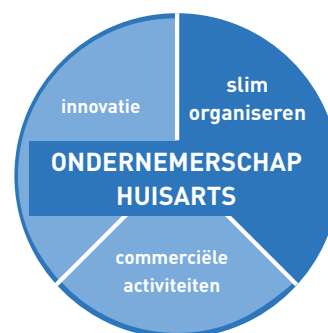
B-6

Zelfstandig als individu of met meerdere personen het runnen van een, als ik bij de huisartsenzorg mag blijven, een midden- en klein bedrijf waarbij de hele financieel economische handel en wandel. dat ondernemerschap ook inhoudt personeel aannemen, een bedrijf runnen, investeringen doen, innovaties toepassen, allemaal met een risico. Dus je bent risicodragers en dat hoeft niet perse in te houden dat je concurrent bent van een ander bedrijf wat op de hoek zit. Want die hebben ook risico's met hun bedrijfsvoering en dat maakt jou ondernemer. En dat er geen marktwerking behoort te zijn is omdat dat in de zorg vaak zeer contraproductief werkt en zeker binnen die huisartsenzorg. Maar dat staat los van het feit dat je toch ondernemer bent als je al die risico's loopt.

Samenvattend gaan zij uit van een aantal kenmerken van ondernemerschap die ook in de literatuur terugkomen en die huisartsen ook noemen. De eigen autonomie, verantwoordelijkheid speelt een grote rol. Het verantwoord, duurzaam ondernemen met maatschappelijke gelden, wordt ook bevestigd door de huisartsen.

B. Slim organiseren

Alle bestuurders geven aan dat het slim organiseren een onderdeel is van het ondernemerschap. Dit kan wat hen betreft nog efficiënter. Zij stellen dat zorggroepen hier een grote rol in kunnen hebben door huisartsen in de regio te ondersteunen bij dat slim organiseren.



B-2 geeft dit als volgt weer:

Je dienstbaar opstellen en dat dienstbaar dat moet je slim doen op een manier dat je wel blijft helpen en vooruit blijft denken

B-6

Al deze drie dingen vind ik wel aspecten van de zorg als ik ondernemer zou zijn, maar het is wel de vraag of het gros van de gemiddelde huisarts dat ook ziet als een kwaliteit die men moet hebben. Ik denk het niet eerlijk gezegd. Langzamerhand begint het bewustzijn wel door te sijpelen, misschien mede door de invloed van de zorggroepen die de huisartsen ook meer als ondernemers laten denken en confronteren met de noodzaak van innovaties, met de noodzaak van klantwaarde, waarvan de beleving van de patiënt, van de cliënt, over hun praktijk is ontzettend belangrijk, voor je input om het te verbeteren.

B-5

Wat ik mis, in het ondernemen in de zorg, is de relatie met de beïnvloeding van de externe omgeving, het politieke krachtenveld waarin je functioneert.

De politieke belangen, dat is eigenlijk een ondergesneeuwd belang, want dat maakt het ondernemen in die sector lastiger.

C. Commerciële activiteiten

Een groot deel van de bestuurders ziet dat huisartsen zich slechts in beperkte mate bezig houden met het ontwikkelen van commerciële activiteiten. Een aantal van hen ziet dat commerciële activiteiten meer plaatsvinden in de medisch specialistische zorg, bijvoorbeeld een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Bestuurders geven verder aan dat huisartsen vooral aan extra activiteiten doen omdat ze daarin als professional geïnteresseerd zijn. De drijfveer om er veel geld mee te verdienen is niet leidend. Maar innovaties kosten veel geld. Dus om te innoveren heb je ook geld nodig. Een tweetal weer-gaves vanuit de interviews hierop:



B-3

Ik denk aan iets commercieels in de markt zetten waarmee je patiënten zou kunnen trekken, keurings-activiteiten bv, dat gebeurt wel maar dat zie je steeds en steeds minder dat zie je echt niet veel ik denk dat als huisartsen er behoefte aan hebben hun inkomen te vergroten of omzet te vergroten dat ze dat zullen doen door meer patiënten aan te nemen of eventueel als een praktijk in opbouw is door meer diensten te doen, dat zou eerder de drijfveer zijn.

Ik heb er geen onderzoek naar gedaan maar ik hoor eigenlijk nooit van huisartsen dat ze er commerciële activiteiten naast ontwikkelen uit financiële overwegingen.

B-4

Ik vind dat onderdeel, als ik echt puur naar huisartsenzorg kijk, is dat denk ik toch niet, er is zoveel werk te doen, dan kom je meer op het anders en beter organiseren van hoe zorg je nou dat je inderdaad die toename van de vraag en de complexere zorgvraag weet te organiseren met de toepassing van innovaties. Dus voor de huisartsenzorg vind ik het slim organiseren en innovatie van groter belang.

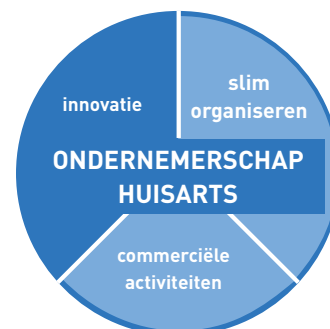
Bestuurder B-1 gelooft niet in commerciële activiteiten die gericht zijn op korte termijn winsten. Zij vindt het een nadeel dat het huidige financieringsstelsel professionals aanzet tot meer economische activiteiten, tot meer behandel trajecten.

B-1

Ik vind dat je daar wel verantwoordelijkheid hebt met elkaar om daar naar te kijken, we leveren nu ook echt wel duurzaam toegevoegde waarde. Dus als er iedere keer van die snurk poli's ontstaan of als huisartsen en masse ECG's gaan verrichten omdat er toevallig een M&I-tarief is, dat vind ik echt kwalijk. Dat deugt niet. Dus de kunst is om met elkaar duurzaam te ondernemen, dat betekent dan inderdaad eigenlijk al die drie elementen die Kim Putters aangeeft, want je moet nu eenmaal een hoop geld verdienen om weer te kunnen innoveren.

D. Innovatie

Bestuurders geven aan dat innovatie een wezenlijk onderdeel is van ondernemerschap in de huisartsenzorg. Zij zien een groot verschil tussen huisartsen, die met innovatie bezig zijn en zij die daaraan geen aandacht geven. Innoverende huisartsen zijn wel nodig voor de vernieuwingen in het vak. Het is belangrijk om hen daarin te ondersteunen.



Zo geeft bestuurder B-6 aan:

In ieder geval maakt het voor de huisartsen het makkelijker om innovaties in de eigen praktijk toe te passen als de zorggroep een stuk van de organisatie daarvan doet en het risico neemt als het ware, dus je neemt wat risico over. Zodoende krijg je toch wat meer huisartsen warm daarvoor dan eigenlijk 10 jaar geleden het geval was.

Toch wordt dit verschil door hen echter wel gerelativeerd omdat zij van mening zijn dat de kwaliteit van de zorg in Nederland al op een hoog niveau is.

Zo stelt bestuurder B-1:

In het algemeen moeten we sowieso stellen dat de kwaliteit van huisartsen geneeskundezorg in Nederland echt heel hoog is hè! Dus dat betekent dat iedere huisarts iets ondernemends in zich heeft. Die bestiert toch zijn eigen praktijk en zorgt toch maar weer voor die permanente kwaliteit van zorg en heb je wel heel veel parels in Nederland die echt bijdragen aan vernieuwing van het vak. Nadenken over hun organisatie, hoe ze dat slim doen. Die al heel snel met eHealth aan de slag zijn gegaan, die al heel snel meedoen aan allerlei onderzoeken. Dat is ook ondernemerschap.

6.2.3. Conclusies invulling ondernemerschap

Zowel huisartsen als bestuurders zien dat huisartsen het ondernemerschap in de eerste plaats definiëren als de onafhankelijkheid en vrijheid van de eigen praktijk runnen, met een invulling zoals zij die graag zien. Dit komt overeen met de literatuur. Huisartsen kiezen het vak om kleinschalig te kunnen werken met directe invloed op de eigen werkomgeving. Het zijn over het algemeen autonome, zelfstandige mensen en geen 'teamplayers'.

Een aantal huisartsen ervaart een spanningsveld tussen het ondernemerschap in de huidige situatie en de bescherming van hun professionele autonomie (de onafhankelijke beoordeling van de zorg die de individuele patiënt nodig heeft). Het is lastig als de zorgverzekeraar niet meegaat in de noodzaak van bepaalde medische behandelingen.



Bijna iedere huisarts heeft wel iets ondernemends als het gaat om het organiseren van de eigen praktijk. Daarin bestaan wel verschillen tussen de huisartsen.

Commerciële activiteiten worden tot op heden niet veel ontplooid. Daar waar deze worden ontwikkeld (denk aan een reisvaccinatie spreekuur, het verrichten van keuringen, een samenwerking starten voor extra spreekuren) gebeurt dit vooral omdat huisartsen daarin vanuit hun professionele perspectief als huisarts intrinsiek zijn geïnteresseerd en zij dit een meerwaarde voor de patiëntenzorg vinden. Aangegeven wordt dat huisartsen het extra geld dat dan verdiend wordt, aan innovatie willen besteden. Bijvoorbeeld in ICT, EHealth om een extra service aan hun patiënten te kunnen bieden. Dit komt overeen met de literatuur in hoofdstuk 3.

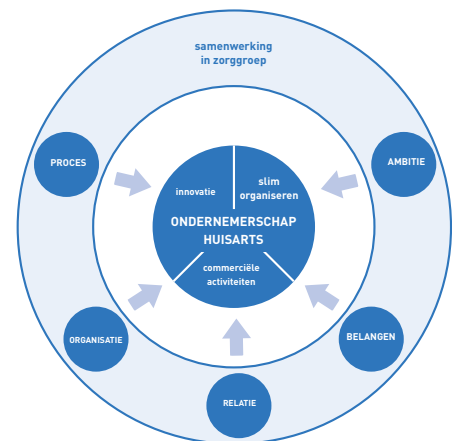
Huisartsen geven aan dat zij kennis van het ondernemen, de praktijk runnen, missen in het curriculum van de huisartsenopleiding. Hierdoor kunnen weloverwogen keuzes voor het ondernemerschap (lees: wil ik praktijkhouder worden) na het afronden van de opleiding minder weloverwogen worden gemaakt.

6.3. Samenwerken in zorggroepen huisartsen en bestuurders

Inleiding

Het conceptuele model voor de samenwerking binnen de zorggroep analyseert deze samenwerking vanuit de volgende perspectieven ('lenzen' op samenwerking):

- Ambitie
- Belangen
- Relatie
- Organisatie
- Proces



De zienswijzen van huisartsen en bestuurders in deze paragraaf zijn gebaseerd op de antwoorden die zij tijdens de interviews hebben op de vragen 6,7,8 en 10.

Subvragen:

- 6) Wat zijn relevante aspecten bij de invulling van de samenwerking in een zorggroep, zoals door de huisartsen ervaren wordt?
- 7) Wat wordt door de huisartsen onder een goede samenwerking binnen een zorggroep verstaan?
- 8) Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren de huisartsen in de samenwerking met de zorggroep?
- 10) Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren bestuurders van zorggroepen en koepelorganisaties in de samenwerking met de individuele huisarts binnen hun organisatie?

Hierna werk ik per perspectief van het conceptuele model de zienswijze uit van de huisartsen en bestuurders op de samenwerking binnen de zorggroep.

A. Het perspectief van ambitie

AMBITIE

Over ambitie bij de zorggroep wordt door huisartsen verschillend gedacht. Sommige huisartsen zien dat die ambities er zijn, anderen niet. Ook tussen zorggroepen bestaat er verschil in ambitie.

Een deel van de geïnterviewde huisartsen lijken weinig ambitie te hebben met de zorggroep. Zij geven aan, het is een vereniging met als doel de kwaliteit van de chronische zorg eenduidig volgens de geldende richtlijnen te borgen en de patiënt met meerdere disciplines goed te behandelen.

Huisartsen richten zich in hun samenwerking met collega's meer op wijk, dorps, HAGRO niveau. Dit zijn kleinschaligere verbanden waar zij elkaar kennen en de populatie in de regio met elkaar zo goed mogelijk kunnen behandelen.

H-7 geeft het als volgt weer:

Dat merk je ook met het samenwerken, als je dan een project opzet, is het zo belangrijk dat je het gezicht kent, dat je de poppetjes kent en dan gaat dat veel beter.

Een ander deel van de huisartsen ziet de samenwerking in de zorggroep als een mogelijkheid om een gelijkwaardige gesprekspartner te worden voor andere stakeholders in de regio. Een goede onderhandelingspartner voor de zorgverzekeraar met een mandaat van de aangesloten huisartsen of als een organisatie in het faciliteren van innovatieve trajecten.

Bestuurders vinden een visie en missie belangrijk om tot ambitie te komen. Zij erkennen dat dit niet bij alle zorggroepen goed is uitgewerkt. Een bestuurder gaf aan dat het ook belangrijk is om een visionair als bestuurder te hebben om de ambitie en de boodschap van de zorggroep uit te kunnen dragen.

Huisartsen missen soms een duidelijk doel of visie van de zorggroep. Enkele huisartsen geven aan dat zij wel een behoefte hebben aan een duidelijke visie van de zorggroep op de ontwikkelingen op gebied van de organisatie van de chronische zorg. Deze visie is belangrijk voor het creëren van draagvlak en daarmee ook de ambitie voor de samenwerking van huisartsen in de zorggroep.

Huisartsen geven allen aan dat de eerste drijfveer voor het aansluiten bij een zorggroep, een financiële drijfveer was in combinatie met een goede kwalitatieve organisatie voor de chronische zorg (ketenzorg) in de praktijk.

Enkele huisartsen beschreven dit als volgt:

H-6:

In de basis natuurlijk omdat je daar geld voor binnenhaalt en een goede organisatie voor je COPD en je diabetes, dat was de basis en dat je de POH aan het werk kunt laten. En later is dat gekomen omdat ik vind dat wij als huisartsen ons moeten organiseren op de een of andere manier, om ook meer body te geven aan de regio en aan je vak. Ook om een betere onderhandelingspositie te creëren en veel meer naar de toekomst te kijken, om samen te investeren.

H-5:

Ik denk dat je met de zorggroep een constructie hebt waarbij je makkelijker de kwaliteit van de zorg in beeld kunt brengen, even los van of het beter is dan daarvoor, dat kun je natuurlijk moeilijk meten, maar je hebt beter zicht op hoe de gemeenschappelijke kwaliteit van zorg is. En er zit een enorm financieel plaatje aan.

Vroeger was je wereld niet veel groter dan je eigen praktijk, meer was er niet. Maar nu alleen al omdat je op een huisartsenpost werkt, ben je ook regionaal aan het werk, dus wordt het ook belangrijker dat je collega's dat ook allemaal doen, want als mijn collega uit Roosendaal dienst heeft en mijn patiënt komt, wil ik niet dat hij niet weet hoe het werkt. Je ziet dat die schaalvergroting er wel is, en je ziet bij mijn collega's, die vinden dat toch wel moeilijk. Eigenlijk was het mijn eigen praktijk of mijn HAGRO.

Zoals H-4 typeert:

Een zorggroep dat moet eigenlijk een krachtige club zijn die namens de aangesloten huisartsen met allerlei partners gaat praten.

Huisartsen vinden aspecten als vertrouwen, ambitie en gezamenlijke belangen in een samenwerkingsverband als een zorggroep erg belangrijk. Echter bij de vraag of huisartsen weten welk belang hun collega heeft bij een zorggroep en/of dat hetzelfde is als hun belang, geven de meeste aan dat ze dat niet weten.

Naast het runnen van de winkel, hebben allen aangegeven, ongeacht of het een solo-duo of groepspraktijk, HOED of zorgcentrum betrof dat zij samenwerken in wat voor vorm dan ook belangrijk achten om de "onderneming" te kunnen runnen. Samenwerken met de collega's in de maatschap, (A) HOED, HAGRO of de assistentes, POH's, andere disciplines (para) medici in het team van de praktijk (zie ook samenwerkingsrelaties figuur 8 hoofdstuk 4) Het betreft het samenwerken rondom de patiëntenzorg en met directe collega's. Voor de samenwerking is belangrijk dat je elkaar kent, zo stellen enkele huisartsen.

H-7 schetst, werkzaam in een A-HOED:

Ik denk dat we heel ondernemend zijn omdat we met z'n allen zijn, kunnen we ook wel heel veel doen. Iets waar je als solist misschien helemaal nooit aan toe zou komen en wat je hier wel van de grond afkrijgt en wel projecten kan opstarten, weer iets nieuws kan starten. Waar je dan ook de ruimte en het personeel voor hebt.

Enkele huisartsen constateren dat er binnen een zorggroep niet altijd duidelijkheid bestaat over de gezamenlijke ambitie. Dit leidt tot het risico van schijnsamenwerking. Een bestuurder gaf aan dat dit kan doordat bij de start niet alle fasen van (de start) van een samenwerking zijn doorlopen en/of er gestuurd is bij het ontstaan op groei in termen van volume creëren. Zoveel mogelijk huisartsen laten aansluiten bij de zorggroep, in plaats van nagaan wat willen we met elkaar? Waar willen we naar toe? Het Why, Who en How.

De vraag of er meer te bereiken is samen dan ieder voor zich, beantwoorden huisartsen over het algemeen met het feit dat een voordeel van een collectief, als een zorggroep, een goede gesprekspartner voor de belangrijke stakeholders kan zijn, als er ook een mandaat is. Met name wordt hierin genoemd, de onderhandeling met de zorgverzekeraars. Om een gezamenlijke ambitie te formuleren geven huisartsen aan dat het moeilijk is ieders belang na te streven, maar naar een gemene deler gezocht kan worden. Als de groep erg groot is en de huisartsen elkaar nauwelijks tot niet kennen, is het moeilijk te spreken van samenwerking. Ze willen het iets meer op maat gesneden hebben, wat voor in hun wijk, regio van belang is en niet in een grotere regio.

H-8:

vanuit patiënt oogpunt vind ik de zorggroep een fantastische ontwikkeling en is denk ik toch wat je voor ogen moet hebben daarom zet je een zorggroep op natuurlijk om je met z'n allen te verenigen en ook wat sterker richting zorgverzekeraar te zijn in de zin van onderhandelen maar ook om gewoon goede zorg aan de patiënt te kunnen leveren en wat meer structuur te krijgen daarin.

Gekeken naar de geschiedenis van samenwerkingsverbanden heeft het een strekking om de 'handel te beschermen'. Wat is de missie en visie, het bestaansrecht van de zorggroep? Vragen die niet altijd duidelijk zijn. H-4 noemt het feit dat collega huisartsen:

de visies vanuit de persoonlijke praktijk een beetje kopiëren naar de zorggroep, terwijl de zorggroep een zorginstelling is en de huisartspraktijk niet. En waardoor we een veel andere regel- en wetgeving hebben en ze daar helemaal geen notie van hebben.

B. Het perspectief van belangen ('mutual gains')



BELANGEN

Huisartsen schetsen hun eigen belang bij een zorggroep. De meeste huisartsen geven aan dat zij zich bij hun zorggroep hebben aangesloten vanwege een financieel belang en omdat de zorggroep het mogelijk maakt dat zij alleen indirect met de zorgverzekeraar van doen hebben bij de afspraken en de uitvoering van keten-zorg.

H-1 schetst in het kader van het vertrouwen van zorgverzekeraars ten opzichte van de individuele huisarts en de zorggroep het volgende:

Als het nou zo zijn dat de verzekeraars niet het vertrouwen hebben in mij, als individuele praktijk, maar wel het vertrouwen hebben in de zorggroep en zeggen van nou hier heb je die zak met geld, naar eigen inzicht in te delen en ik kan bij de zorggroep aankloppen van weet je, het zou wel heel mooi zijn als we dat in deze praktijk kunnen faciliteren, dat je dat op die manier doet, dan vind ik het ook goed. Dan heb je iets aan dat collectief.

De meeste huisartsen geven aan dat er onderling, binnen de zorggroep, onvoldoende sprake is van een dialoog over belangen. Zij praten niet of nauwelijks met andere huisartsen over het belang dat hun collega's hebben bij de samenwerking in de zorggroep. Gesprekken en discussies gaan vaak alleen over de werkwijzen, vormen, contracten (het proces en de organisatie). Binnen de zorggroep wordt de dialoog over de visie, verschillende meningen, onvoldoende gevoerd of - als er wel over wordt gesproken - neemt het merendeel van de bij de zorggroep aangesloten huisartsen hieraan niet of nauwelijks deel.

Een deel van de bestuurders herkent het gebrek aan participatie van aangesloten huisartsen in discussie over het belang van de samenwerking binnen de zorggroep. Het zoeken naar een gemene deler is een lastige opgave. Een bestuurder geeft aan dat het belangrijk is om tegengestelde belangen tijdig te herkennen en met elkaar daarover het gesprek aan te gaan.

B-4 schetst dit als volgt:

als alle neuzen de verkeerde kant op staan dan klopt het niet, he. Want dan staat er niks namelijk. Maar als je het puur over ideeën hebt, denk ik, gaat het a. ook niet lukken, maar wat veel belangrijker is dat als die neuzen de andere kant op gaan, of ze stoten tegen elkaar aan, dat je zorgt dat daar weer iets uit ontstaat.

Een bestuurder geeft aan dat het speelveld van belangen een politiek krachtenveld is waar weer veel in de onderstroom plaatsvindt. De structuur is duidelijk, zit in de bovenstroom, maar hier gaat het om cultuur en mensen. Hij schetst dat het goed is bewust te zijn van de historie bij de ambitie en belangen.

Een huisarts schetst dit als volgt:

H-7:

Alle neuzen dezelfde kant op dat kan niet in een collectief. Uiteindelijk moet je allemaal goede zorg willen leveren. Je moet dat op de praktijk kunnen doen. Je zal als kleinere praktijk de grotere praktijken nodig hebben om bepaalde dingen te kunnen organiseren en te verwezenlijken. Daar moet je misschien ook gebruik van kunnen maken dan. Maar die moeten ook wel de kans krijgen om bepaalde dingen te kunnen doen.

Overigens geven enkele bestuurders aan dat zij wel voorbeelden kennen van zorggroepen waarbinnen huisartsen met elkaar de discussie aangaan over gedeelde belangen bij de samenwerking.

Wat opvalt is dat vooral bij jongere huisartsen de behoefte om samen te werken en ideeën uit te wisselen groter is dan bij oudere huisartsen. Het lijkt erop dat de jongere generatie huisartsen samenwerking meer geïnternaliseerd heeft.

B-6 geeft dit als volgt weer:

De samenwerking wordt wel een beetje bepaald door de bloedgroep die je hebt. De jonge huisartsen werken bijvoorbeeld veel samen met uitwisselen van ideeën, komen ook graag bij elkaar, zitten graag met elkaar aan tafel.

In de interviews vertalen huisartsen het aspect relatie vooral in de vraag naar vertrouwen onder elkaar en in de organisatie van de zorggroep. De meeste huisartsen vinden het vertrouwen een belangrijke voorwaarde voor het succes van een samenwerkingsverband. Een huisarts geeft aan dat voor de samenwerking vertrouwen in elkaar cruciaal is, maar dat dit vertrouwen moeilijk is te creëren door de grootte van een zorggroep.

H-2

Ik denk dat vertrouwen cruciaal is, dat het ook wel moeilijk is omdat je juist zo weinig met elkaar hebt en elkaar maar oppervlakkig kent. Dat het juist moeilijk is om dat in een grote organisatie voor elkaar te krijgen, dat vertrouwen.

Een huisarts schetst dat huisartsen meer gewend moeten raken aan het omgaan met verschillende meningen in een groep: "Huisartsenbestuurders en andere collega's moeten zich niet direct persoonlijk aangevallen voelen, maar met elkaar discussiëren en ruimte hiervoor bieden. Het gesprek aangaan waarom sommige relaties niet goed klikken".

Belangrijk voor vertrouwen is dat binnen de samenwerking leiderschap wordt getoond. Enkele huisartsen die in de samenwerking de lead nemen helpt daarbij. Het tonen van leiderschap van bestuurders van de zorggroep draagt voor veel huisartsen bij aan het creëren van vertrouwen.

B-4

traditioneel leiderschap, dan durf je door te pakken als het nodig is, maar inderdaad ook jezelf op tweede plek te zetten als het nodig is.

B-5

Dus dan kom je echt op politiek bedrijven om mensen te enthousiasmeren, visionairs neerzetten om de mensen mee te krijgen in vergezichten, wat gaat dit betekenen voor de langere termijn

Voor huisartsen lijkt ook voldoende inspraak hebben in het beleid en de uitvoering van de zorggroep een belangrijke factor te zijn in het hebben van vertrouwen in de zorggroep. Als de huisartsen de grip op de samenwerking kwijt zijn dan verliest men ook het vertrouwen.

Zo benoemt huisarts H-4 het proces rondom de ontwikkelingen van de huisartsenpost waarbij hij is aangesloten en waar hij een afstand ervaart tussen de organisatie en de huisartsen:

De huisartsen hebben toch het idee, ik verlies de grip. Het is een ver-van-mijn-bed-show geworden. Dat gaat wel over vertrouwen. Die mensen daar dan kunnen vertrouwen dat ze er geen potje van maken. Voor de zorggroep is het een kwestie van vertrouwen dat de directie, het bestuur er geen zootje van maakt.

Vertrouwen wordt ook gevoed door de kwaliteit van de organisatie om de huisarts daadwerkelijk te kunnen ondersteunen in de organisatie van de ketenzorg aan de patiënt van zijn huisartsenpraktijk.

H-8 zegt hierover het volgende:

Het gaat erom dat de zorg van de patiënt uiteindelijk beter wordt dat is uiteindelijk waarom je een zorggroep opzet en dat is denk ik echt vele malen verbeterd en je kunt het nog steeds zelf opzetten volgens mij je hoeft er geen lid van te worden, je kunt het ook allemaal zelf regelen maar of dat succesvol is? Er is een organisatie die jou helpt die contracten voor je regelt waarom wil je het zelf doen denk ik dan wat maakt dat je het in eigen hand wilt houden?

Niet alle huisartsen zien een draagvlak voor meer initiatieven vanuit een zorggroep. Dit heeft te maken met het ontbreken van vertrouwen door loze beloftes uit het verleden. “De zorggroep leek steeds maar verder te groeien met activiteiten en projecten waar wij als huisartsen bij de besluitvorming niet in meegenomen waren” (logboek 2016).

In de interviews wordt in relatie tot het vertrouwen ook gerefereerd aan de noodzaak om duidelijk te communiceren. Huisarts [H-8] geeft aan dat er vanuit het bestuur van de zorggroep goed contact wordt gelegd en naar wensen, ideeën gevraagd wordt, maar dat hij vervolgens geen terugkoppeling krijgt over wat er daarna met deze wensen, ideeën gedaan wordt. Dit creëert voor hem onduidelijkheid. Dit kan op langere termijn zorgen voor ondermijning van het vertrouwen.

D. Het perspectief van organisatie

ORGANISATIE

Bestuurders geven aan dat zorggroepen een toegevoegde waarde voor de huisartsenpraktijk hebben doordat ze zaken grootschalig kunnen organiseren en kleinschalig aan kunnen aanbieden aan de huisartsenpraktijken. Vooral het kleinschalig aanbieden zien zij in de praktijk nog onvoldoende terug. Enkele bestuurders formuleren deze ontwikkeling als volgt.

B-1

De kunst vind ik voor de eerstelijns dat je het grootschalig organiseert en kleinschalig aanbiedt. En dat kan best zonder dat je op de stoel van de huisarts gaat zitten.

B-5

Door decentralisaties hebben de gemeenten op dit moment een veel belangrijkere rol gekregen en daar vindt veel meer regionaal beleid plaats. Dat betekent dat door de afschaffing van de landelijke tarifiering er regionaal onderhandeling plaats vindt. Dus het mandaat is verschoven van landelijk naar regionaal. Dan moet de landelijke vereniging eigenlijk zijn agenda aanpassen en zeggen, dan ga ik alleen die thema's nog doen die regio overstijgend zijn. Dat vraagt om inzicht bij de koepelorganisaties.

De meeste huisartsen geven aan dat zij de organisatie vorm van de zorggroep waar zij bij aangesloten zijn goed vinden, aangezien zij volgens vaste procedures stemrecht hebben en op deze wijze dus hun stem kunnen laten horen. Dat het zo kan zijn dat, als gevolg van de meerderheid van stemmen een verandering doorgaat, en niet hun voorkeur heeft, accepteren zij. Dat vinden zij reëel, “zo werkt het in een collectief”.

E. Het perspectief van proces

PROCES

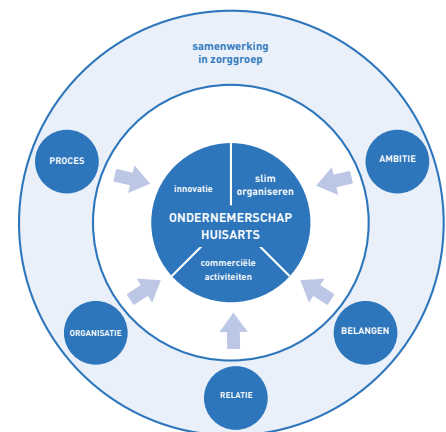
Het is een gegeven dat processen soms heel complex kunnen zijn. De meeste huisartsen geven aan dat zorggroepen de processen rondom de ketenzorg goed regelen. De afspraken over de verwijzing en de samenwerking tussen de verschillende ketenpartners zijn goed geregeld. De kwaliteitsafspraken mogen volgens sommige huisartsen wel beter nageleefd worden. In de zorggroep zijn er nog steeds collega's die in hetzelfde samenwerkingsverband zitten die niet voldoen aan de gezamenlijke afspraken die zijn gemaakt.

Een huisarts noemt het volgende:

Ik denk dat het wel eens tijd wordt dat huisartsen die echt ondermaats presteren, daar een keer iets mee gebeurt. Daar heb ik geen zicht op hoor, maar ik hoor toch wel rechts en links dat het bij wijze van spreken altijd dezelfde zijn en wij hebben voorwaarden gesteld voor het toetreden van de zorggroep en het naleven van de afspraken. Als er geen consequenties aan verbonden zijn, krijg je een verslonzing van het collectief.

6.4. Impact samenwerking in zorggroep op ondernemerschap huisarts

In deze paragraaf beschrijf ik de belangrijkste factoren van samenwerking in een zorggroep die het ondernemerschap van de huisarts kunnen bevorderen of belemmeren. Deze factoren zijn bepalend in de afweging van de huisarts om zich in zijn huisartsenpraktijk (ondernemerschap) te laten ondersteunen door de zorggroep. Deze inventarisatie vloeit voort uit de analyse van de uitkomsten van paragraaf 6.2 (ondernemerschap) en paragraaf 6.3 (samenwerking in de zorggroep). De gevonden factoren vormen de basis voor de aanbevelingen van hoofdstuk 7.



Visie/beleid van de zorggroep

Een heldere visie en beleid op de ondersteuning van huisartsenpraktijken is een belangrijke factor voor de huisarts in zijn beslissing om zich bij het verlenen van zorg aan chronische patiënten in zijn huisartsenpraktijk door de zorggroep te laten ondersteunen.

Visie en beleid moet ook gedeeld worden door de huisartsen. Veel huisartsen richten zich op kleinschaligheid van de zorg in de regio en zien het ontwikkelen van commerciële activiteiten niet als een prioriteit van hun onderneming.

Vertrouwen

Vertrouwen is voor elke samenwerking en ook voor de zorggroep een bepalende factor. Zonder vertrouwen wordt er niet ondernomen. Relevante factoren die het vertrouwen van de huisarts in de ondersteuning van de eigen huisartsenpraktijk door de zorggroep bepalen, zijn:

- gepast leiderschap van (bestuurders van) de zorggroep in de context van de samenwerking
- bestuurlijke aandacht voor een professionele organisatie
- heldere taakverdeling tussen huisartsenpraktijk en de zorggroep creëert vertrouwen bij huisartsen en zijn bereidheid om samen te werken in de zorggroep
- openheid van communiceren
- transparantie in de belangen van andere leden bij de samenwerking
- de mate waarin de individuele huisarts zeggenschap behoudt in de samenwerking

Kennis en expertise

De huisartsen ervaren de onderhandelingen die de zorggroep voert met zorgverzekeraars, andere stakeholders in de regio als een voordeel voor hun eigen onderneming. Zij missen de expertise en tijd om dit te doen en zien het als een voordeel omdat een collectief meer daadkracht heeft dan een individuele huisarts. Echter dat in deze onderhandeling hun individuele wensen niet altijd meegenomen kunnen worden zien zij als nadeel, maar een feitelijk gevolg van een collectief ('ieder nadeel heb zijn voordeel', Johan Cruijff, in memoriam). Huisartsen ervaren de ondersteuning vanuit een zorggroep voor het monitoren van de kwaliteit in de vorm van spiegelgesprekken en organiseren van nascholingen voor henzelf en hun personeelsleden als positief. Huisartsen missen in het curriculum de kennis van het ondernemerschap.

Kostenvoordelen

Huisartsen zien het als een voordeel als de zorggroep hen kan ontlasten met administratieve lasten, dit heeft direct effect op hun dagelijkse praktijkvoering. Dit kan door het faciliteren van automatiseren van declaratieprocessen en de ICT.

Zij zien een voordeel in een grootschalige inkoop, waardoor voor hun eigen onderneming kosten lager worden. Zoals inkoop van materialen voor hun praktijk. En een collectieve verzekering afsluiten, waardoor ze lagere premie hoeven te betalen. Huisartsen ervaren dit soort voordelen als minimale extra's. Is er keuze voor het deelnemen aan dit soort voordelen dan zien zij dit als een meerwaarde, maar niet als het een collectieve verplichting is.

Risicospreiding bij investeringen

Weinig huisartsen investeren zelfstandig in innovaties. Dit heeft meerdere oorzaken als tijdgebrek, financieel risico en energie. Veel huisartsen vinden het daarom positief als de zorggroep het voortouw neemt bij het ontwikkelen van nieuwe diensten die huisartsen in hun eigen huisartsenpraktijk kunnen gebruiken. Innovaties op eHealth zien zij als een ontwikkeling gefaciliteerd door de zorggroep, uitgerold voor hun eigen onderneming. Daarbij moet overigens wel in het oog gehouden worden dat nieuwe dienstverlening niet te commercieel wordt neergezet. Veel huisartsen haken dan af.

Netwerkfunctie

De samenwerking binnen de zorggroep creëert voor de huisartsen een netwerk. Bekendheid met de andere leden van de zorggroep bevordert dat huisartsen onderling daadwerkelijk met elkaar praten.

Bijvoorbeeld over de uitwisseling van kennis en ideeën over de ontwikkeling van huisartsenzorg en de organisatie van de huisartsenpraktijk.

De zorggroep is daarnaast namens de aangesloten huisartsen een goede gesprekspartner voor belangrijke stakeholders in de regio.

Professionaliteit van de zorggroep

De vraag of de huisarts zich in zijn praktijk laat ondersteunen door de zorggroep hangt af van de professionaliteit van deze organisatie. Hierbij spelen factoren als:

- maatwerk van diensten voor de individuele huisartsenpraktijk
- duidelijke taakverdeling tussen huisartsenpraktijk en de zorggroep
- aandacht voor professionele organisatie. Stelt de zorggroep zich daadwerkelijk faciliterend op?
- innovaties op eHealth zien zij als een ontwikkeling gefaciliteerd door de zorggroep, uitgerold voor hun eigen onderneming, echter ook hier geldt dat zij daar inspraak in willen hebben. Huisartsen zien een voordeel in het initiëren van innovaties. Sommige zijn helemaal gewend aan het faciliterende karakter van de zorggroep hierin, stelt een bestuurder en vinden dat een voordeel voor hun eigen onderneming, als zij bij hun zorggroep keuzes kunnen maken die voor hun eigen onderneming van toepassing zijn.
- samenstelling team: huisartsen vinden professioneel leiderschap, een team van deskundigen belangrijk voor de (betrouwbaarheid) van de organisatie

Financiële prikkel

Als huisartsen commerciële activiteiten ontplooiën doen ze dat niet, of niet in de eerste plaats om extra inkomsten te genereren. Toch geven veel huisartsen aan dat ze in eerste instantie lid worden van de zorggroep uit financiële overwegingen. Voor de chronische zorg via een zorggroep ontvangen zij immers een hogere vergoeding dan als zij deze zorg via het basisconsult declareren.

Delegeren

Sommige huisartsen noemen verlies van onafhankelijkheid een belemmerende factor van de samenwerking op het ondernemerschap. Ze zien de ketenzorg als een verbetering van de zorg aan hun patiënten, echter de methodiek vinden ze niet altijd de juiste. Het veelal genoemde vinkjes zetten. Ze willen het graag “op hun manier” doen, niet altijd volgens de strakke richtlijnen, protocollen, maar op maat voor elk individu.

Veel huisartsen vinden de vrijheid om op elk moment op ieder onderdeel van de huisartsenpraktijk te kunnen sturen een essentieel onderdeel van het ondernemerschap. Ondernemen en samenwerken zijn echter niet elkaars tegenpolen. Soms vraagt slim organiseren of innovatie juist om samenwerking in de zorggroep.

“De kunst vind ik voor de eerstelijns dat je het grootschalig organiseert en kleinschalig aanbiedt. En dat kan best zonder dat je op de stoel van de huisarts gaat zitten. En wat de huisartsen moeten leren is dat zij zich moeten durven laten faciliteren door een zorggroep en wat de zorggroep moet leren is dat zij echt willen faciliteren en niet willen sturen”.

HOOFDSTUK 7

Slotbeschouwing en aanbevelingen

7. Slotbeschouwing en aanbevelingen

In dit hoofdstuk geef ik in paragraaf 7.1. aanbevelingen voor de samenwerking tussen de zorggroep en de individuele huisarts. Meer specifiek zijn de aanbevelingen gericht op het versterken van de betrokkenheid van de individuele huisarts bij de zorggroep. De aanbevelingen zijn gericht op zowel huisartsen als de bestuurders van de zorggroep. In paragraaf 7.2 beschrijf ik ter afsluiting van deze thesis de uitkomsten van mijn reflectie op het door mij uitgevoerde onderzoek.

7.1. Aanbevelingen

De aanbevelingen zijn gebaseerd op de uitkomsten van het literatuuronderzoek en het empirische onderzoek, zoals beschreven in hoofdstuk 2 tot en met 6 van deze thesis en per gevonden factor gerangschikt (paragraaf 6.4).

Visie en beleid

1. Definieer samen een gedeelde ambitie ("kloppend hart van de samenwerking").
 - a. Zorg voor een heldere visie op de doelstellingen van de zorggroep en voor draagvlak voor de visie onder de aangesloten huisartsen. Het is daarbij belangrijk dat de visie een gemeenschappelijk gedragen beeld heeft over de impact die de nieuwe regionale bekostigingsstructuur van de eerstelijnszorg heeft. Dit borgt de toegevoegde waarde van de zorggroep voor de huisartsenpraktijken.

Vertrouwen

2. Creëer vertrouwen door te investeren in een duurzame relatie tussen de aangesloten huisartsen en de zorggroep.
 - a. Maak transparant op welke wijze het beleid en de uitvoering bijdraagt aan het bereiken van de door de leden gedragen ambitie/doelstellingen van de zorggroep.
 - b. Creëer onder de leden een cultuur waarbinnen daadwerkelijke naleving van afspraken de norm is.
 - c. Borg een periodieke evaluatie van de samenwerking, waarbij de ontwikkeling van de zorggroep als samenwerkingsverband en de relatie tussen huisartsen onderling en met de zorggroep besproken wordt. Breng de bij de samenwerking spelende belangen in kaart en maak conflicterende belangen die relevant zijn voor de duurzame relatie bespreekbaar. Creëer een veilige omgeving voor zelfreflectie onder leden en bestuurders.

Kennis en expertise

3. Inventariseer de kennis en expertise die nodig is om de werkzaamheden van de zorggroep goed uit te voeren. Investeer in de borging van de kennis en expertise die nodig is om de ambitie/doelstelling van de zorggroep te verwezenlijken.

Kostenvoordeel

4. Maatwerk in dienstverlening: de zorggroep kent kernactiviteiten die door alle aangesloten huisartsen worden afgenomen.
 - a. Maak aanvullende commerciële dienstverlening van de zorggroep facultatief voor de leden beschikbaar [geen afnameverplichting].

Risicospreiding in innovatie

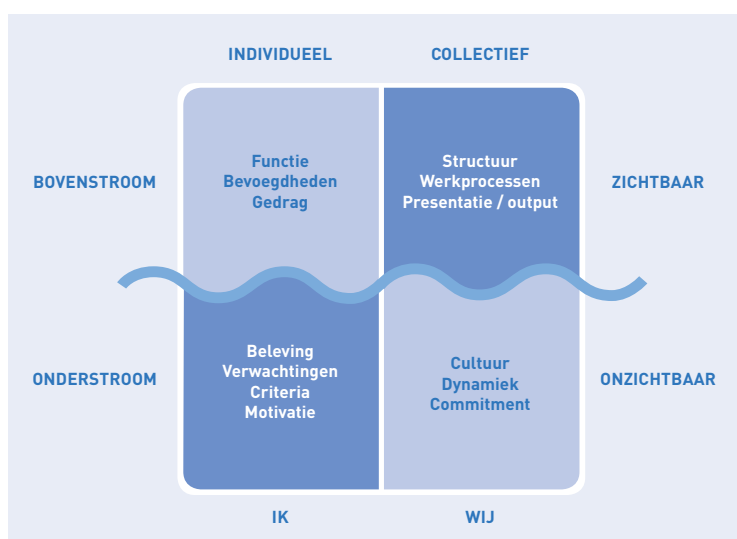
5. Creëer/verbeter de mogelijkheid om via de zorggroep te investeren in innovaties in de dienstverlening van de individuele huisartsenpraktijk.
6. Informeer/communiceer op heldere wijze met de aangesloten huisartsen over landelijke en regionale ontwikkelingen in de zorg en de gevolgen voor hun individuele praktijk.

Netwerkfunctie

7. Investeer in bewustwording van de aangesloten huisartsen over het politieke bestuurlijke krachtenveld van de eerstelijnszorg en de rol van de zorggroep daarbij.
8. Organiseer netwerkbijeenkomsten voor huisartsen om de onderlinge relatie en de relatie met stakeholders te versterken.
9. Creëer een gedragen mandaat van de leden om als gesprekspartner richting stakeholders op te treden. Leer daarbij van de best practices in het land en in de regio.

Professionele organisatie

10. Zorg voor een goede balans tussen de bovenstroom (structuur en technologie) en onderstroom (cultuur en mensen). Zie figuur 18.
- a. Borg een 'good governance'-structuur in de zorggroep die belangenverstremgeling voorkomt, tegenspraak organiseert en borgt dat aan de aangesloten huisartsen op transparante wijze verantwoording wordt afgelegd.
 - b. Creëer een cultuur waarbinnen daadwerkelijke naleving van afspraken de norm is.
 - c. Zorg voor een goede samenstelling van het team, waarbij kennis en kwaliteit en persoonlijkheid aansluiten bij de gewenste invulling van rollen, taken en verantwoordelijkheden.
 - d. Borg dienstverlening op maat: borg dat de doelmatigheid van de omvang van de zorggroep niet ten koste gaat van dienstverlening op maat aan de huisartsenpraktijk (grootschalig organiseren en kleinschalig aanbieden).



Figuur 18 Boven- en onderstroom

Financiële prikkel

11. Anticipeer op de paradoxale houding van huisartsen ten aanzien van financiële incentives. Huisartsen hebben een financiële prikkel om deel te nemen aan de zorggroep maar staan vaak afwijzend tegenover commerciële activiteiten. Commerciële activiteiten van de zorggroep dienen daarom zoveel mogelijk te passen binnen het concept van duurzaam maatschappelijk ondernemen dat de bij de zorggroep aangesloten huisartsen voorstaan.

Delegeren

12. Investeer in een discussie over de voor- en nadelen van delegatie om het inzicht onder de huisartsen van de zorggroep te vergroten. Dit kan de eventueel bestaande drempel voor het delegeren van ondernemersactiviteiten aan de zorggroep verlagen.
13. Zorggroepen dienen een faciliterend, niet een sturend leiderschap te laten zien bij de samenwerking. Dit versterkt het vertrouwen van huisartsen dat zij activiteiten aan de zorggroep kunnen uitbesteden zonder dat dit hen raakt in de onafhankelijkheid van het ondernemerschap.

7.2. Slotbeschouwing

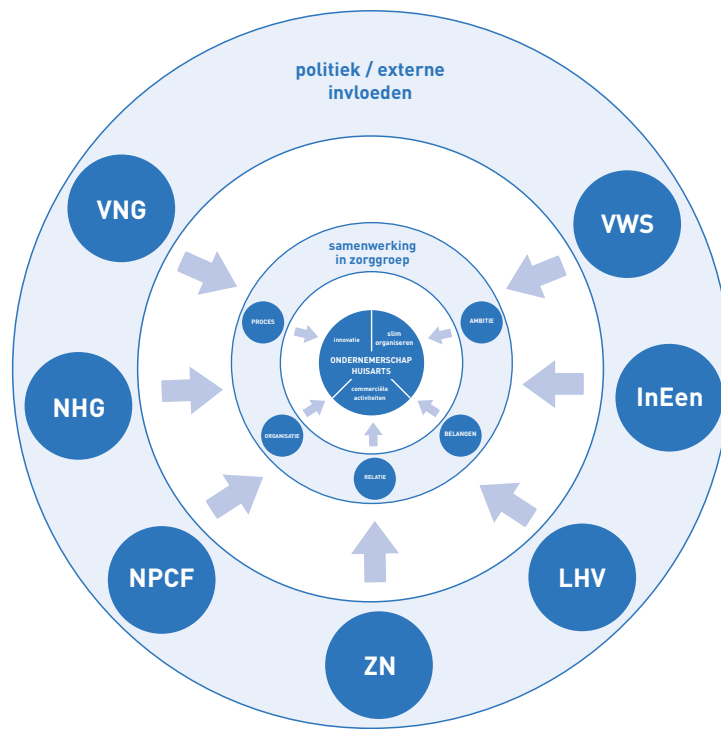
Reflectie op het onderzoek

Na de vaststelling van mijn onderzoeksvraag in december 2016 kwam al snel een vraagstuk betreffende de inkadering van het onderzoek naar voren. De onderzoeksvraag kent in feite twee kernonderwerpen, ondernemerschap van huisartsen én samenwerken, met diverse aspecten die elkaar over en weer kunnen beïnvloeden en die het onderzoeken waard zijn. Een dilemma, gegeven het feit dat dit kwalitatieve onderzoek naast mijn 'gewone' baan uitgevoerd moest worden in een relatief kort tijdsbestek van 4 maanden.

De zoektocht naar een in de tijd behapbare beantwoording van de onderzoeksvraag heeft er toe geleid dat ik voor de analyse van het empirisch onderzoek de twee kernonderwerpen in een nieuw conceptueel model heb ondergebracht, waarbij de onderzoeksvraag naar de invloed van de zorggroep op het ondernemerschap van de huisarts voor 3 kenmerkende elementen van ondernemen in de zorg is beantwoord vanuit een vijftal gedefinieerde perspectieven op samenwerking. Zie hiervoor het conceptuele model in hoofdstuk 4.

In mijn huidige functie ben ik zeer betrokken bij het onderwerp van deze thesis. Ik realiseerde mij tijdens het onderzoek dat dit ook een belemmering betekende. Op basis van mijn eigen kennis en ervaring was ik vrij snel geneigd te oordelen en met praktische oplossingen voor het vraagstuk te komen. Het kostte enige moeite om het onderzoek langs alle onderdelen van het ontwikkelde conceptuele model af te werken. Ik denk dat ik hierin uiteindelijk in voldoende mate geslaagd ben.

Tijdens de interviews gaf een van de bestuurders aan dat de beïnvloeding en invloed van de externe omgeving, het politiek krachtenveld, een belangrijke factor is in het huidige speelveld. Hoewel dit vraagstuk buiten het kader van mijn onderzoeksvraag is gebleven, realiseer ik mij dat het conceptuele model met de volgende aanvulling kan worden toegepast bij een onderzoek naar de impact van deze invloed op de samenwerking van de ondernemende huisarts in de zorggroep (of ander samenwerkingsverband waarin de huisarts participeert).



Figuur 19 Conceptueel model met politiek / externe invloeden

Reactie respondenten

Alle respondenten waren enthousiast om deel te nemen aan het onderzoek. Voor veel bestuurders is de vraagstelling een actueel onderwerp, omdat op dit moment landelijke evaluaties plaatsvinden voor de herinrichting van de structuur van de eerstelijns zorg en de betaaltitels voor de eerstelijnsamenwerking per 1 januari 2018 voor praktijkmanagement, wijkmanagement, ondersteuning ketenzorg en regiomanagement. Veel huisartsen vonden de interviews prettig omdat ze daarin eens over andere aspecten van het huisartsenvak konden spreken met iemand anders dan een vakgenoot. Enkele huisartsen gaven aan dat dit voor hen waardevolle, nieuwe inzichten opleverde.

Dit sluit ook goed aan bij een opmerking van een van de bestuurders bij de afronding van het interview:

'Ik denk dat professionals ook echt tijd moeten inruimen, en die tijd zie ik wel eens wat verloren gaan, voor zeg maar bezinning of rust om zich af te vragen waar ben ik eigenlijk mee bezig, ben ik aan het doorhollen? Dat is denk ik heel belangrijk. Dat geldt overigens voor alle artsen, dat geldt ook in ziekenhuizen natuurlijk'.

Ik heb niet gemerkt dat de respondenten mijn huidige functie binnen een zorggroep als een belemmering hebben ervaren om informatie met mij te delen.

Tot slot wil ik nog opmerken dat ik een waardevolle ervaring meeneem uit de gevoerde interviews.

Ondanks de soms tegengestelde belangen zijn de meeste huisartsen en bestuurders bereid gebleken om op een open manier te spreken over ondernemerschap en hun belangen en dilemma's van de samenwerking binnen een zorggroep. Dit geeft mij hoop dat we samen - de individuele huisarts en zorggroep - kunnen werken aan een optimale regionale inrichting van de ketenzorg, die de zorgverlening aan patiënten in de komende jaren kan borgen.

Literatuurlijst

Literatuurlijst

- Van Bijsterveldt M., Te eigenwijs om samen te werken? Een rondetafelgesprek, over integratie, gezondheidswinst en leiderschap op lokaal, *Op één lijn, schetsen voor een betere eerste lijn*, ZonMw 2014
- Boeije H., *Analyseren in kwalitatief onderzoek*, Uittreksel Students Only B.V. , www.studentsonly.nl, 2005.
- Van den Bosch W.J.H.M. & de Groot J. , *Innovatie: uitdagingen voor de huisartspraktijk*, Tijdschrift Praktische Huisartsengeneeskunde 2010-8
- Canoy, M. , *Marktwerking in de zorg: ondernemende zorg of zorgende ondernemers*. U. v. Tilburg, 2009.
- Centraal bureau voor de statistiek (CBS) <https://www.cbs.nl>, [statline.cbs.nl](https://www.cbs.nl), 2017
- Drucker P.F., *Innovation and entrepreneurship, a summary of the original text*, BusinessBook summaries, Routledge, 2014
- Federatie medisch specialisten, *Visiedocument Medisch Specialist 2025, ambitie, vertrouwen, samenwerken*, uitgave van de Federatie Medisch Specialisten, Maart 2017, Utrecht
- Fiolet M., *Ondernemen in de Ouderenzorg*, tijdschrift voor ouderengeneeskunde, Home no. 6, december 2014
- Fransman J. & van Amerongen J., *Verzorgingsstaat: einde of nieuw begin?*, Wiardi Beckman Stichting, wetenschappelijk bureau voor de sociaal democratie, S&D, jaargang 73, nummer 5, oktober 2016
- Van Haarlem N., *Daar is de huisarts 3.0, nieuwe generatie bestuurders dienst zich aan*, De Eerstelijns, platform voor strategie en innovatie, editie 2, jaargang 9, maart 2017
- Huxham C. & Vangen S., *Managing to collaborate: the theory and practice of collaborative advantage*. London: Routledge
- InEen: *Transparante Keten zorg Rapportage 2015 Zorggroepen. Diabetes Mellitus, VRM, COPD, Astma*. [www. InEen.nl](http://www.InEen.nl) 2016, Utrecht
- Kaats E. & Opheij W., *Leren samenwerken tussen organisaties, allianties, netwerken, ketens, partnerships*, heruitgave 2014 Vakmedianet, Deventer
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), KNMG manifest, Medische professionaliteit, Utrecht, april 2007
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) website, <https://www.lhv.nl/lhv-academie/cursussen/succesvol-ondernemen-als-huisarts>
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), Kerndocument Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, *Modernisering naar menselijke maat*, gepubliceerd 14 november 2012
- Minkman, M.M.N., *Innovatie van organisatie en governance van integrale zorg*, "Verlangen naar integraliteit". Rede, in verkorte vorm uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van het bijzonder hoogleraar Innovatie van organisatie en governance van de langdurende integrale zorg bij TIAS School for Business and Society op vrijdag 10 maart 2017 door Prof. Dr. Mirella Minkman

NPHF, federatie voor gezondheid, *Minister Schippers ziet huisartsen niet als ondernemers*, 26 januari 2015

NZa, Advies Substitutie, *Huisartsenzorg en ziekenhuiszorg op de juiste plek*, Rijksoverheid.nl, juli 2012

Van Osselen E.C.M., Helsloot R., van der Werf G., van Zalinge E., *Het verhaal van de huisartsgeneeskunde: terugblik en perspectief*, Huisarts en Wetenschap, digitale versie (H&W.org) november 2016

Van de Poel F., Skipr, *'Effect substitutie niet wetenschappelijk bewezen'*, 7 maart 2017

Putters, K., *Geboeid Ondernemen*. Een studie naar het management van de Nederlandse ziekenhuizen. Assen, Van Gorcum, 2001.

Putters K., *Zorgen waar het moet, ondernemen waar het kan*, Wiardi Beckman Stichting, wetenschappelijk bureau voor de sociaal democratie, S&D, nummer 9, september 2010.

Putters K., *Maatschappelijk ondernemen*, achtergrond nota, geschreven in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het RVZ-advies, 1998

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), *Schaal en zorg*, advies uitgebracht aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 2008

Roininen, S., Ylinenpää, H. "*Schumpeterian versus Kirznerian entrepreneurship*." *Journal of Small Business and Enterprise Development* 16(3): 504-520, 2009.

Van der Scheer W., *Onder zorgbestuurders, omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*, 2013 reed business, Amsterdam

Schmit Jongbloed L.&Smits, G., *Samenwerken in de zorg*, Hoofdstuk 12 blz. 161-177 *Leerboek huisartsgeneeskunde* september 2014, Uitgeverij de Tijdstroom, Utrecht

Schulpen G.& de Wildt JE, *Zorggroepencongres 2016, Zorggroepbestuurders brengen toekomstvisie weer een stukje verder*, De Eerstelijns, platform voor strategie en innovatie, Editie 1, jaargang 9, februari 2017

Schulding E., *Ondernemen in de praktijk*, HuisartsenService, Ondernemen, uitgave Medway nr. 2, jaargang 4, 2015

Velzel E., Lenssen M., *Rapport Impactanalyse Organisatie & Infrastructuur*, 30 maart 2017

Verschuren P.J.M. & Doorewaard J.A.C.M., *Het ontwerpen van een onderzoek*, 2007, oplage 2010, Boom Lemma uitgevers Den Haag

Wesselink M., *'Mutual gains, een wenkend perspectief'*, Infram Magazine (magazine.infram.nl) nr. 7, 2014

De Wildt JE., *Wat is een regio? , een ruim begrip met een grote impact*, De Eerstelijns, platform voor strategie en innovatie, Editie 12, jaargang 8, december 2016

De Witte M. & Jonker J. & Vink J.(red.), *Essenties van Verandermanagement, laven tussen de dilemma's in de praktijk*,

Bijlagen

Bijlage 1: Topic list huisartsen

Kernbegrippen:

Ondernemerschap (huisarts)-samenwerking-collectief (zorggroep)

1. Inleiding

- a. Voorstellen
- b. Opnemen van het interview
- c. Wanneer hebt u uw opleiding als huisarts afgerond?
- d. Sinds wanneer bent u werkzaam in deze praktijk?
- e. Kunt u vertellen waarom u heeft gekozen voor deze vorm van praktijkvoering?
(samenwerkingsverband, bijvoorbeeld maatschap?) en waarom heeft u hiervoor gekozen?

2. Ondernemerschap

- a. Wat verstaat u onder ondernemerschap?
- b. Wat is volgens u ondernemerschap in de zorg?
- c. Bent u een ondernemer? (vergelijking uitspraak minister Schippers eind januari 2015: huisartsen zijn geen ondernemers)
- d. Herkent u ondernemerschap in de zorg aan de hand van de drie pijlers van ondernemen in de zorg die Kim Putters aanhaalt in zijn proefschrift:
 - Slim “organiseren”
 - (ontwikkelen van) Commerciële activiteiten
 - Innovatie

3. Samenwerking in een collectief, de zorggroep

Inleiding

- a. Sinds wanneer bent u lid van de zorggroep?
- b. Waarom bent u lid van een zorggroep?
- c. Is er sprake van samenwerking in een zorggroep?
- d. Kaats en Opheij (organisatiedeskundigen) beschrijven vijf aspecten die van belang zijn bij de ontwikkeling van een samenwerkings (netwerk) verband: ambitie-belangen-relatie-organisatie-proces. Vind u deze aspecten herkenbaar?

Ambitie

- a. Herkent u een gezamenlijke ambitie binnen de zorggroep waar u lid van bent?
- b. Wordt de ambitie gedeeld?
- c. Ambitie waardevol, persoonlijk, draagt bij aan strategie?

Belangen

- a. Wat zijn uw belangen bij de aansluiting van de zorggroep?
- b. Weet u wat de belangen van andere huisartsen zijn voor deelname aan de zorggroep?
- c. Bent u tevreden over de wijze waarop uw zorggroep rekening houdt met uw belangen?
- d. Hoe verhoudt de samenwerking met de zorggroep zich tot uw professionele autonomie, is er ruimte voor

onderhandeling?

- e. Welke voor- en nadelen ziet u bij het lid zijn van een zorggroep?

Relatie

“Samenwerken is mensenwerk”

Vertrouwen is belangrijk voor een succesvol samenwerkingsverband.

- a. Is er sprake van vertrouwen?
- b. Hoe omschrijft u het onderlinge vertrouwen in de zorggroep?
- c. Hoe wordt volgens u de samenwerking beïnvloed?
- d. Wat kan er verbeteren volgens u?

Organisatie

- a. Vindt u dat de huidige opzet en organisatie van uw zorggroep effectief en efficiënt? (Ondersteund bij het verlenen van de ketenzorg aan uw patiënt?)
- b. Vindt u de zorggroep voldoende ingericht om de innovaties, zorgvernieuwingen in de (keten) zorg te realiseren, bewerkstelligen?
- c. Heeft de (opzet van de) zorggroep impact op uw huisartsenpraktijk?
- d. Is er voldoende daadkracht?

Proces

- a. Is er sprake van een evenwichtige balans van inhoud en proces binnen de zorggroep?
Dat wil zeggen goede balans tussen onder (mens-cultuur) en bovenstroom (middelen en technologie).
Een goed doordachte fasering?
- b. Hoe ervaart u de procesregie van de zorggroep?

4. Aanbevelingen

Welke aanbevelingen kunt u doen aan bestuurders van zorggroepen voor een goede samenwerking tussen de zorggroep (het collectief) en (het ondernemerschap van de) huisartsen?
onderscheid bevorderend en belemmerend

** Mutual gains: belangen zijn vertrekpunt voor het proces- gericht op goed gefaciliteerde en georganiseerde processen-primair gericht op complexe (maatschappelijke) problemen die partijen niet alleen kunnen oplossen- gericht op duurzame relaties.*

5. Zijn er nog zaken die niet aan de orde zijn geweest maar wel van belang zijn voor het onderzoek?

Bijlage 2: Topic list Bestuurders

Kernbegrippen:

Ondernemerschap (huisarts)-professionele autonomie-samenwerking-collectief (zorggroep)
Bevindingen interviews huisartsen.

1. Algemeen

- Wat is uw functienaam?
- Hoe lang werkt u in deze functie en hoe lang binnen deze organisatie?

2. Ondernemerschap algemeen

- Wat verstaat u onder 'ondernemerschap'?
- Wat verstaat u onder ondernemerschap in de zorg?
- Vindt u huisartsen ondernemers?
(vergelijking uitspraak minister Schippers eind januari 2015: huisartsen zijn geen ondernemers)
- Herkent u ondernemerschap in de zorg aan de hand van de drie pijlers van ondernemen in de zorg die Kim Putters aanhaalt in zijn proefschrift:
 - Slim "organiseren"
 - (ontwikkelen van) Commerciële activiteiten
 - Innovatie

3. Samenwerking collectief

Kaats en Opheij (organisatiedeskundigen) beschrijven vijf aspecten die van belang zijn bij de ontwikkeling van een samenwerkings (netwerk) verband: ambitie-belangen-relatie-organisatie-proces. Vind u deze aspecten herkenbaar?

Ambitie

- Bestaat er een gezamenlijke ambitie binnen een zorggroep?
- Is de ambitie persoonlijk van betekenis voor de bestuurders en andere sleutelfiguren in de samenwerking?

Belangen

- Weet u welk belang huisartsen hebben bij deelname aan een zorggroep?
- Welke belang heeft u als bestuurder van een zorggroep/collectief?
- Hoe verhoudt de samenwerking met de zorggroep zich tot de (professionele) autonomie van de huisarts volgens u?
- Welke voor- en nadelen ziet u bij een collectief voor huisartsen?

Relatie

"Samenwerken is mensenwerk"

Vertrouwen is belangrijk voor een succesvol samenwerkingsverband.

- Hoe wordt volgens u de samenwerking beïnvloed?
- Hoe omschrijft u het onderlinge vertrouwen in de zorggroep?
- Kunt u als bestuurder bijdragen aan een goed vertrouwen?

Organisatie

- a. Vindt u dat de huidige opzet en organisatie van zorggroepen effectief en efficiënt?
- b. Ondersteunt de zorggroep de huisartsen bij het 'runnen van hun onderneming'?
- c. Vindt u een zorggroep voldoende ingericht om de innovaties, zorgvernieuwingen in de (keten) zorg te realiseren, bewerkstelligen?
- d. Heeft de (opzet van de) zorggroepen in Nederland impact gehad op de huisartsenpraktijk?

Proces

- a. Is er sprake van een evenwichtige balans van inhoud en proces binnen de zorggroep?
Dat wil zeggen goede balans tussen onder (mens-cultuur) en bovenstroom (middelen en technologie).
- b. Bestaat er voldoende regie in de zorggroep?

4. Aanbevelingen

Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaart u als bestuurder van een zorggroep/ koepelorganisatie in de samenwerking met de individuele huisarts binnen uw organisatie?

Welke belangrijke aanbevelingen kunt u doen aan huisartsen als deelnemer van een zorggroep voor een goede samenwerking tussen het collectief en huisartsen?

Welke aanbeveling kunt u doen aan huisartsen om de zorggroep als collectief te gebruiken als optimaal samenwerkingsverband dat ten goede komt aan de eigen onderneming?

5. Zijn er nog zaken die niet aan de orde zijn geweest maar wel van belang zijn voor het onderzoek?

Achtergrond informatie

Mutual gaines:

*belangen zijn vertrekpunt voor het proces- gericht op goed gefaciliteerde en georganiseerde processen
-primair gericht op complexe (maatschappelijke) problemen die partijen niet alleen kunnen oplossen-
gericht op duurzame relaties.*

Bijlage 3: Emailbericht aan respondenten

Beste

Hartelijk dank dat ik u mag interviewen voor mijn thesis. Het interview duurt maximaal een uur.

Korte toelichting:

Sinds juni 2015 volg ik een Master of Health Business Administration (MHBA) aan het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur. Ik ben nu in de laatste fase van mijn studie, het schrijven van de thesis.

Ik doe onderzoek naar de invloed van de zorggroep (collectief) op het ondernemerschap van de individuele huisarts (praktijk).

- In de eerste fase doe ik literatuuronderzoek, dat ik mede zal voorleggen in het interview met u.
- Daarna volgen er interviews met huisartsen
- In de tweede fase volgen interviews met bestuurders van zorggroepen, InEen, LHV en mogelijk een MSB (medisch specialistisch bedrijf)
- In de derde fase verwerking van de interviews en afronding

Met vriendelijke groet,

Irma van der Pluijm

Algemeen directeur Zorggroep West-Brabant

Burgerhoutsestraat 12, 4701 EL Roosendaal

Postbus 210, 4700 AE Roosendaal

T 085 - 4880695

M 06 - 45380302

E i.vanderpluijm@zgwb.nl

KvK nr: 67179509

