

Diëtistenpraktijk ‘de voedingsacademie’:

Adviesrapport participatie in zorggroepen

September 2010 – Augustus 2011

Auteur

Arnold Emile Baldé

Diëtistenpraktijk ‘de voedingsacademie’:

Adviesrapport participatie in zorggroepen

De Haagse Hogeschool
Opleiding Voeding en Diëtetiek
Johanna Westerdijkplein 75
Den Haag
Tel. 070 4458300

September 2010 – Januari 2011

Docentbegeleiders
Gera van den Bergh
Sander Rijksbaron

Praktijkbegeleiders
Brenda Frunt
Ilvie van Schijndel

Auteur
Arnold Emile Baldé
Thijssstraat 433
2521 ZJ Den Haag

Voorwoord

Onderliggend adviesrapport is geschreven voor de diëtisten en andere geïnteresseerden van 'de voedingsacademie'. Ik wil Brenda Frunt en Ilvie van Schijndel in de eerste plaats bedanken voor het aanbieden van deze afstudeeropdracht. Het heeft me veel nieuwe inzichten en leermomenten gegeven. Tevens wil ik jullie bedanken voor het getoonde begrip omtrent mijn gezondheidssituatie en de noodzakelijke opschorting van het inlevermoment. Hierdoor heb ik mijn opdracht en studie toch af kunnen ronden. Bedankt.

Verder wil ik Sander Rijksbaron en Gera van den Bergh bedanken voor hun begeleiding en beantwoorden van mijn vragen. Als hoofdbegeleider heeft Gera van den Bergh mijn visie bijgesteld en aangescherpt door haar kritische feedback.

As laatste is een dankwoord terecht voor mijn vrouw, Chungmei Cheng. Zij heeft mij tijdens het schrijven en tijdens mijn herstel van mijn burn-out onvoorwaardelijk bijgestaan. Onze dochter Amé heeft mij eveneens geholpen door er simpelweg te zijn.

Samenvatting

Inleiding. De diëtistenpraktijk ‘de voedingsacademie’ ervaart door de samenwerking met zorggroepen tal van belemmeringen voor haar organisatie. Deze belemmeringen riepen vele vragen op, aangezien zijn veel tijd en geld opeisten van de praktijk. Er bleek een sterke behoefte te zijn voor achtergrond en praktische informatie rondom zorggroepen en de samenwerking met zorggroepen.

Probleemstelling. *Op welke manier kan de voedingsacademie participeren in zorggroepen, zodat eventuele nadelen minimaal - en eventuele voordelen optimaal merkbaar zijn?*

Methode. De probleemstelling is beantwoord door literatuuronderzoek naar het ontstaan van en de ontwikkelingen binnen de zorggroepen in Nederland. Drie medewerkers van ‘de voedingsacademie’ geïnterviewd. De interviews geanalyseerd door prioriteitsaanduiding van de belemmerende gevolgen ervaren door de praktijk.

Resultaten. De belemmeringen die de zorggroepen ervaren zijn op het gebied van algemene organisatie en declaratie, ICT organisatie en samenwerking en afstemming met andere zorgaanbieders. Er zijn diëtisten die positieve ervaringen hebben met een KIS en samenwerking met zorggroepen, huisartsen en POH's. Dit vraagt om tijdsinvestering. De belemmerende gevolgen die ‘de voedingsacademie’ worden eveneens door andere diëtisten ervaren. De ervaringen belemmeringen zijn het gebied van: onderhandelingspositie, ICT organisatie, communicatie en administratie. Dit zorgt voor ongewenst meer werk. De voedingsacademie ervaart ook nog voorfinanciering en onduidelijkheden in het contract als belemmerend gevolg.

Om efficiënt te kunnen participeren in zorggroepen in de toekomst kunnen oplossingen geïmplementeerd worden voor de belemmeringen met een sterke invloed op de dagelijkse praktijk. Dit blijken voorfinanciering, administratie en ICT organisatie en communicatiebelemmeringen te zijn. Experts en diëtisten uit het werkveld komen met de volgende mogelijke oplossingen:

- Ondernemend opstellen richting zorggroepen en vechten voor goed contract
- Tijd investeren in contacten
- Maak duidelijke afspraken over de taakverdeling
- Wees positief en pro-actief; laat enthousiast zien wat je kunt, doet én bereikt
- Gebruik de afkappunten van de NVD
- Focus op kansen in plaats van bedreigingen

Conclusie. De samenwerking met zorggroepen heeft voor belemmerende gevolgen voor ‘de voedingsacademie’ gezorgd. Uit de praktijk en literatuur blijkt dat mogelijke oplossingen bekend zijn. Samenwerking en een positieve ondernemende houding vormen de overkoepelende oplossingen.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Samenvatting	4
Inhoudsopgave	5
Inleiding.....	6
Inleiding en de organisatie van zorggroepen	10
1.1 Wat is de definitie en achtergrond van zorggroepen?	10
1.2 Wat zijn de algemene kenmerken van zorggroepen?	12
1.3 Hoe zijn zorggroepen georganiseerd?	14
1.4 Hoe zijn zorggroepen verspreid over Nederland?	16
1.5 Hoe is de ICT geregeld binnen zorggroepen?	17
1.6 Hoe gaan de onderhandelingen met de zorgaanbieders?	18
1.7 Wat voor activiteiten worden er georganiseerd binnen de keten-dbc diabetes?	19
Samenvatting.....	20
 2. Resultaten, effecten en gevolgen van zorggroepen	23
2.1 Welke resultaten, effecten en/of gevolgen van zorggroepen zijn omschreven in de literatuur?	23
Samenvatting.....	29
2.2 Welke resultaten, effecten en/of gevolgen voor diëtisten zijn bekend door de samenwerking met zorggroepen volgens de literatuur?	29
Samenvatting.....	32
2.3 Welke resultaten, effecten en/of gevolgen voor de diëtistenpraktijk ‘de voedingsacademie’ worden ervaren door de samenwerking met zorggroepen?	33
Samenvatting.....	36
 3. Hoe kan de voedingsacademie omgaan met de belemmerende gevolgen die in de huidige situatie worden ervaren in de organisatie.....	37
3.1 Aan welke belemmerende gevolgen zou de voedingsacademie nu prioriteit kunnen geven?	37
3.2 Welke mogelijke oplossingen zijn bekend om de belemmerde gevolgen met sterke invloed op dagelijkse praktijk van de voedingsacademie op te lossen?	42
Samenvatting	45
 4. Conclusies	46
Achtergrond en organisatie van zorggroepen.....	46
Tot nu bekende resultaten, effecten en gevolgen van zorggroepen	46
Praktische omgang met belemmerende gevolgen.....	47
 5. Discussie en aanbevelingen.....	48
Terugblik op het onderzoek	49
Blik in de toekomst.....	50
Slotwoord	50
 Literatuurlijst	51
 Bijlagen	54

Inleiding

Beschrijving van de aanleiding

De voedingsacademie is een diëtistenpraktijk gevestigd in Berlicum, Eindhoven, Rosmalen, Sprang-Capelle, Utrecht en Waalwijk. De officiële schrijfwijze is 'de voedingsacademie'. Deze zal gebruikt worden in onderliggend rapport. De praktijk is opgericht en wordt geleid door mevrouw B. Frunt. De opdrachtgever is begin 2010 verschillende keren benaderd door zogenaamde 'zorggroepen'. Struijs e.a. (2010a) definieert 'zorggroepen' als volgt:

Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd en die verantwoordelijk is voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio. Met de term 'zorggroep' wordt de hoofdcontractant van het keten-dbc contract bedoeld en niet het team van zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent. De zorggroep fungeert als 'hoofdaannemer' en contracteert de meeste onderdelen van dit zorgprogramma bij individuele zorgaanbieders of –instellingen. Dit zijn de zogenaamde 'onderaannemers' (Struijs e.a., 2010a).

De zorggroep waar 'de voedingsacademie' momenteel een contract mee heeft zijn RCH Diabetesgroep B.V., BeRoEmD en Chronos.

Volgens 'de voedingsacademie' bezorgt de samenwerking met genoemde zorggroep voor extra administratief werk, declaratievertragingen, en hierbovenop nog extra tijdsinvesteringen in de vorm van vergaderingen of andere bijkomstigheden. Dit alles leidt tot een grotere werkbelasting voor de diëtisten en medewerkers van 'de voedingsacademie'. Hierdoor kan er minder tijd worden besteed aan de kerntaken, bijvoorbeeld het houden van diëtistische consulten.

Doelstelling

De hoofddoelstelling is:

In week 33 2011 het adviesrapport opleveren zodat de voedingsacademie meer inzicht heeft gekregen in hoe het kan participeren in zorggroepen. Deze doelstelling kan onderverdeeld worden in vijf subdoelstellingen:

1. De voedingsacademie informeren over de algemene en specifieke kenmerken van zorggroepen in Nederland
2. De voedingsacademie informeren over de tot nu toe bekende resultaten van zorggroepen; binnen de zorggroepen zelf en voor diëtisten in het algemeen.
3. Het in kaart brengen van de huidige, mogelijke toekomstige belemmerende gevolgen voor de voedingsacademie.
4. Het zo veel wegnemen van contractonduidelijkheden en overige vragen ten aanzien van zorggroepen.
5. Aanbevelingen doen ten aanzien van participatie in zorggroepen.

Onderzoeksvraag

Op welke manier kan de voedingsacademie participeren in zorggroepen, zodat eventuele nadelen minimaal - en eventuele voordelen optimaal merkbaar zijn?

Deze zal worden uitgewerkt aan de hand van de volgende deelvragen.

Deelvragen

1. Wat zijn zorggroepen en hoe zijn ze georganiseerd?

- 1.1 Wat is de definitie en achtergrond van zorggroepen?
- 1.2 Wat zijn algemene kenmerken van zorggroepen?
- 1.3 Hoe zijn zorggroepen georganiseerd?
- 1.4 Hoe zijn zorggroepen verspreid over Nederland?
- 1.5 Hoe is de ICT geregeld binnen zorggroepen?
- 1.6 Hoe gaan de onderhandelingen met de zorgaanbieders?
- 1.7 Wat voor activiteiten worden er georganiseerd door zorggroepen binnen de keten-dbc diabetes?

2. Wat zijn de tot nu toe bekende resultaten, effecten en gevolgen van zorggroepen?

- 2.1 Welke resultaten, effecten en/of gevolgen ervaren de zorggroepen zelf volgens de literatuur?
- 2.2 Welke resultaten, effecten en/of gevolgen voor diëtisten zijn bekend door de samenwerking met zorggroepen volgens de literatuur?
- 2.3 Welke resultaten, effecten en/of gevolgen voor de diëtistenpraktijk ‘de voedingsacademie’ worden ervaren door de samenwerking met zorggroepen?

3. Hoe kan de voedingsacademie met de belemmerende gevolgen omgaan die in de huidige situatie worden ervaren in de organisatie?

- 3.1 Aan welke belemmerende gevolgen zou de voedingsacademie prioriteit kunnen geven?
- 3.2 Welke mogelijke oplossingen zijn bekend om de belemmerende gevolgen met sterke invloed op dagelijkse praktijk van de voedingsacademie op te lossen

4. Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden wat betreft het participeren van de voedingsacademie in de drie zorggroepen?

Praktische relevantie

Bij ‘de voedingsacademie’ heerst een sterke behoefte voor achtergrond en praktische informatie rondom zorggroepen en de samenwerking met zorggroepen. Dit adviesrapport maakt onderdeel uit van de eerste stappen richting het optimaal participeren van de voedingsacademie in zorggroepen. De nodige achtergrond over zorggroepen om optimale participatie mogelijk te maken vormt de basis van dit rapport. Tevens zullen de ervaringen van al zorggroepen, overige diëtisten en ‘de voedingsacademie’ belicht worden. Hierdoor kunnen gerichte aanbevelingen gedaan worden voor de mogelijke, praktische oplossingen voor ‘de voedingsacademie’.

Leeswijzer

Als eerste zal er een inleiding gegevens worden tot onderliggend rapport. Vervolgens begint in hoofdstuk 1 ‘Inleiding en de organisatie van zorggroepen’ de uitwerking van de gestelde probleemstelling. Dan zullen in hoofdstuk 2 ‘Resultaten, effecten en gevolgen van zorggroepen’ uitgelicht worden. In hoofdstuk drie ‘Hoe kan de voedingsacademie omgaan met de belemmerende gevolgen?’ komt de praktische invulling voor ‘de voedingsacademie aan bod. In hoofdstuk zullen de conclusies gegeven worden van bovenstaande hoofdstukken. Afsluitend zal in hoofdstuk 5 de discussie weergegeven en de aanbevelingen gedaan worden.

Methode van aanpak

De probleemstelling en deelvragen zijn beantwoord door middel van literatuuronderzoek en een methode uit kwalitatief onderzoek: interviewen. Tijdens oriënterende gesprekken werd de onbekendheid voor de voedingsacademie met zorggroepen duidelijk. Er was een sterke behoefte aan basisinformatie over zorggroepen. Om dit te kunnen verschaffen is literatuuronderzoek gedaan naar het ontstaan van en de ontwikkelingen binnen de zorggroepen in Nederland. Ten einde een praktisch advies te kunnen uitbrengen over optimale participatie binnen de zorggroepen door 'de voedingsacademie' zijn de drie relevante medewerkers binnen de praktijk geïnterviewd. Het literatuuronderzoek en de interviews worden in onderstaande paragrafen nader toegelicht.

Literatuuronderzoek

Om de eerste deel- en de tweede deelvraag te beantwoorden is er literatuuronderzoek gedaan. De deelvraag 'Wat zijn zorggroepen en hoe zijn ze georganiseerd?' zal beantwoord worden met literatuur uit de volgende bronnen: ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport (VWS), Nederlandse Zorgautoriteit, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en ZorgOnderzoek Nederland - Medische Wetenschappen. Tevens zijn er bronnen gebruikt uit specifieke zorggroeps- en beroepsorganisaties. Voorbeelden hiervan zijn: Adviesgroep ketenzorg, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), en Nederlandse Vereniging van Diëtisten. Verder zijn er diverse onderzoeken uit het Nederlands Tijdschrift voor Voeding & Diëtetiek gebruikt.

Interviews

De huidige resultaten, effecten en/of gevolgen van de samenwerking met zorggroepen voor 'de voedingsacademie' zijn in kaart gebracht door een middel van kwalitatief onderzoek te gebruiken: interviewen. Het doel van de interviews was om in kaart te brengen welke punten uit de contracten van de zorggroepen als belemmerend worden ervaren. Deze punten vormden de rode draad van de interviews. Ze dienden als richtlijn voor het literatuuronderzoek en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen.

Soort interview en voorbereiding

Een half-structureerd interview was de aanbevolen type interview, vanwege de voorkennis die reeds aanwezig was bij de interviewer (Baarda, 2005). In de contracten staan verschillende punten genoemd die voor de voedingsacademie al dan niet worden ervaren als belemmerend voor de organisatie. Eén week voor het plaatsvinden van het interview zijn de respondenten gevraagd om alle irrelevante punten uit de contracten te markeren, en deze vervolgens op te sturen naar de interviewer (zie bijlage 2).

Hierdoor kon direct begonnen worden met de vragen over de overgebleven punten; de relevante, belemmerende punten uit de contracten.

Geïnterviewden

De respondenten waren de initiatiefneemster van de voedingsacademie, Brenda Frunt, de projectleider, Ilvie van Schijndel en de algemeen manager, Martin van Zon. De initiatiefneemster van de voedingsacademie is zelf werkend als diëtist en geeft zelf leiding drie collegadiëtisten. Als leidinggevende diëtist krijgt mevrouw Frunt van de diëtistengroep het meest te maken met de zorggroepen in haar dagelijkse praktijk.

De projectleider, mevrouw van Schijndel werkt veel samen met de Brenda Frunt, waardoor ook zij nauw betrokken is bij de zorggroepen.

Algemeen manager, de heer Van Zon, heeft de contracten met de zorggroepen getekend en heeft een adviserende rol ten aanzien van de samenwerking met de zorggroepen.

Analyse van de interviews

De interviews zijn geanalyseerd volgens vier stappen die hieronder zijn weergegeven. In bijlage 5 staat de volledige uitwerking van deze vier stappen. Bijlage 3 en 4 geeft de ruwe data van de interviews weer. Dit vormde de basis voor het groeperen in onderstaande vier stappen. In stap 1 worden de belemmerende gevolgen opgesomd. Hieruit kunnen de gelijke onderwerpen herkend worden voor de verdere uitwerking. Ten behoeve van de overzichtelijkheid en leesbaarheid zijn de antwoorden van de interviews verkort weergegeven. De antwoorden die belemmerende gevolgen hebben voor 'de voedingsacademie' zijn opgenomen in de opsomming.

In stap 2 worden de gevolgen gegroepeerd op onderwerp. Een algemeen onderwerp is bijvoorbeeld 'Administratie en ICT organisatie'. Belemmerende gevolgen als 'het ontbreken van een declaratiefunctie in ons softwareprogramma Evry' en 'We moeten alle patiëntgegevens zelf noteren in Excel, omdat de zorggroep nog geen keten informatie systeem heeft' vallen onder het onderwerp 'Administratie en ICT-organisatie'.

Vervolgens worden in stap 3 de onderwerpen, de belemmerende gevolgen en de ondernomen stappen in tabelvorm opgesomd.

Uiteindelijk geeft stap 4 een nadere verdeling aan gebaseerd op de waarschijnlijke invloed op de dagelijkse praktijk van 'de voedingsacademie'. Een voorbeeld is bijvoorbeeld het verschil in invloed op de dagelijkse praktijk van deze twee belemmerende gevolgen:

1. vier maanden langer moeten wachten op betaling
2. het eventueel moeten betalen van nog af te spreken bijeenkomsten/presentaties.

Punt 1 heeft een sterke invloed op de dagelijkse praktijk doordat er geld moet worden voorgeschooten door 'de voedingsacademie'. Dit gaat ten koste van de financiële gezondheid van de organisatie. Punt 2 heeft waarschijnlijk een minder directe invloed op de dagelijkse praktijk omdat het tot op heden iets is wat slechts op papier staat. Er waren, op het moment van onderzoek, nog geen acties ondernomen rondom dit punt.

Op deze wijze zijn alle antwoorden stap voor stap geanalyseerd.

Betrouwbaarheid

Door de onderzoeksresultaten en de conclusies van de interview controleerbaar te maken wordt de kwaliteit en de betrouwbaarheid van de gegevens gewaarborgd (Baarda, 2005). In onderliggend rapport is dit gedaan door de gegevens direct vast te leggen door middel van opname apparatuur en het maken van aantekeningen. zijn

1. Inleiding zorggroepen en de organisatie van zorggroepen

In onderliggend hoofdstuk zal de deelvraag ‘Wat zijn zorggroepen en hoe zijn ze in 2010 georganiseerd?’ beantwoord worden. Het hoofdstuk vormt de inleiding tot het onderwerp ‘zorggroepen’ en tevens de basis voor dit adviesrapport. Verschillende aspecten van zorggroepen zullen worden toegelicht: de definitie en achtergrond (paragraaf 1.1), de algemene kenmerken (1.2), de organisatie (1.3), de spreiding over Nederland (1.4), de ICT-organisatie (1.5), de onderhandelingen met zorgaanbieders (1.6), en de georganiseerde activiteiten binnen de keten-behandel-combinatie diabetes (1.7).

1.1 Wat is de definitie en achtergrond van zorggroepen?

1.1.1 Definitie

Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd en die verantwoordelijk is voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio. Met de term ‘zorggroep’ wordt de hoofdcontractant van het keten-dbc contract bedoeld en niet het team van zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent. De zorggroep fungeert als ‘hoofdaannemer’ en contracteert de meeste onderdelen van dit zorgprogramma bij individuele zorgaanbieders of –instellingen. Dit zijn de zogenaamde ‘onderaannemers’ (Struijs e.a., 2010a).

1.1.2 Achtergrond

De afgelopen decennia is de prevalentie chronisch zieken in Nederland sterk gestegen (Baan e.a., 2009; Poortvliet e.a., 2007; Hoogendoorn e.a., 2004). Ook prognoses voor de komende decennia laten zien dat diverse chronische ziektebeelden zullen toenemen (Blokstra e.a. 2007; Poortvliet e.a., 2007). Mensen met chronische aandoeningen, bijvoorbeeld diabetes of COPD, hebben vaak levenslang zorg nodig. De zorglast en de zorgkosten zullen hierdoor in toekomst stijgen.

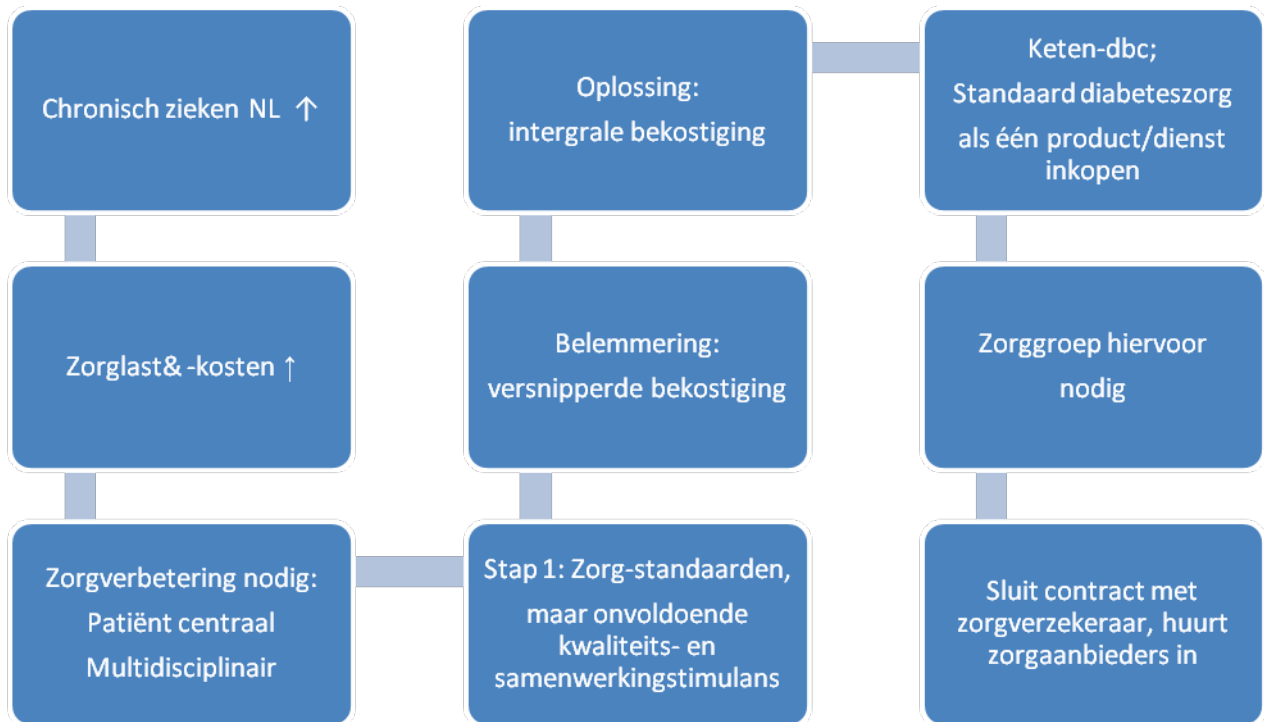
Om deze stijging op te kunnen vangen dient het gezondheidszorgsysteem verbeterd te worden (Taakgroep, 2005). Centrale gedachte in deze verbetering is dat de chronische patiënt zorg behoeft die dichtbij huis is en in goede samenhang wordt verleend. De zorg moet rond de patiënt georganiseerd worden, in plaats van de patiënt rond de zorg (VWS, 2008a).

Verder zijn er drie uitgangspunten gehanteerd: 1) goede zorg voor diabetespatiënten vereist een multidisciplinaire benadering, 2) de zorg kan voor het merendeel in de eerste lijn plaatsvinden, en 3) de zorg moet overeenstemmen met de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) Zorgstandaard.

De afgelopen jaren zijn er met deze basis gedachte vanuit het ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport (VWS) verschillende ontwikkelingen in gang gezet om de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg te verbeteren (VWS, 2008a; VWS, 2008b). Eén van deze ontwikkelingen is het opzetten van ‘zorgstandaarden’. De omschreven definitie is ‘de zorgstandaard is de basis voor de programmatische aanpak. Deze beschrijft waar goede zorg voor een specifieke aandoening minimaal aan moet voldoen, gezien vanuit het patiënten-perspectief’ (Coördinatieplatform, 2010).

In de praktijk bleek dat de zorgstandaarden alléén onvoldoende waren om samenwerkingsverbanden te laten ontstaan en hierdoor kwaliteit van de zorg te verhogen. De Taakgroep Programma Diabeteszorg (Taakgroep, 2005) concludeerde dat vooral de versnipperde bekostigingssystematiek van de diverse onderdelen van de zorg als een belangrijke belemmerende factor werd gezien. Hierop inspeland heeft het VWS vanaf 2007 ‘de nieuwe bekostigingssystematiek van de diabeteszorg geïnitieerd. Dit wordt ook wel integrale bekostiging genoemd. Dit omvat een ‘keten-diagnosebehandelmethodecombinatie (keten-dbc)

die de mogelijkheid schept om de ‘standaard’ diabeteszorg als één prestatie/product in te kopen door verzekeraars. Dit, in plaats van allemaal losse onderdelen. In paragraaf 1.1.3 wordt nader ingegaan op de zorggroepen.

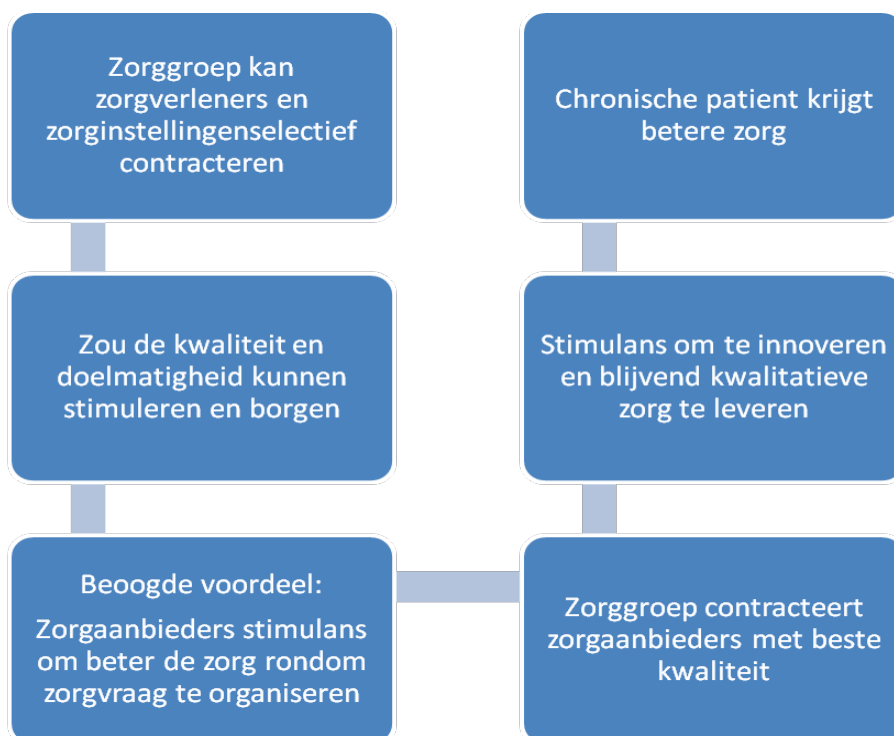


Figuur 1.1 Het ontstaan van keten-diagnose-behandeling-combinatie en zorggroepen

1.1.3 Zorggroep: nieuwe speler in het gezondheidszorgsysteem

De invoering van integrale bekostiging heeft geresulteerd in een nieuwe speler in het Nederlandse zorgsysteem: de zorggroep. De zorggroep is de juridische entiteit die noodzakelijk is om een keten-dbc-contract af te kunnen sluiten. Deze zorggroep fungeert als hoofdcontractant en sluit een keten-dbc-contract met de verzekeraar. Zij coördineert en huurt zorgverleners in voor de feitelijke zorgverlening of levert een deel van de zorg zelf. De zorggroep kan de zorgverleners en zorginstellingen selectief te contracteren en zodoende de kwaliteit en doelmatigheid te stimuleren en te borgen (Struijs, Van Til & Baan, 2009).

Het beoogde voordeel van de zorggroep is dat de zorgaanbieders gestimuleerd worden om de zorg rondom de zorgvraag beter te organiseren. De zorggroep zal vermoedelijk met de zorgaanbieders gaan samenwerken met wie zij de beoogde kwaliteitsverbetering van de zorg kunnen leveren. Zorgaanbieders kunnen hierdoor gestimuleerd worden om te innoveren en blijvend kwalitatieve zorg te leveren, wat uiteindelijk de chronische patiënt weer ten goede kan komen (VWS, 2008a).



Figuur 1.2 Beoogde voordelen van zorggroepen in schema

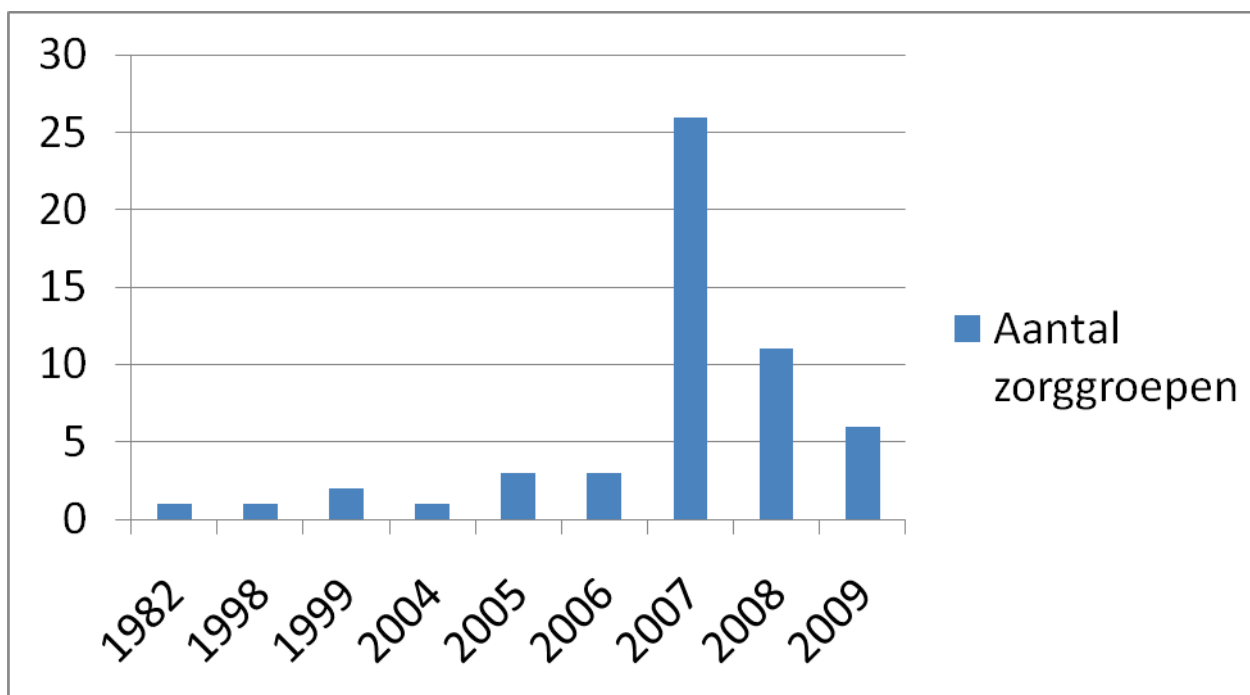
1.1.4 Toekomst perspectief ziektebeelden en integrale bekostiging

Het RIVM heeft van 2007 tot en met 2009 binnen het ZonMw programma Diabetes Ketenzorg een evaluatie uitgevoerd naar een tiental experimenten met integrale bekostiging van diabeteszorg in Nederland. De resultaten hiervan zijn in november 2009 gepubliceerd (Struijs e.a., 2009). Vooruitlopend op de resultaten van deze evaluatie werd al in september 2009 door de Tweede Kamer besloten om per 1 januari 2010 integrale bekostiging van diabetes en vasculair risicomangement (VRM) structureel in te voeren. Integrale bekostiging van COPD-zorg is per 1 juli 2010 structureel ingevoerd en integrale bekostiging van hartfalen zal worden ingevoerd zodra de zorgstandaard hartfalen beschikbaar is. Daarnaast wordt door VWS nagedacht over de mogelijkheden van invoering van integrale bekostiging van de zorg voor artrose, astma, CVA, depressie, hartfalen en obesitas (NZa, 2010a). In maart 2010 heeft de minister een evaluatiecommissie ingesteld die de komende drie jaar de invoering van integrale bekostiging gaat monitoren en evalueren (Struijs e.a. 2010a).

1.2 Wat zijn de algemene kenmerken van zorggroepen?

1.2.1 Meeste zorggroepen opgericht in 2007 en 2008

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft in 2010 een onderzoek gepubliceerd (Struijs e.a., 2010b) waaruit blijkt dat in 2007 en 2008 zijn de meeste zorggroepen opgericht. In 2007 zijn er 27 zorggroepen opgericht en 11 in 2008, van de totaal 54* zorggroepen (Zie figuur 1.3).



Figuur 1.3 Aantal zorggroepen per statutair oprichtingsjaar (Struijs e.a., 2010b)

* = één missende waarde

1.2.2 Besloten vennootschap is de meest voorkomende rechtsvorm

Van de 55 deelnemende zorggroepen de meerderheid een ‘besloten vennootschap’ (B.V.) (36%). Ook komt de rechtsvorm ‘stichting’ (18%) en coöperatie vaak voor. Tevens geeft 16% aan een combinatie van rechtsvormen te zijn, waarvan B.V. altijd een onderdeel uitmaakt. Deze trend is ook terug te zien bij vier zorggroepen die van rechtsvorm veranderd zijn sinds de oprichting. Drie waren een stichting en één zorggroep was een coöperatie. De huidige rechtsvormen zijn: een bv, een coöperatie, een combinatie van een stichting en een bv, en een combinatie van een stichting, bv en coöperatie (Struijs, e.a. 2010b).

1.2.3 Huisarts altijd (mede-)eigenaar van zorggroep

De huisartsen zijn altijd (mede-)eigenaar van de zorggroep bij de onderzochte zorggroepen. Bij 83% zijn alleen huisartsen de eigenaar. Bij de 16% die rechtsvormen gecombineerd hebben, is bij ten minste één rechtsvorm de huisarts (mede-)eigenaar. De eigenaar van de stichtingen is onbekend omdat er formeel geen sprake is van een stichting. Twee zorggroepen hebben een multidisciplinair karakter; drie of meer zorgdisciplines als (mede-)eigenaar van de zorggroep. Hier bij is de huisarts ook altijd vertegenwoordigd. Ook bij deze zorggroepen is de huisarts altijd vertegenwoordigd (Struijs, e.a. 2010b).

1.2.4 Bijna alle zorggroepen hanteert toetredingseisen

Bijna alle (89%) van de deelnemende zorggroepen hanteert toetredingseisen (zie tabel 1.1). De meestvoorkomende eis is de aanwezigheid van een praktijkondersteuner huisarts (47%). Daarna is ‘samenwerking met een door de zorggroep geselecteerde ketenpartner’ het meestvoorkomend (31%) (Struijs, e.a. 2010b).

Tabel 1.1 Toetredingseisen geteld door zorggroepen*

	N=55
Toetredingseisen	n (%)
Geen	6 (11)
Hebben van een poh (praktijkondersteuner huisarts)	26 (47)
Samenwerking met een door de zorggroep geselecteerde contractpartner	17 (31)
Vrijgevestigde huisarts	17 (31)
Verplichte deelname aan alle zorgprogramma's	10 (18)
Betalen van fee (vergoeding)	9 (16)
Accreditatie van de praktijk	5 (9)

*De respondenten hadden meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentage tot meer dan 100% optellen.

1.3 Hoe zijn zorggroepen georganiseerd?

De organisatie van de zorggroep bestaat uit drie verschillende lagen: 1. een management- en beleidslaag, 2. een uitvoerende laag, 3. een toezichthoudende laag. In onderstaande paragrafen worden deze drie lagen besproken (Struijs, e.a. 2009).

Tabel 1.2 Management- en beleidslaag

Functie	Voornaamste taken
Medisch inhoudelijke zorgcoördinator (een huisarts)	<i>Zorginhoudelijke beleid;</i> - opstellen van een multidisciplinair protocol, - coördineren van de registratie en rapportage van de benodigde gegevens nodig voor het primaire zorgproces en spiegelinformatie, - verantwoording van de kwaliteit van de geleverde zorg ten behoeve van de verzekeraar. <i>Begeleiding van de uitvoering van de zorg;</i> Coördineren van de onderlinge samenwerking tussen de verschillende zorgverleners. Bij enkele zorggroepen: aansturen van een werkgroep met zorginhoudelijke experts uit verschillende zorgdisciplines. Bijvoorbeeld een werkgroep 'kwaliteit' of 'implementatie'
Algemeen/financieel manager of algemeen directeur	- Het afsluiten van het inkoopcontract van de keten-dbc het contracteren van verre verzekeraars, - het contracteren van individuele zorgverleners en het declareren van de keten-dbc. De helft heeft manager ingehuurd, andere helft is manager in dienst bij de zorggroep.

1.3.1 Uitvoerende laag

De zorggroepen kunnen zelf bepalen of ze voor de uitvoering van de zorg zorgverlener in dienst nemen of dit uit te besteden aan individuele zorgverleners. Uit de nulmeting bleek al dat de zeven van de negen zorggroepen individuele zorgverleners hadden gecontracteerd en dat twee zorggroepen zeven zorgverleners in dienst hebben. Bij alle negen zorggroepen is een diëtist betrokken, zeven diëtisten hadden een contract met de zorggroep en twee diëtisten waren in dienst van de zorggroep (Struijs, e.a. 2009).

1.3.2 Huisarts en poh belangrijkste zorgverleners in zorgprogramma diabetes

In bijna alle zorgprogramma's voor diabetes is zowel de huisarts (100%) als de poh (98%) vertegenwoordigd (zie Tabel 1.3). In ongeveer driekwart van de zorgprogramma's voor diabetes leveren ook diabetesverpleegkundigen en doktersassistenten zorg. Gemiddeld hebben zorggroepen 33 poh's en 62 doktersassistenten gecontracteerd of in loondienst (Struijs, e.a. 2010d). Van de deelnemende zorggroepen (n=55) waren er bij 38 zorggroepen diëtisten betrokken bij het zorgprogramma diabetes. Gemiddeld 10 diëtisten per zorggroep, met een range van 1-10.

Tabel 1.3 Zorgaanbieders die binnen zorggroep zorg verlenen (gecontracteerd of in loondienst) (N=55)*

	Leverd zorg binnen zorggroep	Gemiddeld aantal	Range
Zorgaanbieder	n (%)		
Huisarts	55 (100)	76	2-220
Poh (praktijkverpleegkundige)	54 (98)	33 [#]	2-150 [#]
Diabetesverpleegkundige	41(76) [#]	5 [#]	1-18 [#]
Doktersassistent	38 (75) [#]	62 [#]	5-200 [#]
Diëtist	38 (69) [#]	10 [#]	1-40 [#]
Internist	34 (65) [#]	4 [#]	1-10 [#]
Oogarts	31 (58) [#]	3 [#]	1-8 [#]
Laboratorium	31 (58) [#]	1 [#]	1-4 [#]

* De respondenten hadden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages to meer dan 100% optellen.

Afwijkende N door missende waarden

1.3.3 Toezichthoudende laag

Ongeveer een kwart van de zorggroepen heeft een toezichthoudend orgaan

In totaal heeft 24% (n=13) van de zorggroepen een toezichthoudend orgaan. Dit betekent dat de overige 32 zorggroepen geen toezichthoudend orgaan hebben. Er worden verschillende redenen hiervoor genoemd: de zorggroep is pas recent opgericht (n=6), de zorggroep valt niet onder de Wtzi (n=16), (te)veel bureaucratie (n=5) en (te) kleine organisatie (n=14). Vier respondenten gaven aan niet te weten waarom een toezichthoudend orgaan ontbreekt. De zorggroepen met een toezichthoudend orgaan, zijn over het algemeen organisaties die al wat langer bestaan en relatief groter zijn. Ongeveer de helft van deze zorggroepen werd opgericht vóór het jaar 2000 (n=5) en/of had meer dan 50 medewerkers in dienst (n=5) (Struijs, e.a. 2010c).

Zijn zorggroepen verplicht een toezichthoudend orgaan te hebben?

In de praktijk blijkt er nog onduidelijkheid te zijn over of zorggroepen verplicht zijn een toezichthoudend orgaan te hebben (Struijs, e.a. 2009). Dit betreft de zorggroepen die zelf geen feitelijke zorg verlenen, maar deze uitbesteden aan zorgaanbieders of – instellingen.

Toch zijn hier omtrent duidelijke regels geformuleerd. Het standpunt van VWS is dat iedere zorginstelling die zorg contracteert binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) een zorginstelling is in het kader van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Het doet niet ter zake wie dan de feitelijke zorg verleent. Zorggroepen dienen dus een toezichthoudend orgaan te hebben.

De WTZi stelt onder ander deze eisen aan zorginstellingen (Struijs, e.a. 2009):

- bestuursstructuur; toezichthoudend orgaan en enquête-recht
- bedrijfsvoering; beschrijving van de verschillende organen, financiële bedrijfsvoering
- verantwoording over de exploitatie; Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording

Zorggroepen zijn jonge organisaties, tijd nodig voor professionalisering

Struijs e.a. (2009) meldde in het RIVM-rapport dat een aantal verzekeraars pleitte voor scherper intern toezicht bij de zorggroepen zelf. En dat hierbij de selectie en werving van toezichthouders open en transparant dienen te geschieden. De verzekeraars gaven echter ook aan dat de zorggroepen hiervoor een aantal jaren de tijd moeten krijgen; zorggroepen zijn nog jonge organisaties aan het begin staan van hun professionaliseringsproces in de bedrijfsvoering. Als de zelfregulatie in onvoldoende mate op gang komt dan zijn verzekeraars bereid na te denken over aanvullende eisen in het keten-dbc-contract (Struijs, e.a. 2009).

1.4 Hoe zijn zorggroepen verspreid over Nederland?

1.4.1 De helft van de zorggroepen is als enige zorggroep actief in het door hen gerapporteerde verzorgingsgebied

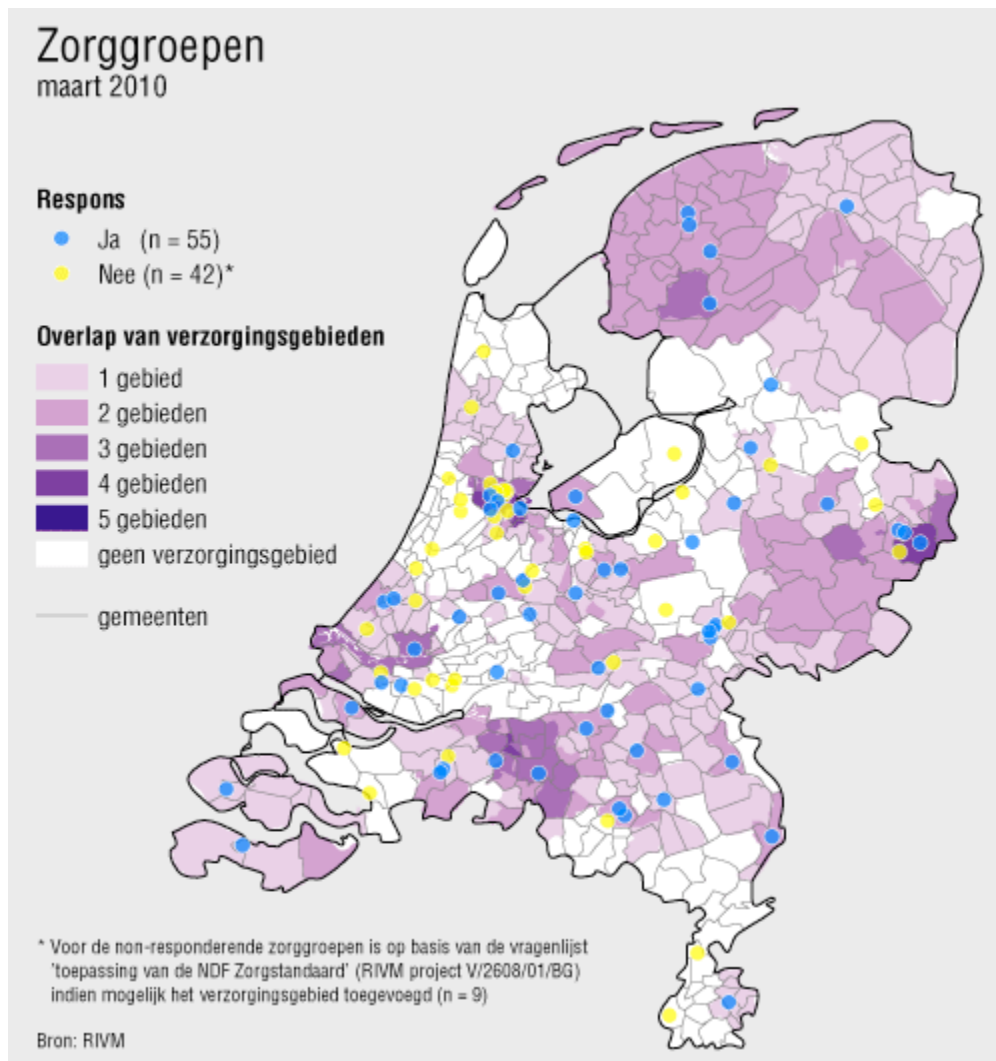
Vijftig procent (n=27) van de zorggroepen gaf aan de enige actieve zorggroep in hun verzorgingsgebied te zijn. Het verzorgingsgebied was hierbij gedefinieerd als het gebied waarin de participerende huisartsen zijn gevestigd met hun praktijken. In de gevallen er meerdere zorggroepen actief waren, was dit meestal één andere zorggroep (n=17 van de 27 zorggroepen). Eén zorggroep geeft aan dat er 10 andere zorggroepen actief zijn in hun verzorgingsgebied. Dit betrof een wijd verzorgingsgebied in een grote stad. Na het geografisch in kaart brengen van de verzorgingsgebieden van de zorggroepen, wordt het beeld bevestigd dat vele zorggroepen als enige in hun verzorgingsgebied actief zijn (zie Figuur 1.1).

1.4.2 Sterke positie van zorggroepen in eigen verzorgingsgebied

Van de zorggroepen die als enige zorggroep actief zijn in het eigen verzorgingsgebied (n=27), gaven er acht aan dat alle huisartsen uit het gebied participeren in het zorgprogramma voor diabetes. Bij zes zorggroepen is er één huisarts die niet meedoet, bij drie zorggroepen zijn er twee huisartsen die niet meedoen en bij twee zorggroepen zijn er drie huisartsen die niet meedoen. Zes zorggroepen gaven aan dat er tussen de vier en 40 huisartsen niet deelnemen die in de regio actief zijn. De overige tien zorggroepen hebben deze vraag overgeslagen (Struijs, e.a. 2010c).

1.4.3 Toekomstige fusies om, onder andere, de kosten te beperken

Zeven van de 55 zorggroepen (13%) hebben plannen om in de toekomst fusies aan te gaan met andere zorggroepen. Eén zorggroep is recentelijk gefuseerd. Redenen voor de fusie(plannen) zijn het verlagen van overheadkosten en verhogen van efficiency (88%), het verbeteren van de onderhandelingspositie (50%), het verbeteren van de strategische positie (38%) en het vergroten van het marktaandeel (13%) (Struijs, e.a. 2010c).



Figuur 1.4: Spreiding van zorggroepen in Nederland (inclusief het zelfgerapporteerde verzorgingsgebied)

Bron: Struijs e.a. (2010c).

1.5 Hoe is de ICT geregeld binnen zorggroepen?

1.5.1 Elektronische registratiesystemen HIS extrasystole en KIS veel gebruikt

Ongeveer de helft van de zorggroepen (49%) maakt gebruik van een huisartsinformatiesysteem (HIS) extractie tool, terwijl een derde van de zorggroepen (33%) gebruikmaakt van een KIS (zie tabel 1.4). Een KIS is een 'keteninformatiesysteem'. Hiermee kunnen gegevens over de gehele keten uitgewisseld worden. Behalve elektronische registratiesystemen geven vijf zorggroepen aan gebruik te maken van papieren lijsten.

1.5.2 Patiënt heeft bij acht zorggroepen zelfstandig elektronisch toegang tot eigen zorgdossier

Bij acht van de 18 zorggroepen met een KIS heeft de patiënt zelfstandig toegang tot eigen dossier, zonder tussenkomst van zorgverleners. De patiënt heeft tevens de mogelijkheid om zelf gegevens toe te voegen aan het medisch dossier. Drie zorggroepen geven aan bezig te zijn met de voorbereidingen om patiënten dezelfde toegang tot hun dossier te geven. De overige 32 zorggroepen geven aan patiënten geen toegang te bieden tot het eigen dossier en hier momenteel ook geen concrete plannen voor te hebben.

Tabel 1.4 Gegevensregistratie binnen zorggroepen*

	1-meting (N=55)
Methode gegevensregistratie	N (%)
HIS extractie tool	27 (49)
KIS	18 (33)
Apart registratiesysteem naast het HIS	9 (16)
Systeem van diagnostisch partner (huisartsenlab, laboratorium/ziekenhuis)	5 (9)
Handmatige lijsten	5 (9)
Systeem nog in ontwikkeling	3 (6)

*De respondenten hadden meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen. Bron: Struijs e.a. (2010c)

1.5.3 Bij één derde van de zorggroepen is zorgdossier beschikbaar voor alle betrokken zorgverleners

Vijfendertig procent (n=19) van de zorggroepen beschikt over een multidisciplinair zorgdossier. Hiervan geven 13 zorggroepen aan dat het dossier beschikbaar is voor alle betrokken zorgverleners en zes zorggroepen geven aan dat het dossier beschikbaar is voor een aantal betrokken zorgverleners. Van de 13 zorggroepen die alle zorgverleners toegang bieden, hebben 11 zorggroepen een KIS geïmplementeerd.

1.5.4 Meeste zorggroepen ervaren ICT-problemen

Slechts zes van de deelnemende zorggroepen (11%) geven aan geen knelpunten te ervaren op het gebied van ICT (zie tabel 1.5). Van deze zorggroepen werken er vier met een KIS en twee met een HIS extractie tool. De overige zorggroepen ervaren wel knelpunten op het gebied van ICT. Het meest voorkomende knelpunt is dat er binnen de zorggroep verschillende HIS-en worden gebruikt (64%). Een ander veelvoorkomend knelpunt betreft de uitwisselingsinformatie tussen de 1e en 2e lijn (44%).

Tabel 1.5 Belemmerde factoren/knelpunten op het gebied van ICT*

	1-meting (N = 55)
Knelpunten	N (%)
Geen knelpunten	6 (11)
Verskillende HIS-en	35 (64)
Uitwisselingsinformatie tussen 1 ^e en 2 ^e lijn	24 (44)
Ontbreken van ICT extratie tool	13 (24)
Centrale gegevensverzameling	12 (22)
Anders	15 (27)

*De respondenten hadden meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen. Bron: Struijs e.a. (2010c)

1.6 Hoe gaan de onderhandelingen met de zorgaanbieders?

1.6.1 Onderhandelingen tussen zorggroep en zorgaanbieders

Bijna alle zorggroepen maken contractuele afspraken met hun ‘onderaannemers’ over de te registreren en rapporteren gegevens (96%) (zie tabel 1.6). Ook wordt het protocollair werken bij 76% van de zorggroepen contractueel vastgelegd. Bij- en nascholing wordt in minder dan de helft van de zorggroepen (44%) contractueel vastgelegd en voorwaarden voor continuïteit wordt maar bij een derde van zorggroepen opgenomen in de contracten.

Tabel 1.6 Inhoud van de contracten tussen zorggroep en ‘onderaannemers’

	1-meting (n=50#)
Afspraak in contract	N (%)
Rapporteren en registeren	48 (96)
Protocollaire werkwijze	38 (76)
Bij- en nascholing	22 (44)
Voorwaarden op het gebied van continuïteit	19 (38)
Wachttijden of toegangstijden tot de zorg	15 (30)
Visitatie	14 (28)
Wat te doen bij ‘no-show’	14 (28)
Wat te doen als hoofdcontractant niet kan declareren	12 (24)

* De respondenten hadden meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

#Vijf missende waarden. Bron: Struijs e.a. (2010c)

1.7 Wat voor activiteiten worden er georganiseerd binnen de keten-dbc diabetes?

1.7.1 Vrijwel alle zorggroepen rapporteren verantwoordingsinformatie aan zorgverzekeraar

Met uitzondering van één zorggroep verstrekken alle zorggroepen periodieke verantwoordingsinformatie aan de preferente zorgverzekeraar. Deze ene zorggroep is in 2009 gestart met het zorgprogramma voor diabetes en heeft om die reden nog geen verantwoordingsinformatie hoeven te rapporteren. Van de zorggroepen heeft 93% een multidisciplinair protocol ingevoerd. Hierin maakt bij 82% van de zorggroepen verwijs- en terugverwijscriteria zijn onderdeel van uit (Struijs e.a. 2010d).

Veel zorggroepen voorzien zorgverleners van spiegelinformatie; de frequentie varieert

Vijfenvestig zorggroepen (82%) voorzien hun zorgverleners van spiegelinformatie. De frequentie waarmee dit gebeurt, varieert van één keer per jaar (56%) tot één keer per halfjaar (22%) of één keer per kwartaal (13%). In 61% van de zorggroepen wordt de spiegelinformatie opgesteld binnen de zorggroep zelf, terwijl 34% dit laat doen door een onafhankelijke partij. Dit kan bijvoorbeeld een universiteit of kenniscentrum zijn. De overige 5% doet dit op een andere manier. Tien zorggroepen (18%) bieden hun zorgverleners (nog) geen spiegelinformatie aan, bij tien van deze zorggroepen wordt de recente opstartdatum met het zorgprogramma voor diabetes genoemd als reden (Struijs e.a. 2010d).

Spiegelinformatie en bij- en nascholing en voornamelijk aangeboden aan huisartsen(praktijken)

Alle zorggroepen die spiegelinformatie aanbieden, bieden dit aan de huisartsenpraktijken. Ongeveer 13% van deze

Wat is spiegelinformatie?

Spiegelinformatie zijn cijfers van een praktijk uit een bepaald jaar, ten opzichte van voorgaande jaren, regiocijfers of andere praktijken.

Voorbeelden van datavergelijkingen kunnen zijn: gemiddelde leeftijd van diabetes patiënten verdeeld over mannen en vrouwen. Maar ook procescijfers, bijvoorbeeld: Hoe vaak is de BMI gemeten?, Hoe vaak is de albuminurie gemeten? Hoe veel oogcontroles zijn er gedaan? Tevens uitkomstcijfers, bijvoorbeeld: gemiddelde HbA1c, HbA1c < 7%, of gemiddelde LDL-cholesterol.

Voor een volledig voorbeeld van spiegelinformatie wordt verwezen naar GIANTT (2009).

zorggroepen biedt ook spiegelinformatie aan diëtisten, terwijl 18% van de zorggroepen dergelijke informatie ook aan internisten aanbiedt. De zorggroepen die bij- en nascholing organiseren, doen dit voornamelijk voor huisartsen (98%), poh's (100%) en diabetesverpleegkundigen (56%). Oogartsen worden in 10% van de zorggroepen bij de bij- en nascholing betrokken (zie tabel 1.8).

Tabel 1.7 Onderwerpen van bij- en nascholing

	1-meting (n=50#)
Onderwerp	N (%)
Insulinetherapie	40 (80)
ICT-pakket	33 (66)
Samenwerkingsafspraken	30 (61)
Diabetes Implementatie Traject	20 (40)
Patiënteneducatie	20 (40)
Zelfmanagement	16 (32)

* De respondenten hadden meerdere antwoordmogelijkheden waardoor de percentages tot meer dan 100% optellen.

#Dit betreft alleen zorggroepen die bij- en nascholing organiseren. Bron: Struijs e.a. (2010c)

Meeste zorggroepen organiseren bij- en nascholing

Vijftig zorggroepen (91%) organiseren bij- en nascholing, bij de overige zorggroepen zijn de mede recent start met het zorgprogramma voor diabetes. De meest genoemde onderwerpen tijdens de nascholingen zijn: insulinetherapie (80%), ICT-pakket (66%) en samenwerkingsafspraken (61%). Zelfmanagement en patiënteneducatie worden minder vaak als onderwerp aangeboden, respectievelijk 32% en 40%.

Tabel 1.7 Zorggroepen die bij- en nascholing organiseren en spiegelinformatie aan zorgverleners aanbieden (%)

	Bij –en nascholing (n=50#)	Spiegelinformatie (n=45#)
Onderwerp	N (%)	N (%)
Huisartsenpraktijk	-	45 (100)
Huisartsen	49 (98)	-
Poh's (Praktijkondersteuner huisarts)	50 (100)	-
Doktersassistenten	23 (46)	-
Diabetesverpleegkundigen	28 (56)	-
Diëtisten	15 (30)	6 (13)
Oogartsen	5 (10)	1 (2)
Internisten	8 (16)	8 (18)

#Dit betreft alleen zorggroepen die bij- en nascholing organiseren of spiegelinformatie leveren.

Bron: Struijs e.a. (2010c)

Samenvatting

Achtergrond van zorggroepen

Onderzoek wijst uit dat diverse chronische ziektebeelden zullen toenemen in Nederland. Mensen met bijvoorbeeld diabetes of COPD hebben vaak levenslang zorg nodig. De zorglast en de zorgkosten zullen hierdoor in toekomst stijgen. Het ministerie van VWS concludeerde dat er zorgverbetering nodig is: de patiënt moet centraal staan binnen een multidisciplinair behandelingstraject.

Daarop inspelend heeft het ministerie van VWS de nieuwe bekostigingssystematiek van de diabeteszorg geïnitieerd: integrale bekostiging genoemd. Dit omvat een ‘keten-diagnosebehandelmethodecombinatie (keten-dbc) die de mogelijkheid schept om de ‘standaard’ diabeteszorg als één prestatie/product in te kopen door verzekeraars. Om dit mogelijk te maken was een nieuwe speler in het Nederlandse zorgsysteem nodig: de zorggroep. Deze juridische entiteit is noodzakelijk om een keten-dbc-contract af te kunnen sluiten. Het beoogde voordeel van de zorggroep is dat de zorgaanbieders gestimuleerd worden om de zorg rondom de zorgvraag beter te organiseren. De zorggroep zal vermoedelijk met de zorgaanbieders gaan samenwerken met wie zij de beoogde kwaliteitsverbetering van de zorg kunnen leveren. Zorgaanbieders kunnen hierdoor gestimuleerd worden om te innoveren en blijvend kwalitatieve zorg te leveren, wat uiteindelijk de chronische patiënt weer ten goede kan komen.

Algemene kenmerken van zorggroepen

In 2007 en 2008 zijn de meeste zorggroepen opgericht. In 2007 zijn er 27 zorggroepen opgericht en 11 in 2008, van de totaal 54 zorggroepen. Deze zorggroepen hebben in 60% van de gevallen het besloten vennootschap (B.V.) als rechtsvorm of de B.V. maakt onderdeel uit van een combinatie van rechtsvormen. Een stichting en coöperatie zijn ook veelvoorkomend. Huisartsen zijn altijd eigenaar of mede-eigenaar van de zorggroep. De ruime meerderheid van de zorggroepen, 89%, hanteert toetredingseisen.

Organisatie en spreiding van zorggroepen in Nederland

Uit de nulmeting bleek dat zeven van de negen zorggroepen individuele zorgverleners hadden gecontracteerd en dat twee zorggroepen zeven zorgverleners in dienst hebben. Bij alle negen zorggroepen is een diëtist betrokken. In bijna alle zorgprogramma's voor diabetes is zowel de huisarts (100%) als de POH (98%) vertegenwoordigd. Ongeveer een kwart van de zorggroepen hebben een toezichthoudend orgaan. Vooral zorggroepen opgericht voor 2000 en/of met meer dan 50 medewerkers bleken een toezichthoudend orgaan te hebben. Zorggroepen zijn verplicht een dergelijk orgaan te hebben, de praktijk laat echter anders zien. Enkele verzekeraars pleitte voor scherper intern toezicht bij de zorggroepen zelf. En transparantie en open bij selectie van toezichthouders. Zorggroepen zijn jonge organisaties, hierdoor is er tijd nodig voor professionalisering. De verzekeraars gaven zij hiervoor een aantal jaren de tijd moeten krijgen. Als dit onvoldoende opgang komt, kunnen verzekeraars aanvullende eisen stellen in het keten-dbc-contract. Zorggroepen hebben een sterke positie in de eigen regio. Veelal omdat ze weinig of geen concurrentie ervaren van andere zorggroepen.

ICT organisatie binnen zorggroepen

De helft van de zorggroepen maakt gebruik van een huisartsinformatiesysteem (HIS) en een derde van een keteninformatiesysteem (KIS). Bij één derde van de zorggroepen is zorgdossier beschikbaar voor alle betrokken zorgverleners, dit komt veelal door efficiënte implementatie van een KIS. Ondanks de aanwezige technologie, ervaren de meeste zorggroepen ICT-problemen.

Vrijwel alle zorggroepen rapporteren verantwoordingsinformatie aan zorgverzekeraar. Met uitzondering van één zorggroep verstrekken alle zorggroepen periodieke verantwoordingsinformatie aan de preferente zorgverzekeraar. Ruim 80% van de zorggroepen voorziet hun zorgverleners van spiegelinformatie. De helft doet dit één keer jaar, ruim een kwart eens per halfjaar en de rest één keer per kwartaal. In 61% van de zorggroepen wordt de spiegelinformatie opgesteld binnen de zorggroep zelf, terwijl 34% dit laat doen door een

onafhankelijke partij. Alle zorggroepen die spiegelinformatie aanbieden, bieden dit aan de huisartsenpraktijken. Ongeveer 13% van deze zorggroepen biedt ook spiegelinformatie aan diëtisten, terwijl 18% van de zorggroepen dergelijke informatie ook aan internisten aanbiedt.

Meeste zorggroepen organiseren bij- en nascholing. De meest besproken onderwerpen zijn insulinetherapie (80%), ICT-pakket (66%) en samenwerkingsafspraken (61%).

De zorggroepen maken vrijwel altijd contractuele afspraken met hun 'onderaannemers' over de te registreren en rapporteren gegevens. Bij- en nascholing wordt in minder dan de helft van de zorggroepen (44%) contractueel vastgelegd.

2. Resultaten, effecten en gevolgen van zorggroepen

In dit hoofdstuk worden de tot nu toe bekende resultaten, effecten en/of gevolgen van zorggroepen uiteengezet. Daarmee wordt de tweede deelvraag, ‘Wat zijn de tot nu toe bekende resultaten, effecten en/of gevolgen van zorggroepen?’, beantwoord. In paragraaf 2.1 worden de resultaten, effecten en/of gevolgen van zorggroepen in het algemeen omschreven. De ‘Nulmeting Zorggroepen’ (De Wildt & Leusink, 2008), de tussenevaluatie van het RIVM (Struijs e.a. 2009), en de ‘1-meting Zorggroepen’ (Struijs e.a. 2010) zijn hierbij gebruikt als referentie. In paragraaf 2.2 worden de gevolgen van zorggroepen voor diëtisten in het algemeen in kaart gebracht. In paragraaf 2.3 zullen de effecten en gevolgen voor de diëtistenpraktijk ‘de voedingsacademie’ gepresenteerd worden.

2.1 Welke resultaten, effecten en/of gevolgen van zorggroepen zijn omschreven in de literatuur?

2.1.1 Resultaten uit de ‘Nulmeting Zorggroepen’

In de nulmeting zorggroepen (De Wildt & Leusink, 2008) zijn de zorggroepen gevraagd naar de belangrijkste succesfactoren en knelpunten. De belangrijkste succesfactoren worden in tabel 2.1 weergegeven, daarna worden de knelpunten besproken in aparte paragrafen.

Tabel 2.1 Belangrijkste succesfactoren zorggroepen

Succesfactor	N (%)
Draagvlak huisartsen	40 (73)
Verbetering kwaliteit van zorg	37 (67)
Aanwezigheid van trekkers/initiatiefnemers	32 (58)
Financiële vergoeding	26 (47)
Gezamenlijke visie en doelstelling	25 (46)
Platte organisatie en beperkte overhead	22 (40)
Faciliterende partij of organisatie	18 (33)
Korte communicatielijnen	13 (32)
Anders	6 (11)

Bron: (De Wildt & Leusink, 2008)

In de categorie ‘anders’ zijn genoemd:

- ook regelen van de POH-GGZ
- coöperatieve zorgverzekeraar
- goede samenwerking met regionale partners
- nog geen succes waarneembaar
- overzichtelijke regio
- POH-huisartsen ingebracht in zorggroep

De zorggroepen hadden gemiddeld 4 succesfactoren, tussen de 2,5 en de 5,5 succesfactoren.

Knelpunten

De zorggroepen is gevraagd in het onderzoek gevraagd naar de knelpunten. De belangrijkste vier waren ICT-knelpunten, organisatie en declaratie knelpunten, en zorginhoudelijke knelpunten. Dit is weergegeven in tabel 2.2. In tabel 2.3 tot en met 2.7 worden deze knelpunten nader gespecificeerd.

Het aantal respondenten dat bevestigde dat bepaalde knelpunten in de organisatie speelde is weergegeven. De categorie ‘Anders’ omvat andere dan reeds genoemde knelpunten in de desbetreffende tabellen. Voor dit literatuuronderzoek wordt de specifieke weergave hiervan

niet als relevant beschouwd. De specifieke knelpunten in deze categorieën is na te lezen in het onderzoek van De Wildt & Leusink (2008).

Tabel 2.2 Aantal bevestigingen 'ja' en ontkenningen 'nee' op de vraag of het knelpunten speelt bij de zorggroep

Knelpunt	Aantal bevestigingen 'ja' (%)	Aantal bevestigingen 'nee' (%)
ICT	51 (93)	4 (7)
Organisatorisch	43 (78)	12 (22)
Declaraties	41 (75)	14 (25)
Zorginhoudelijk#	34 (62)	20 (36)

#Niets ingevuld 1 (2%)

Bron: (De Wildt & Leusink, 2008)

ICT-knelpunten

Wat betreft de ICT-knelpunten bleek dat van de 55 deelnemende zorggroepen er 34 'verschillende HIS'en' als knelpunt ervoer (zie tabel 2.3). Daarna werden 'koppeling ICT-ketenpartners' (n=22), 'ontbreken ICT-tool' (n=21) en informatieverzameling (n=20) als knelpunten ervaren.

Tabel 2.3 ICT-knelpunten

Knelpunten	Respons (N)
Verschillende HIS'en	34
Koppeling ICT-ketenpartners	22
Ontbreken ICT-tool	21
Informatieverzameling	20
Uitwisseling tussen eerste en tweede lijn	18
Anders	6

Bron: (De Wildt & Leusink, 2008)

Organisatorische knelpunten

Qua organisatie werd vooral de registratiediscipline (n=19), de betrokkenheid/commitment deelnemers (n=16), en de samenwerking ketenpartners (15) als knelpunten ervaren. Andere organisatorische knelpunten waren de bezetting van bestuursfuncties, de bezetting van het management en de communicatie.

Tabel 2.4 Organisatorische knelpunten

Knelpunten	Respons (N)
Registratiediscipline	19
Betrokkenheid/commitment deelnemers	16
Samenwerking ketenpartners	15
Bezetting bestuursfuncties	13
Bezetting management	11
Communicatie	10
Accepteren van voorwaarden aan deelname	6
Draagvlak/draagvlak samenwerking	5
Anders	7

Bron: (De Wildt & Leusink, 2008)

Declaratieknelpunten

De meest genoemde declaratieknelpunten waren 'verre zorgverzekeraars volgen niet automatisch' (n=32) en 'de afwikkeling van de declaraties duurt te lang' (n=20). Teven werden 'declareren van de zorggroep naar de zorgverzekeraar' (n=9), 'digitaal declareren'

(n=9) en ‘declareren van onderaannemers naar de zorggroep (n=2) genoemd als declaratieknelpunt.

Tabel 2.5 Declaratieknelpunten

Knelpunten	Respons (N)
Verre zorgverzekeraars volgen niet (automatisch)	32
De afwikkeling van de declaraties duurt te lang	20
Declareren van de zorggroep naar de zorgverzekeraar	9
Digitaal declareren	9
Declareren van onderaannemers naar de zorggroep	2
Vermenging declaraties zorggroep met reguliere praktijk	6
Incassorisico	1
Anders	6

Bron: (De Wildt & Leusink, 2008)

Zorginhoudelijke knelpunten

Op het zorginhoudelijke vlak gaven de zorggroepen twee knelpunten aan: ‘zorgaanbieders zijn niet gewend zich aan protocollen te houden (n=21) en ‘afstemming met andere zorgaanbieders’ (n=15).

Tabel 2.7 Zorginhoudelijke knelpunten

Knelpunten	Respons (N)
Zorgaanbieders zijn niet gewend om zich aan protocollen te houden	21
Afstemming met andere zorgaanbieders	15
Zorgaanbieders zijn onvoldoende op de hoogte van het zorgprotocol	7
Afstemming met andere zorgorganisaties	5
Anders	3

Bron: (De Wildt & Leusink, 2008)

2.1.2 Resultaten uit de RIVM evaluatie van acht zorggroepen

Het RIVM heeft in 2009 een evaluatie uitgevoerd bij acht zorggroepen na één jaar actief te zijn geweest. De evaluatie omvatte onder andere een kwaliteitsevaluatie gebaseerd op uitkomstindicatoren (Struijs 2009b). Drie uitkomstindicatoren relevant voor diëtetiek waren BMI, LDL cholesterol en het percentage rokers.

Gemiddelde BMI onveranderd (hoog), percentage patiënten met BMI <25 kg /m² neemt af

Er was geen significant verschil gevonden in de gemiddelde BMI in de totale onderzoekspopulatie tussen de 0- en de 1-jaarsmeting. De BMI bedroeg in de 1-jaarsmeting 29,8 kg/m². Toch nam het percentage patiënten dat een BMI <25 kg/m² had af met 1,2% in de 1-jaarsmeting ten opzichte van de 0-meting tot 15,7% (zie tabel 2.8) (Struijs 2009b).

LDL-cholesterol verbeterd

Het gemiddelde LDL-cholesterol verbeterde significant in vier zorggroepen. Geen enkele zorggroep liet een significante toename van het LDL cholesterol zien. Ook voor de totale onderzoekspopulatie verbeterde het LDL cholesterol, van 2,55 mmol/l in de 0-meting naar 2,50 mmol/l in de 1-jaarsmeting. Het percentage patiënten met een LDL <2,5 mmol/l nam bij de meeste zorggroepen en het totaal toe in de 1-jaarsmeting ten opzichte van de 0-meting (zie tabel 2.8) (Struijs 2009b).

Percentage rokers ligt iets boven het landelijke gemiddelde voor dezelfde leeftijdscategorie

Gebaseerd op de registratiegegevens rookte in totaal 16,9% van de patiënten tijdens de 0-meting en 16,5% tijdens de 1-jaarsmeting. Dit is een verbetering die hoger is dan het landelijke percentage rokers in de leeftijdscategorie 65 tot 74 jaar (14%) (Limperg, 2009). Er is een grote spreiding in het percentage rokers tussen de zorggroepen in zowel de 0-meting (van 22,5% bij zorggroep 9 tot 11,1% in zorggroep 3) als de 1-jaarsmeting (22,5%

in zorggroep 9 tot 10,1% in zorggroep 2). Uit de gegevens komt verder naar voren dat alleen bij zorggroep 2 het aantal rokers significant daalt. Bij veel zorggroepen maakt de 'begeleiding bij het minderen of stoppen met roken' geen onderdeel uit van het keten-dbc-contract. Dit in tegenstelling tot zorggroep 2, waar een daling van het aantal rokers wordt gerapporteerd. In deze zorggroep maakt de begeleiding bij het verminderen of stoppen met roken wel onderdeel uit van het keten-dbc-contract (zie tabel 2.8) (Struijs 2009b).

2.1.3 Zorggroepen positief over contractonderhandelingen met 'onderaannemers'

Van de zorggroepen is 93% tevreden of zeer tevreden over het proces van de contractonderhandelingen met de zorgaanbieders (zie tabel 2.9). Over het resultaat zijn de respondenten zelfs nog meer tevreden; 96% is tevreden of zeer tevreden over het resultaat van de contractonderhandelingen met de onderaannemers. Onbekend is of deze tevredenheid van de zorggroepen ook door de onderaannemers van de zorggroepen wordt ervaren. Hierover is geen informatie beschikbaar.

Tevens gaven 23 zorggroepen (42%) aan knelpunten te ervaren tijdens de onderhandelingen met hun onderaannemers (niet weergegeven in tabel of figuur). Het meest frequent worden de onderhandelingen met diëtisten genoemd (n=11). Ook geven de zorggroepen aan knelpunten te ervaren met internisten (n=7) en oogartsen (n=5) (Struijs 2010c).

Tabel 2.9 Tevredenheid over proces en resultaat van de contractonderhandelingen met preferente 'onderaannemers'

	Proces (n=54[#])	Resultaat (n=54[#])
	n (%)	n (%)
Zeet ontevreden	0 (0)	0 (0)
Ontevreden	4 (7)	2 (4)
Tevreden	40 (74)	41 (76)
Zeet tevreden	10 (19)	11 (20)

[#] Eén missende waarde

Bron: Struijs 2010c

Tabel 2.8 Kwaliteit van de zorg aan de hand van uitkomstindicatoren van de NDF Zorgstandaard
Bron: Struijs 2009b

Zorggroep		Totaal																	
		1		2		3		4		5		8		9		10		Totaal	
Uitkomstindicator	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	
HbA1c																			
Gemiddelde (%)	6,39	6,52*	7,21	7,28	6,74	6,59*	6,65	6,71*	6,72	6,83*	6,73	6,58*	6,46	6,68*	6,55	6,65*	6,67	6,72*	
% patiënten <7,0%	85,2	77,6*	46,5	40,6*	72,7	75,7	72,3	69,7*	67,0	61,6*	70,1	75,7*	79,1	71,2*	76,1	73,6	71,2	69,0*	
Systolische bloeddruk																			
Gemiddelde (mmHg)	136	136	142	138*	136	137	141	141	-	141	140	142	139	138	137	136	139	138#	
% patiënten <140mmHg	51,9	53,4	43,5	51,6*	61,6	60,5	45,1	44,9	-	45,3	53,6	50,2	51,8	55,5	54,6	60,3*	50,4	53,0#	
BMI																			
Gemiddelde (kg/m ²)	29,7	29,8*	29,7	29,8	29,7	29,9	29,9	30,4*	29,5	29,3*	29,3	29,3	29,0	29,4*	29,6	29,7	29,6	29,8	
% BMI < 25 kg/m ²	16,8	17,9	18,0	17,5	14,2	14,2	16,3	13,6*	16,5	16,1*	19,1	18,6	17,2	16,4	16,8	15,3	16,9	15,7*	
% BMI 25-30 kg/m ²	42,3	41,6	42,4	41,7	45,7	43,3	41,1	41,0	45,0	45,2*	43,3	43,5	45,3	41,1	43,3	42,7	43,2	42,9	
% BMI > 30 kg/m ²	40,9	40,5	39,5	40,9	40,1	42,5	42,7	45,4*	38,5	38,7*	37,6	38,0	37,5	42,4*	39,9	42,0*	39,9	41,4*	
Voetonderzoek																			
% patiënten met voetafwijkingen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oogonderzoek																			
% patiënten met retinopathie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
LDL cholesterol																			
Gemiddelde (mmol/l)	2,67	2,60	2,54	2,45*	2,25	2,21	2,56	2,50*	2,55	2,54	2,56	2,55	2,60	2,43*	2,57	2,46*	2,55	2,50*	
% patiënten <2,5 mmol/l	48,6	51,4	52,5	55,1	66,3	64,4	49,9	52,5*	48,6	51,4*	47,5	48,0	46,6	54,8*	48,0	55,2*	49,3	52,6*	

Tabel 2.8 Vervolg kwaliteit van de zorg aan de hand van uitkomstindicatoren van de NDF Zorgstandaard.
Bron: Struijs 2009b

Uitkomstindicator		Zorggroep																		Totaal	
		1		2		3		4		5		8		9		10					
		T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1		
Nierfunctieklaring																					
% patiënten > 60 ml/min	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
% patiënten 30-60 ml/min	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
% patiënten < 30 ml/min	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Raken																					
% patiënten rookt	20,2	18,2	12,4	10,2 *	11,1	12,1	21,1	20,3	12,9	13,2	14,9	14,9	22,5	22,5	20,0	17,9	16,9	16,5	16,5		
% patiënten gestopt	◇	◇	30,1	◇	◇	◇	9,5	9,5	8,0	8,0	◇	◇	◇	◇	◇	9,2	9,2	9,1	9,1		

* Significant effect (p<0,05); ◇ = exclusief zorggroep 5; ◇ = niet weergegeven vanwege te kleine aantallen (n <10)

* Significant effect ($P < 0,05$); # = exclusief zorggroep 5; ◇ = niet weergegeven vanwege te kleine aantallen ($n < 10$)

Samenvatting

Zorggroepen ervaren zowel succesfactoren als knelpunten. De belangrijkste succesfactoren waren: 1.) draagvlak huisartsen, 2.) verbetering kwaliteit van zorg, 3.) aanwezigheid van initiatiefnemers, 4.) Financiële vergoeding, 5.) gezamenlijke visie en doelstelling, 6.) platte organisatie en beperkte overhead, 7.) korte communicatielijnen en 8). Goede samenwerking met regionale partners.

De knelpunten waren voornamelijk aanwezig wat betreft, ICT-organisatie, organisatie en declaratie en zorginhoudelijk. Uit het totaal van 55 zorggroepen, ervoer 34 'verschillende HIS'en' als knelpunt, 22 'koppeling ICT-ketenpartners', 21 'ontbreken ICT-tool' en 20 informatieverzameling.

Qua organisatie werd vooral de registratiediscipline (n=19), de betrokkenheid/commitment deelnemers (n=16), en de samenwerking ketenpartners (n=15) als knelpunten ervaren. Andere organisatorische knelpunten waren de bezetting van bestuursfuncties, de bezetting van het management en de communicatie. De meest genoemde declaratieknelpunten waren 'verre zorgverzekeraars volgen niet automatisch' (n=32) en 'de afwikkeling van de declaraties duurt te lang' (n=20). Tevens werden 'declareren van de zorggroep naar de zorgverzekeraar' (n=9), 'digitaal declareren' (n=9) en 'declareren van onderaannemers naar de zorggroep (n=2) genoemd als declaratieknelpunt. Op het zorginhoudelijke vlak gaven de zorggroepen twee knelpunten aan: 'zorgaanbieders zijn niet gewend zich aan protocollen te houden (n=21) en 'afstemming met andere zorgaanbieders' (n=15).

2.2 Welke resultaten, effecten en/of gevolgen voor diëtisten zijn bekend door de samenwerking met zorggroepen volgens de literatuur?

2.2.1 Diëtisten in het algemeen

Diëtisten ervaren een zwakke onderhandelingspositie

Wegens de invoering van ketenzorg onderhandelt de zorggroep met de individuele zorgaanbieders, waaronder diëtisten. Diëtisten ervaren zwakke onderhandelingspositie ten opzichte van de zorggroepen (Struijs e.a. 2009). Dit wordt bevestigd in het rapport 'Richtsnoeren Zorggroepen' van de Nederlandse Zorg Autoriteit (NMa/NZa 2010). Een regio heeft vaak maar een zorggroep, waardoor vrijwel alle diëtisten in de regio zich aansluiten bij de desbetreffende zorggroep. Verder willen patiënten niet ver reizen voor hun zorg, en kunnen ze waarde hechten aan mogelijke kwaliteitsvoordelen geïntegreerde eerstelijnszorg. Dit verzwakt de onderhandelingspositie van de diëtisten.

Verslag 'Diëtisten in zorggroepen'

In oktober 2010 is een verslag verschenen van een enquête over diëtisten in zorggroepen (Bakker 2010a). Van de 240 diëtisten die gereageerd hebben, werken 150 samen met zorggroepen en 60 niet. Hiervan is 66% werkzaam in een vrije vestiging, 20% in de thuiszorg en de overige in loondienst elders in de eerstelijns gezondheidszorg. De hoofdpunten uit het verslag worden hieronder weergegeven.

Samenwerkingseisen en wijze van contracteren

Het eerste punt betreft de samenwerkingseisen en de wijze van contracteren. De samenwerkingseisen worden wel gesteld, maar de zorggroepen blijken er vervolgens niet veel mee te doen. Zorggroepen contracteren ofwel alle diëtisten in de regio of zoeken wegen om dit niet te doen vanwege het niet willen onderhandelen met iedere diëtist. Daarom zoeken sommige zorggroepen contact met een grote organisatie in een regio. Bijvoorbeeld

maatschappen of samenwerkingsverbanden of enkele grote aanbieders. Tevens sluit toch de helft van de zorggroepen met alle diëtisten een contract af. Samenwerking van diëtisten is gunstig voor hen omdat ze afspraken kunnen maken over de kwaliteit van de zorg. Tevens is het gunstig voor de zorggroep omdat ze minder verschillende contracten en contacten dezelfde hoeveelheid zorg kunnen inkopen.

Behandeltijd

Het tweede punt vormt de behandeltijd. De nieuwe diabeten ontvangen in 80% van de gevallen minder 2 uur of minder dieetbehandeling. Een zorgelijk punt omdat dit niet volgens de richtlijn van 4 uur is. De Nederlandse Vereniging voor Diëtetiek (NVD) geeft aan het nog zorgelijker te vinden dat slechts 60% van de diëtisten de 2 uur of minder onvoldoende vindt. Voor het volgende behandeljaar ontvangt 70% minder dan 1 uur dieetadvisering. Slechts 40% van de diëtisten vindt dit niet genoeg. Mevrouw Bakker vraagt zich af hoe diëtisten naar hun eigen kwaliteit van zorg kijken.

Honorering

Het derde hoofdpunt van het verslag is de honorering. Dit vindt meestal plaats per behandelde patiënt. Het uurtarief is in 80% van de gevallen gelijk of boven het tarief dat door zorgverzekeraars betaald wordt voor dieetadvisering via de basisverzekering. Een enkele diëtist ontvangt een lager tarief. De declaratie verloopt voorspoedig; in 83% van de gevallen vormde dit geen probleem.

Ontbreken van een contract met een zorggroep

Punt vier is het ontbreken van een contract met een zorggroep. Een derde van de diëtisten zonder contract, wil ook geen contract. Redenen die worden aangegeven zijn: geen binding met zorggroep, twijfels over de kwaliteit en een het bedienen van een andere patiëntengroep. Een kwart van de diëtisten die geen contract met een zorggroep heeft, geeft aan hier aan te werken. Drie redenen worden gegeven: het zijn van een startende praktijk, nog in onderhandeling zijn, of communicatieproblemen. In de overige gevallen zonder contract heeft of geen zorggroep in de buurt of er is geen diëtetiek door de zorggroep ingekocht.

Professionele verantwoordelijkheid

Het vijfde en laatste hoofdpunt betreft de professionele verantwoordelijkheid. Wederom wordt genoemd dat de NVD zich zorgen maakt over de omgang van de professionele verantwoordelijkheid van de diëtist. Zij zegt het volgende in haar verslag:

“Als artsen van mening zijn dat diëtisten in één uur een nieuwe diabeet kunnen behandelen, dan moet je als diëtist daar toch een gefundeerd weerwoord voor hebben. Ook zou de diëtist moeten kunnen aangeven wat ze in dat uur kan doen en welk deel van de zorg blijft liggen of door iemand anders gedaan moet worden. En al bereik je dan niet het gewenste resultaat, je hebt wel je professionele punt gemaakt. Daar ligt de verantwoordelijkheid van de diëtist.”

2.2.2 Ervaringen van vier diëtisten

Er hebben vier diëtisten presentaties gegeven tijdens een bijeenkomst van de NVD (NVD 2011). De hoofdpunten uit deze presentaties worden hieronder weergegeven.

Zelfstandig diëtist, Karen Plantinga, van Health4you2 kwam als eerst aan het woord. Zij is werkzaam in de zorggroep ‘Zorgcirkel Woerden’. De zorggroep bestaat uit huisartsen, praktijk ondersteunende hulpverleners (POH), een diëtist, fysiotherapeuten, oogarts,

podotherapeut en een laboratorium. Op drie manieren heeft mevrouw Plantinga contact met de zorggroep: indirect contact via de thuiszorg, direct contact via de POH en cliënten. Zorgcirkel Woerden maakt gebruik van het keten informatie systeem (KIS) 'Porta Vita'. Het elektronisch patiënten dossier waarbij men van elkaar leert en waar tussentijdse programmatische aanpassingen mogelijk zijn. Een ander voordeel genoemd door mevrouw Plantinga is de mogelijkheid tot benchmarken en dat de kwaliteit inzichtelijk is.

De tweede presentatie werd gehouden door diëtist Anita van Tongeren. Vanaf 2005 werkt zij samen met POZOB en Stichting Praktijkondersteuning Zuid Oost Brabant. Zij ervoer een machtige positie van de zorggroep die bestaat uit 200 huisartsen en 120 POH's. Ze kreeg een voorstel voor € 40,00 per uur en 90 minuten behandeltime in het aangeboden contract. Samen met diëtisten Annet Broekman en Margreet Damsma is ze aan de slag gegaan. Samen ervoeren ze een sterkere positie ten opzichte van de zorggroep. Na onderhandelingen is het uurtarief volgens NzA-tarief gekozen: € 60,00.

Mevrouw van Tongeren noemde dat tijdens de invoering er gebrek was aan informatie en materialen. Tevens was er onduidelijkheid over de samenwerking met de POH. De beeldvorming van taken was vaak incorrect. Ze ervoer problemen over taakafbakening. Andere belemmering waren de moeilijke afspraken met POZOB. Veel afzeggingen vanuit hen maakte het moeilijk communiceren. Ze had meer werk aan administratie sinds de samenwerking.

De derde zorggroep presentatie werd verzorgd door diëtist Mariëlle Bleeker werkzaam als coördinator afdeling Voedings- en dieetadvies bij thuiszorg 'Het Friese Land'. Met twaalf diëtisten, drie secretarieel medewerkers bedienen zij circa 3500 nieuwe cliënten per jaar in 1700 spreekuren. Twee zorggroepen hebben pilots gedraaid in de regio van mevrouw Bleeker. Verschillende belemmeringen worden gedeeld over de implementatie van de ketenzorg. De wederzijdse verwachtingen waren niet altijd duidelijk. Bleeker geeft aan dat dit wel een goede reden is om in gesprek te gaan met elkaar. Een andere belemmering was dat de verwijsbrief niet altijd goed ingevuld werd. Tevens was het onduidelijk welke huisartsen meedoen aan de Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Ze stelt dat er behoefte is aan ICT-voorzieningen.

De vierde diëtist die aan het woord kwam was Cathelijn Bogaers, werkzaam bij Thebe – Voeding en Dieet in Midden-Brabant. Thebe is een fusie-organisatie met 35 diëtisten, 5.750 nieuwe klanten per jaar, 22.500 uur dieetbehandeling per jaar en ongeveer 80 spreekuurlocaties. Sinds 2007 werkt zij samen met zorggroep HHT en ZORROO. Zonder overleg, inspraak of onderhandeling werd een contract aangeboden. Zij stuitte op veel belemmeringen tijdens de samenwerking met zorggroepen:

- Aantoonbare ervaring met verschillende insuline therapieën en de Post HBO opleiding Voeding en diabetes als aanbeveling
- Directe telefonische bereikbaarheid van de diëtist voor overleg
- Verwijzing via een speciaal verwijsformulier
- Bereidheid om de werkwijze binnen de disciplines en de diabeteszorggroep af te stemmen
- Bereidheid om mee te werken aan nog te ontwikkelen groepseducatie
- Behandeltime van 90 minuten per patient
- Veel extra tijd kwijt aan communicatie
- Meer administratie

Na twee jaar heeft mevrouw Bogaers nieuwe ervaringen. We zijn in gesprek gebleven met verschillende diabeteszorggroepen. Hierdoor is tijdelijke uniforme registratie van alle klanten met diabetes bereikt. Verder hebben de zorggroepen ingezet op een verbetertraject aangaande verwijzing naar de diëtist. De afspraak is dat alle nieuwe klanten met diabetes én alle klanten die overgaan op insuline worden verwezen naar de diëtist. Als laatste heeft dit opgeleverd dat de POH's aangesproken worden op het werken volgens de afspraak om alle mensen met nieuw gediagnosticeerde diabetes en alle mensen met diabetes die overgaan op insulinebehandeling te verwijzen. Het gevolg was dat mevrouw Bogaers meer verwijzingen kreeg, en Thebe in het algemeen.

Samenvatting

Diëtisten ervaren zwakke onderhandelingspositie ten opzichte van de zorggroepen. Dit doordat een regio heeft vaak maar een zorggroep, waardoor vrijwel alle diëtisten in de regio zich aansluiten bij de desbetreffende zorggroep. Zorggroepen contracteren het liefst alle diëtisten in de regio of vermijden dit wegens extra onderhandel werk. Daarom zoeken sommige zorggroepen contact maatschappen of samenwerkingsverbanden of enkele grote aanbieders, waarin meerdere diëtisten vertegenwoordigd zijn.

Enquête van de NVD

In de enquête van de NVD komen de volgende conclusies naar voren. Volgens de NVD maakt zich grote zorgen de behandel tijd waarmee diëtisten akkoord gaan. De nieuwe diabetes ontvangen in 80% van de gevallen minder 2 uur of minder dieetbehandeling en niet de richtlijn van 4 uur. De Nederlandse Vereniging voor Diëtetiek (NVD) geeft aan het nog zorgelijker te vinden dat slechts 60% van de diëtisten de 2 uur of minder onvoldoende vindt. Mevrouw Bakker van de NVD vraagt zich af hoe diëtisten naar hun eigen kwaliteit van zorg kijken. Zij uitte ook zorgen ten aanzien van de omgang van de professionele verantwoordelijkheid van de diëtist. Hoewel artsen van mening kunnen zijn dat één uur behandeling voor een nieuwe diabetes voldoende is, is een weerwoord als diëtist op zijn plaats. Aangeven wat de diëtist kan doen in één uur en welk deel moeten van de zorg blijft liggen. Dat is de verantwoordelijkheid van de diëtist.

De honorering lijkt daarentegen wel gunstig te zijn bij de onderzochte zorggroepen. Het uurtarief is in 80% van de gevallen gelijk of boven het tarief dat door zorgverzekeraars betaald wordt voor dieetadviesing via de basisverzekering. De declaratie verloopt voorspoedig in 83% van de gevallen voorspoedig.

Een derde van de diëtisten heeft en wil ook contract met zorggroepen. Redenen die worden aangegeven zijn: geen binding met zorggroep, twijfels over de kwaliteit en een het bedienen van een andere patiëntengroep. Een kwart van de diëtisten die geen contract met een zorggroep heeft, geeft aan hier aan te werken. Drie redenen worden gegeven: het zijn van een startende praktijk, nog in onderhandeling zijn, of communicatieproblemen.

Ervaringen individuele diëtisten

De praktijkervaring van diëtisten leert dat in samenwerking met elkaar zij sterkere onderhandelingspositie kunnen verwerven.

Er werden vele belemmeringen aangekaart door diëtisten: gebrek aan informatie en materiaal, onduidelijkheid over de samenwerking met de POH, veel afspraak afzeggingen, meer administratief werk, veel tijd kwijt aan communicatie,

Het veelvuldig contact hebben met de zorggroep en het werken met een KIS wordt positief aangemerkt. Door openheid en transparante deling van patiëntengegevens weten de betrokkenen wat er speelt. Het samenwerken en duidelijk communiceren met de zorggroepen,

huisartsen POH's kost tijd, maar kan veel opleveren: uniforme registratie en meer verwijzingen zijn hier voorbeelden van.

2.3 Welke resultaten, effecten en/of gevolgen voor de diëtistenpraktijk 'de voedingsacademie' worden ervaren door de samenwerking met zorggroepen?

Hieronder zijn tabellen weergegeven met het algemene onderwerp en de belemmerde gevolgen en de ondernomen stappen. Een algemeen onderwerp is bijvoorbeeld 'Administratie en ICT-organisatie'. Belemmerende gevolgen als 'het ontbreken van een declaratiefunctie in ons softwareprogramma Evry' en 'We moeten alle patiëntgegevens zelf noteren in Excel, omdat de zorggroep nog geen keten informatie systeem heeft' vallen onder het onderwerp 'Administratie en ICT-organisatie'. Ten behoeve van de overzichtelijkheid is de weergave in tabelvorm. In de onderstaande tabellen 1a-c zullen alle belemmerende gevolgen en onderstappen stappen aan bod komen.

Tabel 1a Belemmerende gevolgen van de onderwerpen 'Algemene belemmerende gevolgen en onduidelijkheid over betekenis/inhoud van punten in de contracten'

Onderwerp	Belemmerend gevolg	Ondernomen stappen
Algemene belemmerende gevolgen	Zonder samenwerking met de zorggroepen krijgen we geen patiënten meer, dus eigenlijk verplicht om samen te werken	Samenwerking aangegaan met de zorggroepen
	De zorggroepen leggen erg veel beslag op de tijd van de diëtisten	Geen
	We zijn meer tijd kwijt aan de administratie sinds samenwerking met de zorggroepen	Geen
Onduidelijkheid over betekenis/inhoud van de punten in de contracten	De eis door RCH DZG B.V. voor een BIG-registratie, wat is een BIG registratie?	Geen
	Het eisen van een beroepsaansprakelijkheidsverzekering door RCH DZG B.V. en onduidelijkheid over beroepsverzekeringen	Geen

Tabel 1b Belemmerende gevolgen van de onderwerpen ‘voorfinanciering’ en ‘ICT organisatie’

Onderwerp	Belemmerend gevolg	Ondernomen stappen
Voorfinanciering	Bij alle drie de zorggroepen de uitbetaling eens per kwartaal en hierdoor nodige voorfinanciering.	Bij Zorggroep BeRoEmD is aangegeven dat per kwartaal niet mogelijk is, er wordt nu per maand uitbetaald. Bij RCH DZG B.V. en Chronos zijn geen stappen ondernomen
Administratie en ICT-organisatie	Onduidelijkheid bij wie te declareren: bij zorggroep BeRoEmD of bij de zorgverzekeraar	Op moment van uitwerking, update gekregen, er zijn nu drie declaratiemogelijkheden aangeven: zorggroep, verzekering, en cliënt. We moeten nog wel leren omgaan met deze toevoeging.
	Factuureisen van RCH DZG B.V. daarom hebben we extra administratief werk	Geen
	Factuureisen Zorggroep Chronos daarom hebben we extra administratief werk	Geen
	Bij Zorggroep Chronos dient uitwerking van gegevens schriftelijk te gebeuren in afwachting van een keten informatie systeem. We kunnen niet meer factureren via Evry, terwijl alles geautomatiseerd was met de zorgverzekeraar, huisarts en de diëtist	Evry is hier niet op afgestemd. Nu doen we het in Microsoft Excel en voegen daar nog een factuur bij.

Tabel 1c Belemmerende gevolgen van de onderwerpen 'extra eisen' en 'communicatie'

Onderwerp	Belemmerend gevolg	Ondernomen stappen
Extra eisen	De verplichting voor deelname aan nascholingsprogramma's door RCH DZG B.V.	Geen
	Betaling van nascholingsprogramma's aan geboden door BeRoEmD	Geen
	De bijdrage aan groepseducatie georganiseerd door RCH DZG B.V. door diëtist.	Geen
	De verplichting om binnen 4 weken na verwijzing tot een behandeling te komen	De cliënt is zelf verantwoordelijk voor contact opnemen met diëtist. Daarom ligt het buiten onze controle en kunnen we niet aan deze plicht te voldoen.
	Bij RCH DZG B.V vragen ze op een afgeronde post-HBO voeding en diabetes of gelijkwaardige opleiding. Deze hebben we niet, er is geen geld hiervoor.	Het niet hebben van een Post-HBO opleiding houden we liever stil, anders krijgen we geen verwijzingen
Communicatie	Communicatie vanuit Beroemd soms incorrect. Ze gaven verkeerde informatie over hoe te declareren. Dit tijdens een vergadering die ons drie uur gekost heeft.	We hebben de inhoud op juistheid gecontroleerd, en bleek het niet correct te zijn. Dit heeft veel kost tijd, daarom geld.
	De verwijsbrief is onduidelijk van Zorggroep BeRoEmD. We weten niet waar cliënt vandaan komt, dit staat niet op de verwijsbrief.	Een concept opgestuurd verwijsbrief
	Onduidelijkheid over toekomstige afspraken over bij- en nascholingengeorganiseerd door RCH DZG B.V.	Geen
	Onduidelijkheid over evaluatie van de samenwerking met RCH DZG B.V.	Geen

	Onduidelijkheid over hoeveel tijd we hebben per behandeling bij RCH DZG B.V. Bij RCH DZG B.V is onduidelijk hoeveel tijd we hebben voor een behandeling. Of het 40 minuten voor het eerste consult is, of 60 minuten. is.	We hebben 60 minuten gedeclareerd, en nu afwachten of we het krijgen.
--	---	---

Samenvatting

De voedingsacademie ervaart verschillende belemmerende gevolgen door de samenwerking met zorggroepen. Op de volgende gebieden spelen belemmeringen: voorfinanciering, onduidelijkheden in het contract, administratie en ICT organisatie en communicatie. Toch lijkt slechts een deel van de gevolgen een sterke invloed te hebben op de dagelijkse praktijk. Een ander deel lijkt eventueel in de toekomst voor belemmerende gevolgen te kunnen zorgen of zijn onduidelijkheden die door onderzoek zijn weggenomen.

Om efficiënt te kunnen participeren in zorggroepen in de toekomst verdient het aanbeveling om de belemmeringen met een sterke invloed op de dagelijkse praktijk als eerste onder de loep te nemen. Dan blijkt dat de voorfinanciering, administratie en ICT organisatie, communicatie de grootste belemmerende gevolgen zijn voor ‘de voedingsacademie’.

3. Hoe kan de voedingsacademie omgaan met de belemmerende gevolgen die in de huidige situatie worden ervaren in de organisatie

In paragraaf 2.3 zijn de resultaten van de interviews gepresenteerd (zie tabel 1a-c). In dit hoofdstuk zal een classificatie van deze belemmerende gevolgen toegepast worden. Het doel hiervan is om de belemmerende gevolgen te momenteel spelen bij de voedingsacademie te scheiden van eventuele toekomstige belemmerende gevolgen. Dit zal behandeld worden in paragraaf 3.1. In paragraaf 3.2 zullen mogelijke oplossingen aangedragen worden om de huidige belemmerende gevolgen op te lossen. Hiervoor zullen publicaties van de NVD en overige relevante literatuurbronnen gebruikt worden.

3.1 Aan welke belemmerende gevolgen zou de voedingsacademie nu prioriteit kunnen geven?

Hoewel elk aangegeven belemmerd gevolg momenteel speelt bij ‘de voedingsacademie’ lijkt er toch een differentiatie gemaakt te kunnen worden. Deze differentiatie is gemaakt op basis van de mate waarin het gevolg een invloed heeft op de dagelijkse praktijk. Een kwartaal moeten wachten op de declaratie vanuit de zorggroep heeft een sterke invloed op de dagelijkse praktijk. Namelijk dat er voorgefinancierd moet worden. Dit lijkt geheel anders dan een bijscholing die mogelijk in de toekomst gevolgd dient te worden, maar waarover nog niks bekend is. Deze invloed op de dagelijkse praktijk van dit gevolg lijkt beduidend minder. De voedingsacademie zou prioriteit kunnen geven aan de belemmerende gevolgen die een sterke invloed hebben op de dagelijkse praktijk. Elk belemmerd gevolg gecategoriseerd door middel van het toekennen van kleuren in ‘Tabellen 1a-c-kleur’.

Tabel 1a-kleur Belemmerende gevolgen van de onderwerpen ‘Algemene belemmerende gevolgen en onduidelijkheid over betekenis/inhoud van punten in de contracten’

Onderwerp	Belemmerend gevolg	Ondernomen stappen
Algemene belemmerende gevolgen	Zonder samenwerking met de zorggroepen krijgen we geen patiënten meer, dus eigenlijk verplicht om samen te werken	Samenwerking aangegaan met de zorggroepen
	De zorggroepen leggen erg veel beslag op de tijd van de diëtisten	Geen
	We zijn meer tijd kwijt aan de administratie sinds samenwerking met de zorggroepen	Geen
Onduidelijkheid over betekenis/inhoud van de punten in de contracten	De eis door RCH DZG B.V. voor een BIG-registratie, wat is een BIG registratie?	Geen
	Het eisen van een beroepsaansprakelijkheidsverzekering door RCH DZG B.V. en onduidelijkheid over beroepsverzekeringen	Geen

Groen = belemmerd gevolg met sterke invloed op dagelijkse praktijk

Blauw = kort onderzoek, zie paragraaf 3.1.3

Tabel 1b-kleur Belemmerende gevolgen van de onderwerpen ‘voorfinanciering’ en ‘ICT organisatie’

Onderwerp	Belemmerend gevolg	Ondernomen stappen
Voorfinanciering	Bij alle drie de zorggroepen de uitbetaling eens per kwartaal en hierdoor nodige voorfinanciering.	Bij Zorggroep BeRoEmD is aangegeven dat per kwartaal niet mogelijk is, er wordt nu per maand uitbetaald. Bij RCH DZG B.V. en Chronos zijn geen stappen ondernomen
Administratie en ICT-organisatie	Onduidelijkheid bij wie te declareren: bij zorggroep BeRoEmD of bij de zorgverzekeraar	Op moment van uitwerking, update in Evry gekregen, er zijn nu drie declaratiemogelijkheden aangeven: zorggroep, verzekering, en cliënt. We moeten nog wel leren omgaan met deze toevoeging.
	Factuureisen van RCH DZG B.V. daarom hebben we extra administratief werk	Geen
	Factuureisen Zorggroep Chronos daarom hebben we extra administratief werk	Geen
	Bij Zorggroep Chronos dient uitwerking van gegevens dient schriftelijk te gebeuren in afwachting van een keten informatie systeem. We kunnen niet meer factureren via Evry, terwijl alles geautomatiseerd was met de zorgverzekeraar, huisarts en de diëtist	Evry is hier niet op afgestemd. Nu doen we het in Microsoft Excel en voegen daar nog een factuur bij.

Groen = = belemmerd gevolg met sterke invloed op dagelijkse praktijk

Tabel 1c-kleur Belemmerende gevolgen van de onderwerpen ‘extra eisen’ en ‘communicatie’

Onderwerp	Belemmerend gevolg	Ondernomen stappen
Extra eisen	De verplichting voor deelname aan nascholingsprogramma's door RCH DZG B.V.	Geen
	Betaling van nascholingsprogramma's aan geboden door BeRoEmD	Geen
	De bijdrage aan groeps-educatie georganiseerd door RCH DZG B.V. door diëtist.	Geen
	De verplichting om binnen 4 weken na verwijzing tot een behandeling te komen	De cliënt is zelf verantwoordelijk voor contact opnemen met diëtist. Daarom ligt het buiten onze controle en kunnen we niet aan deze plicht te voldoen.
	Bij RCH DZG B.V vragen ze op een afgeronde post-HBO voeding en diabetes of gelijkwaardige opleiding. Deze hebben we niet, er is geen geld hiervoor.	Het niet hebben van een Post-HBO opleiding houden we liever stil, anders krijgen we geen verwijzingen
Communicatie	Communicatie vanuit Beroemd soms incorrect. Ze gaven verkeerde informatie over hoe te declareren. Dit tijdens een vergadering die ons drie uur gekost heeft.	We hebben de inhoud op juistheid gecontroleerd, en bleek het niet correct te zijn. Dit heeft veel kost tijd, daarom geld.
	De verwijsbrief is onduidelijk van Zorggroep BeRoEmD. We weten niet waar cliënt vandaan komt, dit staat niet op de verwijsbrief.	Een concept opgestuurd verwijsbrief
	Onduidelijkheid over toekomstige afspraken over bij- en nascholingegeorganiseerd door RCH DZG B.V.	Geen
	Onduidelijkheid over evaluatie van de samenwerking met RCH DZG B.V.	Geen
	Onduidelijkheid over hoeveel tijd we hebben per behandeling bij RCH DZG B.V. Bij RCH DZG B.V is onduidelijk hoeveel tijd we hebben voor een behandeling. Of het 40 minuten voor het eerste consult is, of 60 minuten. is.	We hebben 60 minuten gedeclareerd, en nu afwachten of we het krijgen.

Groen = = belemmerd gevolg met sterke invloed op dagelijkse praktijk

Paars = mogelijk toekomstig belemmerd gevolg

3.1.1 Toelichting op de belemmerende gevolgen met sterke invloed op dagelijkse praktijk

Alle belemmerende gevolgen met een sterke invloed op de dagelijkse praktijk worden in tabel 2 weergegeven. Hieronder volgt een toelichting op elk afzonderlijk belemmerend gevolg. In tabel 1a-kleur worden de twee algemene belemmerende gevolgen genoemd die een sterke invloed op de dagelijkse praktijk hebben. Het eerste belemmerend gevolg is ‘de verplichting die ervaren wordt om met de zorggroepen samen te werken’. Dit vanwege het willen behouden van verwijzingen via de huisartsen. De ondernomen stap is dat een samenwerking met de zorggroepen is aangegaan. De tweede algemeen belemmerend gevolg is de hoeveelheid tijd die de diëtisten van ‘de voedingsacademie’ besteden aan de samenwerking met de zorggroepen. Genoemd wordt dat de zorggroepen “beslag leggen” op de tijd van de diëtisten. Meer specifiek wordt er tevens genoemd dat er meer tijd besteed moet worden aan de administratie.

De in tabel 1b-kleur laat zien dat alle belemmerende gevolgen wat betreft voorfinanciering en Administratie en ICT organisatie een sterke invloed hebben op de dagelijkse praktijk van ‘de voedingsacademie’. De voorfinanciering staat gelijk aan de uitbetaling eens per kwartaal. Dit belemmerend gevolg speelt bij zorggroep Chronos, BeRoEmD en RCH DZG B.V. Alleen bij zorggroep BeRoEmD is een stap ondernomen. Er is aangegeven dat per kwartaal niet mogelijk is. Uitbetaling geschiedde vanaf moment per maand.

Er zijn drie belemmerende gevolgen genoemd wat betreft administratie en ICT organisatie. De eerste is dat de uitwerking van gegevens schriftelijk dient te zijn bij zorggroep Chronos, afwachting keten informatie systeem. Het tweede gevolg zijn de factuureisen die gesteld worden door zorggroep Chronos en RCH DZG B.V. De ondernomen stap die gezet is, is de uitwerking in Excel plus de toevoeging van een factuur. Het derde belemmerende gevolg is de onduidelijkheid van declaratie. Door de update in Evry worden er nu drie declaratiemogelijkheden aangegeven: zorggroep, verzekering, en cliënt. Men moet nog leren omgaan met deze toevoeging.

Tabel 1c-kleur geeft vier belemmerende gevolgen aan met een sterke invloed op de dagelijkse praktijk. Alle vier zijn gevolgen van de communicatie tussen ‘de voedingsacademie’ en de zorggroepen. De eerste is de incorrecte communicatie vanuit de zorggroep. Het betrof informatie over hoe te declareren. De diëtisten van ‘de voedingsacademie’ hebben zelf de inhoud gecontroleerd op juistheid. Dit heeft veel tijd en daarom geld gekost. Een ander belemmerend gevolg voor de dagelijkse praktijk is de onduidelijke verwijsbrief van zorggroep BeRoEmD. De ondernomen stap is het opsturen van een concept verwijsbrief door ‘de voedingsacademie’. Als derde communicatie belemmering wordt de onduidelijkheid over de evaluatie van de samenwerking met RCH DZH B.V. genoemd. Er zijn geen stappen ondernomen om deze onduidelijkheid weg te nemen. De vierde belemmering is de onduidelijkheid over of de te declareren tijd 60 of 40 minuten is bij de zorggroep RCH DZH B.V. Er is 60 minuten gedeclareerd, in afwachting of het toegekend wordt.

3.1.2 Toelichting op de mogelijk toekomstige belemmerende gevolgen

De mogelijk toekomstige belemmerende gevolgen voor ‘de voedingsacademie’ zijn allemaal extra eisen genoemd in het contract. Er worden drie extra eisen genoemd. De eerste eis is de betaling en/of verplichte deelname aan groepeducatie of nascholingsprogramma’s. Er zijn geen stappen ondernomen om deze mogelijk toekomstige belemmerende gevolgen weg te nemen. De tweede mogelijke belemmering is de verplichting om binnen vier weken na verwijzing tot een behandeling te komen. Er zijn geen stappen ondernomen omdat de

verantwoordelijkheid bij de cliënt zelf ligt. De mogelijke belemmering is de eis voor een afgeronde post-HBO voeding en diabetes of gelijkwaardige opleiding door RCH DZG B.V. Er is gekozen om het niet hebben van een dergelijke opleiding stil te houden, omdat anders gedacht wordt dat er geen verwijzingen meer komen.

Tabel 2 Opsomming belemmerende gevolgen met sterke invloed op de dagelijkse praktijk

Onderwerp	Belemmerd gevolg met sterke invloed op de dagelijkse praktijk
Algemeen	• Voelen van verplichting om met zorggroepen samen te werken • Tijd dat besteed wordt aan samenwerking met de zorggroepen
Voorfinanciering	• Uitbetaling door de zorggroepen eens per kwartaal
Administratie en ICT organisatie	• Schriftelijk moeten vastleggen van patienten gegevens • Factuureisen die gesteld worden • Onduidelijkheid van declaratie in Evry
Communicatie	• Incorrecte communicatie over declaratie vanuit de zorggroep • Onduidelijke verwijsbrief • Onduidelijkheid over evaluatie moment van de samenwerking • Onduidelijkheid over hoeveel tijd gedeclareerd kan worden

3.1.3 Toelichting op de contractonduidelijkheden

Er worden twee contractonduidelijkheden genoemd in tabel 1a-kleur. Beide zullen hieronder toegelicht en waar relevant zullen vragen beantwoord worden. De eerste is de eis door RCH DZG B.V. voor een BIG-registratie. Het is onduidelijk wat een BIG registratie is. De tweede is de eisen voor het in bezit hebben van een beroepsaansprakelijkheidsverzekering door RCH DZG B.V. Het is onduidelijk wat een dergelijke verzekering is.

BIG registratie

Op de website van de Inspectie van de Gezondheidszorg van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport staat het volgende genoemd over de BIG Registratie en de Wet BIG (Ministerie VWS 2011):

“De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) moet de kwaliteit bevorderen van de zorg die beroepsbeoefenaren leveren. De wet is ook bedoeld om patiënten of cliënten te beschermen tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners. Apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen zijn verplicht zich te registreren in het BIG-register.

De inspectie houdt toezicht op de opleidingsverplichting die medische beroepsbeoefenaren hebben om hun vakkennis op peil te houden. Daarnaast controleert de inspectie de naleving van artikel 40 uit de Wet BIG. Daarin staat onder andere staat dat een individuele medische beroepsbeoefenaar verantwoorde zorg moet leveren en aan kwaliteitsbewaking moet doen.”

Een diëtist is niet verplicht om zich te registreren in het BIG-register. De eis van zorggroepen blijkt geheel onmogelijk te zijn.

Beroepsaansprakelijkheidsverzekering
Stichting ZZP-Nederland (Stichting ZZP-Nederland 2011) stelt dat

“...voor ZZP’ers in adviserende beroepen worden de risico’s op een claim door een opdrachtgever steeds groter wordt. Als een advies verkeerd uitpakt, of als u een fout maakt in de vorm van een vergissing, nalatigheid of onachtzaamheid bij uw opdrachtgever; de schade kan al snel oplopen. Opdrachtgevers stellen ook steeds vaker als eis dat u als ZZP’er verzekerd bent voor beroepsaansprakelijkheid. Een beroepsaansprakelijkheidsverzekering is veelal lastig af te sluiten en kostbaar doordat maatschappijen niet ingesteld zijn op een bedrijf met maar één werknemer zoals de ZZP’er.”

Het is niet verplicht vanuit de wet volgens Stichting ZZP-Nederland. Wel kan het mogelijk dekking bieden voor schadeclaims. De kosten van de verzekering en de kans op een schade claim en de daarbij behorende kosten zullen tegen elkaar afgewogen moeten worden

3.2 Welke mogelijke oplossingen zijn bekend om de belemmerde gevolgen met sterke invloed op dagelijkse praktijk van de voedingsacademie op te lossen?

De algemene belemmerende gevolgen ‘Voelen van verplichting om met zorggroepen samen te werken’ en ‘Tijd dat besteed wordt aan samenwerking met de zorggroepen’. Het voelen van de verplichting lijkt op zijn plaats: de noodzaak om samen te werken met zorggroepen zal in de toekomst toenemen aangezien in de toekomst meer ziektebeelden deel zullen uitmaken van de ketenzorg. Zie paragraaf 1.1.4 Toekomst perspectief ziektebeelden en integrale bekostiging voor een verdere toelichting. In paragraaf 3.1. kwam naar voren dat de overige belemmerende gevolgen die een sterke invloed hebben op de dagelijkse praktijk de algemene gevolgen, de voorfinanciering, de administratie en ICT gevolgen en de communicatie gevolgen betrof. Deze zijn samengevoegd in tabel 2 in paragraaf 3.1. Uit de aanwezige literatuur en overige bronnen zullen mogelijke oplossingen worden aangehaald in deze paragraaf.

3.2.1 Voorfinanciering, administratie en ICT organisatie

Als eerste de voorfinanciering, administratie en ICT organisatie. Het eens per kwartaal laten uitbetalen heeft een sterke invloed op de dagelijkse praktijk van ‘de voedingsacademie’. Toch bleek uit de praktijk dat er ruimte is voor onderhandelen. In paragraaf 3.1 in tabel 1b-kleur staat de ondernomen stap richting zorggroep BeRoEmD. Er werd aangegeven dat uitbetaling per kwartaal geen mogelijkheid was, en de zorggroep heeft zich aangepast door eens per maand uit te betalen. Hieruit blijkt dat het opkomen voor eigen rechten positief kan uitpakken voor ‘de voedingsacademie’. Dit sluit aan bij de mening van Robbert Huijsman. De heer Huijsman is hoogleraar integraal zorgmanagent aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit in Rotterdam. In het artikel ‘Ketenzorg vraagt ondernemerschap van de diëtist’ noemt hij dat met de komst van ketenzorg de diëtist gedwongen wordt zich ondernemend te profileren ten opzichte van zorggroepen. Hij zegt dat “...diëtisten nu moeten vechten voor het binnenhalen van een contract” (Schuurman, 2010). Gunstige financiële voorwaarden, administratieve processen en ICT steun kunnen besproken worden in contractonderhandelingen.

In paragraaf 2.1.1 kwam naar voren dat een groot deel van de zorggroepen ook knelpunten ervoer wat betreft de administratie, voornamelijk declaratie knelpunten, en ICT organisatie. Specifiek werden ‘verschillende HIS’en’, ‘koppeling ICT-ketenpartners’ en ‘ontbreken ICT-tool’ (n=21) en informatieverzameling (n=20) genoemd. De belemmerende gevolgen wat

betreft administratie en ICT organisatie spelen dus zowel bij diëtisten als bij de zorggroepen. Dit lijkt een extra motivatie te zijn om dit tijdens onderhandelingen en vergaderingen bespreekbaar te maken.

3.2.2 Communicatie en samenwerking

De tweede groep belemmerende gevolgen met een sterke invloed op de dagelijkse praktijk waren allen gevolgen van de communicatie tussen ‘de voedingsacademie’ en de zorggroepen. De genoemde communicatieve belemmeringen van ‘de voedingsacademie’ waren:

- incorrecte communicatie vanuit de zorggroep
- onduidelijke verwijsbrief
- onduidelijkheid over evaluatie moment van de samenwerking
- onduidelijkheid over hoeveel tijd gedeclareerd kan worden

Uit vele artikelen (Bakker 2010a; De Wildt & Leusink 2008; NVD 2011; NVD 2011b; NZa (2010; NMa/NZa 2010; Struijs e.a. 2009) blijkt de belangrijkheid van structurele communicatie met de betrokken zorggroepen. Duidelijk wordt dat efficiënte communicatie tot stand kan komen binnen een goede samenwerking. Nora Bakker van de NVD noemt dat diëtisten nog erg intern gericht zijn. Zij is van mening dat voor een goede samenwerking met zorggroepen een beroepsoverstijgende blik nodig is met meer kennis over de organisatie van zorggroepen en de interacties die er plaatsvinden (Bakker 2010a). Dit sluit aan bij de mening van de hoogleraar zorgmanagement van de Erasmus Universiteit in Rotterdam De heer Ruijsman noemt in het artikel ‘Ketenzorg vraagt ondernemerschap van de diëtist’ dat met de komst van ketenzorg de diëtist gedwongen wordt om op een meer generalistischere manier te denken (Schoenmakers, 2010). Dit dan door diëtist jezelf de vraag ‘Hoe past mijn zorg in het totaalplaatje van de zorg?’ te stellen. Ook noemt hij dat je ook moet weten wat andere disciplines doen binnen het traject. Dat kan volgens Huijsman helpen bij het geven van de dieetadviezen.

Als met de desbetreffende zorggroepen in gesprek wordt gegaan, is er een grote kans dat tot een oplossing gekomen kan worden. Het onderhandelen over contracten kan gezien worden als een continue proces is. Er dienen wel contractoverleggen of evaluatiemomenten van te voren gepland te worden. Zo blijkt uit ook de ervaring van de individuele diëtisten (NVD 2011; NVD 2011b). Vier diëtisten delen hun aanbevelingen en mogelijke oplossingen in onderstaande stukken.

Mevrouw Schoenmakers heeft als diëtist ervaren dat intensieve samenwerking met de huisartsen en POH's van de zorggroep erg belangrijk is (NVD 2011b). Zij noemt ook het maken van duidelijke afspraken, op het gebied van diabetes, maar ook op elk ander terrein van samenwerking. De diëtist is begonnen met het geven van groepsvoorlichting aan diabetespatiënten binnen de huisartsenpraktijken, waarbij de praktijkondersteuners aanwezig waren. Dit bleek een goede kennismaking te zijn. Sindsdien heeft zij veel tijd geïnvesteerd in de samenwerking met de huisartsen en POH's. Dit heeft haar het volgende opgeleverd: veel clientverwijzingen, het reguliere uurtarief, twee keer per jaar contractoverleg.

Mevrouw Schoenmakers heeft de volgende tips voor andere diëtisten:

- Het belangrijkste is tijd investeren in contacten
- Praat niet altijd meteen over geld, maar vooral over de werkvorm
- Blijf in contact met POH's die weerstand bieden. Vraag waar hun behoefte ligt.
- Maak kennis met nieuwe POH's, en vraag wederom naar verwachtingen
- Maak duidelijke afspraken over de taakverdeling

- Wees open naar elkaar
- Zet alles duidelijk op papier

Drie diëtisten hebben tijdens presentaties voor de NVD hun ervaringen en aanbevelingen ten aanzien van de samenwerking met zorggroepen gedeeld (NVD 2011). In paragraaf 2.2 zijn de ervaringen van de diëtisten reeds weergegeven. Hieronder volgt een opsomming van alle gegeven aanbevelingen:

- Zoek en onderhoud contact en samenwerking met collega's, huisarts en POH, overige disciplines
- Blijf je netwerk informeren over je werkzaamheden
- Wees positief en pro-actief; laat enthousiast zien wat je kunt, doet én bereikt
- Investeer tijd om te leren omgaan met een KIS
- Wees zichtbaar: laat je zien bij ketenactiviteiten
- Gebruik de afkappunten van de NVD
- Focus op kansen in plaats van bedreigingen zodat je een stevige volwaardige plek bemachtigt en de samenwerking opbouwt

3.2.3 Steun van de NVD

De diëtisten van 'de voedingsacademie' kunnen tevens steun vinden bij de NVD. Zij herkennen de problemen die diëtisten ervaren in samenwerking met zorggroepen en strijdt voor een betere positie van de diëtist. Nora Bakker, beleidsadviseur belangenbehartiging van de NVD vertelt in het Nederlands Tijdschrift voor Voeding en Diëtetiek (Bakker 2010b) hoe de NVD dit doet:

“We hebben de overheid, de zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit en de beroepsbeoefenaren in de ketenzorg, zoals huisartsen, hierop aangesproken. Daar waar het niet gaat, blijven we dit zeker doen. We hebben bovendien zitting in de implementatiecommissie integrale bekostiging van VWS, waar we problemen die diëtisten ervaren, bespreken. Zo hebben we geregeld dat de vieruursregeling via de basisverzekering voor andere aandoeningen in tact blijft.”

Nora Bakker vervolgt haar verhaal met:

“De NVD wil zoveel mogelijk diëtisten in de besturen van zorggroepen. Daarom heeft ze zorgverzekeraars voorgesteld een multidisciplinair bestuur als voorwaarde te stellen voor contractering. Dit vraagt extra inzet van diëtisten, maar zo krijgen ze wel meer invloed.”

In een interview in het tijdschrift De Eerstelijns (De Feijter 2010) komt voormalig directrice mevrouw Van den Heuvel aan het woord over ketenzorg en diëtisten. Het stoort de voormalig directrice dat de diëtisten door ketenzorg gedwongen kunnen worden te werken in een financieel én vakinhoudelijk keurslijf. Zij kaart het volgende aan:

“De focus ligt te veel op financiering en te weinig op zorginhoud. Betrokken instanties als NZa, NMa en LHV weten dat dit speelt. Er is het Meldpunt Contractering en er wordt gedacht aan een gedragscode. Maar een code kan niet voorkomen dat dit soort excessen in de praktijk blijven voorkomen. Ook de NVD heeft vooralsnog geen pasklare oplossing.”

Mevrouw Van Den Heuvel stelt dat zorgverzekeraars een belangrijke rol hebben. Ze noemt:

“Die kunnen kijken naar het bestuur en de samenstelling van de zorggroepen,

die zijn nog te veel monodisciplinair. Ze kunnen afspraken maken over de geleverde zorg. Een prestatieindicator waaruit de meerwaarde van de eerstelijnsdiëtist blijkt is ook een stap in de goede richting.” (De Feijter 2010).

Samenvatting

Het lijkt dat ‘de voedingsacademie’ richting zorggroep BeRoEmD reeds heeft ervaren hoe belemmerende gevolgen weggenomen kunnen worden. Door het niet eens te zijn met de uitbetalingstermijn van een kwartaal en een maand te eisen. De literatuur laat zien dat een basisvoorwaarde voor een vruchtbare participatie in zorggroepen de diëtist gedwongen wordt zich ondernemend te profileren. Er moet gevochten worden voor het binnenhalen van een goed contract. Tijdens de onderhandelingen kunnen gunstige financiële voorwaarden, administratieve processen en ICT steun kunnen besproken worden in contractonderhandelingen.

Hiermee samenhangend is de opinie van de NVD. Zij stelt dat voor een goede samenwerking met zorggroepen beroepsoverstijgende blik nodig is met meer kennis over de organisatie van zorggroepen en de interacties die er plaatsvinden.

Ook diëtisten uit het werkveld komen met mogelijke oplossingen:

- Het belangrijkste is tijd investeren in contacten
- Onderhoud contact en samenwerking met collega's, huisarts en POH, overige disciplines
- Blijf in contact met POH's die weerstand bieden. Vraag waar hun behoefte ligt.
- Maak kennis met nieuwe POH's, en vraag wederom naar verwachtingen
- Maak duidelijke afspraken over de taakverdeling
- Zet alles duidelijk op papier
- Wees open naar elkaar
- Wees positief en pro-actief; laat enthousiast zien wat je kunt, doet én bereikt
- Praat niet altijd meteen over geld, maar vooral over de werkvorm
- Wees zichtbaar: laat je zien bij ketenactiviteiten
- Gebruik de afkappunten van de NVD
- Focus op kansen in plaats van bedreigingen zodat je een stevige volwaardige plek bemachtigt en de samenwerking opbouwt

Duidelijk wordt dat efficiënte participering in zorggroepen door ‘de voedingsacademie’ vraagt om investering in het contact met alle betrokken partijen. Heldere communicatie kan beter tot stand kan komen binnen een goede samenwerking, waarin de kansen worden benadrukt.

4. Conclusies

De diëtistenpraktijk ‘de voedingsacademie’ ervaart door de samenwerking met zorggroepen tal van belemmeringen voor haar organisatie. Deze belemmeringen riepen vele vragen op, aangezien zijn veel tijd en geld opeisten van de praktijk. Er bleek een sterke behoefte te zijn voor achtergrond en praktische informatie rondom zorggroepen en de samenwerking met zorggroepen. De volgende probleemstelling is in dit rapport beantwoord:

Op welke manier kan de voedingsacademie participeren in zorggroepen, zodat eventuele nadelen minimaal - en eventuele voordelen optimaal merkbaar zijn?

Het beantwoorden van deze probleemstellingen is gedaan aan de hand van deelvragen, gepresenteerd in de inleiding op pagina 7 van dit rapport. De conclusies van de antwoorden op deze vragen staan hieronder weergegeven.

Achtergrond en organisatie van zorggroepen

Om de zorg te verbeteren heeft het ministerie van VWS het multidisciplinaire behandelingstraject aan de zorgmarkt toegevoegd. Om dit te implementeren zijn tevens integrale bekostiging en zorggroepen geïntroduceerd. De regering heeft wil dat de zorg om de patiënt wordt georganiseerd in plaats van andersom. Het beoogde voordeel is betere bereikbaarheid van hogere kwaliteit van de zorg voor de patiënt. Dit, doordat zorgaanbieders gestimuleerd worden om de zorg rondom de zorgvraag beter te organiseren. De beoogde trekkers van de zorggroepen zijn huisartsen. De praktijk wijst echter uit dat zij hier niet altijd capabel voor zijn of geen tijd voor vrij maken. Hierop inspeland worden managers en bedrijfskundigen ingehuurd om de zorggroepen te leiden en organiseren. Desondanks blijven het jonge organisaties; de meeste zijn opgericht in 2007 en 2008. Organisaties die tijd nodig blijken te hebben voor professionalisering. Dit blijkt onder andere uit de organisatorische belemmeringen die zij ervaren.

Tot nu bekende resultaten, effecten en gevolgen van zorggroepen

Zorggroepen

Zowel de zorggroepen zelf, als diëtisten ervaren belemmeringen in de samenwerking met elkaar. De zorggroepen ervaren vooral de algemene organisatie en declaratie, de ICT-organisatie en de samenwerking en de afstemming met andere zorgaanbieders als belemmeringen. De samenwerking werkt soepeler als zorggroepen contact hebben met maatschappen of samenwerkingsverbanden waarin meerdere diëtisten vertegenwoordigd zijn. Twee of drie afgevaardigden van de groep diëtisten kunnen fungeren als ‘contactpersoon’.

Diëtisten in het algemeen

Diëtisten ervaren zwakke onderhandelingspositie ten opzichte van de zorggroepen. Dit doordat een regio heeft vaak maar een zorggroep, waardoor vrijwel alle diëtisten in de regio zich aansluiten bij de desbetreffende zorggroep. Dit komt tot uiting in het aantal uren voor de diabetesbehandeling waarmee de diëtisten akkoord gaan. De NVD maakt zich zorgen hierover, en wijst op de professionele verantwoordelijkheid van de diëtisten. Het opkomen voor de nodige uren voor de behandeling, en daarmee het waarborgen van de kwaliteit van de behandeling en het vak als geheel is hiervan een voorbeeld.

Opvallend is dat een deel van de diëtisten kiest om geen contracten aan te gaan met zorggroepen. Redenen die worden aangegeven zijn: geen binding met zorggroep, twijfels over de kwaliteit en het bedienen van een andere patiëntengroep. Een ander deel heeft nog geen contract wegens: het zijn van een startende praktijk, nog in onderhandeling zijn, of communicatieproblemen.

De praktijkervaring van diëtisten leert dat in samenwerking met elkaar zij sterkere onderhandelingspositie kunnen verwerven.

Er werden vele belemmeringen aangekaart door diëtisten: gebrek aan informatie en materiaal, onduidelijkheid over de samenwerking met de POH, veel afspraak afzeggingen, meer administratief werk, veel tijd kwijt aan communicatie,

Het veelvuldig contact hebben met de zorggroep en het werken met een KIS wordt positief aangemerkt. Door openheid en transparante deling van patiëntengegevens weten de betrokkenen wat er speelt. Het samenwerken en duidelijk communiceren met de zorggroepen, huisartsen POH's kost tijd, maar kan veel opleveren: uniforme registratie en meer verwijzingen zijn hier voorbeelden van.

De voedingsacademie

De voedingsacademie ervaart verschillende belemmerende gevolgen door de samenwerking met zorggroepen. Op de volgende gebieden spelen belemmeringen: voorfinanciering, onduidelijkheden in het contract, administratie en ICT organisatie en communicatie. Toch lijkt slechts een deel van de gevolgen een sterke invloed te hebben op de dagelijkse praktijk. Een ander deel lijkt eventueel in de toekomst voor belemmerende gevolgen te kunnen zorgen of zijn onduidelijkheden die door onderzoek zijn weggenomen.

Praktische omgang met belemmerende gevolgen

Prioriteit stelling belemmerende gevolgen

Om efficiënt te kunnen participeren in zorggroepen in de toekomst verdient het aanbeveling om de belemmeringen met een sterke invloed op de dagelijkse praktijk als eerste onder de loep te nemen. Dan blijkt dat de voorfinanciering, administratie en ICT organisatie, communicatie de grootste belemmerende gevolgen zijn voor 'de voedingsacademie'.

Mogelijke oplossingen

Het lijkt dat 'de voedingsacademie' richting zorggroep BeRoEmD reeds heeft ervaren hoe belemmerende gevolgen weggenomen kunnen worden. Het niet eens te zijn met de uitbetalingstermijn van een kwartaal en een maand te eisen is hier een voorbeeld van. De literatuur laat zien dat een basisvoorwaarde voor een vruchtbare participatie in zorggroepen de diëtist gedwongen wordt zich ondernemend te profileren. Er moet 'gevochten' worden voor het binnenhalen van een goed contract. Tijdens de onderhandelingen kunnen gunstige financiële voorwaarden, administratieve processen en ICT steun kunnen besproken worden in contractonderhandelingen.

Hiermee samenhangend is de opinie van de NVD. Zij stelt dat voor een goede samenwerking met zorggroepen beroepsoverstijgende blik nodig is met meer kennis over de organisatie van zorggroepen en de interacties die er plaatsvinden. Ook diëtisten uit het werkveld komen met mogelijke oplossingen:

- Tijd investeren in contact en samenwerking met collega's, huisarts en POH, overige disciplines
- Blijf in contact met POH's die weerstand bieden. Vraag waar hun behoefte ligt.
- Maak duidelijke afspraken over de taakverdeling; zet alles duidelijk op papier
- Wees open, positief en pro-actief; laat enthousiast zien wat je kunt, doet én bereikt
- Praat niet altijd meteen over geld, maar vooral over de werkvorm
- Wees zichtbaar: laat je zien bij ketenactiviteiten
- Gebruik de afkappunten van de NVD
- Focus op kansen in plaats van bedreigingen zodat je een stevige volwaardige plek bemachtigt en de samenwerking opbouwt

5. Discussie en aanbevelingen

Zorggroepen zijn door het ministerie van VWS in het leven geroepen. De zorggroepen en zorgaanbieders hebben via het ziektebeeld diabetes kennis gemaakt met de complexiteit die de verandering van de zorgmarkt met zich meebrengt. Deze complexiteit gaat gepaard met vele belemmerende gevolgen voor zorgaanbieders. Huidig rapport laat echter ook de achtergrond van deze belemmerende gevolgen zien én dat er mogelijke oplossingen bekend zijn. Dit lijkt een plezierig, maar ook nodig, feit te zijn aangezien er meer ziektebeelden hun intrede zullen doen in de ketenzorg. Hiermee krijgen ongetwijfeld meer en meer diëtisten mee te maken. Deze oplossingen vragen om meeverandering met de zorgmarkt. Door samenwerking met betrokkenen. Dit vraagt om tijd en inzet, maar de voorbeelden van de ‘best practices’ en de visie van experts in het vakgebied bevestigen dat de investering zeker terugverdient kan worden. Des te meer is de centrale vraag in dit rapport waarschijnlijk een gepaste vraag voor een groot deel van de diëtisten in de eerste lijn. De vraag ‘Hoe kunnen we optimaal participeren in en samenwerken met zorggroepen?’ zal naar alle waarschijnlijkheid vaker gesteld worden door zorgaanbieders. Aangezien het VWS plannen maakt om ook artrose, astma, CVA, depressie, hartfalen en obesitas deel uit te laten maken van de ketenzorg. Er is een evaluatiecommissie ingesteld door dit ministerie die de komende drie jaar de invoering van integrale bekostiging gaat monitoren en evalueren. Tot dat het moment komt dat alles vlekkeloos georganiseerd is rondom zorggroepen lijkt het essentieel voor de betrokkenen te leren omgaan met de veranderingen. Dit geldt ook voor ‘de voedingsacademie’. Hieruit vloeit de eerste aanbeveling voort:

Aanbeveling 1: Accepteer en verander mee met de nieuwe zorgmarkt

Om de nieuwe zorgmarkt te kunnen accepteren en mee te veranderen wordt aanbevolen om verdere verdieping in de zorgmarkt te bewerkstelligen. Zowel de overheid, als de zorggroepen, de huisartsen, diëtisten en andere betrokkenen hebben de afgelopen jaren gemerkt dat de praktijk een goede leerschool kan zijn. Vermoedelijk zal dit in de toekomst doorgaan. Door zich te verdiepen in de ketenzorg en zorggroepen kan ‘de voedingsacademie’ een inhaalslag maken. Een inhaalslag die de gewenste optimale participatie kan bewerkstelligen. Naar mate de materie en de praktijk meer eigen wordt van ‘de voedingsacademie’, kunnen kansen waarschijnlijk beter herkend worden. Tevens kan dit leiden tot meer zekerheid ten aanzien van het contact met de zorggroepen. Ook tijdens onderhandelingen en het maken van cruciale afspraken. De verdieping in ketenzorg en zorggroepen kan tevens de noodzakelijke beroepsoverstijgende blik voeden. De NVD communiceert naar haar leden dat hierdoor samenwerking beter tot stand kan komen. Antwoord vinden op de vraag: ‘Hoe past mijn zorg in het totaalplaatje van de zorg?’ kan ook richting geven aan deze beroepsoverstijgende blik. Tevens wordt in de literatuur aanbevolen om kritisch naar de eigen onderneming te kijken. De verdieping in zorggroepen en inzicht in eigen bedrijfsvoering kan ‘de voedingsacademie’ helpen om optimaal te participeren in zorggroepen. Dit leidt tot de volgende aanbeveling:

Aanbeveling 2: Investeer tijd voor de verdieping in de ketenzorg en zorggroepen

De mogelijke oplossingen voor ‘de voedingsacademie’ lijkt hun basis te vinden contacten met betrokken partijen. Wat ook meespeelt volgens experts is de de profilering richting deze contacten. Hoewel als belemmerend gevolg de communicatie en extra tijdsinvestering naar voren kwam, lijkt dat tevens de oplossing te kunnen zijn. De samenwerking zorggroepen zal continueren, goed contact met hen en alle betrokkenen is daarom een aan te bevelen

doelstelling. Een goed contact met mensen als ingehuurde managers, huisartsen en POH's kan veel opleveren. Er kan gekeken worden wie deze mensen zijn, hoe ze benaderd kunnen worden en op welke structurele manier het contact onderhouden wordt. En misschien wel de belangrijkste vraag: door wie? Er zal tijd aan besteed moeten worden om vervolgens van de contacten en de samenwerking voordeel te ervaren. Belangrijk hierbij is het meedenken met de relevante contacten. Waar ligt de behoefte hen? Hoe kunnen we onze toegevoegde waarde laten zien? De volgende aanbeveling luidt:

Aanbeveling 3: Investeer tijd in het opbouwen van relevante contacten

Een deel van de relevante contacten zijn ook collega diëtisten. De samenwerking tussen diëtisten heeft voordelen voor zowel de zorggroepen als de diëtisten zelf. Samenwerking van diëtisten is gunstig voor hen omdat ze afspraken kunnen maken over de kwaliteit van de zorg. Tevens kunnen ze onderling hun ervaringen delen en vormen ze een aantrekkelijkere gesprekspartner voor de zorggroepen. De zorggroep heeft werk aan contractonderhandelingen en de diëtist waarschijnlijk eerder zicht op een goed contract.

De voedingsacademie kan ervaringen over de aanwezige belemmerende gevolgen delen met andere diëtisten in een samenwerkingsverband. Er kan een wensen en eisenpakket worden geformuleerd door de groep. Twee of drie vertegenwoordigers van de diëtisten kan daadwerkelijk in gesprek gaan met de zorggroepen. Zij kunnen zich hierin deels specialiseren. Door gebruik te maken van de aanwezige hulpbronnen is een dergelijke samenwerking praktisch mogelijk te maken. De NVD heeft tal van adviezen in hun gedeelte over ketenzorg op hun website. Tevens zijn regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) in het leven geroepen door de overheid om dergelijke samenwerkingsverbanden kosteloos te ondersteunen. Hieruit volgt de volgende aanbeveling:

Aanbeveling 4: Werk samen met andere diëtisten

In 'het huis' van de zorggroepen, de huisartsenpraktijken, bevinden zich twee erg belangrijke spelers. Huisartsen hebben tegenwoordig vaak POH's die veel contacten onderhouden en ook vaak een deel van de (dieet-) zorg op zich nemen. Dit omdat dit goedkoper is voor de huisartsen dan een diëtist inhuren. Toch in deze situatie om te buigen naar een gunstige situatie voor de diëtist. Met de zorgstandaarden en de aanwezige competenties kunnen diëtisten hun plekje veroveren tussen de huisartsen en POH's. Wel vraagt dit tijd en aandacht, maar diëtisten doen het. Dit kan als motivatie gezien worden voor 'de voedingsacademie'. Een POH's kan zorgen voor veel verwijzingen. Hoogstwaarschijnlijk zal dit vooral gedaan worden als het contact goed is, wederzijdse interesse wordt getoond en nauw samen wordt gewerkt. Een proactieve houding ten opzichte van de huisartsen en POH's verdient de aanbeveling. Bij problemen of weerstand bij overleggen kan er gevraagd worden naar de behoefte van de desbetreffende persoon. Ook dit omvat het participeren in zorggroepen, met zo min mogelijk nadelen en zo veel mogelijk voordelen. Daarom de laatste aanbeveling:

Aanbeveling 5: Werk nauw samen met huisartsen en POH's

Terugblik op het onderzoek

Ondanks de bovenstaande conclusies en aanbevelingen voor 'de voedingsacademie' heeft onderliggend rapport enkele beperkingen gekend. Als eerste zijn de interviews van de mensen werkzaam bij 'de voedingsacademie' is gebaseerd op de getekende contracten met de zorggroepen. Aangezien dit ook een begin document is geweest in de samenwerking met de

zorggroepen, leek dit een verantwoorde keuze. Toch is het goed mogelijk dat er tevens belemmeringen spelen die niet zijn terug te brengen naar de inhoud van de contracten. Er kunnen eventueel belemmerende gevolgen gemist zijn hierdoor.

Een andere beperking vormt het onderzoek naar oplossingen voor de belemmerende gevolgen. Dit is uitsluitend gedaan door literatuur onderzoek. Een andere optie was om in de regio van de zorggroepen diëtisten te interviewen over hun ervaringen met zorggroepen. Het tijdsbestek van vier maanden liet dit echter niet toe.

Desondanks hebben de interviews en het literatuuronderzoek naar oplossingen voor optimale participatie richting kunnen geven voor mogelijkheden in de toekomst.

Blik in de toekomst

Het onderzoek roept een aantal praktische vragen op. De voedingsacademie gaf aan veel tijd kwijt te zijn aan de samenwerking met zorggroepen. Echter een vruchtbare samenwerking vraagt tevens om een tijdsinvestering. Dit roept de vraag ‘Hoe kan de voedingsacademie tijd maken om de aanbevelingen te implementeren?’ op. Een andere vraag die gesteld kan worden is: ‘Wie gaat deze implementatie leiden?’. Antwoorden op de laatste vraag is: een intern iemand of een extern iemand. Beide zullen een tijds - en daarom ook een financiële investering vragen. Inzicht in hoeveel tijd en geld er beschikbaar is om te investeren lijkt op zijn plek. Zicht op toekomstige opbrengsten van de te ondernemen acties lijkt tevens gerechtvaardigd. Dit roept weer een andere vraag op: ‘Hoeveel geld heeft de samenwerking met zorggroepen ‘de voedingsacademie’ gekost?’. En ‘Wat zijn de kosten als de situatie zo blijft zoals deze is?’, ‘Wat is de prognose voor de kosten bij de implementatie van één of alle aanbevelingen?’. Deze vragen zouden in toekomstig onderzoek beantwoord kunnen worden. Afhankelijk van de beschikbare financiële middelen kan dit eventueel uitbesteed worden aan een stagiair, beginnend professional of een ervaren professional. Het relevante werkveld is niet meer de voedingsinhoudelijke diëtetiek, maar de bedrijfskundige kant van het vak. Aanbeveling die gedaan kan worden is daarom ook om bedrijfskundigen of bedrijfseconomen of mensen met kennis van marktwerking, bedrijfskunde en bedrijfseconomie.

Voor de opleiding Voeding en Diëtetiek lijkt het eveneens terecht om de volgende vraag te stellen: ‘Hoe kunnen wij mee veranderen in de veranderende zorgmarkt waar de diëtist zich in begeeft?’. De diëtist zal meer te maken krijgen met zorggroepen. Daarom zal de beroepsoverstijgende blik en de ondernemende houding om haar diensten te blijven verkopen nodig zijn. Om diëtisten op te leiden die zich een weg weten te vinden binnen de complexer wordende zorgmarkt zullen de competenties van diëtist aangepast moeten worden. Het kritisch kijken naar de zorgmarkt, ketenzorg, zorggroepen en de diëtist in dit geheel lijkt ook een taak voor de opleiding Voeding en Diëtetiek in Den Haag en heel Nederland. De vraag die dit oproept is: ‘Hoe?’, ‘Wie?’, ‘Wanneer?’.

Slotwoord

Duidelijk is dat dat efficiënte participering in zorggroepen door ‘de voedingsacademie’ vraagt om investering in het contact met alle betrokken partijen. Het onderhouden van de contacten, heldere communicatie kan leiden tot een goede, vruchtbare samenwerking. In de veranderende zorgmarkt schuilen vele kansen. Die overheid, zorggroepen, huisartsen, diëtisten zijn allen op zoek naar de juiste werkvormen om deze kansen te benutten. Het vinden van de juiste werkvorm gaat hand in hand met proactieve houding van de diëtist en zodoende een plek te veroveren in de zorggroepen.

Literatuurlijst

Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J. (2005). Basisboek Kwalitatief onderzoek. *Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv, 2e druk.

Bakker, N. (2010a), *Diëtisten in zorggroepen – verslag van de enquête gehouden in september 2010*, NVD Nieuws, p. 7-8.

Bakker, N. (2010b), *NVD strijdt voor betere positie diëtist*, Nederlands Tijdschrift voor Voeding en Diëtetiek, nr. 65, p. 22.

Blokstra, A., Verschuren, W.M.M., Baan, C.A., Boshuizen, H.C., Feenstra, T.L., Hoogenveen, R.T., Picavet, H.S.J., Smit, H.A. & Wijga A.H. (2007). *Vergrijzing en toekomstige ziektelast Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025*. RIVM rapport 260401004/2007

BoZ (2005), *Zorgbrede Governancecode*. Utrecht: Brancheorganisaties Zorg, p. 4-6.

Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2010) *Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten*. Den Haag: Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

De Feijter, C. (2010) *'Het vak is volwassen en mag niet in de uitverkoop'*, De Eerstelijns, nr. 8, p. 13-16.

De Wildt, J.E., Leusink, G.L., (2008) *Nulmeting Zorggroepen Een beschrijvend onderzoek van de karakteristieken*, Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, ISBN/EAN: 978-90-72225-44-3.

GIANTT, (2009), *Rapportage diabeteszorg periode 04/02/2008 - 03/02/2009*, http://www.giantt.nl/bm_voorbeeld.pdf.

Hoogendoorn, E.J.I., Feenstra, T.L., Rutten-van Mölken, M.P.M.H. (2004). *Inventarisatie van het gebruik en de kosten van zorg voor astma en COPD in Nederland*. RIVM rapport 260604001/2004, p. 25-53.

Limperg, K. (2009) *Rookprevalentie 2004-2008*. Continu onderzoek rookgewoonten. Amsterdam: TNS NIPO.

Ministerie VWS (2011), Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Wetten Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)*, 17 augustus 2011, http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/wetten/wet_big/

Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) (2007), *Zorgstandaard: Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2*, Amersfoort, p. 14-15.

NZa (2010) *Uitvoeringstoets: Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg. Verruiming grenzen en soorten ketens*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, p. 11-12

NMa/NZa (2010) *Richtsnoeren zorggroepen*. Nederlandse Mededingingsautoriteit/Nederlandse Zorgautoriteit, p. 17-18.

NVD (2011), *Ketenzorg en samenwerking*, 9 augustus 2011, <http://www.nvdietist.nl/content.asp?kid=10301724>

NVD (2011a), *ROS'sen verbinden, verbeteren en versterken de eerste lijn*, NVD Nieuws, p. 9.

NVD (2011b), *Dietist en ketenzorg: dietist en praktijkondersteuner; een gouden koppel*, NVD Nieuws, p. 13.

Poortvliet, M.C., Schrijvers, C.T.M., Baan, C.A, 2007, *Diabetes in Nederland Omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in de toekomst*. RIVM Rapport 260322001/2007

Schuurman, C. (2010), *Ketenzorg vraagt ondernemerschap van diëtist*, Nederlands Tijdschrift voor Voeding en Diëtetiek, nr. 65, p. 20-21

Stichting ZZP-Nederland, *Beroepsaansprakelijkheid*, 17 augustus 2011, <http://www.zzp-nederland.nl/artikel/beroepsaansprakelijkheid>

Struijs JN, van Til JT, Baan CA. (2009) *Experimenteren met de keten-dbc diabetes. De eerste zichtbare effecten*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM rapportnummer 260014001, p. 26-30.

Struijs JN, van Til JT, Baan CA. (2009b) *Experimenteren met de keten-dbc diabetes. De eerste zichtbare effecten*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM rapportnummer 260014001, p. 52-53

Struijs, J.N., Van Til, J.T., De Wildt, J.E. (2010a). *De organisatie van zorggroepen anno 2010*, RIVM Rapport 260332001, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), pp. 13-14.

Struijs, J.N., Van Til, J.T., De Wildt, J.E. (2010b). *De organisatie van zorggroepen anno 2010*, RIVM Rapport 260332001, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), p. 22.

Struijs, J.N., Van Til, J.T., De Wildt, J.E. (2010c). *De organisatie van zorggroepen anno 2010*, RIVM Rapport 260332001, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), p. 28-29

Struijs, J.N., Van Til, J.T., De Wildt, J.E. (2010d). *De organisatie van zorggroepen anno 2010*, RIVM Rapport 260332001, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), p. 37-46.

Taakgroep (2005) *Diabeteszorg beter*. Rapport van de Taakgroep Programma Diabeteszorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS (2008a) *Programmatische aanpak van chronische ziekten*. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 13 juni 2008. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS (2008a) *De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging*. Brief van dr. A. Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 22 december 2008. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bijlagen

Bijlage 1 Voorbereiding telefonisch interview

Zorggroepen: belemmerende gevolgen voor de organisatie en bedrijfsvoering van de voedingsacademie

Het doel van dit telefonische interview is achterhalen van de belemmerende gevolgen door deelname aan zorggroepen voor de organisatie en bedrijfsvoering van de voedingsacademie. Deze gevolgen vormen de basis voor de aanbevelingen die gemaakt zullen worden in het ‘Adviesrapport participeren in zorggroepen’.

Het interview volgt de structuur van de contracten, die getekend zijn met de zorggroepen RCH Diabeteszorggroep B.V., Zorggroep BeRoEmD, en Chronos B.V. Elk contract zal apart besproken worden. Om de interviews zo efficiënt mogelijk te laten verlopen, vraag ik u om voor het interview de volgende voorbereidingen te treffen:

- Markeer de irrelevante punten uit het contract: deze zijn reeds organisatorisch verwerkt en vormen geen belemmering meer voor de organisatie van de voedingsacademie
- Stuur een kopie van alle drie de gemarkeerde contracten op naar de interviewer, Arnold Baldé
- Lees de vragen en de contracten door zodat u een zo compleet mogelijk antwoord kunt geven op de vragen tijdens het interview
- Op 28 oktober 2010 (10.30-11.15) en 2 november 2010 (13.30-14.15) zullen de interviews plaatsvinden.

Algemene structuur van het interview

Algemeen

1. Wanneer is het contract ingegaan?

Bij elk relevant punt uit het contract:

2. Wat voor belemmerende gevolgen heeft punt ... voor de organisatie en bedrijfsvoering van de voedingsacademie? (noem voorbeelden)
3. Zijn er stappen ondernomen om met bij vraag 2. genoemde gevolgen om te gaan in de praktijk?
 - a. Zo ja, welke...
 - b. Zo niet, heeft u zelf ideeën over mogelijke oplossingen voor het wegnemen van de genoemde belemmerende gevolgen? Kunt u deze uitleggen?
4. Heeft u nog andere opmerkingen of overige informatie die u wil delen ten aanzien van bij vraag 2. genoemd punt?

Persoonlijke informatie geïnterviewde

5. Naam Brenda Frunt en Ilvie van Schijndel
6. Functie bij de voedingsacademie
Mevrouw Frunt is initiatiefneemster/diëtist en mevrouw Van Schijndel is projectontwikkelaar en –leidster.

Bijlage 2 Telefonisch interview met Brenda Frunt en Ilvie van Schijndel Zorggroepen; belemmerende gevolgen voor de voedingsacademie

Mevrouw Brenda Frunt en Ilvie van Schijndel zijn telefonisch geïnterviewd volgens de structuur uit bijlage 2. Hieronder worden de antwoorden weergegeven. Als bij het contract met zorggroep BeRoemd, als tweede komt zorggroep RCH aan bod, en de zorggroep is Chronos.

Zorggroep BeRoEmD

1. Wanneer is het contract ingegaan?

Hier hebben het meeste mee te maken; vanaf mei 2010, eigenlijk vanaf 1 januari 2010, maar we zijn begonnen met declareren vanaf mei. En het contract eindigt op moment dat overeenkomst met de zorggroep en de verzekering komen te vervallen.

2. Wat voor belemmerende gevolgen heeft punt ... voor de organisatie en bedrijfsvoering van de voedingsacademie? (noem voorbeelden)

Er zijn geen specifieke punten uit het contract die belemmerende gevolgen voor ons hebben. Wel blijkt uit de praktijk dat de samenwerking met Zorggroep BeRoEmD zorgt voor belemmerde gevolgen voor ons.

Als eerste de uitbetaling per kwartaal is voor ons een grote belemmering. Dit zorgt voor een aanspraak op onze financiële middelen. Ook is de verplichte deelname aan nascholingsprogramma's een belemmering voor ons. Dit moeten we namelijk zelf betalen.

Het is niet duidelijk hoe de cliënt gedeclareerd moet worden: bij BeRoEmD of bij zorgverzekeraar. Dit is nog geen functie in ons software programma Evry. Wel hebben we nu (begin november 2010) bericht gekregen over een update in Evry. Nu kunnen rekeningen of facturen ook doorgestuurd worden naar de zorggroep. Per consult staan nu drie declaratiemogelijkheden aangeven: zorggroep, verzekering, en cliënt. We moeten nog wel leren omgaan met deze toevoeging.

Het is niet altijd duidelijk of cliënt via BeRoEmD doorverwezen wordt of via de reguliere weg. Op de verwijfsbrief staat dit vaak niet aangegeven of de patiënt via BeRoEmD of via een huisarts komt.

Onduidelijkheid over welke cliënten wel en niet bij de DBC of Zorggroep horen. Dit speelt trouwens bij elke zorggroep. Daarom is het voor ons onduidelijk hoe we moeten declareren.

Verder is de communicatie vanuit BeRoEmD soms incorrect. Ze gaven bijvoorbeeld verkeerde informatie over hoe te declareren. Dit tijdens een vergadering die ons drie uur heeft gekost, maar niks positiefs heeft opgeleverd. We hebben zelf alles gecontroleerd en toen bleek dat de gegeven informatie door BeRoEmD incorrect te zijn. Dit heeft veel tijd gekost, en dus ook veel geld.

3. Zijn er stappen ondernomen om met bij vraag 2. genoemde gevolgen om te gaan in de praktijk?
 - a. Zo ja, welke...

A. Brenda heeft op 23 November een afspraak met de voorzitter van BeRoEmD , een ingehuurde adviseur, Theo Bisschops. We hebben aangegeven dat we de voorfinanciering niet wilden betalen. Daarom mogen we nu maandelijks betalen, maar voor hoe lang kan dat? We hebben een concept opgestuurd mogelijke verwijsbrief.
4. Heeft u nog andere opmerkingen of overige informatie die u wil delen ten aanzien van bij vraag 2. genoemd punt?

Nee.

Zorggroep RCH DZG B.V.

Wanneer punten uit het contract zijn letterlijk overgenomen, ook onvolledigheden en spelfouten zijn gekopieerd zodat een zo compleet beeld gevormd kan worden over het desbetreffende punt en de eventuele belemmerde gevolgen hier van.

1. *Wanneer is het contract ingegaan?*

1-7-2010 tot 1-1-2011

In mei is het contract getekend, maar in september 2010 is ‘de voedingsacademie’ er mee gaan werken.

2. *Wat voor belemmerende gevolgen heeft punt ... voor de organisatie en bedrijfsvoering van de voedingsacademie? (noem voorbeelden)*

Artikel 3

Belemmerd gevolg 1 – De diëtist heeft de post -HBO opleiding voeding en diabetes, dan wel een gelijkwaardige opleiding, gevolgd en afgesloten met een certificaat. Dit is een belemmering want dat certificaat hebben we niet.

Belemmerd gevolg 2 – De diëtist is big geregistreerd. Wat is een Big registratie?

Belemmerd gevolg 3 – De diëtist verplicht zich tot het uitvoeren van de genoemde behandeling binnen 4 weken na verwijzing. Wij zijn dit verplicht stellen zij verplicht, maar de cliënt is zelf verantwoordelijk voor contact opnemen met diëtist. Het ligt dus buiten onze controle.

Belemmerd gevolg 4 – De diëtist levert desgewenst een bijdrage aan groepseducatie, georganiseerd door RCH DZG B.V. voor de in het diabetesprotocol opgenomen patiënten. Dit kan niet gedeclareerd worden door ons.

Belemmerd gevolg 5 – De diëtist alsmede zijn/haar medewerkers zijn verplicht deel te nemen aan nascholingsprogramma's georganiseerd door RCH DZG B.V. over onderwerpen die voortvloeien uit de uitvoering van het Diabeteszorgprogramma van de RCH DZG B.V. tot een maximum van 2 dagen per jaar.

Artikel 4.

Belemmerd gevolg 1 – De diëtist ontvangt in 2010 van RCH DZG B.V. een vergoeding per behandelde patiënt per jaar inclusief de rapportage hierover aan de huisarts conform de gemaakte procedures. Dit tarief is gebaseerd op de gemiddelde behandelduur van de totale patiëntengroep zoals weergegeven in tabel 2. Wat betekent dit?

Belemmerd gevolg 2 – De diëtist declareert uiterlijk de 15^e van de maand volgend op het kwartaal, dus uiterlijk 15 april, 15 juli, 15 oktober, en 15 januari het volledige tarief voor die patiënten die bij de diëtist het voorafgaande kwartaal nieuw in zorg zijn gekomen.

Belemmerd gevolg 3 – Er kan voor iedere patiënt slechts 1x per kalenderjaar het bedrag oer patiënt zoals genoemd in art. 4 lid 1 worden gefactureerd aan de RCH DZG B.V. We moeten alles opsparen en ondertussen rekeningen betalen uit eigen zak; we moeten dus voorfinancieren.

Belemmerd gevolg 4 – Op de elektronische factuur van de diëtist worden vermeld: initialen, naam, eventueel gehuwde naam, geboortedatum, BSN nummer, zorgverzekeraar, polisnummer. Dit alles volgens een formaat nader af te spreken tussen RCH DZG B.V. en de diëtist. Deze afspraken zijn nog niet gemaakt.

Belemmerd gevolg 5 – Partijen maken nadere afspraken over de kosten van deelname door beroepsbeoefenaren aan de in artikel 3 bedoelde bij- en nascholingen. Deze afspraken zijn nog niet gemaakt.

Artikel 5

Belemmerd gevolg 1 – De diëtist draagt voor zorg een beroepsaansprakelijkheidsverzekering voor zichzelf en zijn/haar medewerkers. Dit hebben we niet, omdat het duur is. Dan zouden we verlies lijden. We zijn wel bij VVAA aangesloten. Dit is een ledenorganisatie in het hart van de gezondheidszorg die kennis, zekerheid en service biedt aan medici, paramedici, studenten voor die beroepen en zorginstellingen in Nederland. Maar is dit ook een beroepsverzekering?

Artikel 8

Geen belemmerde gevolgen bij dit artikel.

Vraag vanuit de interviewer:

In het contract staat opgenomen onder lid 6: “RCH DZG B.V. en de Diëtisten voeren uiterlijk op 1 november 2010 een evaluatie uit waarin de kwaliteit en kwantiteit van de samenwerking zal worden belicht en zonodig in overleg worden bijgestelde.” Is deze er geweest?

Nee. *Waarom niet?* Geen aandacht aan besteed.

3. *Zijn er stappen ondernomen om met bij vraag 2. genoemde gevolgen om te gaan in de praktijk?*

a. *Zo ja, welke...*

b. *Zo niet, heeft u zelf ideeën over mogelijke oplossingen voor het wegnemen van de genoemde belemmerende gevolgen? Kunt u deze uitleggen?*

Artikel 3

Post HBO opleiding. Dit willen we liever stil houden. Anders krijgen we geen verwijzingen. In de toekomst willen we deze opleidingen wel gaan volgen, maar we zitten in de opstartfase van ons bedrijf, dus er is geen geld voor opleidingen. Dit heeft niemand, maar toch contract getekend, omdat we anders geen verwijzingen meer zouden krijgen.

Artikel 4

Zijn de nadere afspraken over bijscholingen al gemaakt?

Nee, nog niet.

4. *Heeft u nog andere opmerkingen of overige informatie die u wil delen ten aanzien van bij vraag 2. genoemd punt?*
Nee.

Zorggroep Chronos

We hebben tot nu toe nog geen patiënt via Chronos binnen gekregen. Dadelijk starten we in Vugt

1. *Wanneer is het contract ingegaan?*
1-1-2010 tot 1-1-2011
2. *Wat voor belemmerende gevolgen heeft punt ... voor de organisatie en bedrijfsvoering van de voedingsacademie? (noem voorbeelden)*

Artikel 3.

Belemmerd gevolg 1 – Diëtist neemt deel aan kwaliteitscycli die eventueel door hoofdcontractant worden aangeboden.

Artikel 5

Belemmerd gevolg 1 – Uitwisseling van gegevens zal, in afwachting van een elektronisch Keten Informatie Systeem, schriftelijk gebeuren. Alles schriftelijk? Wat zijn de kosten hiervan? Al het extra werk en tijd? Wie betaald dit? Hier wordt niks over gezegd.

Artikel 8

Belemmerd gevolg 1 – De declaratie dient te voldoen aan de volgende eisen: naam cliënt, voorletters, voorvoegsel/tussenvoegsel, verzekerdennummer/polisnummer, peildatum, geboortedatum, postcode, huisnummer, geslacht, BSN nummer patiënt, naam diëtist, AGB code diëtist, bankrekeningnummer diëtist, betreft: nieuwe patiënt/controle patiënt/patiënt over op insuline, aantal minuten zorg.

Dit is veel werk voor ons, omdat we iedere patiënt moeten opzoeken. Ze kunnen het zelf ook opzoeken, wat het kost erg veel tijd. Evry is hier niet op afgestemd. Bij elke zorggroep is het weer anders. Nu doen we het via Excel en een factuur.

3. *Zijn er stappen ondernomen om met bij vraag 2. genoemde gevolgen om te gaan in de praktijk?*
 - a. *Zo ja, welke...*
 - b. *Zo niet, heeft u zelf ideeën over mogelijke oplossingen voor het wegnemen van de genoemde belemmerende gevolgen? Kunt u deze uitleggen?*
- Nee.

4. *Heeft u nog andere opmerkingen of overige informatie die u wil delen ten aanzien van bij vraag 2. genoemd punt?*
Geen.

Hebben jullie nog overige vragen, opmerkingen, mededelingen ten aanzien van de contracten?

Ja, bij RCH DZG B.V is onduidelijk hoeveel tijd we hebben voor een behandeling. In het contract staat (bijlage 2, pagina 13) dat het aantal minuten voor het eerste consult 40 minuten is. Maar normaal is deze 60 minuten bij ons, plus 30 minuten administratietijd. We hebben 60 minuten gedeclareerd, en nu afwachten of we het krijgen.

Bijlage 3 Interview met Martin van Zon

Zorggroepen; belemmerende gevolgen voor de voedingsacademie

Introductie verhaal door Martin van Zon

Bij 'de voedingsacademie' hebben we, zoals je weet, een probleem met de zorggroepen. Wat ik niet begrijp is waarom dat zorginstanties, winstgevende instanties, 'er tussen' zijn geplaatst om betere zorg te bieden.

Dat je de zorg wil verbeteren dat snap ik, maar wat ik niet snap is dat dit soort instellingen er tussen zijn gekomen, en er is niks veranderd.

Want ik vraag aan Brenda: "Is er nou iets verbeterd?" En zij zegt dat het is precies hetzelfde alleen we zijn meer tijd kwijt aan de administratie en ik krijg later betaald.

Heeft u nog meer belemmerende gevolgen opgemerkt?

De meneer die jij zou zien vandaag (de heer Theo Bisschop), die heeft zich dus verbonden aan meerdere zorggroepen. Dat is ook apart hè? Dus die gasten duiken in een keer overal op, het zijn allemaal B.V.'s, nou, een B.V. starten doe je alleen maar als je winst wil draaien, anders zou je wel in een stichting vorm opereren. Met een bestuur er boven.

En ik zie je kwaliteitsnormen ook wel in jou stuk staan, dat snap ik wel, alleen wat ik niet begrijp is waarom dit wordt toegelaten. Want de zorg wordt niet verbeterd, dat is één, en dat is het belangrijkste want dat was het doel van de zorggroepen.

En daarnaast zie ik dat het meer geld kost. Op de 1 of andere manier krijgen we soms 1 of 2 euro extra, terwijl we normaal met de zorgverzekeraars strakke afspraken hadden. En nu krijgen we 1 of 2 euro extra via de zorggroepen... waarom? Dat betekent dat zij er ook op verdienen, anders start je zulke zorggroepen niet.

Er zijn een aantal mensen die duiken allemaal op die zorggroepen in B.V. vormen, en er vindt een verrijking plaats van deze mensen. En jij weet natuurlijk wat er gaat gebeuren; er zijn een aantal mensen aandeelhouder, en daarvoor doen ze het, want vervolgens wordt die handel verkocht.

Het brengt geld op, dus hou dan ook, iemand verdient er aan. Anders start je geen B.V. Je gaat geen B.V. starten en zeggen, jongens ik vind het allemaal leuk en aardig, hè. Die gasten verdienen meer dan 100000 euro (per jaar respectievelijk) kan ik je wel vertellen.

Ja ik ben ook erg benieuwd naar de heer T. Bisschop.

De ontmoeting is al twee keer verplaatst.

Het je nog gekeken naar de punten op de contracten van de zorggroepen?

Ja die heb ik getekend. Het grootste probleem vind ik dus dat ze de diëtisten opzadelen met een enorme betalingstermijn. RCH als mooiste voorbeeld, daar mag je eigenlijk 1 keer per kwartaal declareren, vervolgens is er nog een betalingstermijn van 30 dagen. Dat betekent dat je 120 dagen moet wachten op je geld. Eigenlijk nog meer, want die patiënten zijn het kwartaal daarvoor al geweest. Het komt er neer dat je tussen de 120 en 150 dagen moet wachten voordat je het geld hebt.

Dat is schandalig want die diëtisten, die er voor tekenen, hebben dat niet in de gaten. En het is gewoon voorfinanciering van een B.V.

Want ik ook niet begrijp is dat bij de andere zorggroepen je gewoon per maand kan declareren.

EVRY

We hebben Evry. En we kunnen gewoon per maand of per dag factureren, het liefst per maand he, dat willen de zorgverzekeraars. Dit is volledig geautomatiseerd, compleet hè, met verslaglegging naar de huisartsen erbij. Alles.

En wat ik niet begrijp is, dat hele stuk is er nu tussenuit. Wij moeten nu handmatig factureren. Er is nu een station tussen gekomen, voor het diabetes verhaal, dus dat zijn RCH, Chronos, en Beroemd voor ons. Wij kunnen nu niet meer automatisch factureren. Die zorggroepen kennen dat niet, dus nu moeten wij handmatig factureren. In Excel moet data aangeleverd worden., dat halen wij uit Evry, dat sturen wij met een factuur naar hun toe. Zij gaan weer alles over typen en dat gaat weer naar de zorgverzekeraar en de geldstroom gaat vervolgens weer terug.

Normaal kregen wij 60 euro per uur van de zorgverzekeraar, ik weet dat een organisatie 20-30% moet hebben om zijn overhead hiervan te kunnen draaien. Ik heb er heel veel moeite mee, ik vind dit, wat zij doen, is werk verschaffen.

Wat is er aanwezig wat betreft KIS, of andere software programma's, of ICT applicaties?

Dat is er niet, maar het was heel goed hoor. Evry koppelt aan de huisarts, de huisarts is altijd de verwijzer,

De facturatie nu, zonder de diabetes patiënten of zorggroepen, is volledig geautomatiseerd, met gewoon één druk op de knop wordt de informatie naar alle zorgverzekeraars gestuurd. Dit is bere snel, vragen heb je de volgende dag binnen. Hoewel we deze bijna nooit krijgen. Die 60 euro die krijgen we gewoon van de zorgverzekeraar.

Maar nu is er een 'vehicle' tussen gekomen, wat nu in feite een administratief systeem is. Zij verwerken alles handmatig, sturen het door naar de zorgverzekeraar, de zorggroep krijgt geld van de zorgverzekeraar en zij betalen het weer aan ons, onder aftrek van een bepaalde fee want anders kunnen ze deze organisatie niet draaien. En dat is dus iets wat ik niet snap.

Zijn jullie al in gesprek gegaan met hen hierover?

Het probleem is dat het door de overheid afgedwongen, de overheid wil dit graag. Maar wat je ziet, ook bij veel andere overheidsprojecten, is dat mensen denken: 'He, daar kan ik geld aan verdienen.' En die duiken er als een haas bovenop, met als gevolg dat je dus dit soort systematiek krijgt. Ik vind gewoon...dit liep perfect, huisarts – zorgverzekeraar, dus ik denk dat een zorgverzekeraar, die alle patiëntengegevens verzameld, of kan verzamelen in een database, kan zorgen dat de zorg verbeterd wordt.

Maar wat we nu niet zien bij de voedingsacademie is dat de zorg verbeterd is naar de patiënt. En dan vraag ik me af "wat is het nut hiervan?"

Ik ben ook erg benieuwd naar jou stuk, wat jij kan onderzoeken. Mijn idee is dat ze niet voor niks om B.V. gaan opstarten, dan hadden ze er wel een stichting van gemaakt.

Dus ik heb de vraag: Waarom zijn zorggroepen B.V.'s met aandeelhouders? Waarom doe je dat?

Het beoogde doel kwaliteitsverbetering zien wij dus niet terug. Ik snap dit doel, en dat er misschien budgetten vrij moeten komen om de zorg te kunnen verbeteren. Maar wij zien is dat die zorg niet verbetert. Het enigste wat wij zien is dat er een administratief systeem tussen is gekomen. Ik heb het gevraagd aan alle vier de dames, en alle vier zeggen: “wij zien geen verbetering”.

Het enige wat Brenda en Ilvie zeggen is “joh, we worden gek van al het werk dat we hebben”.

Dus als ik nu kijk vanuit de Staat der Nederlanden, en men zegt dat de zorg duurder wordt. Dan snap ik nu wel waarom de zorg duurder wordt. En, wat jij ook schrijft, is dat er meer ziektebeelden bij komen.

Ik denk dat er straks nog meer directeuren komen, en die gaan heel veel geld verdienen aan dit verhaal.

In feite is de invulling van de zorggroep een taak van de zorgverzekeraar, vind ik. Toch raar?

De vraag is ook of dit [de zorggroep] ook functioneel is, in mijn optiek.

Wij voelen het als belemmering op dit moment.

Over de contracten. De contracten lijken heel erg op die van de zorgverzekeraar. Die kan iedereen gewoon van de site afhalen bij de zorgverzekeraars.

In feite moet de patiënt in het middelpunt staan. Maar wat is dan het functionele nut van de zorggroep? Anders dan dat het nu een administratief systeem is..

RCH DZG B.V. bestaat al wat langer, en dat is nou juist de zorggroep waar ik het meeste moeite mee heb.

Is het een idee om het contracten er bij te pakken? Zijn er bepaalde punten in het contracten die belemmerende gevolgen hebben?

Bij RCH vind ik alleen de betaling een groot probleem. Zij leggen dat keihard op. Ik vind dat je dat niet kan maken. Zij hebben straks een (financieel) gat van drie maanden. De diëtisten hebben het geluk dat de diabetes patiënten niet de hoofdmoot vormen, het is ongeveer 10%. Maar aan de andere kant is het wel zo, dat je drie maanden een stuk inkomen mist. En zij [de zorggroepen] zeggen dan niet: “goh, wij passen er een mouw aan”. Dat vind ik raar.

Want de andere zoals Chronos en Beroemd kan je gewoon netjes factureren. Ook allemaal handmatig, wat ik ook echt een drama vind, maar die betalen relatief snel. Volgens mij zitten ze nog echt met een typemachine brieven te tikken echt onvoorstelbaar. Kijk in deze tijd kan dat niet meer. Waar er allemaal patiëntendossiers zijn. Wist je dat de contracten van alle zorgverzekeraars allemaal met een digitale handtekening worden getekend?

RCH als voorbeeld, ze zeggen dan dat een factuur digitaal aangeleverd moet worden, maar digitaal is voor ons is via Evry via ‘xml’ (een soort uniforme code, om internet documenten

makkelijker verwerkbaar te maken), en die communiceert met het systeem van de zorgverzekeraar. Maar zij hebben dat nog lang niet.

Als je er nou voor gezorgd dat alle administratieve processen goed waren ingericht, en ook volledig waren geautomatiseerd, dan had je wat te zeggen. En dan had je je kunnen concentreren op de voorkant.

En als we helemaal naar het begin terug gaan...Waarom zijn de contracten getekend?

Verplicht. Anders krijg je gewoon geen patiënten meer. En je dat niet doet, dan krijgt de ander alle patiënten.

Het komt vanuit de huisartsen. Moet je nagaan hoe slecht dat allemaal geregeld is... en nou snap ik wel waarom er allemaal van die managers rondlopen en van alles willen regelen. Want die huisartsen zijn geen managers. Dat zijn huisartsen. En die hebben de opdracht gekregen om die zorggroepen te trekken. En wat je bijvoorbeeld ziet bij Beroemd, daar zit Hans Verree, hele goeie huisarts, maar geen manager. Dat is echt een chaoot. Het zijn echt professionele mensen. En dat management kan je niet aan hen overlaten. En vervolgens gaan er van allerlei mensen opduiken, en die gaan ze van die dikke salarissen vragen. En dan vraag ik me af, is dat nou de weg waar het heen moet? Want ze krijgen het gewoon niet gemanaged.

RCH contract

Ja dat BIG dat slaat helemaal nergens op. We zijn wel ergens geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Diëtetiek of zoiets. Maar je ziet gewoon dat ze dit hebben overgenomen. Het gewoon helemaal nergens op.

Ja dit is dat declaratieverhaal. Ik vind het gewoon superschandalig. Daarmee ben je dus gewoon RCH aan het financieren. Kan gewoon niet.

De elektronische factuur, ik zal je vertellen, dat is gewoon een pdfje hoor, en het format hebben wij gemaakt. Maar dat komt gewoon vanuit Evry, dat kunnen we zo doorpompen naar Excel.

En wat natuurlijk ook een punt is, een heel groot probleem, is dat die zorggroepen een enorm beslag leggen op de tijd van de diëtistes. Ze hebben heel veel overleggen, en ze hebben het al druk, en zitten daar dus niet op te wachten. En dan hebben ze weer een avondgeorganiseerd, en hebben ze sprekers uitgenodigd, kost allemaal veel geld. Is allemaal leuk en aardig, maar dan is er tien minuten ingeruimd voor de diëtistes en de rest ging over allemaal andere dingen. Over ziektes en weet ik veel wat. Wij hebben geen zin om daar een hele avond, van 17.00-21.30, te gaan zitten. Dat is ook een groot probleem.

Kijk, ze proberen van alles, maar ik denk vaak “Wat is nou het nut hiervan?”. Ik zie een groot probleem, want ik denk namelijk het volgende gaat gebeuren: dat ze dan die diëtistenpraktijken gaan samenvoegen of zo, en dan krijgen ze een enorme macht. Dat zie ik nu al. Ik vind dat gewoon niet kunnen. Dat is een groot probleem.

Zij gaan bepalen waar jij je zorg moet inkopen. Als ik als patiënt zeg, ik ben het niet eens met die diëtiste of wat dan ook, dan ben ik verplicht om daar te blijven komen. Ik wil gewoon zelf

mijn zorg kunnen bepalen, als ik bij wijze van spreken in Utrecht woon dan kon ik in Arnhem een diëtistenpraktijk nemen, omdat ik weet dat dat een goeie is. Maar nu gaan zij dingen verplicht stellen, zij gaan ons dingen verkopen. En dan denk ik “ja, is dat nou echt zo goed?”

En ik hoorde net, dat je zei: “Bij Chronos en Beroemd gaat het soepeler, gaat het beter...” Is dat dan ook andere gebieden het geval?

Ja met name facturering en betalingen. Je moet het zo zien, al die diëtisten dat zijn solitaire mensen, die hebben ergens een hokje, zoals dit zeg maar, en daar ontvangen ze hun patiënten en dat doen ze drie tot vier tot vijf dagen in de week. Die zijn al die jaren alleen geweest, die hebben een opleiding gehad, die hebben altijd contacten gehad met de huisartsen en eventueel andere specialisten en met het ziekenhuis en zo.

Dus die hebben zoiets van ‘ik heb mijn eigen leven en klaar. En nu wordt ik verplicht om allerlei dingen te gaan doen. Je ziet ook dat heel veel dit helemaal niet hebben getekend, die hebben zoiets van dan maar geen patiënten van hun, maar ja straks komen er meer ziekten bij, en dan? Dan heb je straks geen patiënten meer.

Dus ik zie nog steeds het nut van die zorggroepen niet in, ik ben er eigenlijk gewoon faliekant tegen.

Vanaf januari zijn er die zorggroepen. We zijn nu een jaar verder, maar er is niks veranderd in dat jaar hoor.

Wat betreft de gesprekken met de zorggroepen? Je zei al dat het gesprek met de heer Bisschop twee keer verschoven was...

Nou, bijvoorbeeld met Beroemd, daar zit Hant Verree achter, dat is een huisarts, en daar heeft Brenda goed contact mee, dus dat is een hele andere situatie. Maar Bisschops is gewoon een man uit het bedrijfsleven, en volgens mij zit hij er bij Chronos en RCH er achter. Kijk maar. Ga jij maar eens kijken bij de kamer van koophandel, naar de bestuurders, en dan zal je nog wel eens rare dingen zien.

Dat gevoel heb ik gewoon. Op het moment dat je een stichting hebt, en je wordt gecontroleerd door zorgverzekeraars, er zit dan nog een soort kwaliteitskeurmerk achter. Maar hebben ze echt dat keurmerk?

Bijlage 4 Analyse interview resultaten

De interviews zijn geanalyseerd volgens vier stappen die hieronder zijn weergegeven. In bijlage 3 en 4 staat de ruwe data van de interviews. Dit vormde de basis voor het groeperen in onderstaande vier stappen. In stap 1 worden de belemmerende gevolgen opgesomd. In stap 2 worden de gevolgen gegroepeerd op onderwerp. Vervolgens worden in stap 3 de onderwerpen, de belemmerende gevolgen en de ondernomen stappen in tabelvorm opgesomd. Uiteindelijk geeft stap 4 een nadere verdeling aan gebaseerd op de waarschijnlijke invloed op de dagelijkse praktijk van 'de voedingsacademie'.

Stap 1: Opsomming belemmerende gevolgen

Ten behoeve van de overzichtelijkheid en leesbaarheid zijn in de onderstaande opsomming zijn de antwoorden van de interviews verkort weergegeven. Het betreft de antwoorden die belemmerende gevolgen hebben voor 'de voedingsacademie'. Hieruit kunnen de gelijke onderwerpen herkend worden voor de verdere uitwerking.

- Bij alle drie de zorggroepen de uitbetaling eens per kwartaal en hierdoor nodige voorfinanciering.
- Onduidelijkheid bij wie te declareren: bij BeRoEmD of de zorgverzekeraar
- Betaling van nascholingsprogramma's aan geboden door BeRoEmD
- Onduidelijke verwijfsbrief bij BeRoEmD; er staat niet aangegeven of de patiënt via BeRoEmD of via een huisarts komt
- Communicatie vanuit BeRoEmD soms incorrect. Ze gaven verkeerde informatie over hoe te declareren.
- Bij RCH DZG B.V vragen ze op een afgeronde post-HBO voeding en diabetes of gelijkwaardige opleiding. Deze hebben we niet, er is geen geld hiervoor.
- De eis door RCH DZG B.V. voor een BIG-registratie, wat is een BIG registratie?
- De verplichting om binnen 4 weken na verwijzing tot een behandeling te komen
- De bijdrage aan groepseducatie georganiseerd door RCH DZG B.V. door diëtist.
- De verplichting voor deelname aan nascholingsprogramma's door RCH DZG B.V.
- Onduidelijkheid over contractinhoud bij contract van RCH DZG B.V.
- Factuureisen van RCH DZG B.V. daarom hebben we extra administratief werk
- Onduidelijkheid over toekomstige afspraken over bij- en nascholingengeorganiseerd door RCH DZG B.V.
- Het eisen van een beroepsaansprakelijkheidsverzekering door RCH DZG B.V. en onduidelijkheid over beroepsverzekeringen
- Onduidelijkheid over evaluatie van de samenwerking met RCH DZG B.V.
- Bij Zorggroep Chronos dient uitwerking van gegevens dient schriftelijk te gebeuren in afwachting van een keten informatie systeem. We kunnen niet meer factureren via Evry, terwijl alles geautomatiseerd was met de zorgverzekeraar, huisarts en de diëtist
- Onduidelijkheid over hoeveel tijd we hebben per behandeling bij RCH DZG B.V.
- Factuureisen Zorggroep Chronos daarom hebben we extra administratief werk
- We zijn meer tijd kwijt aan de administratie sinds samenwerking met de zorggroepen
- We moeten minimaal een kwartaal wachten voordat we ons geld krijgen, bij RCH DZG B.V. vind ik dit het grootste probleem
- Zonder samenwerking met de zorggroepen krijgen we geen patiënten meer, dus eigenlijk verplicht om samen te werken
- De zorggroepen leggen erg veel beslag op de tijd van de diëtisten

Stap 2: Groeperen per onderwerp

In onderstaande opsomming zijn de verkorte antwoorden van de interviews gegroepeerd per onderwerp. De onderwerpen zijn achtereenvolgens: algemene belemmerende gevolgen, onduidelijkheid over betekenis/inhoud van punten in de contracten, voorfinanciering, administratie en ICT organisatie, communicatie, extra eisen.

Algemene punten

- Zonder samenwerking met de zorggroepen krijgen we geen patiënten meer, dus eigenlijk verplicht om samen te werken
- De zorggroepen leggen erg veel beslag op de tijd van de diëtisten
- We zijn meer tijd kwijt aan de administratie sinds samenwerking met de zorggroepen

Onduidelijkheid over betekenis/inhoud van punten in de contracten

- De eis door RCH DZG B.V. voor een BIG-registratie, wat is een BIG registratie?
- Het eisen van een beroepsaansprakelijkheidsverzekering door RCH DZG B.V. en onduidelijkheid over beroepsverzekeringen

Voorfinanciering

- We moeten minimaal een kwartaal wachten voordat we ons geld krijgen, bij RCH DZG B.V. vind ik dit het grootste probleem
- Bij alle drie de zorggroepen de uitbetaling eens per kwartaal en hierdoor nodige voorfinanciering

Administratie en ICT-organisatie

- Onduidelijkheid bij wie te declareren: bij zorggroep BeRoEmD of bij de zorgverzekeraar
- Factuureisen van RCH DZG B.V. daarom hebben we extra administratief werk
- Factuureisen Zorggroep Chronos daarom hebben we extra administratief werk
- Bij Zorggroep Chronos dient uitwerking van gegevens schriftelijk te gebeuren in afwachting van een keten informatie systeem. We kunnen niet meer factureren via Evry, terwijl alles geautomatiseerd was met de zorgverzekeraar, huisarts en de diëtist

Communicatie

- Onduidelijke verwijfsbrief bij BeRoEmD; er staat niet aangegeven of de patiënt via BeRoEmD of via een huisarts komt
- Communicatie vanuit BeRoEmD soms incorrect. Ze gaven verkeerde informatie over hoe te declareren.
- Onduidelijkheid over hoeveel tijd we hebben per behandeling bij RCH DZG B.V.
- Onduidelijkheid over toekomstige afspraken over bij- en nascholingegeorganiseerd door RCH DZG B.V.
- Onduidelijkheid over evaluatie van de samenwerking met RCH DZG B.V.

Extra eisen

- Bij RCH DZG B.V vragen ze op een afgeronde post-HBO voeding en diabetes of gelijkwaardige opleiding. Deze hebben we niet, er is geen geld hiervoor.
- De verplichting om binnen 4 weken na verwijzing tot een behandeling te komen
- De bijdrage aan groepseducatie georganiseerd door RCH DZG B.V. door diëtist.
- De verplichting voor deelname aan nascholingsprogramma's door RCH DZG B.V.
- Betaling van nascholingsprogramma's aan geboden door BeRoEmD

Stap 3: Onderwerpen, belemmerde gevolgen en ondernomen stappen

Hieronder zijn tabellen weergegeven met het algemene onderwerp en de belemmerde gevolgen en de ondernomen stappen. Een algemeen onderwerp is bijvoorbeeld ‘Administratie en ICT-organisatie’. Belemmerende gevolgen als ‘het ontbreken van een declaratiefunctie in ons softwareprogramma Evry’ en ‘We moeten alle patiëntgegevens zelf noteren in Excel, omdat de zorggroep nog geen keten informatie systeem heeft’ vallen onder het onderwerp ‘Administratie en ICT-organisatie’.

Tabel 1a Belemmerende gevolgen van de onderwerpen ‘Algemene belemmerende gevolgen en onduidelijkheid over betekenis/inhoud van punten in de contracten’

Onderwerp	Belemmerend gevolg	Ondernomen stappen
Algemene belemmerende gevolgen	Zonder samenwerking met de zorggroepen krijgen we geen patiënten meer, dus eigenlijk verplicht om samen te werken	Samenwerking aangegaan met de zorggroepen
	De zorggroepen leggen erg veel beslag op de tijd van de diëtisten	Geen
	We zijn meer tijd kwijt aan de administratie sinds samenwerking met de zorggroepen	Geen
Onduidelijkheid over betekenis/inhoud van de punten in de contracten	De eis door RCH DZG B.V. voor een BIG-registratie, wat is een BIG registratie?	Geen
	Het eisen van een beroepsaansprakelijkheidsverzekering door RCH DZG B.V. en onduidelijkheid over beroepsverzekeringen	Geen

Tabel 1b Belemmerende gevolgen van de onderwerpen ‘voorfinanciering’ en ‘ICT organisatie’

Onderwerp	Belemmerend gevolg	Ondernomen stappen
Voorfinanciering	Bij alle drie de zorggroepen de uitbetaling eens per kwartaal en hierdoor nodige voorfinanciering.	Bij Zorggroep BeRoEmD is aangegeven dat per kwartaal niet mogelijk is, er wordt nu per maand uitbetaald. Bij RCH DZG B.V. en Chronos zijn geen stappen ondernomen
Administratie en ICT-organisatie	Onduidelijkheid bij wie te declareren: bij zorggroep BeRoEmD of bij de zorgverzekeraar	Op moment van uitwerking, update gekregen, er zijn nu drie declaratiemogelijkheden aangeven: zorggroep, verzekering, en cliënt. We moeten nog wel leren omgaan met deze toevoeging.

	Factuureisen van RCH DZG B.V. daarom hebben we extra administratief werk	Geen
	Factuureisen Zorggroep Chronos daarom hebben we extra administratief werk	Geen
	Bij Zorggroep Chronos dient uitwerking van gegevens schriftelijk te gebeuren in afwachting van een keten informatie systeem. We kunnen niet meer factureren via Evry, terwijl alles geautomatiseerd was met de zorgverzekeraar, huisarts en de diëtist	Evry is hier niet op afgestemd. Nu doen we het in Microsoft Excel en voegen daar nog een factuur bij.

Tabel 1c Belemmerende gevolgen van de onderwerpen ‘extra eisen’ en ‘communicatie’

Onderwerp	Belemmerend gevolg	Ondernomen stappen
Extra eisen	De verplichting voor deelname aan nascholingsprogramma's door RCH DZG B.V.	Geen
	Betaling van nascholingsprogramma's aan geboden door BeRoEmD	Geen
	De bijdrage aan groepseducatie georganiseerd door RCH DZG B.V. door diëtist.	Geen
	De verplichting om binnen 4 weken na verwijzing tot een behandeling te komen	De cliënt is zelf verantwoordelijk voor contact opnemen met diëtist. Daarom ligt het buiten onze controle en kunnen we niet aan deze plicht te voldoen.
	Bij RCH DZG B.V vragen ze op een afgeronde post-HBO voeding en diabetes of gelijkwaardige opleiding. Deze hebben we niet, er is geen geld hiervoor.	Het niet hebben van een Post-HBO opleiding houden we liever stil, anders krijgen we geen verwijzingen
Communicatie	Communicatie vanuit Beroemd soms incorrect. Ze gaven verkeerde informatie over hoe te declareren. Dit tijdens een vergadering die ons drie uur gekost heeft.	We hebben de inhoud op juistheid gecontroleerd, en bleek het niet correct te zijn. Dit heeft veel kost tijd, daarom geld.
	De verwijsbrief is onduidelijk van Zorggroep BeRoEmD. We	Een concept opgestuurd verwijsbrief

	weten niet waar cliënt vandaan komt, dit staat niet op de verwijsbrief.	
	Onduidelijkheid over toekomstige afspraken over bij- en nascholingegeorganiseerd door RCH DZG B.V.	Geen
	Onduidelijkheid over evaluatie van de samenwerking met RCH DZG B.V.	Geen
	Onduidelijkheid over hoeveel tijd we hebben per behandeling bij RCH DZG B.V. Bij RCH DZG B.V is onduidelijk hoeveel tijd we hebben voor een behandeling. Of het 40 minuten voor het eerste consult is, of 60 minuten. is.	We hebben 60 minuten gedeclareerd, en nu afwachten of we het krijgen.

Stap 4: Analyse van de belemmerende gevolgen

Hoewel elk aangegeven belemmerd gevolg momenteel speelt bij ‘de voedingsacademie’ lijkt er toch een differentiatie gemaakt te kunnen worden. Deze differentiatie is gemaakt op basis van de mate waarin het gevolg een invloed heeft op de dagelijkse praktijk. Een kwartaal moeten wachten op de declaratie vanuit de zorggroep heeft een sterke invloed op de dagelijkse praktijk. Namelijk dat er voorgefinancierd moet worden. Dit lijkt geheel anders dan een bijscholing die mogelijk in de toekomst gevolgd dient te worden, maar waarover nog niks bekend is. Deze invloed op de dagelijkse praktijk van dit gevolg lijkt beduidend minder. Zou is elk belemmerd gevolg gecategoriseerd door middel van het toekennen van kleuren in ‘Tabellen 1a-c-kleur’.

Tabel 1a-kleur Belemmerende gevolgen van de onderwerpen ‘Algemene belemmerende gevolgen en onduidelijkheid over betekenis/inhoud van punten in de contracten’

Onderwerp	Belemmerend gevolg	Ondernomen stappen
Algemene belemmerende gevolgen	Zonder samenwerking met de zorggroepen krijgen we geen patiënten meer, dus eigenlijk verplicht om samen te werken	Samenwerking aangegaan met de zorggroepen
	De zorggroepen leggen erg veel beslag op de tijd van de diëtisten	Geen
	We zijn meer tijd kwijt aan de administratie sinds samenwerking met de zorggroepen	Geen
Onduidelijkheid over betekenis/inhoud van de punten in de contracten	De eis door RCH DZG B.V. voor een BIG-registratie, wat is een BIG registratie?	Geen

	Het eisen van een beroepsaansprakelijkheidsverzekering door RCH DZG B.V. en onduidelijkheid over beroepsverzekeringen	Geen
--	---	------

Groen = huidig belemmerd gevolg

Blauw = kort onderzoek

Tabel 1b-kleur Belemmerende gevolgen van de onderwerpen ‘voorfinanciering’ en ‘ICT organisatie’

Onderwerp	Belemmerend gevolg	Ondernomen stappen
Voorfinanciering	Bij alle drie de zorggroepen de uitbetaling eens per kwartaal en hierdoor nodige voorfinanciering.	Bij Zorggroep BeRoEmD is aangegeven dat per kwartaal niet mogelijk is, er wordt nu per maand uitbetaald. Bij RCH DZG B.V. en Chronos zijn geen stappen ondernomen
Administratie en ICT-organisatie	Onduidelijkheid bij wie te declareren: bij zorggroep BeRoEmD of bij de zorgverzekeraar	Op moment van uitwerking, update gekregen, er zijn nu drie declaratiemogelijkheden aangeven: zorggroep, verzekering, en cliënt. We moeten nog wel leren omgaan met deze toevoeging.
	Factuureisen van RCH DZG B.V. daarom hebben we extra administratief werk	Geen
	Factuureisen Zorggroep Chronos daarom hebben we extra administratief werk	Geen
	Bij Zorggroep Chronos dient uitwerking van gegevens schriftelijk te gebeuren in afwachting van een keten informatie systeem. We kunnen niet meer factureren via Evry, terwijl alles geautomatiseerd was met de zorgverzekeraar, huisarts en de diëtist	Evry is hier niet op afgestemd. Nu doen we het in Microsoft Excel en voegen daar nog een factuur bij.

Groen = huidig belemmerd gevolg

Tabel 1c-kleur Belemmerende gevolgen van de onderwerpen ‘extra eisen’ en ‘communicatie’

Onderwerp	Belemmerend gevolg	Ondernomen stappen
Extra eisen	De verplichting voor deelname aan nascholingsprogramma's door RCH DZG B.V.	Geen
	Betaling van nascholingsprogramma's aan	Geen

	geboden door BeRoEmD	
	De bijdrage aan groepseducatie georganiseerd door RCH DZG B.V. door diëtist.	Geen
	De verplichting om binnen 4 weken na verwijzing tot een behandeling te komen	De cliënt is zelf verantwoordelijk voor contact opnemen met diëtist. Daarom ligt het buiten onze controle en kunnen we niet aan deze plicht te voldoen.
	Bij RCH DZG B.V vragen ze op een afgeronde post-HBO voeding en diabetes of gelijkwaardige opleiding. Deze hebben we niet, er is geen geld hiervoor.	Het niet hebben van een Post-HBO opleiding houden we liever stil, anders krijgen we geen verwijzingen
Communicatie	Communicatie vanuit Beroemd soms incorrect. Ze gaven verkeerde informatie over hoe te declareren. Dit tijdens een vergadering die ons drie uur gekost heeft.	We hebben de inhoud op juistheid gecontroleerd, en bleek het niet correct te zijn. Dit heeft veel kost tijd, daarom geld.
	De verwijsbrief is onduidelijk van Zorggroep BeRoEmD. We weten niet waar cliënt vandaan komt, dit staat niet op de verwijsbrief.	Een concept opgestuurd verwijsbrief
	Onduidelijkheid over toekomstige afspraken over bij- en nascholingegeorganiseerd door RCH DZG B.V.	Geen
	Onduidelijkheid over evaluatie van de samenwerking met RCH DZG B.V.	Geen
	Onduidelijkheid over hoeveel tijd we hebben per behandeling bij RCH DZG B.V. Bij RCH DZG B.V is onduidelijk hoeveel tijd we hebben voor een behandeling. Of het 40 minuten voor het eerste consult is, of 60 minuten. is.	We hebben 60 minuten gedeclareerd, en nu afwachten of we het krijgen.

Groen = huidig belemmerd gevolg

Paars = mogelijk toekomstig belemmerd gevolg

