

# De invloed van de M&I-module op COPD-netwerkzorg in Twente



# **De invloed van de M&I-module op COPD-netwerkgzorg in Twente**

## **Master's Thesis**

### **Auteur:**

M. Kooistra (s0089893)

### **Studie:**

Master Health Sciences  
Faculteit Management en Bestuur  
Universiteit Twente

### **Begeleiders:**

- dr. P.J. Klok, Universiteit Twente, vakgroep: Science, Technology and Policy Studies
- dr. J.G. van Manen, Universiteit Twente, vakgroep: Health Technology & Services Research
- K. Leferink MMI, ROSET
- drs. J. Rauws, ROSET

### **Opdrachtgever:**

ROSET

### **Datum:**

28 augustus 2009

## Voorwoord

Hier voor u ligt het resultaat van vele maanden hard werken, thuis en bij ROSET, de organisatie waar ik mijn afstudeeronderzoek mocht uitvoeren. Het onderzoek heeft mij de kans gegeven om een keer goed mee te kunnen kijken in de huisartsenzorg. Een zorggebied dat door de vele financiële regels en organisationele verbanden veel complexer in elkaar zit dan ik vooraf vermoedde. Als theoretisch geschoolde student stap je enigszins naïef en idealistisch het onderzoek in, dit maakt de confrontatie met de praktijk des te interessanter en zeer leerzaam. Want natuurlijk werkt niet alles zo als je altijd geleerd hebt. Ook was het zeer interessant om te zien in hoeverre hetgeen ik gelezen had in de literatuur overeenkwam met de praktijk.

Graag zou ik ROSET willen bedanken voor de mogelijkheid om bij hen af te studeren. Vele maanden heb ik bij jullie mogen zitten en ik heb er een fijne tijd gehad. In het bijzonder zou ik Karin Leferink en Jan Rauws willen bedanken, vanwege hun begeleiding bij mijn afstudeeropdracht. Jullie kennis en wijze woorden hebben mij erg geholpen bij het uitvoeren van mijn opdracht. Daarnaast zou ik ook graag Pieter-Jan Klok en Jeanette van Manen als begeleiders vanuit de universiteit willen bedanken. Gedurende onze bijeenkomsten heb ik jullie opbouwende commentaar altijd erg gewaardeerd en het heeft me geholpen om de juiste stappen te zetten.

Zoals al gezegd heb ik de confrontatie met de praktijk erg gewaardeerd. Graag zou ik hiervoor dan ook alle huisartsen, praktijkondersteuners en fysiotherapeuten willen bedanken die ik heb mogen interviewen, of die meegewerkt hebben aan de enquête. Zonder jullie deelname was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Tot slot zou ik ook nog mijn vriend willen bedanken voor de keren dat hij me gemotiveerd heeft om door te werken en zijn steun als ik even vastliep. Jorik bedankt dat je er voor me was.

U als lezer, wens ik bij deze veel leesplezier.

Marianne Kooistra

Enschede, augustus 2009

# Managementsamenvatting

## Achtergrond en vraagstelling

Uit onderzoek is gebleken dat voor een goede behandeling van COPD niet alleen de huisarts en de POH betrokken moeten zijn. Indien nodig moeten in de eerste lijn onder andere de fysiotherapeut, de diëtist en de psycholoog en in de tweede lijn de longarts en de longverpleegkundige betrokken kunnen worden. COPD-netwerkgang is hierbij een hulpmiddel om goede afstemming en voldoende afbakening van taken en verantwoordelijkheden tussen de verschillende zorgverleners te kunnen garanderen. Hoewel de theorieën over netwerkgang zeer veelbelovend klinken, gaan huisartsen er nog maar op beperkte schaal mee aan de slag. De M&I-module en ROSET proberen dit te stimuleren. In dit onderzoek is daarom gekeken welke invloeden huisartsen remmen en stimuleren om met COPD-netwerkgang aan de slag te gaan en welke rol de M&I-module en ROSET daarin spelen. De onderstaande vraagstelling stond hierbij centraal:

*In hoeverre hebben de M&I-module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET bijgedragen aan een versterking van de COPD-netwerkgang van de deelnemende praktijken in Twente en welke aanknopingspunten kunnen ontdekt worden om de COPD-netwerkgang door de M&I-module verder te laten verbeteren?*

## Onderzoeksmethoden

Dit onderzoek is uitgevoerd door middel van een literatuurstudie, een enquête en interviews. Naar aanleiding van de literatuurstudie is een causaal model opgesteld dat als basis diende voor het verdere onderzoek. Tevens zijn een aantal documenten van ROSET en Menzis bestudeerd om de instrumenten en doelstellingen van de M&I-module en ROSET te identificeren. Er zijn drie groepen betrokken in het onderzoek: huisartsenpraktijken die deelnemen aan de M&I-module, huisartsenpraktijken met POH die niet deelnemen aan de M&I-module en huisartsenpraktijken zonder POH die niet meedoen aan de module. De laatste groep is vanwege tegenvallende respons op de enquête en de resultaten weggelaten uit het onderzoek. Er is een vergelijking gemaakt tussen de eerste twee groepen om een goed beeld te krijgen van de invloed van de M&I-module op COPD-netwerkgang.

## Conclusies

Op basis van het onderzoek kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- De resultaten blijken onduidelijk te zijn over het feit of de informatievoorziening en de financiële vergoeding van de M&I-module voldoende zijn. Gezien de resultaten uit de interviews wordt er voorlopig vanuit gegaan dat de informatievoorziening voldoende is. Voor de financiële vergoeding tijdens en na afloop van de module is dit niet te zeggen.
- Tijdgebrek blijkt voor veel huisartsen een barrière te zijn om aan COPD-netwerkgang te kunnen beginnen. Aangezien met de financiële middelen uit de module extra uren betaald kunnen worden, lijkt de financiële vergoeding van de module een goede prikkel.
- Een zwak punt van de M&I-module is de administratieve afhandeling. Veel huisartsen blijken geremd te worden door het beleidsplan en de gegevens die aangeleverd moeten worden. Ze zien daardoor niet de meerwaarde in van de M&I-module, ten opzichte van de POH-financiering. De kans is dan ook groot dat er meer huisartsen bezig gaan met COPD-netwerkgang als de administratieve afhandeling versoepeld zou worden.
- De ondersteuning vanuit ROSET is waardevol gebleken voor de gebruikers van de M&I-module in Twente. Het blijkt dat ROSET goed bekend is, klanten zijn tevreden en ze spelen in op de voornaamste barrière, tijdgebrek.

## **Aanbevelingen**

Naar aanleiding van de resultaten zijn er een aantal aanbevelingen geformuleerd voor ROSET en Menzis.

- Sommige huisartsen denken dat de financiering na afloop van de M&I-module onvoldoende is. Afhankelijk van het feit of deze ook echt onvoldoende is, zijn er twee acties die ondernomen kunnen worden. Wanneer ROSET en Menzis van mening zijn dat de financiering na afloop voldoende is, kan er meer duidelijkheid verschaft worden over hoe de opzet van COPD-netwerkgzorg na afloop van de module gefinancierd moet worden. Mocht het onvoldoende zijn, dan moet er gekeken worden op welke manier deze aangevuld kan worden.
- Veel huisartsen blijken de meerwaarde van de M&I-module ten opzichte van de POH-financiering niet goed te zien. ROSET en Menzis zouden de meerwaarde van de M&I-module dan ook duidelijker moeten belichten in hun communicatiemiddelen.
- Het blijkt dat de meeste huisartsen niet goed op de hoogte zijn van de mogelijkheid om de M&I-module uit te breiden. Om meer huisartsen aan te trekken zou Menzis deze mogelijkheid duidelijker kunnen toelichten in de voorbeeldmodule
- Het blijkt dat de administratieve afhandeling van de module huisartsen ontmoedigt om er aan mee te doen. Hoewel het voor te stellen is dat de verzekeraars willen weten dat het geld goed besteed wordt, is het verstandig om de noodzaak van de gevraagde gegevens nog eens goed te evalueren. De gegevens die niet noodzakelijk zijn zouden achterwege gelaten kunnen worden.

# Management Summary

## Background and research question

Research has shown that for a good treatment of COPD not only the general practitioner and the practice assistant should be involved. When necessary, the physiotherapist, dietician and psychologist in the first-line, and the pneumologist and lung nurse in the second-line are involved.

COPD integrated care is a means to reach alignment, well-defined tasks and responsibilities between the different care providers. Although the theories about integrated care may sound very promising, general practitioners only started utilizing it on a limited scale. The M&I-module and ROSET try to stimulate this integrated care. That is why this research has focused on which influences the general practitioner restrain and stimulate to start with COPD-integrated care and what the role of the M&I-module and ROSET is in this. The research question below was central to this research:

*To which extend have the M&I-module and the offered support from ROSET contributed to a reinforcement of COPD integrated care of the joining practices in Twente, and which points of recommendation can be found to further improve COPD integrated care by the M&I-module?*

## Research methodology

This research involved a literature study, an online inquiry and interviews. As a result of the literature study a causal model was formed that figured as the basis of the rest of the research. Moreover, a few documents from ROSET and Menzis were studied to indentify the instruments and targets of the M&I-module and ROSET. Three groups were involved in this research: general practitioner practices who have joined the M&I-module, general practitioner practices with a practice assistant which have not joined the M&I-module and general practitioner practices without a practice assistant at all. The last group was left out of the research because of a disappointing number of responses at the online inquiry and the results. A comparison was made between the first two groups to get a better idea of the influence of the M&I-module on COPD integrated care.

## Conclusions

Based on the research the following can be concluded:

- The results turn out to be unclear about whether the provision of information and the financial compensation of the M&I-module are sufficient. Considering the results of the interviews, for now the assumption was made that the provision of information is sufficient. It is not possible to tell this for the financial compensation during and after the M&I-module.
- Lack of time seems to be a barrier for a lot of general practitioners to start with COPD integrated care. Since extra hours can be paid with the financial compensation of the module, this compensation seems to be an important incentive.
- A weak part of the M&I-module is its administrative side. A lot of general practitioners turn out to be restrained by the policy plan and the data that has to be delivered. Therefore they do not see the advantage of the M&I-module compared to the practice assistant financing. This is probably why more general practitioners will engage in COPD integrated care when the administrative burden is reduced.
- The support of ROSET has turned out to be useful for the users of the M&I-module in Twente. ROSET is well known, customers are satisfied and they anticipate on the most important barrier, lack of time.

## **Recommendations**

From these results a few recommendations were formulated for ROSET and Menzis:

- Some of the general practitioners believe that the financial compensation after completion of the M&I-module is insufficient. Dependent on the fact whether it is really insufficient, there are two possible actions that can be undertaken. When ROSET and Menzis think the financial compensation afterwards is sufficient, more clarity can be provided about how to finance the set-up of COPD integrated care after expiration of the M&I-module. If it is insufficient, a way to compensate this should be thought of.
- The results showed that a lot of general practitioners do not see the advantage of the M&I-module compared to the practice assistant financing. Therefore, ROSET and Menzis should focus more on the advantages M&I-module in their means of communication.
- It turned out that most of the general practitioners are not aware that it is possible to extend the M&I-module. To attract more general practitioners, Menzis should focus more on this possibility in the M&I-module example
- It turned out that the administrative side of the module discourages general practitioners to start with it. Although it is imaginable that health care insurance companies want to know whether their money is spent well, it would be a good idea to evaluate the necessity of the asked data. The data that is not necessary could be left out.

# Inhoudsopgave

|                                                                |               |
|----------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Hoofdstuk 1: Inleiding .....</b>                            | <b>13</b>     |
| § 1.1 Achtergrond .....                                        | 13            |
| § 1.2 Probleemstelling .....                                   | 15            |
| § 1.3 Onderzoeksvraag .....                                    | 16            |
| §1.4 Doelstelling .....                                        | 16            |
| §1.5 Belang van het onderzoek .....                            | 17            |
| §1.6 Opzet verslag.....                                        | 17            |
| <br><b>Hoofdstuk 2: Theoretisch kader .....</b>                | <br><b>19</b> |
| § 2.1 COPD .....                                               | 19            |
| § 2.2 Netwerkgorg.....                                         | 22            |
| § 2.3 Coördinatiemechanismen.....                              | 28            |
| § 2.4 Interorganisationele theorie.....                        | 31            |
| § 2.5 Samenwerken .....                                        | 35            |
| § 2.6: Conclusie theoretisch kader.....                        | 38            |
| <br><b>Hoofdstuk 3: De M&amp;I-module.....</b>                 | <br><b>41</b> |
| § 3.1 Doelen .....                                             | 41            |
| § 3.2 Instrumenten .....                                       | 42            |
| <br><b>Hoofdstuk 4: Onderzoeksopzet.....</b>                   | <br><b>45</b> |
| § 4.1 Literatuuronderzoek .....                                | 45            |
| § 4.2 Onderzoekseenheden en variabelen .....                   | 45            |
| <br><b>Hoofdstuk 5: Resultaten.....</b>                        | <br><b>52</b> |
| § 5.1 Uitgangssituatie respondenten enquête en interviews..... | 52            |
| § 5.2 Deelvraag twee .....                                     | 53            |
| § 5.3 Deelvraag drie .....                                     | 54            |
| § 5.4 Deelvraag vier .....                                     | 55            |
| § 5.5 Deelvraag vijf.....                                      | 57            |

|                                                                 |            |
|-----------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Hoofdstuk 6: Resultaten versus theorie .....</b>             | <b>60</b>  |
| <b>Hoofdstuk 7: Conclusie en aanbevelingen .....</b>            | <b>64</b>  |
| § 7.1 Conclusie .....                                           | 64         |
| § 7.2 Aanbevelingen.....                                        | 67         |
| § 7.3 Discussie .....                                           | 68         |
| <b>Bronvermelding .....</b>                                     | <b>70</b>  |
| <b>Bijlage I: Vragenlijsten interviews.....</b>                 | <b>76</b>  |
| Vragenlijst voor de huisartsenpraktijken die meedoen:.....      | 76         |
| Vragenlijst voor huisartsen met POH's die niet meedoen:.....    | 79         |
| Vragenlijst voor huisartsen die niet meedoen:.....              | 81         |
| Vragenlijst voor fysiotherapeuten die meedoen:.....             | 83         |
| <b>Bijlage II: Enquêtevragen.....</b>                           | <b>85</b>  |
| Vragenlijst voor POH's van huisartsen die meedoen: .....        | 85         |
| Vragenlijst voor POH's van huisartsen die niet meedoen: .....   | 89         |
| Vragenlijst voor huisartsen zonder POH, die niet meedoen: ..... | 92         |
| <b>Bijlage III: Onderzoeksmodellen deelvragen.....</b>          | <b>95</b>  |
| <b>Bijlage IV: Resultaten interviews .....</b>                  | <b>98</b>  |
| <b>Bijlage V: Resultaten SPSS voor enquête.....</b>             | <b>102</b> |
| Toetsen voor uitgangssituatie M&I en POH .....                  | 102        |
| Deelvraag 2 .....                                               | 109        |
| Deelvraag 3 .....                                               | 113        |
| Deelvraag 4 .....                                               | 119        |
| Deelvraag 5 .....                                               | 130        |

# Hoofdstuk 1: Inleiding

## § 1.1 Achtergrond

De Nederlandse bevolking is aan het verouderen en tegelijkertijd neemt ook de medisch wetenschappelijke kennis toe. Deze ontwikkelingen stimuleren de komst van meer diagnostische procedures en behandelingsmogelijkheden, waardoor mensen met een ernstige ziekte langer in leven blijven. Het gevolg is een toenemende groep mensen met chronische ziekten, wiens leven in grote mate beïnvloed wordt door deze ziekte (Ouwens, et al., 2005). Eén van deze ziekten, die tegenwoordig steeds vaker voorkomt, is chronische obstructieve longaandoening (in het Engels Chronic Obstructive Pulmonary Disease), ook wel bekend als COPD.

COPD is een progressieve conditie die niet volledig omkeerbaar is, het wordt geassocieerd met een inflammatoire reactie van de longen op schadelijke deeltjes en gassen (Smeele, et al, 2007). Roken is de grootste oorzaak van COPD, maar de symptomen beginnen vaak pas nadat de patiënt tientallen jaren gerookt heeft. De meeste patiënten zijn dan ook ouder dan veertig jaar.

De levensverwachting die de patiënt nog heeft als de ziekte ontdekt is, hangt af van de leeftijd van de patiënt, de ernst van de longfunctiestoornis op dat moment, de jaarlijkse achteruitgang van de longfunctie en de co-morbiditeit (met name hartfalen) (Rauws, Beissel, Koekoek, 2008). De enige manier om de achteruitgang van de longfunctie te stoppen, is door te stoppen met roken. Medicijnen kunnen alleen de ernst van de klachten verminderen en nieuwe klachten voorkomen (Rauws, Beissel, Koekoek, 2008; Berg, 2007). Helaas zijn patiënten niet altijd in staat om te stoppen met roken als de ziekte is ontdekt. Als COPD niet goed wordt behandeld, of de patiënt niet in staat is tot goed zelfmanagement, kan de ziekte leiden tot invaliditeit en een reductie van de levensverwachting met zeven jaar (CBO, 2006).

Volgens de registratie van Nederlandse huisartsen hadden in 2003 22,0 mannen en 17,1 vrouwen per 1000 inwoners COPD. Epidemiologische cijfers zullen hoger zijn, omdat (Boezen, et al., 2008):

- niet alle patiënten naar de huisarts gaan met hun klachten;
- patiënten gewend raken aan hun benauwdheid of hun leven zo aanpassen dat ze er geen last meer van hebben;
- de huisarts de klachten niet herkent als COPD.

In 2004 waren er meer dan 18.500 ziekenhuisopnames met COPD als hoofddiagnose en daarnaast werd 4,1% van de totale sterfte veroorzaakt door COPD, waarmee het één van de ziektes was met het hoogste sterftecijfer in Nederland (Boezen, et al., 2008).

COPD is een complexe ziekte, patiënten maken dan ook gebruik van veel verschillende zorgverleners. De voornaamste hulpverleners die de patiënt bezoekt zijn de huisarts (94% van de patiënten gaat minimaal één maal per jaar er naar toe, tegenover 76% van de gezonde bevolking) en de longarts. Daarnaast bezoeken COPD-patiënten onder andere fysiotherapeuten, diëtisten en ergotherapeuten (Boezen, et al., 2008).

Zorgverleners werken tegenwoordig steeds meer samen bij de zorg voor patiënten met complexe ziektebeelden als COPD en diabetes. Een organisatievorm die hieruit is voortgekomen, is ketenzorg. De definitie van ketenzorg die door het CBO - uitgever van de "Richtlijn ketenzorg COPD" (2006) - wordt gehanteerd, luidt als volgt: *"Een vorm van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, wordt verleend op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen alle zorgverleners, gedurende het gehele traject van diagnose, behandeling en (na)zorg.* Bij ketenzorg is sprake van gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden". De

werkzaamheden en voorzieningen van zorgverleners zijn zo op elkaar afgestemd dat patiënten altijd de zorg krijgen die voldoet aan hun behoeften (Fabbricotti, 2007).

De reden waarom ketenzorg momenteel zo gepropageerd wordt binnen de Nederlandse gezondheidszorg, is dat uit onderzoek is gebleken dat het theoretisch gezien de zorg aan patiënten met complexe ziektebeelden kan verbeteren. De resultaten uit praktijkonderzoek zijn echter wisselend succesvol. Er zijn veel goede ervaringen met positieve effecten als verbeterde kwaliteit van zorg, vergrote patiënttevredenheid en meer doelmatigheid (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2003), maar vaak zijn de effecten niet significant (Ouwens, et al., 2005). De algemene consensus is echter dat ketenzorg zorgt voor kwalitatief betere zorg, mede omdat het nog niet duidelijk is wat de optimale organisatievorm is en wat de kritische succesfactoren zijn (CBO, 2006),

Hoewel ketenzorg de naam is die op veel plekken nog wordt gehanteerd, wordt recentelijk ook steeds vaker over netwerkzorg gesproken. Een keten suggereert namelijk dat de zorg door de verschillende zorgverleners lineair opvolgend is, terwijl dit bij chronische ziektes als COPD niet het geval is. De term “netwerkzorg” is breder en erkent dat patiënten tegelijkertijd gebruik maken van de diensten van meerdere zorgverleners uit verschillende sectoren en dat hierin loopings van diagnose, behandeling en (na)zorg plaatsvinden (CBO, 2006). Bij dit type zorg zijn verwijsmogelijkheden en inhoudelijke zorgafstemming belangrijker dan afspraken gericht op doorstroming van de patiënt (Donkers, Bras, Dingenen, 2008). In de rest van het stuk zal dan ook de naam netwerkzorg, in plaats van ketenzorg gehanteerd worden. De definitie van ketenzorg zoals die door het CBO gehanteerd wordt, blijft toepasbaar omdat daarin niets staat over de lineariteit van de zorg.

Een organisatie die in Nederland helpt bij het opzetten van netwerkzorg en tevens de eerstelijnszorg ondersteunt, zijn de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en). In totaal zijn er 23 in Nederland, in Twente is dit ROSET (Regionale OndersteuningsStructuur voor de Eerstelijnszorg in Twente). De ROS'en zijn opgezet om tot een gerichte investering in evenwichtige en integrale ondersteuning van de eerstelijnszorg te komen. De zorgverzekeraars krijgen hiervoor extra middelen, waarmee ze contracten moeten sluiten met organisaties die deze ondersteuning vorm geven. ROSET is in 2005 begonnen in de regio Twente en heeft als belangrijkste zorgverzekeraar Menzis (ROSET, 2008).

Elke ROS legt haar eigen accenten, samengevat heeft ROSET de volgende doelen en opdrachten (ROSET,2007):

1. *“monitoren en waarborgen van de continuïteit van de eerstelijnszorg;*
2. *ondersteuning bieden aan diverse vormen van effectieve en efficiënte samenwerking en afstemming, monodisciplinair en multidisciplinair;*
3. *verbeteren van de inhoudelijke en organisatorische kwaliteit van de zorg;*
4. *fungeren als aanspreekpunt ten behoeve van de modernisering en de imagoversterking van de eerste lijn.”*

De diensten en producten van ROSET moeten leiden tot meer samenhang en een versterking van de eerste lijn. Een belangrijk deel van haar werk bestaat uit het beantwoorden van en procesbegeleiding bij ondersteuningsvragen uit het veld. De meeste diensten van ROSET worden geleverd in natura en worden via diverse bronnen uit de collectieve middelen gefinancierd (ROSET, 2007). ROSET wordt gefinancierd om de huisarts, fysiotherapeut, logopedist, verloskundige, oefentherapeut Cesar / Mensendieck en de GGZ-eerstelijnszorg te ondersteunen, maar wanneer andere eerstelijnszorgverleners betrokken zijn bij een multidisciplinaire samenwerking, worden zij ook ondersteund. De financiering van de groep eerstelijnszorgverleners die ROSET kan ondersteunen, is geregeld via een beleidsregel van het College Tarieven Gezondheidszorg (ROSET, 2007).

ROSET ondersteunt huisartsen bij het indienen van aanvragen voor de Modernisering- en Innovatie-module (M&I-module) bij Menzis. De M&I-module is een financieringsmodule waarmee de huisarts een verbetertraject kan opzetten, met als doelstelling het verbeteren van de doelmatigheid en de kwaliteit

van de huisartsenzorg of de eerstelijnszorg. Er zijn diverse M&I-modules, waarvan één speciaal bedoeld voor de opzet van COPD-netwerkgorg. Het doel van deze module is het stimuleren van de opzet van netwerkgorg voor COPD-patiënten, zodat meer COPD-patiënten toegang krijgen tot gestructureerde en kwalitatief betere zorg.

## **§ 1.2 Probleemstelling**

Er bestaan nog veel knelpunten bij de zorg voor patiënten met COPD. COPD-patiënten hebben vaak te maken met meerdere zorgprofessionals, zoals hun huisarts, de longarts, eventuele andere specialisten in verband met co-morbiditeit en paramedici als fysiotherapeuten en diëtisten. Veel patiënten ervaren de samenwerking tussen de verschillende disciplines nog als onvoldoende (CBO, 2006) en ook de inspectie constateert dat “patiënten met een chronische ziekte risico’s lopen door slechte afstemming en onvoldoende afbakening van taken en verantwoordelijkheden tussen beroepsbeoefenaren en zorginstellingen” (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003). Dit komt door knelpunten in de organisatie van de zorg, die leiden tot een gebrek aan continuïteit van de zorg tussen de eerste en tweede lijn. Een mogelijke oplossing hiervoor is het opzetten van netwerkgorg. Met netwerkgorg kan tevens meer aandacht worden besteed aan tijdige diagnostiek en leefstijlinterventies als begeleiding bij stoppen met roken (CBO, 2006).

De organisatievorm waarbinnen COPD-netwerkgorg plaatsvindt, is een netwerk. Naast het netwerk onderscheidt Powell (1990) ook de markt en een hiërarchie. In een netwerk zijn de deelnemers van elkaar afhankelijk en dienen ze hun handelen op elkaar aan te passen. Netwerken zijn vooral geschikt voor stabiele relaties en transacties waarbij efficiënte en betrouwbare informatie nodig is. Markten daarentegen zijn vooral geschikt voor simpele snelle transacties, terwijl de hiërarchie het beste werkt bij massaproductie.

De verschillende organisaties die aan COPD-netwerkgorg deelnemen, hebben elk hun eigen belangen. Volgens Raak, Paulus en Mur-Veeman (2002;2005) hangt bij het ontstaan van dergelijke netwerken veel af van de aanwezige machtsrelaties, afhankelijkheden en instituties. Zij adviseren daarom om dit te analyseren vanuit de resource dependence theory, de institutionele theorie en de stakeholder-theorie. Deze theorieën geven helder weer waarom organisaties (zorgpraktijken) wel of niet gaan samenwerken en hoe deze samenwerking zal verlopen.

Zo stelt de resource dependance theory dat organisaties bepaalde doelen najagen, zoals het leveren van goede services, of het bereiken van een bepaalde marktpositie. Om dit te bereiken hebben ze bepaalde hulpmiddelen nodig uit hun omgeving, die zich bij andere organisaties (bijvoorbeeld zorgverzekeraars) kunnen bevinden. De afhankelijkheden die door deze doelen ontstaan, kunnen leiden tot de behoefte aan interorganisationale netwerken (Raak, Paulus, Mur-Veeman, 2005).

Instituties kunnen volgens de institutionele theorie sociale normen, wetten, protocollen, organisationele procedures en andere regels zijn die sociale actie beperken, leiden of mogelijk maken (Raak, Paulus, Mur-Veeman, 2005). Volgens Hasenfeld (1992, blz. 73-74), is institutionele druk typisch voor de gezondheidszorg en andere non-profit-organisaties. Alle (Nederlandse) gezondheidszorgorganisaties worden namelijk door de samenleving verplicht het welzijn van haar gebruikers te beschermen, onderhouden en te verbeteren. De laatste jaren wordt geïntegreerde zorg steeds meer een eis vanuit de samenleving, echter de financiering hiervoor is nog niet goed geregeld, waardoor de druk vanuit de verschillende instituties conflicteert (Raak, Paulus, Mur-Veeman, 2005).

Stakeholders zijn volgens de stakeholder-theorie groepen of individuen die de organisatie kunnen beïnvloeden, of er door beïnvloed kunnen worden. Organisaties worden gezien als onderdeel van een interorganisationeel web van stakeholders, ze hebben de verantwoordelijkheid om bij het maken van beslissingen de claims van andere stakeholders te betrekken. Vanuit deze visie gaan organisaties relaties

aan met andere stakeholders om hun belangen op één lijn te krijgen en onzekerheid te reduceren (Raak, Paulus, Mur-Veeman, 2005).

Door de aanwezige machtsrelaties, afhankelijkheden en instituties blijkt het opzetten van netwerkzorg niet altijd zo eenvoudig te zijn. Aspecten die bij de opzet van netwerkzorg in Nederland als problematisch worden ervaren zijn: de financiering, het domeindenken van de verschillende beroepsgroepen, de extra tijdsinvestering die het vraagt, personeelstekorten en onvoldoende deskundigheid van de artsen (Stichting Ketenkwaliteit COPD, 2005; CBO, 2006).

### **§ 1.3 Onderzoeksvraag**

In dit onderzoek zullen de volgende hoofd en deelvragen gesteld worden:

#### **Hoofdvraag:**

*In hoeverre hebben de M&I-module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET bijgedragen aan een versterking van de COPD-netwerkzorg van de deelnemende praktijken in Twente en welke aanknopingspunten kunnen ontdekt worden om de COPD-netwerkzorg door de M&I-module verder te laten verbeteren?*

#### **Deelvragen:**

- 1. Wat houdt de M&I-module voor COPD-netwerkzorg in en wat zijn haar doelstellingen en instrumenten?*
- 2. Welke factoren dragen bij aan het feit dat huisartsen en paramedici niet spontaan met elkaar gaan samenwerken, terwijl bekend is dat het de zorg aan COPD-patiënten kan verbeteren?*
- 3. In welke mate speelde de M&I-module een rol in de beslissing van huisartsen om aan de opzet van COPD-netwerkzorg te beginnen?*
- 4. In welke mate hebben de M&I module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET bijgedragen aan het bereiken van de gestelde doelstellingen?*
- 5. Welke aanknopingspunten kunnen ontdekt worden om de M&I-module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET de netwerkzorg voor COPD-patiënten verder te laten versterken?*

Via deze hoofd- en deelvragen wordt onder andere geprobeerd duidelijk te krijgen welke invloed de M&I-module heeft op de relaties, zoals die gesteld worden in de in dit onderzoek te behandelen theorieën. Hierbij zal zowel naar doelbereiking van de inhoudelijke als de procesdoelen van de M&I-module worden gekeken.

### **§1.4 Doelstelling**

In de wetenschappelijke literatuur is er nog geen consensus over de juiste organisatievorm en de kritische succesfactoren van netwerkzorg die de aanwezige drempels (onder andere het domeindenken en de financiering, zie 'probleemstelling') kunnen overwinnen (CBO, 2006). Het ondersteunen en stimuleren van (de opstart van) netwerkzorg voor COPD-patiënten, zoals ROSET de afgelopen twee jaar in Twente heeft gedaan, is dan ook niet zonder meer succesvol. Daarom is het erg belangrijk om dergelijke initiatieven te evalueren en de resultaten te verspreiden, zodat anderen ervan kunnen leren. Het doel van deze studie is om de bijdrage van de M&I-module voor COPD-netwerkzorg bij de deelnemende praktijken aan deze module te onderzoeken. Hiermee is het een soort evaluatie van de effectiviteit van de module en de bijbehorende ondersteuning die ROSET daarbij geleverd heeft. Daarnaast heeft het onderzoek als doel om er achter te komen of het mogelijk is om de netwerkzorg voor COPD-patiënten in Twente nog verder te versterken met de M&I-module en de daaraan verbonden ondersteuning vanuit ROSET, of dat hier het maximale al uit gehaald is. Naast het ondersteunen van de

werkzaamheden van ROSET heeft het onderzoek tevens als doel de functionaliteit van de M&I-module in andere regio's dan Twente te ondersteunen.

## **§1.5 Belang van het onderzoek**

### **Wetenschappelijk belang**

Er is nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de invloed van financieringsmodules van zorgverzekeraars op netwerkgorg. In hoeverre vormen deze modules de aanleiding voor huisartspraktijken om aan netwerkgorg te beginnen en worden zij hierdoor ook daadwerkelijk gestimuleerd om volwaardige netwerkgorg te leveren? Uit de wetenschappelijke literatuur is bekend dat samenwerken tot betere COPD-zorg leidt, toch wordt dit vaak niet gedaan. Interessant is om te kijken op welke manier een financieringsmodule met bijbehorende ondersteuning van een ROS daar verandering in brengt.

### **Maatschappelijk belang**

Dit onderzoek is maatschappelijk van belang, omdat het een evaluatie betreft van een financieringsmodule die wordt betaald met middelen die verkregen zijn van verzekerden van Menzis. Naast het financiële belang, is het misschien nog wel belangrijker dat Nederlandse burgers tegenwoordig kwalitatief goede en betrouwbare zorg eisen. Om dat te bereiken moeten effectieve instrumenten ingezet worden, die ten volle benut worden. Dit onderzoek onderzoekt de effectiviteit van de M&I-module en de bijbehorende ondersteuning van ROSET, daarnaast probeert het duidelijk te krijgen hoe de effectiviteit van deze module nog verder vergroot kan worden.

## **§1.6 Opzet verslag**

De opzet van het verslag is als volgt. In hoofdstuk twee wordt het theoretisch kader van dit onderzoek besproken. Naar aanleiding van dit theoretisch kader wordt aan het eind van hoofdstuk twee een causaal model gepresenteerd dat als leidraad dient voor het verdere onderzoek. Hoofdstuk drie gaat vervolgens in op de instrumenten en doelstellingen van de M&I-module, dit vormt in wezen de beantwoording van de eerste deelvraag. Hoofdstuk vier bespreekt de methoden die gebruikt zijn voor het praktijkonderzoek, waarna in hoofdstuk vijf de resultaten gepresenteerd worden. Naar aanleiding van de resultaten wordt in hoofdstuk zes een koppeling gemaakt tussen het theoretisch kader en de resultaten, zodat de lezer een goed beeld krijgt van in hoeverre deze overeen komen. In hoofdstuk zeven worden tot slot de conclusie, aanbevelingen en de discussie gepresenteerd.



## Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

Om een goed beeld te krijgen van de druk die COPD de komende jaren op de eerste lijn zal geven, zal in de volgende paragraaf kort worden ingegaan op de behandeling, trends en het bewustzijn van COPD in de samenleving en bij de huisarts.

### § 2.1 COPD

In de inleiding is al uitgelegd wat het ziektebeeld is van COPD, in deze paragraaf zal daarom ingegaan worden op de zorg die COPD-patiënten nodig hebben en aspecten die de zorg aan COPD-patiënten beïnvloeden.

Allereerst de benodigde zorg. Hoeveel zorg een patiënt nodig heeft, hangt af de ernst van zijn ziekte. Hiervoor gebruikt men vaak de GOLD-klassering. De GOLD-klassering is gebaseerd op het geforceerde expiratoire volume in één seconde (FEV1) als percentage van de voorspelde waarde. De voorspelde waarde is gebaseerd op referentiewaarden die afhankelijk zijn van geslacht, leeftijd, lengte en land van herkomst (Lakerveld-Heyl, Ravensberg, Wams, 2005). Patiënten met GOLD-klasse I en II (ongeveer 80% van de populatie COPD-patiënten) hebben de huisarts als centrale zorgverlener en patiënten met GOLD-klasse III en IV de longarts. Voor stabiele GOLD-klasse III-patiënten geldt dat ze vaak in overleg terug worden verwezen naar de huisarts als centrale zorgverlener (Rauws, Beissel, Koekoek, 2008).

De algemene behandelingsdoelen bij alle COPD-patiënten zijn (Rauws, Beissel, Koekoek, 2008):

- het verminderen van klachten;
- het verbeteren van het inspanningsvermogen;
- het normaliseren van de achteruitgang van de longfunctie (FEV1);
- het voorkomen van exacerbaties;
- het uitstellen of voorkómen van invaliditeit en arbeidsongeschiktheid;
- het verbeteren van de ziektegerelateerde kwaliteit van leven.

Om deze doelen te bereiken voert de huisarts of zijn praktijkondersteuner zelf een behandeling uit of verwijst hij door naar onder andere de longarts, fysiotherapeut, diëtist, ergotherapeut en psycholoog. Om de behandelingsdoelen te halen, moeten bij elke patiënt de volgende elementen aan de orde komen (Rauws, Beissel, Koekoek, 2008):

- educatie;
- stoppen met roken;
- bewegen;
- voeding en gewicht;
- medicamenteuze behandeling;
- inhalatie instructie;
- psychosociaal werk;
- kwaliteit van leven;
- vervolgspraak.

Aangezien medicatie de achteruitgang van de patiënt alleen kan vertragen en de patiënt niet beter kan maken zijn leefregels erg belangrijk. De belangrijkste zijn: stoppen met roken, het vermijden van prikkels, het verbeteren van de lichamelijke conditie, gezond eten en een goed gewicht. Om dit te bereiken is in eerste instantie goede voorlichting en begeleiding nodig door de praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige (POH). De POH is getraind om patiënten wat betreft stoppen met roken, bewegen, voeding en gewicht en psychosociaal werk de goede weg op te laten gaan. Hoewel de POH's geen specialisten zijn op deze thema's, worden ze tijdens de opleiding en de diverse gevolgde cursussen wel opgeleid om dit soort thema's adequaat te behandelen. Mogelijk gevolgde cursussen kunnen zijn

‘motivational interviewing’ en ‘stoppen met roken’-cursussen van Stivoro. Ook de huisarts is in principe hiervoor opgeleid, echter zonder POH is er waarschijnlijk geen tijd voor deze thema’s en met POH zal de huisarts dit uitbesteden. Wanneer de patiënt lastiger te helpen is<sup>1</sup>, wordt er verwezen naar een fysiotherapeut (lichamelijke conditie), een diëtist (voeding en gewicht) of een psycholoog (psychische welzijn) (Baan, Hutten, Rijken, 2003). Hoewel bewegen ook goed bij een sportschool kan, of op eigen initiatief, is dit in eerste instantie vaak niet geschikt voor COPD-patiënten. COPD-patiënten worden benauwd van inspanning en worden daarom vaak angstig om actief te gaan bewegen. Fysiotherapeuten hebben hiervoor speciale beweegprogramma’s en zijn getraind in het behandelen van patiënten met COPD. Voor patiënten die met begeleiding van de huisarts of de POH er niet in slagen om te stoppen met roken, komen er steeds meer alternatieven. Zo ontstaan bij ziekenhuizen steeds vaker rook-stop-poli’s, is gedragstherapie mogelijk en zijn er allerlei bedrijven en alternatieve genezers die ondersteuning bij het stoppen met roken bieden. Tot slot kan bij ernstig beperkte COPD-patiënten de ergotherapeut ook nog een rol spelen. De ergotherapeut leert de patiënt om te gaan met zijn beperkingen en geeft advies over mogelijke hulpmiddelen en voorzieningen.

### **§ 2.1.1 Trends**

Vroeger was het roken vooral onder mannen erg populair, later werd het ook steeds populairder onder vrouwen, dit is terug te zien in de prevalentie<sup>2</sup> van COPD. Het RIVM heeft bijvoorbeeld berekend dat de prevalentie voor vrouwen tussen 1984 en 1994 in Nederland bijna verdubbeld is, terwijl mannen de grootste stijging al gehad hadden en er sprake was van een lichte daling (Boezen, et al., 2008). Het RIVM ziet voor de mannen eveneens een lichte daling eind jaren negentig, maar kan bij de vrouwen geen echte trend ontdekken. Uit onderzoek van Feenstra et al. (2001) is gebleken dat de prevalentie van COPD voor mannen in 1994 21 per 1000 inwoners was en voor vrouwen 10 per 1000 inwoners. Zij schatten aan de hand van een zelfgemaakt model, dat de demografische ontwikkelingen en het rookgedrag meeneemt, dat de prevalentie in 2015 voor mannen stijgt naar 29 per 1000 inwoners en voor vrouwen naar 25 per 1000 inwoners. Voor vrouwen zorgt de invloed van het rookgedrag voor een stijging van de COPD-prevalentie ten opzichte van de invloed van de demografische ontwikkelingen, bij mannen is dit precies andersom. Naast de prevalentie is ook de mortaliteit (sterftecijfer) van COPD de afgelopen 30 jaar gestegen, dit in tegenstelling tot de meeste andere chronische ziektes (Halpin, Maravittles, 2006).

De Nederlandse prevalentiecijfers komen overeen met schattingen van de World Health Organization (WHO). Volgens de WHO (2008) was COPD in 2002 de vijfde meest voorkomende doodsoorzaak op de wereld, in 2030 schatten ze dat het de derde meest voorkomende doodsoorzaak zal zijn.

### **§ 2.1.2 Bewustzijn samenleving en huisarts**

Veel mensen met COPD zijn niet gediagnosticeerd, waardoor een effectieve behandeling belemmerd of uitgesteld wordt en de longen verder achteruitgaan dan nodig is. Dit brengt hoge kosten voor de maatschappij met zich mee (Weel, 2002). Kijkend naar het bewustzijn van COPD in de samenleving en die van de huisarts zijn hiervoor enkele oorzaken aan te wijzen.

Als eerst is van huisartsen bekend dat ze niet altijd open staan om richtlijnen zo precies mogelijk na te leven (IGZ<sup>3</sup>, 2007). Hierdoor is het mogelijk dat nieuwe gevallen van COPD gemist worden. Daarnaast kreeg COPD de afgelopen jaren in de samenleving en dus van huisartsen (in opleiding) niet veel aandacht (CBO, 2006), waardoor er relatief weinig interesse voor was. Dit is recentelijk overigens aan

<sup>1</sup> De lichamelijke conditie van de patiënt is  $\geq$  MrC 2, de patiënt heeft onder- of overgewicht en / of serieuze psychische problemen.

<sup>2</sup> Prevalentie is een maat voor het aantal bekende gevallen van een ziekte op een bepaald moment of gedurende een bepaalde periode (Boot, Knapen, 2001, blz. 23)

<sup>3</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg.

het verbeteren, door het toenemend aantal netwerkzorginitiatieven, de aandacht van het Astmafonds en de komst van functionele bekostiging<sup>4</sup> in 2010.

Het feit dat er veel ongediagnosticeerde COPD-patiënten zijn ligt echter niet alleen aan de huisarts, wiens taak het is om COPD-patiënten te signaleren en te diagnosticeren. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat slechts tien procent van de door de patiënt ervaren symptomen aan de huisarts gepresenteerd wordt. Hierdoor mist de huisarts veel symptomen en kan er geen goede (vroege) diagnose gesteld worden (Weel, 2002).

Naast dat veel patiënten slechts een beperkt deel van de ervaren symptomen aan hun huisarts presenteren, staan ze ook niet altijd open voor behandeling. Uit een onderzoek van de universiteit van Nijmegen (Weel, 2002) bleek dat meer dan 50% van de COPD-patiënten, die na enkele onderzoeken uitgenodigd werden voor behandeling niet op kwamen dagen. Ze bleven thuis omdat ze zichzelf niet ziek genoeg beschouwden. De ervaren zorgbehoefte van de patiënten komt in dat geval niet overeen met de objectieve zorgbehoefte van de zorgverleners (Bakker, et al., 2005). Uit een andere studie bleek daarnaast dat het stoppen met de behandeling een belangrijke reden was voor een inadequate behandeling van COPD (Bottema, 1993).

Er moet dus zowel bij de huisarts, als in de samenleving gewerkt worden aan een verbetering van het bewustzijn van COPD. Waarbij er speciale aandacht moet worden besteed aan het belang van een vroege diagnose en behandeling.

### **§ 2.1.3 richtlijnen en protocollen COPD-netwerkzorg<sup>5</sup>**

Richtlijnen voor de klinische praktijk zijn in 1990 door het Institute of Medicine gedefinieerd als: “systematisch ontwikkelde standpunten om de praktiserend geneeskundige en de patiënt te helpen beslissingen te nemen over de juiste zorg voor specifieke klinische omstandigheden”. Een succesvolle implementatie van richtlijnen moet de kwaliteit van de geleverde zorg verhogen door de ongepaste variatie tussen leveranciers, ziekenhuizen en geografische regio's te verlagen en het gebruik van effectieve (nieuwe) methodes voor de praktijk van alle dag te stimuleren (Cabana, et al., 1999; Woolf, et al., 1999). Andere redenen die voor een grote interesse in het gebruik van richtlijnen en protocollen gezorgd hebben, zijn: de gedachte dat tenminste een deel van de variatie in de zorg komt door het leveren van ongepaste zorg, het teveel of te weinig gebruiken van een bepaalde dienst en de wens van artsen om de beste zorg te leveren en die van patiënten om de beste zorg te ontvangen (Woolf, et al., 1999).

Voor COPD-netwerkzorg bestaan een aantal richtlijnen en protocollen die aanbevelingen geven voor de samenwerking tussen de diverse betrokken disciplines. Ze laten zien dat er zowel op wereld, landelijk als regionaal niveau actief nagedacht wordt over COPD-netwerkzorg. Een vijftal richtlijnen en protocollen die het samenwerken actief stimuleren, zijn: de richtlijn ketenzorg COPD van het CBO (CBO, 2006), de Landelijk Transmurale Afspraak (LTA) COPD (Folmer, et al., 2001), de Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak (LESA) COPD (Lakerfeld-Heyl, et al., 2007), het COPD-protocol van THOON<sup>6</sup> (Rauws, Beissel, Koekoek, 2008) en de GOLD<sup>7</sup>-richtlijn (Roisin, 2008).

Naast deze richtlijnen en protocollen bestaan er voor elke discipline ook nog de disciplinespecifieke richtlijnen van de eigen beroepsgroep. Dit gecombineerd met het feit dat er voor andere ziektes ook een

<sup>4</sup> Dit houdt in dat de bekostiging uitgaat van de zorgvraag of de aandoening van de patiënt.

<sup>5</sup> De eerste alinea van deze paragraaf komt uit: Kooistra, M. (2008). *Informatieoverdracht van en naar de operatiekamer*. Bachelorscriptie Gezondheidswetenschappen, Universiteit Twente.

<sup>6</sup> Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland, een grote huisartsenorganisatie in Twente.

<sup>7</sup> Global Initiative for Obstructive Lung Disease.

hoop richtlijnen bestaan, maakt het niet verrassend dat niet al deze richtlijnen even bekend zijn bij artsen en paramedici. Dit wordt tevens vermeld in de literatuur (onder andere in: Cabana, et al., 1999). Het is echter wel belangrijk om op de hoogte te zijn van richtlijnen, ze geven namelijk een overzicht van recent verzamelde wetenschappelijke inzichten. Hierdoor zijn zorgverleners op de hoogte van de methodes om de meest optimale zorg aan patiënten te verlenen en om indien mogelijk dit te kunnen toepassen. Juist bij COPD is dit zeer actueel, omdat het een zeer complexe ziekte is, waarbij goede kennis van zaken nodig is om de juiste behandeling te geven en de kwaliteit van leven van de patiënt zo hoog mogelijk te houden.

#### **§ 2.1.4. Kwaliteit van leven**

Uit diverse onderzoeken is gebleken dat mensen met COPD een lagere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven hebben dan de algemene bevolking (Beaumont, Tjhuis, 2000). Vooral wat betreft de fysieke aspecten van het dagelijks functioneren ondervinden ze problemen, maar ook het sociale en emotionele functioneren blijkt minder. Patiënten met ernstige COPD hebben daarnaast ook vaak last van slaapproblemen en pijn.

Doordat COPD een chronische en progressieve ziekte is, zal de ervaren gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven blijvend van aard zijn, of verder verslechteren. Daarom is het volgens Nieuwenhuijzen Kruseman en Bussel (2006) belangrijk dat er veel aandacht wordt besteed aan het voorkomen van complicaties. Ook moet er meer aandacht komen voor het verzorgen (care), in plaats van beter maken van patiënten (cure). Om dit te bereiken is goed management van de ziekte door de betrokken zorgverleners nodig, hetgeen overeenkomt met netwerkzorg.

Er kan dus geconcludeerd worden dat voor een goede behandeling van COPD, niet alleen de huisarts en de POH betrokken moeten zijn. Indien nodig kunnen in de eerste lijn onder andere de fysiotherapeut, de diëtist en de psycholoog betrokken worden. Zowel bij de huisarts als in de samenleving zal de komende jaren gewerkt moeten worden aan het verbeteren van het bewustzijn van COPD. Gezien de verdere kwaliteit van leven, zal met name het belang van vroege diagnose en behandeling onderstreept moeten worden.

### **§ 2.2 Netwerkzorg**

Het zorgsysteem in Nederland is sterk gedifferentieerd, zowel tussen zorgverleners, eenheden als organisaties. Hoewel differentiatie zijn nadelen heeft als het gaat om de coördinatie van zorg (en daarmee de efficiëntie en effectiviteit van zorg), is het tegelijkertijd ook de grote kracht van het zorgsysteem, doordat elke zorgverlener veel van zijn eigen specialisatie weet. Om de nadelen van differentiatie weg te nemen en zo efficiëntere en effectievere zorg te leveren, zou de zorg meer geïntegreerd moeten worden (Wijngaarden, Bont, Huijsman, 2006). Dit kan onder andere door het opzetten van netwerkzorg. Zoals eerder genoemd is netwerkzorg een vorm van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, wordt verleend op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen alle zorgverleners, gedurende het gehele traject van diagnose, behandeling en (na)zorg (CBO, 2006). Doordat deze definitie toch enigszins abstract blijft, zal hieronder nader ingegaan worden op wat netwerkzorg inhoudt.

Als eerste is het belangrijk dat netwerkzorg gekenmerkt wordt door multidisciplinariteit. Er zijn dus meerdere zorgverleners betrokken die zorg leveren aan de patiënt. Bij COPD kan hierbij in de eerste lijn gedacht worden aan de huisarts, de fysiotherapeut, de diëtist en de psycholoog. In de tweede lijn zijn onder andere de longarts en de longverpleegkundige betrokken. De COPD-gerelateerde activiteiten van de betrokken zorgverleners worden gezamenlijk gecoördineerd en hebben een structureel karakter. Het gaat dan voornamelijk om zorginhoudelijke afstemming en verwijsmogelijkheden (Donkers, Bras, Dingenen, 2008). Beide onderwerpen zijn vastgelegd in afspraken, op deze manier wordt dubbel werk

voorkomen en de waarschijnlijkheid dat alle essentiële diensten ergens in het netwerk aan de patiënt geleverd zijn vergroot. Tevens garandeert netwerkzorg dat alle patiënten toegang krijgen tot de door hen benodigde diensten (Provan, Milward, 1995). Bij COPD wordt de zorg voor GOLD I- en GOLD II-patiënten bijvoorbeeld gecoördineerd door de huisarts en voor GOLD III- en GOLD IV-patiënten door de longarts<sup>8</sup>. Naast de gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid is bij netwerkzorg ook sprake van expliciete deelverantwoordelijkheden (CBO, 2006). De betrokken disciplines zijn dus zelf verantwoordelijk voor de door hen geleverde zorg. Belangrijk bij netwerkzorg is dat het zeer patiëntgericht is. De zorg wordt afgestemd op de behoeftes van de patiënt. Bij COPD kijken de huisarts en de POH naar de patiënt als geheel en schakelen zij hulp in van andere gespecialiseerde zorgverleners als zij niet aan de behoeften van de patiënt kunnen voldoen.

Wanneer netwerkzorg vergeleken wordt met de 'markt', zijn er enkele duidelijke verschillen op te merken. Op de markt is het ieder voor zich, alleen het eigenbelang telt en niemand is afhankelijk van een ander. Bij netwerkzorg houdt men juist rekening met elkaar en probeert men gezamenlijk een zo goed mogelijk resultaat te bereiken. Een goed product (goede patiëntenzorg) kan daar alleen tot stand komen als alle deelnemers meewerken. Deze afhankelijkheid is eveneens terug te vinden in een hiërarchie. Het grote verschil hiermee is echter dat netwerkzorg in de eerste lijn typisch niet binnen de grenzen van één organisatie plaatsvindt. Elk type zorgverlener heeft zijn eigen organisatie met bijbehorende belangen. Deze belangen zijn veel moeilijker te verenigen dan in een bureaucratie waar de organisationele belangen van bovenaf bepaald worden.

Naast dat netwerkzorg in de literatuur als oplossing voor het integreren van de zorg wordt genoemd, wordt het ook genoemd als oplossing voor het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg. Voor zorgverleners is kwaliteitsverbetering eveneens één van de belangrijkste redenen om aan netwerkzorg te beginnen (Åhgren, B., Pol, M., 2003); helaas blijken de toegedichte effecten in de literatuur vaak niet significant (Ouwens, et al., 2005). De redenen hiervoor zijn vaak onduidelijk.

Het ministerie van VWS<sup>9</sup> probeert om een aantal redenen netwerkzorg te stimuleren. Als eerste ziet ze het als een manier om in te spelen op de toenemende vraag van met name chronisch zieken. Deze is de laatste jaren gestegen door het toenemende aantal patiënten, de toenemende complexiteit en de steeds hoger wordende wensen van de patiënt. Ten tweede denkt ze dat door het toepassen van netwerkzorg de samenhang en de kwaliteit van de zorg verhoogd wordt; ondanks dat dit voor veel aandoeningen nog niet is bewezen. Ten derde ziet ze in netwerkzorg een oplossing om meer zorg van de tweede naar de eerste lijn te verschuiven. Hierdoor wordt de zorg niet alleen goedkoper, maar komt de zorg ook dichterbij de patiënt (Klink, 2008a).

De WHO European Office for Integrated Health Care Services<sup>10</sup> (Gröne, Garcia-Barbero, 2001) is overtuigd van het nut van netwerkzorg en signaleert naast de bovengenoemde reden nog twee andere redenen waarom er meer gebruik gemaakt zou moeten worden van netwerkzorg. Zij stelt als eerste dat patiënten steeds beter geïnformeerd zijn, meer zelfvertrouwen hebben, beter geëmancipeerd zijn, hun rechten beter kennen en betere zorg eisen. Om aan dit type patiënten tegemoet te komen moet meer gebruik worden gemaakt van netwerkzorg, zodat de toegang en de continuïteit van de zorg verbeterd worden. Ook stelt ze, naar aanleiding van het boek "Crossing the Quality Chasm" van het Institute of Medicine (2001), dat het niet langer mogelijk is om betere diensten te leveren alleen op basis van het verbeteren van vaardigheden, klinische procedures en technologie. Om een veilig, effectief,

<sup>8</sup> Met uitzondering van stabiele GOLD III-patiënten en GOLD IV-patiënten die alleen nog palliatieve zorg behoeven, zij vallen onder coördinatie van de huisarts.

<sup>9</sup> Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

<sup>10</sup> In het Nederlands: Het Europese kantoor van de wereld gezondheidsorganisatie voor geïntegreerde gezondheidszorg.

patiëntgericht, tijdig, efficiënt en gelijkwaardig zorgsysteem te creëren zal de integratie van de verschillende onderdelen (hetgeen de kern is van netwerkzorg) veel meer succes hebben. Oftewel door de integratie van de verschillende onderdelen van het zorgproces zijn zorgverleners en organisaties beter van elkaar op de hoogte welke zorg zij verlenen en kunnen ze dit op elkaar afstemmen (Baan, Hutten, Rijken, 2003)

### § 2.2.1 Typen netwerk- of ketenzorg

Er zijn verschillende typen netwerk- of ketenzorg te onderscheiden, het Transmuraal Netwerk Midden-Holland onderscheidt hiervoor drie basismodellen: het dienstenmodel, het kluwenmodel en het transfermodel. Deze modellen zijn getypeerd op basis van de samenwerking, de wederzijdse afhankelijkheid, de rolverdeling van de zorgverleners en de specifieke kenmerken van de patiëntengroepen (Donkers, Bras, Dingenen, 2008). Om duidelijk te krijgen over welk type netwerk- of ketenzorg we praten bij COPD-patiënten en wat het verschil is met andere typen, volgt hieronder een beschrijving van de drie modellen.



**Figuur 1: Transfermodel**

(cure), waarbij de patiënt steeds beter wordt en steeds lichtere zorg kan ontvangen. Het is dus duidelijk een lineair zorgproces dat binnen het model past.



**Figuur 2: Kluwenmodel**

van netwerkzorg, omdat de door de patiënt benodigde zorgverleners en zorg niet lineair opvolgend verlopen. Het is onder andere van toepassing op dementie, omdat dementerende patiënten vaak zowel lichamelijk als geestelijk steeds verder verslechteren en een steeds hogere zorgbehoefte krijgen.



**Figuur 3: Dienstenmodel**

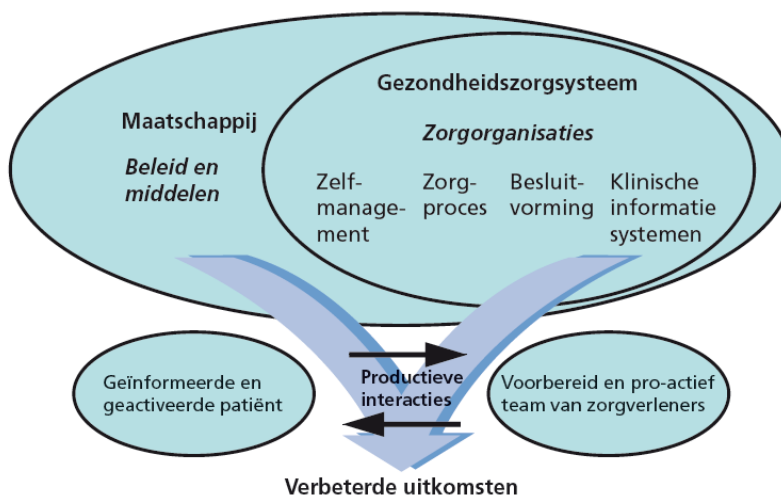
In het *transfermodel* (figuur 1) staat het herstel van de patiënt centraal. De patiënt wordt in steeds lichtere zorgvormen behandeld en elke schakel draagt zelf verantwoordelijkheid. Het traject is redelijk voorspelbaar en bij de transfers vindt er een overdracht van zorg en regie van de ene naar de andere behandelaar plaats. Door de opeenvolgendheid is dit model aan te duiden als ketenzorg. Een voorbeeld van een patiëntengroep waarbij dit model toegepast kan worden zijn de CVA-patiënten. Bij CVA-patiënten gaat het om genezing

Het tweede model is het *kluwenmodel* (figuur 2), dit model is gericht op kortdurende of langdurende zorg voor aandoeningen met een progressief verloop, waarbij steeds meer zorgverleners ingeschakeld moeten worden. De patiënt en zijn omgeving zal steeds minder goed in staat zijn om regie en overzicht te houden over alle verschillende zorgverleners. Elke zorgverlener behandelt vanuit de eigen verantwoordelijkheid, niemand is hoofdbehandelaar en het verloop van de aandoening is vooraf onduidelijk. In dit model is sprake

Tot slot het *dienstenmodel* (figuur 3), bij het dienstenmodel heeft de patiënt tegelijkertijd met verschillende zorgverleners contact en één zorgverlener is hoofdbehandelaar of eindverantwoordelijke. Dit model wordt gebruikt bij aandoeningen waarvan het verloop relatief voorspelbaar is en de behandeling en begeleiding goed te protocolleren en programmeren zijn. De samenwerking tussen de zorgverleners is gericht op de uitvoering van het zorgprogramma en de

hoofdbehandelaar bepaalt wanneer welke zorgverlener actief moet worden. Het gaat hier om patiënten die door zelfmanagement in staat blijven een zo normaal en stabiel mogelijk leven te leiden. Het dienstenmodel is een netwerkzorgmodel, omdat de benodigde zorg, net als bij het kluwenmodel, niet lineair opvolgend is. Het is onder andere geschikt voor de behandeling van COPD of diabetes, omdat beide aandoeningen relatief voorspelbaar zijn, één hoofdbehandelaar hebben (huisarts of specialist) en geschikt zijn voor zelfmanagement. De eigenschappen van het dienstenmodel passen dus goed bij COPD-zorg, zoals het wordt behandeld in dit onderzoek.

Naast de bovenstaande drie modellen van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland valt ook te denken aan het Chronic Care model. Het Chronic Care Model (zie Wagner, 2002) is een Amerikaans model dat de essentiële elementen van een gezondheidszorgsysteem identificeert die kwalitatief hoge chronische zorg aanmoedigen. Deze elementen zijn: de maatschappij, beleid en middelen, het gezondheidszorgsysteem, zelfmanagement, het zorgproces, besluitvorming en klinische informatiesystemen.



**Figuur 4: Chronic Care Model – Model voor geïntegreerde, chronische zorg (Vrijhoef, 2008)**

Het model is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur over de invloed van de organisatie op de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken. Het model beschouwt het gezondheidszorgsysteem als onderdeel van de maatschappij. Het gezondheidszorgsysteem moet het leiderschap, de prikkels en de middelen hebben om praktijken te veranderen, zodat de behoeftes van de chronisch zieken vervuld kunnen worden. Dit ondersteunt de ontwikkeling van productieve interacties tussen de geïnformeerde, geactiveerde patiënt (en diens omgeving) en het voorbereide, proactieve team van zorgverleners. Het zijn de interacties tussen deze twee groepen die verzekeren dat diensten geleverd worden die de zorg verbeteren (Wagner, 2002). De werkzaamheid van het model is onder andere bewezen voor diabetes en astma; voor COPD is het bewijsmateriaal nog beperkt (Adams, et al., 2007). Het Chronic Care Model gaat een stap verder dan netwerkzorg, doordat het naast de zorgorganisaties ook de maatschappij bij het zorgproces betreft en het gebruik van klinische informatiesystemen vereist. Onder de maatschappij wordt verstaan dat zorgorganisaties samenwerkingsverbanden aangaan met overheidprogramma's, sportclubs, scholen en bedrijven. Dit is voor de analyse van de situatie in Twente een stap te ver. Huisartsen zijn vaak nog niet of niet zo lang bezig met netwerkzorg, bezitten niet de juiste informatiesystemen en hebben niet voldoende financiële middelen om de zorg naar dit niveau te tillen. Tot dusver passen de eigenschappen van het dienstenmodel dus het beste bij dit onderzoek.

### **§ 2.2.2 Rol van de huisarts**

Bij het opzetten van netwerkzorg betekent de komst van een POH dat het takenpakket van de huisarts verandert. De huisarts krijgt meer managementtaken, moet meer overleggen, administratieve controles houden, taken delegeren en supervisor worden. De vrijgekomen tijd die ontstaat door de komst van de POH, wordt vaak gelijk weer opgevuld met onder andere de bovenstaande managementtaken. Toch hebben huisartsen over het algemeen een positief beeld van de taakherschikking, omdat het de kwaliteit van de zorg verbetert, er meer tijd is voor de patiënt en de werkdruk beter gestructureerd is (IGZ, 2007).

De medische begeleiding van COPD-patiënten blijft na de komst van een POH voornamelijk door de huisarts gedaan worden. De huisarts stelt de diagnose, geeft informatie, schrijft medicijnen voor en verwijst naar andere hulpverleners (Baan, Hutten, Rijken, 2003). Medicijnen worden soms ook door een POH voorgeschreven, maar de huisarts blijft verantwoordelijk.

### **§ 2.2.3 Voor en nadelen POH**

COPD-netwerkzorg wordt tegenwoordig onlosmakelijk geassocieerd met de aanwezigheid van een POH. Veel routinematige en voorspelbare medische handelingen bij COPD-patiënten kunnen heel goed door een hiervoor speciaal opgeleide POH worden gedaan. Soms is het zelfs beter, omdat POH's trouwer zijn in het volgen van protocollen dan artsen en door de vele contactmomenten met de patiënt de medicatie ook eerder goed afgestemd hebben. Daarnaast worden complicaties eerder ontdekt, zijn ze laagdrempeliger en onttrekken patiënten zich minder snel aan de behandeling, omdat ze vaak actief gevolgd worden. Doordat POH's meer tijd voor de patiënt hebben, hebben ze meer aandacht voor de begeleiding van de patiënt en voorlichting over de behandeling en de juiste leefstijl. Een ander gevolg van het trouwer volgen van protocollen, is dat er meer mensen worden doorverwezen naar paramedici in de eerste lijn (IGZ, 2000).

Naast het feit dat de kwaliteit van de geleverde zorg hierdoor omhoog kan gaan, betekent de substitutie van de huisartsenzorg door een POH ook kostenvermindering en het verminderen van capaciteitsproblemen (CBO, 2006). De vraag is echter in hoeverre het ook echt tot lagere kosten zal leiden, omdat de patiënt nu meer contactmomenten met de POH heeft dan eerder met de huisarts (die had daar namelijk geen tijd voor).

De POH heeft in het COPD-netwerk een belangrijke positie. Niet alleen kan door de aanwezigheid van een POH in de huisartsenpraktijk veel extra zorg en aandacht aan COPD-patiënten worden gegeven, waardoor bij de huisartsenpraktijk een veel duidelijker beeld bestaat van het welzijn van de COPD-patiënt. Ook wordt duidelijker welke interventies de kwaliteit van leven van de patiënt kunnen verhogen. Doordat POH's trouwer zijn in het volgen van protocollen en veel van deze interventies leefstijlaanpassingen betreffen, zal vaker naar andere disciplines in het netwerk verwezen worden. Het verwijzen naar andere disciplines is de taak van de POH (Rauws, Beissel, Koekoek, 2008), de huisarts accordeert. Doordat door de aanwezigheid van een POH sneller verwezen wordt, en de zorg meer op de patiënt wordt afgesteld, wordt de integratie van de zorg vergroot.

Toch zijn er niet alleen maar voordelen verbonden aan het inzetten van een POH, er komen volgens de IGZ (2007) ook enkele risico's bij kijken. Een eerste risico is de taakverdeling, de taakverdeling moet goed geregeld zijn, omdat er anders coördinatieproblemen kunnen ontstaan. Volgens de IGZ wordt dit goed door huisartsen ondervangen, doordat ze taken en verantwoordelijkheden vastleggen en protocolleren.

Een tweede risico ligt in de nascholing, nascholing is voor POH's (in tegenstelling tot de huisartsen) nog niet verplicht. Echter, gezien de grote behandelingsvrijheid is het belangrijk om te voorkomen dat kennis verwatert, of niet meer up-to-date is. Scholing blijft ook voor huisartsen erg belangrijk, want doordat zij

zich alleen nog maar op de complexe gevallen richten en zorgcoördinator worden, bestaat de kans dat ze kennis en vaardigheden verliezen.

Een nadeel van de toenemende differentiatie is dat de zorg verder versnipperd wordt. De vraag is wie dan nog het overzicht over de behandeling van een patiënt heeft en wat wordt er gedaan met patiënten met comorbiditeit. Het risico ontstaat dat patiënten teveel worden opgedeeld naar hun aandoening, met name bij oudere patiënten, die vaak meerdere (chronische) ziektes hebben. Een ander risico van de toenemende specialisatie is dat de praktijkondersteuner signalen mist of zaken over het hoofd ziet. Dit kan gebeuren doordat deze niet gelijk in verband worden gebracht met COPD, of doordat de praktijkondersteuner minder achtergrondkennis heeft van de patiënt.

Ondanks de hier opgenoemde risico's is het eindoordeel van de inspectie (IGZ, 2007) positief, zij zien de POH als een waardevolle toevoeging voor de huisartsenpraktijk. Wel waarschuwen ze dat er veel tijd en energie gestoken zal moeten worden in het komen tot goede afspraken. Daarbij betekent het werken met een POH een omslag in het denken: de huisarts moet leren taken te delegeren, de POH moet leren meer verantwoordelijkheid te dragen en de patiënt moet wennen aan het feit dat hij niet altijd meer wordt doorverwezen naar de huisarts (iets dat overigens weinig problemen geeft).

#### **§ 2.2.4 Wetgeving**

Tegenwoordig krijgen patiënten steeds vaker te maken met een netwerk van zorgverleners en organisaties, al dan niet georganiseerd door middel van netwerkzorg. In principe is dit een zeer gunstige ontwikkeling, maar het werkt alleen als alle betrokken zorgverleners ook echt 'naadloze zorg' kunnen garanderen. Dit blijkt in de praktijk nogal eens een knelpunt te zijn (IGZ, 2006).

Hoewel patiënten recht hebben op verantwoorde zorg, blijken er in de praktijk nog onvoldoende mogelijkheden te zijn voor patiënten om hun recht te halen bij klachten over netwerkzorg. Er zijn nog geen richtlijnen voor klachten over netwerkzorg, zelfs als de verschillende zorgaanbieders afstemmingsafspraken hebben gemaakt. Daarnaast gaat de huidige wetgeving uit van een één-op-één behandelrelatie. Dit komt overeen met het tuchtrecht, dat slechts één zorgverlener tegelijkertijd kan beoordelen en daarom niet geschikt is voor netwerkzorg (IGZ, 2006). De stelling van het CBO (2006) dat er bij ketenzorg sprake is van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid met expliciete deilverantwoordelijkheden, is dan ook nog niet op wetgeving gegrond.

De transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg in netwerken is vaak beperkt. Slechts een beperkt aantal huisartsenpraktijken heeft een computersysteem dat ze toelaat om indicatoren over de kwaliteit van de geleverde zorg bij te houden. Daar komt nog eens bij dat voor een complexe ziekte als COPD deze indicatoren moeilijk vast te stellen zijn. Verzekeraars die de kwaliteit via indicatoren bij willen houden zullen dan ook veelal met schattingen te maken krijgen.

Een ander lastig punt bij netwerkzorg in de huisartsenpraktijk betreft de praktijkondersteuners. Praktijkondersteuners zonder verpleegkundige achtergrond zijn niet opgenomen in het BIG-register en vallen daarom niet onder het tuchtrecht. Dit is volgens de IGZ (IGZ, 2006) een onwenselijke situatie omdat ze een grote behandelingsvrijheid hebben en omdat ze hierdoor niet verplicht zijn om bijscholing te volgen.

De besluitvorming in netwerken hangt af van de mate waarin een netwerk geformaliseerd is. Is de samenwerking schriftelijk vastgelegd, is er een manager die de dagelijkse gang van zaken leidt, of zijn er alleen mondeling zaken vastgelegd? In Twente is voornamelijk het laatste het geval. Het zijn dus zeer losse netwerken, die werken met standaard verwijsformulieren en zo nu en dan casussen bespreken.

Recentelijk is hier enige verandering in aan het komen met de komst van de pilot-DBC-COPD in Twente. Een DBC<sup>11</sup> is een beschrijving van een gemiddeld zorgpakket van een patiënt in vier codes. De codes

---

<sup>11</sup> DBC staat voor Diagnose-Behandel-Combinatie.

staan voor de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. De DBC benoemt elke activiteit in de behandeling van de patiënt, van het eerste contact tot de laatste controle (DBC Onderhoud, 2009) en geeft hiervoor één tarief. Doordat de DBC wordt georganiseerd rond de zorgvraag van een patiënt kunnen er verschillende zorgverleners bij betrokken zijn. Deze zorgverleners vormen samen een netwerk, binnen dit netwerk is er één hoofdaannemer. De hoofdaannemer moet met alle betrokken zorgverleners contracten afsluiten om de financiële middelen van de DBC te verdelen. De huisartsen in Twente hebben voor de pilot-DBC-COPD de stichting TOCHT opgericht. TOCHT is de hoofdaannemer van de pilot-DBC en sluit namens alle deelnemende huisartsen contracten met de zorgverzekeraar, de ziekenhuizen en de fysiotherapeuten. Doordat de afspraken voor de pilot-DBC-COPD schriftelijk worden vastgelegd zitten de deelnemende huisartsen nu in een veel geformaliseerder netwerk.

Over netwerkzorg kan dus geconcludeerd worden dat integratie van de verschillende onderdelen van het zorgproces kan helpen om de nadelen van differentiatie tegen te gaan en een veiliger, effectiever, patiëntgerichter, tijdiger, efficiënter en gelijkwaardiger zorgsysteem te creëren. Uit onderzoek van de IGZ blijkt dat de voordelen van de komst van een POH, die leidt tot een verdere taakopdeling in de huisartsenpraktijk, opwegen tegen de risico's ervan. Voor zowel de huisarts als de POH is dan ook een belangrijke taak weggelegd. De wetgeving voor de gezondheidszorg in Nederland blijkt nog niet helemaal toepasbaar op netwerkzorg; signalering hiervan door de IGZ is een eerste stap om dit te verbeteren.

Bij netwerkzorg wordt de zorg georganiseerd vanuit een netwerk. Voordat de relaties bij netwerkzorg verder geanalyseerd worden, zal eerst duidelijk gemaakt worden wat een netwerk als coördinatiemechanisme bijzonder maakt en wat het onderscheidt van andere coördinatiemechanismen. Dit vindt plaats in paragraaf 2.3.

## § 2.3 Coördinatiemechanismen

In de wetenschappelijke literatuur worden drie verschillende vormen van economische organisatie erkend: markt, hiërarchie en netwerk. Alledrie de modellen zijn ideaaltypen, die gebruikt kunnen worden om de realiteit te begrijpen en zijn dus geen perfecte beschrijving van de werkelijkheid (Powell, 1990). Een artikel dat de verschillen tussen deze drie overzichtelijk heeft weergegeven is: *Neither Market nor Hierarchy*, van W.W. Powell (1990). De onderstaande typering zijn dan ook ontleend aan dit artikel.

Als eerst de *markt*, de markt is een spontaan coördinatiemechanisme dat rationaliteit en consistentie verschaft aan de door eigenbelang geleide acties van bedrijven en individuen. Iedereen kan deelnemen aan de markt, er ontstaan echter geen onderlinge banden of relaties, omdat de goederen die verhandeld worden altijd meer waarde hebben. Deelnemers houden zich dus vrij van verplichtingen en zijn daardoor in staat bij elke nieuwe transactie onafhankelijke keuzes te maken. Bij de markt bepalen prijzen de productie en uitwisseling van producten. Prijzen vormen dan ook het belangrijkste communicatiemiddel, zodat communicatie snel en eenvoudig kan plaatsvinden. Doordat het gedrag op de markt niet geleid wordt door mensen, maar door prijzen, is er geen bestuur of controle nodig. Het marktmechanisme heeft echter ook zijn nadelen. Als uitwisselingen frequenter en complexer worden, stijgen de kosten voor het uitvoeren en monitoren, waardoor andere mechanismen passender zijn.

Een *hiërarchie* komt op als de grenzen van een organisatie uitzetten om transacties en hulpbronnenstromen die eerder uitgevoerd werden op de markt te internaliseren. In plaats van de markt, coördineert nu het management vraag en aanbod. Communicatie vindt plaats door middel van contracten en documenten, in plaats van prijzen. Werknemers handelen onder een door hun supervisors gedefinieerd regiem van administratieve procedures en taakomschrijvingen. Doordat werknemers gespecialiseerd zijn, zijn activiteiten onderling van elkaar afhankelijk. De hiërarchie wordt

gekenmerkt door een duidelijke structuur voor onder andere autoriteit, besluitvorming en rapportering, waardoor het ideaal is voor massaproductie. De kracht van een hiërarchie is dan ook de betrouwbaarheid van de producten en de verantwoording over het gebruik van hulpbronnen. Bij scherpe fluctuaties in de vraag, of veranderingen waarop niet geanticipeerd is, zal de hiërarchie echter niet snel genoeg kunnen reageren, waardoor er problemen ontstaan.

In *netwerken* vinden transacties plaats via netwerken van personen. Binnen deze netwerken is eigenbelang niet belangrijker dan belangen van anderen en is aanpassing aan anderen vereist. Netwerken kunnen vrij complex zijn, omdat ze de niet de expliciete criteria van de markt hebben en ook niet het paternalisme van de hiërarchie. Om een netwerk te beginnen moet een partij iets hebben wat een ander niet heeft en er baat bij hebben om hulpbronnen samen te voegen. Doordat het moeite kost netwerken op te zetten en te bewaren worden de deelnemers beperkt om zich aan veranderde omstandigheden aan te passen. De investeringen die het meebrengt om een netwerk op te zetten en te behouden, zorgen er tevens voor dat deelnemers niet snel een netwerk zullen verlaten. Binnen een netwerk worden de kosten en baten gedeeld en veranderen de verwachtingen mee met de omstandigheden. Complementariteit en aanpassingsvermogen zijn de bouwstenen van een netwerk. Naast de gedane investeringen kunnen reputatie, vriendschap, onderlinge afhankelijkheid en altruïsme als bindmiddel gezien worden. Netwerken zijn vooral geschikt in situaties waar efficiënte en betrouwbare informatie benodigd is. Hierbij kan gedacht worden aan de handel in producten die lastig op waarde te schatten zijn. De meest bruikbare informatie komt vaak niet via de formele wegen in een organisatie of via de prijssignalen van de markt. Deze informatie wordt verkregen via mensen waar in het verleden mee gehandeld is en die worden vertrouwd. Dit onderlinge vertrouwen is de kracht van een netwerk. Niet voor niets zijn nieuwe leden dan ook vaak bekenden waar men eerder mee heeft gewerkt.

Een ander type coördinatiemechanisme, dat niet binnen de classificatie van Powell (1990) past, maar in het licht van dit onderzoek wel relevant is, is de professionele bureaucratie van Mintzberg (1983, p. 348). Deze organisatievorm is van toepassing op organisaties waarin goed opgeleide specialisten (professionals) een grote mate van handelingsvrijheid hebben. Het gaat om professionals die al in de opleiding geleerd hebben verantwoordelijkheid te nemen en hun werk relatief onafhankelijk uitvoeren. Doordat gezondheidszorg voornamelijk wordt verleend door dit type specialisten is het model bij uitstek geschikt voor de gezondheidszorg. Naast de zojuist genoemde kenmerken van professionele organisaties zijn er meer kenmerken die een professionele bureaucratie bijzonder maken. Zo is kenmerkend voor de coördinatie van de organisatie dat er vertrouwd wordt op de standaardisatie van vaardigheden. Hiermee geeft de organisatie veel beheersing uit handen aan de professionals en aan de organisaties en instituten die deze professionals geselecteerd en getraind hebben. Het gevolg is dat de professional in zijn dagelijks handelen vanuit zijn eigen opleiding en beroepsgroep denkt, in plaats van het belang van de organisatie. Organisaties met een professionele bureaucratie hebben een zeer gedecentraliseerde structuur. Doordat zorgverleners zo onafhankelijk werken, zijn er weinig managers nodig, wel is er veel ondersteunend personeel om de dure professionals te ontlasten. Het gevolg is dat er twee parallelle hiërarchieën ontstaan, één met gedecentraliseerde macht voor de professionals en één met gecentraliseerde macht voor het ondersteunende personeel. De professionele bureaucratie is het meest geschikt voor stabiele maar complexe omgevingen. Complexiteit vraagt namelijk om decentralisatie van de besluitvormende macht bij hoogopgeleide individuen en stabiliteit stelt individuen in staat autonoom gestandaardiseerde vaardigheden te gebruiken. Nadeel van de nadruk op standaardiseren is dat het systeem gericht is op het perfectioneren van bestaande vaardigheden waardoor verandering of innovaties lastig kunnen zijn om door te voeren.

De professionele bureaucratie verschilt enigszins van de situatie zoals we die in de eerstelijnszorg aantreffen. In de eerstelijnszorg zijn zorgverleners vaak zelfstandig, of werkzaam in kleine organisaties,

terwijl de typering van Mintzberg meer bij grote zorgorganisaties als ziekenhuizen past. De zorgverleners in de eerstelijnszorg hebben net als op de markt elk hun eigen belangen en zijn gewend zelfstandig beslissingen te nemen. Dit maakt het lastiger om ze te coördineren. Wel kunnen zorgverleners aangesproken worden op de normen van hun beroepsorganisatie en op de algemeen geldende norm van het leveren van goede zorg.

Voor netwerkzorg is zowel het netwerk als de professionele bureaucratie relevant. Want de zorgverleners die gewend zijn te werken in een professionele bureaucratie, gaan met de start van netwerkzorg ook in een netwerk werken. Om te zien in hoeverre deze modellen bij elkaar aansluiten, zijn ze hieronder met elkaar vergeleken.

De normatieve basis van een professionele bureaucratie zijn de normen en waarden van de beroepsgroep. In een netwerk gaat het juist om de aanvullende krachten en zal breder gekeken moeten worden dan alleen de normen en waarden van de eigen beroepsgroep. Gezien het individuele karakter van de professional in de eerstelijnszorg zou dit mogelijk enige moeite kunnen kosten. Een tweede kenmerk, het coördinatiemiddel, is ook verschillend. Professionals coördineren door het standaardiseren van vaardigheden, terwijl dit in een netwerk door overleg plaatsvindt. Hoewel professionals dit misschien liever vermijden, zullen ze gezien het verschil in normatieve basissen hier niet onder uit komen. Professionals die niet houden van overleggen zullen hierdoor geremd kunnen worden. De mate waarin professionals zich betrokken voelen bij hun organisatie is laag, voor het onderhouden van relaties in een netwerk is echter een gemiddelde tot hoge betrokkenheid benodigd. Is deze niet aanwezig, dan zullen de gestelde doelen slechts gedeeltelijk gehaald worden. Zoals al gezegd zijn professionals gewend vrij en onafhankelijk te handelen, binnen een netwerk gaat het echter juist om het delen van informatie en de onderlinge afhankelijkheid. Dit zal enige aanpassingen vergen, wat past bij een netwerk, maar wat door professionals als een inbreuk op hun autonomie gezien zou kunnen worden. Een ander punt dat het juist voor professionals in de eerstelijnszorg lastiger maakt om in een netwerk samen te werken, is het verlies aan organisationele vrijheid. Veel professionals zijn gewend om zelfstandig of in overleg met een paar beroepsgenoten beslissingen te kunnen nemen. In een netwerk tellen er veel meer belangen mee en moet er niet alleen vanuit het eigen specialisme naar een situatie gekeken worden.

Wanneer beide puur theoretische en ideaaltypische modellen worden vergeleken, blijken er dus behoorlijk wat verschillen tussen te zitten. In de praktijk zullen de verschillen zeer waarschijnlijk kleiner zijn, omdat zorgverleners uit de eerstelijnszorg vaak niet in een zuivere professionele bureaucratie werken. Naast de verschillen is er ook nog een overeenkomst tussen beide organisatievormen. Beide organisatievormen hebben namelijk een decentrale besluitvorming. Een ander punt dat in het voordeel werkt, is dat professionals op hun professionele normen kunnen worden aangesproken. Alle zorgprofessionals delen de norm dat er goede zorg geleverd moet worden. Deze norm kan als motivatie gebruikt worden om samen te gaan werken in een netwerk.

Hoewel uit paragraaf 2.2 bleek dat netwerkzorg als een waardevolle toevoeging voor de zorg wordt gezien, gaan zorgverleners niet zomaar samenwerken in een netwerk. Naast dat de professionele bureaucratie en het netwerk niet naadloos op elkaar aansluiten, zijn daarvoor in de interorganisationale theorieën nog meer redenen te vinden. In paragraaf 2.4 zullen drie van deze theorieën uitgelicht worden, waarna in paragraaf 2.5 dieper ingegaan wordt op de redenen die specifiek voor zorgverleners gelden om wel of niet netwerkrelaties aan te gaan.

## **§ 2.4 Interorganisatiele theorie**

De belangrijkste analyse-eenheid in de interorganisatiele theorie zijn netwerken. Lammers (1993, blz. 264) omschrijft netwerken als: 'complexen van organisaties, die door onderlinge (directe of indirecte) verbintenissen – van welke aard dan ook: contacten, personele unies of wederzijdse bekendheid – met elkaar verbonden zijn'. De interorganisatiele theorie is geen eenduidige theorie, maar bestaat uit een aantal heterogene zienswijzen. Dit komt omdat geen enkele stroming binnen de interorganisatiele theorie een volledige verklaring biedt voor alle interorganisatiele verschijnselen (Fabbricotti, 2007). Naar aanleiding van een onderzoek van Raak, Paulus en Mur-Veeman (2005) is ervoor gekozen om een drietal stromingen binnen de interorganisatiele theorie bij elkaar te brengen. Het gaat om de resource dependence theory, de institutionele theorie en de stakeholder theory. Deze theorieën belichten de rol van hulpbronnen, instituties, afhankelijkheid en belangen van externe partijen. De reden dat juist voor deze drie theorieën is gekozen, is omdat volgens Raak, Paulus en Mur-Veeman (2005) deze theorieën het meest geschikt zijn om samenwerking tussen zorgverleners te bestuderen. Gezamenlijk zouden deze drie theorieën een passend kader moeten aanleveren voor het analyseren van het ontstaan van netwerkrelaties bij COPD-netwerkwzorg.

### **§ 2.4.1 Resource dependence theory**

De resource dependence theory is een economisch georiënteerde theorie om de handelswijze van organisaties te verklaren. Deze theorie gaat uit van de gedachte dat organisaties, om te kunnen overleven en om hun vastgestelde doelen te behalen (leveren van kwalitatief goede zorg, voldoende liquiditeit, goede marktpositie), deel moeten nemen aan hulpbronnuitwisselingen met hun omgeving. Deze uitwisselingen zijn nodig om aan de benodigde hulpbronnen te komen en de onzekerheden vanuit de omgeving te verminderen (Barringer, Harrison, 2000; Gulati, Gargiulo, 1999; Raak, Paulus, Mur-Veeman, 2002). Hierdoor worden afhankelijkheden gecreëerd tussen de organisatie en de organisaties in haar omgeving. Dit kunnen bij een gezondheidszorgorganisatie onder andere klanten, leveranciers, concurrenten, de overheid en zorgverzekeraars zijn. Om alle afhankelijkheden te managen stelt deze theorie dat organisaties hun belangrijkste hulpbronnen moeten gaan beheersen. Hierdoor worden ze minder afhankelijk van andere organisaties en krijgen ze controle over hun hulpbronnen, zodat andere organisaties (meer) van hen afhankelijk worden (Barringer, Harrison, 2000). Deze redenering verklaart tevens waarom organisaties met andere organisaties gaan samenwerken. Door te gaan samenwerken, krijgen ze namelijk toegang tot de hulpbronnen van die organisatie en versterken ze hun macht ten opzichte van andere organisaties, zodat deze van hen afhankelijk worden (Barringer, Harrison, 2000). Een nadeel van samenwerken is dat het leidt tot verlies aan organisatiele autonomie. Hierin moet volgens Guo en Acar (2005) dan ook de juiste balans gezocht worden. Zij redeneren tevens dat kleine organisaties eerder geneigd zullen zijn om autonomie op te geven dan grotere organisaties, omdat kleine organisaties een groter tekort aan hulpbronnen hebben. Een andere factor die hierin belangrijk is, is de mate van onderlinge afhankelijkheid tussen twee organisaties. Hoe groter de onderlinge afhankelijkheden, hoe groter de kans dat ze hulpmiddelen gaan delen en samen gaan werken (Gulati, Gargiulo, 1999).

Nederlandse zorgorganisaties hebben met elkaar gemeen dat ze sterk afhankelijk zijn van de financiering van de overheid en de zorgverzekeraars, omdat dit hun voornaamste bronnen van financiële middelen zijn. Hierbij geldt over het algemeen dat de overheid beleid en wetgeving opstelt voor de verdeling van de financiële middelen en dat de zorgverzekeraars als tussenpersonen dit beleid uitvoeren en de financiële middelen verdelen. Doordat zorgorganisaties de best mogelijke zorg willen leveren en er voortdurend schaarste is aan financiële middelen, zijn zij altijd op zoek naar extra middelen (Raak, Paulus, Mur-Veeman, 2005). Sinds 2006 moeten zorgverzekeraars de modernisering en innovatiegelden van de overheid beschikbaar stellen. Dit biedt zorgaanbieders de kans om in

aanmerking te komen voor extra financiële middelen (wetenpraktijkondersteuning.nl, 2009). Om hiervoor in aanmerking te komen moet een huisarts echter wel aan een aantal voorwaarden voldoen. Met de extra financiële middelen worden ze in theorie dus onafhankelijker, maar doordat ze aan extra voorwaarden van de zorgverzekeraars moeten voldoen, blijft in de praktijk de mate van afhankelijkheid hetzelfde. Wat betreft de relatie tussen de huisarts en de fysiotherapeut kan gesteld worden dat de fysiotherapeut voor zijn marktaandeel deels afhankelijk is van de huisarts, omdat deze vaak verwijst. De prikkel voor de fysiotherapeut om mee te doen aan COPD-netwerkgroepen en een beweegprogramma voor COPD-patiënten op te zetten, ligt dan ook in de extra patiëntenstroom die het kan genereren. De financiële middelen uit de module gaan immers alleen naar de huisarts. De overige zorgverleners die bij COPD-netwerkgroepen betrokken kunnen zijn, hoeven geen speciale programma's op te zetten. Te denken valt aan diëtisten, ergotherapeuten en psychologen. Voor deze groep is intensief samenwerken met de huisarts misschien nog wel belangrijker dan voor de fysiotherapeut. Want hoewel in richtlijnen het belang van verwijzen naar andere specialismen wordt benadrukt (zie onder andere CBO, 2006 en Rauws, Beissel, Koekoek, 2008), worden maar kleine percentages COPD-patiënten naar deze zorgverleners verwezen (zie Baan, Hutten, Rijken, 2003).

Naast financiële hulpbronnen kunnen ook deskundigheid en informatie als hulpbronnen en bron van afhankelijkheid gezien worden. Deskundigheid vormt met name een bron van afhankelijkheid tussen de verschillende zorgverleners. Zo weten huisartsen en POH's wel het één en ander van het behandelen van longklachten, overgewicht en de patiënt in conditie houden, maar deze kennis blijft relatief algemeen. Wanneer de patiënt op deze gebieden serieuzere problemen heeft, zal verwezen moeten worden naar een zorgverlener die over meer specifieke deskundigheid beschikt. In dit geval de longarts, de diëtist of de fysiotherapeut. Omgekeerd geldt dat deze zorgverleners weer van de deskundigheid van de huisarts en de POH afhankelijk zijn voor het opsporen van de COPD-patiënten. Huisartsen zijn met name afhankelijk van de deskundigheid van longartsen, omdat zij de enige zijn die een ernstig zieke COPD-patiënt kunnen behandelen. Voor de fysiotherapeut en de diëtist geldt dit veel minder, omdat patiënten als ze nog bij de huisarts zijn, er nog redelijk goed aan toe zijn. Dat wil zeggen, een bezoek aan deze zorgverleners zou de kwaliteit van de patiënt kunnen verbeteren, maar het is nog niet noodzakelijk voor de gezondheid van de patiënt. Dat is pas vaak het geval als de patiënt bij de longarts loopt. Dit is dan ook de reden dat de huisarts zich veel minder afhankelijk van de deskundigheid van de fysiotherapeut en de diëtist voelt, dan van de longarts. Wat betreft de afhankelijkheid van informatie kan gedacht worden aan informatie over de COPD-patiënt. Zonder de informatie van de huisarts weet bijvoorbeeld longarts niet wat het verleden is van de patiënt en of er ook hart en vaatklachten meespelen. Om de juiste diagnose en behandeling te kunnen stellen is het daarom belangrijk dat deze informatie bekend is. Omgekeerd is het voor de huisarts eveneens belangrijk dat bekend is hoe het met de patiënt gesteld is als deze bij de longarts loopt. De afhankelijkheid van informatie kan dus als gelijkwaardig gezien worden tussen de zorgverleners.

#### **§ 2.4.2 Institutionele theorie**

De institutionele theorie gaat ervan uit dat de institutionele omgeving druk uitoefent op organisaties om legitiem en in overeenstemming met de sociale normen te handelen. Organisaties ondernemen volgens deze theorie dus activiteiten om hun legitimiteit te vergroten en hun bezigheden meer in overeenstemming te laten zijn met de geldende regels, vereisten en normen in hun omgeving (Barringer, Harrison, 2000). De aanwezige normen, wetten, protocollen en organisationele procedures worden "instituten" genoemd en kunnen zowel van de overheden en beroepsorganisaties als andere machtige organisaties in de omgeving komen (Raak, Paulus, Mur-Veeman, 2005). De eerder genoemde activiteiten kunnen nodig zijn om te overleven, maar het kan tevens nodig zijn om een samenwerking met een andere organisatie te starten en zo de benodigde hulpmiddelen te bemachtigen. Het aangaan van samenwerking met andere organisaties kan vanuit deze visie gestimuleerd worden door

stimulerende maatregelen van machtige actoren (overheid, zorgverzekeraar), of doordat het steeds meer de norm wordt in een bepaalde sector en organisaties er niet meer omheen kunnen (Barringer, Harrison, 2000).

Hoe groot de invloed van de aanwezige instituties is, hangt af van de mate waarin de organisatie afhankelijk is van de bron van deze instituties. In de zorg zijn deze afhankelijkheden behoorlijk groot (Raak, Paulus, Mur-Veeman, 2005), de geleverde zorg moet immers uitgevoerd worden binnen de institutionele structuren van zowel de medische beroepsgroepen (onder andere richtlijnen en gedragscodes) als de organisaties waarin de zorg geleverd wordt. Daarnaast wordt vanuit de samenleving geëist dat alle zorgorganisaties het beschermen, onderhouden en verbeteren van het welzijn van hun gebruikers nastreven (Raak, Paulus, Mur-Veeman, 2005). Dit is goed te zien aan de ophef die ontstaat als bekend wordt dat een bepaald ziekenhuis niet voldoet aan de eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)<sup>12</sup>, of aan de roep om meer transparantie. Tot slot speelt natuurlijk ook de overheid als bron van instituties een belangrijke rol. Zorgorganisaties hebben van de overheid toestemming gekregen om zorg te leveren aan de samenleving. Om dit te mogen blijven doen moeten ze zich echter wel aan de regels en de verwachtingen houden, anders zal de IGZ dit recht intrekken. Op dit vlak botst de institutionele theorie met het professionele model. Het professionele model kent namelijk veel vrijheid als men maar binnen de eigen, door de beroepsorganisaties opgestelde, institutionele kaders werkt. Iets dat door zorgverleners erg belangrijk wordt gevonden. De financiering vanuit de overheid is echter bureaucratisch geregeld, waardoor het tal van extra regels kent die de professionele vrijheid van de zorgverlener veel verder beperken dan de eigen beroepsorganisaties.

Ten opzichte van netwerkzorg hebben de instituties vanuit de overheid momenteel nog een dubbelzinnige rol. Enerzijds oefenen ze druk uit op zorgverleners om samen te gaan werken en geïntegreerde zorg te leveren (en zo naast betere zorg de kosten omlaag te brengen), maar aan de andere kant beperken ze de mogelijkheden daartoe door beperkende financiële wetgeving (Raak, Paulus, Mur-Veeman, 2005; Guo, Acar, 2005). Dit komt omdat kostenbeperkende maatregelen, het stimuleren van competitie en samenwerking tegelijkertijd via wetgeving gepromoot zijn. Een voorbeeld dat de botsing tussen kostenbesparende maatregelen en samenwerking goed illustreert, zijn de in dit onderzoek onderzochte moderniserings- en innovatiegelden. De M&I-gelden worden door de zorgverzekeraars verdeeld en zijn bedoeld om de eerste lijn te versterken en ontwikkelingen te ondersteunen. De opzet van COPD-ketenzorg valt hieronder en komt dus in aanmerking voor financiering. Als de zorg goed wordt uitgevoerd worden regelmatig patiënten naar de fysiotherapeut doorverwezen, hier komt echter een probleem om de hoek kijken. Patiënten die niet als chronisch ziek aangeduid zijn, krijgen niet meer dan negen fysiotherapiebehandelingen uit het basispakket vergoed. Patiënten die niet voldoende aanvullend verzekerd zijn, moeten het daarna uit eigen zak betalen en haken soms af. Aangezien bij deze mensen juist veel gezondheidswinst te behalen valt, wilde Menzis meer dan negen behandelingen in het basispakket stoppen. Dit bleek onmogelijk omdat het niet werd toegestaan door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA); een instantie die de kosten van de zorg probeert te beheersen. Ook het tegelijk stimuleren van competitie en samenwerken kan elkaar tegenwerken. Dit is bijvoorbeeld te zien bij de longartsen die sinds de invoering van de DBC's moeten concurreren. De intrede van dit marktmechanisme maakt dat ze minder bereidwillig staan tegenover substitutie van de tweede lijn naar de huisartsenpraktijk. Dit kan immers inkomstenderving tot gevolg hebben.

---

<sup>12</sup> De IGZ voert controles uit op de naleving van de wetten en richtlijnen, zoals die zijn gesteld door de overheid en "de medische beroepsorganisaties".

Naast het zojuist beschreven probleem kent Nederland vanuit het verleden een financieringssysteem dat werkt met echelons en dat in de eerste lijn per verrichting per beroepsgroep (met uitzondering van de huisartsenzorg) tarieven stelt (Klink, 2008). De aanwezigheid van echelons beperkt de opzet van netwerkzorg, doordat echelonoverstijgende samenwerking niet gefinancierd kan worden. Dit is in tegenspraak met de wens van de overheid om meer netwerkzorg te creëren. Daarnaast speelt ook het probleem dat budgetten geoormerkt zijn en dus niet zomaar aan het opzetten van netwerkzorg besteed kunnen worden (Mur-veeman, Raak, Paulus, 1999). Volgens Raak, Paulus en Mur-Veeman (2005), verklaart de ambigue rol van de overheid tevens waarom netwerkzorginitiatieven vaak doorzetten als ze slechts beperkt succes hebben. De institutionele druk vanuit de samenleving en de beroepsgroepen stelt namelijk dat geïntegreerde zorg bovenal nodig is. Er moet alleen nog uitgezocht worden hoe, gegeven de institutionele beperkingen, netwerkzorg het beste opgezet en geleverd kan worden. Volgens deze onderzoekers zijn de stimulerende instituties vanuit de samenleving, de beroepsgroep en de overheid dus sterker dan de beperkende financiële instituties.

Specifiek voor COPD-netwerkzorg kan qua stimulerende instituties nog gedacht worden aan de financiering vanuit de M&I-module voor gestructureerde COPD-zorg. Deze module vergoedt een groot deel van de door de huisarts ondernomen activiteiten voor het opzetten van COPD-zorg en de bijbehorende samenwerkingsverbanden. Een andere stimulans is de procesmatige en medisch inhoudelijke ondersteuning vanuit de ROS-en, die het eenvoudiger maakt om netwerkzorg op te zetten. De dubbele rol van de overheid zal vanaf begin 2010 waarschijnlijk verminderen, doordat als alles doorgaat vanaf januari 2010 met functionele bekostiging voor vier belangrijke chronische zorgvormen, waaronder COPD, gewerkt gaat worden. Dit houdt in dat de bekostiging uitgaat van de zorgvraag of de aandoening van de patiënt. Iets dat momenteel nog niet mogelijk is door institutionele begrenzingen (Klink, 2008). Het instellen van functionele bekostiging voor deze vier chronische ziektes zal waarschijnlijk ook het vertrouwen van de zorgverleners in de overheid en de zorgverzekeraars vergroten. Momenteel heerst er namelijk nog veel wantrouwen ten aanzien van het voortzetten van financieringsstromen, waardoor zorgverleners zich belemmerd voelen om aan netwerkzorg te beginnen (CBO, 2006). Voor Menzis, de preferente verzekeraar in Twente, heeft de komst van de functionele bekostiging in ieder geval aanleiding gegeven om een pilot-DBC COPD op te zetten in de regio Twente. Dit kan gezien worden als een sterke stimulans voor COPD-netwerkzorg in Twente.

Naast hulpbronafhankelijkheden blijken instituties in Nederland dus een grote invloed te hebben op de partijen die betrokken zijn bij de financiering of de levering van zorg. De ambigue rol die de overheid momenteel nog heeft, lijkt zorgpartijen, als het gaat om netwerkzorg, voor moeilijke dilemma's te zetten. De komst van functionele bekostiging zal hier wellicht verandering in brengen.

### **§ 2.4.3 Stakeholder theory**

Zoals gesteld bij de probleemstelling zijn volgens de stakeholder theory 'stakeholders' groepen of individuen die de organisatie kunnen beïnvloeden, of er door beïnvloed kunnen worden (Raak, Paulus, Mur-Veeman, 2005). Organisaties gaan relaties aan met andere stakeholders, omdat ze coöperatief van aard zijn. Daarnaast zijn deze relaties waardevol omdat ze een organisatie helpen bepaalde doelen te bereiken, belangen op één lijn te krijgen en (economische) onzekerheid te reduceren (Raak, Paulus, Mur-Veeman, 2005). De relaties met stakeholders zijn echter niet altijd eenvoudig te onderhouden, omdat ze constant worden bedreigd (Barringer, Harrison, 2000).

Doordat organisaties onderdeel zijn van een interorganisationeel web van stakeholders, moeten ze bij het maken van een beslissing altijd rekening houden met de belangen van alle stakeholders. De belangen van de verschillende stakeholders wegen echter niet allemaal even zwaar en verschillen dus qua invloed (Barringer, Harrison, 2000). Volgens Barringer en Harrison (2000) leiden stakeholdermodellen vaak tot de conclusie dat het vormen van allianties tot doelbereiking kan leiden

binnen een groep stakeholders; welke alliantievorm wanneer het best is, is echter onduidelijk (Barringer, Harrison, 2000).

Zoals bij de institutionele theorie al duidelijk werd, kunnen stakeholders, al dan niet door de geldende instituties, tegenstrijdige belangen hebben. Hierbij kan gedacht worden aan concurrentiebelangen tussen de longarts en de huisarts, maar ook tussen de zorgverleners (die de best mogelijke zorg willen leveren) en de zorgverzekeraars (die aan kostenbesparing moeten doen).

Er bestaan verschillende stakeholdertyperingen, maar één typering die voor dit onderzoek interessant is om mee te nemen, is de driedeling *process, output en outcome* (Hooge, Sluis, Vijlder, 2004). De eerste groep zijn stakeholders die primair belang hebben bij de bedrijfsvoering en de bedrijfsprocessen van een organisatie. Hieronder vallen voor een huisartsenpraktijk onder andere patiënten en andere zorgverleners waarmee ze contact hebben. De tweede groep stakeholders hebben primair belang bij de realisatie van productie- en servicedoelstellingen van een huisartsenorganisatie. Hierbij kan gedacht worden aan zorgverzekeraars. De derde en laatste groep stakeholders hebben primair belang bij de maatschappelijke effecten, de belangrijkste stakeholder is hier de overheid.

Een andere, bekendere typering van stakeholders is die van Mitchell, Agle en Wood (1997), zij onderscheiden stakeholders naar macht, legitimiteit en urgentie. Onder macht verstaan ze dat een partij een andere partij iets kan laten doen wat deze uit zichzelf niet zou hebben gedaan. Zij onderscheiden hierbij dwingende macht gebaseerd op lichamelijke middelen (geweld), utiliteitsmacht gebaseerd op financiële en materiële hulpbronnen en normatieve macht gebaseerd op symbolische hulpbronnen. Onder legitimiteit verstaan ze de waarneming of aanname dat de acties van een stakeholder gewenst, goed of passend zijn binnen een bepaald sociaal geconstrueerd systeem van normen, waarden, geloven en definities. Deze waarneming of aanname kan per stakeholder verschillen en staat dus niet vast. Legitimiteit kan op het individuele, het organisationele en het samenlevingsniveau geanalyseerd worden. De laatste eigenschap, urgentie, is de mate waarin stakeholderclaims om directe aandacht vragen. In hoeverre een stakeholderclaim om directe aandacht vraagt, hangt af van de tijdsgevoeligheid en de kritiekheid. Tijdsgevoeligheid wordt aangeduid als de mate waarin verlate actie vanuit het management om met de claim aan de slag te gaan onacceptabel wordt gevonden door de stakeholder. De kritiekheid is het belang van de claim of de relatie voor de stakeholder. Zij stellen dat om een stakeholder te zijn, deze minstens één van de drie eigenschappen moet hebben. De meest invloedrijke stakeholders bezitten alle drie de eigenschappen.

Bij het beoordelen van het effect van de M&I-module op COPD-netwerkgroep in Twente is het dus naast de hulpbronaafhankelijkheid en de aanwezige instituties ook belangrijk om te kijken naar de relaties tussen zorgverleners, verzekeraars, overheden en andere betrokkenen. De houding en acties van de betrokken zorgverleners worden beïnvloed door de belangen van andere partijen, zodat het belangrijk is om deze eveneens mee te nemen in de evaluatie. In de bovenstaande theorieën is al ingegaan op de invloed van hulpbronnen, instituties en stakeholders op samenwerking. Hieronder zal worden ingegaan op de in de literatuur bekende barrières voor zorgverleners om samen te gaan werken.

## **§ 2.5 Samenwerken**

Om goede netwerkgroep op te zetten is het erg belangrijk dat alle leden bereid en gemotiveerd zijn om samen te werken met elkaar. Vooral bij artsen blijkt dit vaak lastiger dan gedacht. In de literatuur zijn hiervoor diverse oorzaken aangewezen, deze oorzaken kunnen deels gekoppeld worden aan de drie zojuist behandelde perspectieven en deels vallen ze daarbuiten. Als eerst zullen de gekoppelde en vervolgens de overige oorzaken behandeld worden.

## **Resource dependence**

Er kunnen drie oorzaken uit de literatuur gekoppeld worden aan de resource dependence theorie; twee oorzaken ontstaan door concurrentiegevoelens tussen zorgorganisaties en één oorzaak door kennispecialisatie.

De eerste oorzaak heeft te maken met de samenwerking tussen huisartsen en artsen uit het ziekenhuis. Dergelijke samenwerkingsverbanden kunnen voor de ziekenhuisartsen verlies aan inkomen, beheersing of macht betekenen, omdat door organisationele veranderingen er meer zorg naar de eerste lijn gaat (Plochg, 2006). Dit kan een barrière vormen voor het opzetten van een samenwerkingsverband.

Met de toenemende concurrentie in de zorg ontstaat nog een andere barrière om samen te werken: door de beperkte beschikbaarheid van hulpmiddelen ontstaat de prikkel voor zorgverleners om hun eigen economische levensvatbaarheid te behouden. Het bereiken van individuele organisationele doelen wordt daardoor belangrijker dan meedoen aan collectieve initiatieven om de gezondheid van de samenleving te verbeteren (Plochg, et al., 2006).

Veel zorgverleners zijn opgeleid als autonome onafhankelijke uitvoerders en hebben niet (voldoende) geleerd om in een team te werken (Hansson, et al., 2008; Vanclay, 1997; Davies, 2000). De focus ligt op de problemen waarvoor de patiënt bij iemand hulp zoekt (domeindenken), niet op het gehele welzijn van de patiënt (Åhgren, B., Pol, M., 2003). Deze drie elementen zorgen er voor dat bepaalde groepen zorgverleners (voornamelijk artsen) vaak maar weinig begrip hebben voor de rollen en taken van andere professionals en een lage prioriteit geven aan gemeenschappelijke zorgdoelen. Oftewel: zorgverleners realiseren zich nog onvoldoende in welke mate zij afhankelijk zijn van de deskundigheid van andere zorgverleners als het gaat om het optimaliseren van het welzijn van de patiënt. Over het algemeen geldt dat hoe meer opleiding een arts genoten heeft, hoe minder hij openstaat voor samenwerking (Hansson, et al., 2008).

Zorgverleners dwingen tot samenwerking als ze voelen dat ze hun territorium moeten verdedigen, of dat hun doelen of intenties worden bedreigd, heeft weinig zin. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat mensen in dergelijke situaties niet goed communiceren en slecht samenwerken (Hansson, et al., 2008). Deze gedachten komen overeen met de eerder gepresenteerde resource dependence theory.

## **Institutionele theorie**

Één oorzaak kon gekoppeld worden aan de institutionele theorie, deze oorzaak heeft te maken met de huidige financiële wetgeving. De huidige financiële regels zijn namelijk tegenstrijdig en onder zorgverleners mist het vertrouwen in de continuïteit van de geboden financiering door verzekeraars of de overheid. Het opstarten van netwerkzorg wordt dus niet financieel beloond (CBO, 2006).

In de gevallen waarbij steun van 'hogeren' nodig is (teamleiders, managers, etc.), kan de opzet van een samenwerkingsverband soms langzaam vooruit gaan, omdat ze bang zijn voor het veranderen van instituties als bestaande werkrouines en de organisatie van zorg (Åhgren, Pol, 2003).

## **Stakeholder theorie**

Gedacht vanuit de tegenstrijdige belangen die in de stakeholder theorie een rol kunnen spelen, kan ook een mogelijke oorzaak gekoppeld worden. Ziekenhuizen en eerstelijnsorganisaties verschillen op veel gebieden erg van elkaar, hierdoor hebben ze totaal andere belangen en werkculturen (CBO, 2006). Dit werkt het aangaan van succesvolle samenwerkingsverbanden tegen.

## **Overig**

De overige gevonden oorzaken in de literatuur bleken niet gekoppeld te kunnen worden aan de drie perspectieven. Hieronder zal op deze oorzaken ingegaan worden.

Zorgintegratie wordt verbeterd als er directe communicatie tussen zorgverleners plaatsvindt, er informele relaties bestaan, ze dicht bij elkaar werken, dezelfde taken hebben of een gelijke

professionele achtergrond. Het probleem is echter dat het vaak om multidisciplinaire samenwerking gaat, waarbij zorgverleners in verschillende gebouwen of organisaties werken. Hierdoor is er geen directe communicatie, hebben ze verschillende professionele achtergronden (jargon, technieken, waarden, status), ontmoeten ze elkaar niet of zelden en voeren ze slechts gerelateerde taken uit (Wijngaarden, Bont, Huijsman, 2006). Vanuit dit onderzoek redenerend zouden zorgverleners die werkzaam zijn in een eerstelijnscentrum dus beter in staat moeten zijn om samenwerkingsverbanden op te zetten, dan hun collega's die niet in een eerstelijnscentrum werken.

Veel zorgverleners vergeten dat samenwerken geen doel op zich is, maar een middel. Om een samenwerking goed te laten verlopen, moeten er duidelijke doelen gesteld worden; dit schiet er echter vaak bij in omdat doelen stellen geen prioriteit krijgt (Atwal, Caldwell, 2002; Åhgren, Axelsson, 2005). Zonder duidelijke doel(en) zullen zorgverleners minder snel het nut van samenwerken zien en het eerder als onnodig tijdverbruik beschouwen (Hansson, et al., 2008). Naast het stellen van doelen is het ook belangrijk om de verdeling van taken en verantwoordelijkheden vast te leggen, met name wie verantwoordelijk is voor de voortgang van de samenwerking. Het geheel moet echter wel flexibel blijven om werkbaar te zijn (Mur-Veeman, Raak, Paulus, 1999).

Specifiek voor samenwerkingsverbanden (netwerkgroep) in de eerste lijn geldt dat huisartsen bang zijn dat ze hun traditionele rol verliezen, waardoor ze niet meer de goede contacten met hun patiënten hebben en de beheersing over het zorgproces verliezen. Dit gevoel is echter tweezijdig, omdat ze het aan de andere kant ook erg fijn vinden om meer een 'pure' dokter te zijn (Hansson, et al., 2008).

Artsen verlenen soms minder steun dan andere zorgverleners, omdat bij artsen de op waarden gebaseerde weerstand vaak groter is dan bij andere zorgverleners. Dit komt waarschijnlijk doordat andere zorgverleners meer baat hebben bij samenwerkingsverbanden en kwaliteitsverbetering (Åhgren, Pol, 2003).

Een ander punt dat een barrière kan vormen bij het opzetten van netwerkgroep is tijdgebrek. In de eerste lijn werken zorgverleners vaak in kleine organisaties, waar het moeilijk is om tijd vrij te maken voor zorginnovaties. Zeker voor ziektes als COPD, waarbij over het algemeen geldt dat de maatschappelijke aandacht (en dus die van artsen) voor de ziekte de afgelopen jaren vrij laag was (CBO, 2006).

Andere redenen die in de literatuur genoemd worden zijn: de mate van wederzijds vertrouwen, de bereidheid om te veranderen, de beschikbare expertise, ongeschikte organisatiestructuur en de mogelijkheden en de macht van z.g. change agents (Mur-Veeman, Raak, Paulus, 1999; Åhgren, Axelsson, 2005).

Het mag duidelijk zijn dat onderzoekers veel mogelijke oorzaken voor het gebrek aan, of het moeizaam opstarten van samenwerkingsverbanden hebben gevonden. Toch betekent dit zeker niet dat het opstarten van samenwerkingsverbanden onmogelijk is. Met deze kennis in het hoofd kunnen namelijk oplossingen gezocht worden om over de barrières heen te komen. Aan het belang van doelen stellen kunnen mensen herinnerd worden, meer directe communicatie kan gefaciliteerd worden, angsten kunnen overwonnen worden met de juiste voorlichting en financiële beperkingen kunnen deels weggelaten worden door een stabielere steun vanuit de verzekeraars. Er hangt veel af van de lokale situatie, de karakteristieken van de leden van de aanwezige netwerken, de directe omgeving van deze leden (structuur, cultuur en machtsrelaties) en ook de verzekeraars zijn een zeer invloedrijke partij (Mur-Veeman, Raak, Paulus, 1999).

Faciliterende factoren die in de literatuur herkend worden, zijn: vastberadenheid en de mogelijkheid om samen te werken rond veel voorkomende patiëntengroepen, de voordelen van relatief kleine organisaties (flexibiliteit, communicatie, etc.) en de aanwezigheid van een overkoepelend centrum voor lokale zorg (Åhgren, Axelsson, 2005).

## § 2.6: Conclusie theoretisch kader

Uit onderzoek is gebleken dat voor een goede behandeling van COPD niet alleen de huisarts en de POH betrokken moeten zijn. Indien nodig moeten in de eerste lijn onder andere de fysiotherapeut, de diëtist en de psycholoog en in de tweede lijn de longarts en de longverpleegkundige betrokken kunnen worden. Hiervan zijn huisartsen en patiënten echter nog niet voldoende doordrongen. Zowel bij de huisarts als in de samenleving zal de komende jaren dan ook gewerkt moeten worden aan het verbeteren van het bewustzijn van COPD. Gezien de verdere kwaliteit van leven van COPD-patiënten zal vooral het belang van vroege diagnose en behandeling onderstreept moeten worden.

Om de nadelen van differentiatie tegen te gaan en een veiliger, effectiever, patiëntgericht, tijdiger, efficiënter en gelijkwaardiger zorgsysteem te creëren is integratie van de verschillende onderdelen van het zorgproces nodig. Netwerkgorg is hierop gericht. Hoewel het inschakelen van een POH mogelijk enkele nadelen kan hebben door de verdere taakopdeling is uit onderzoek van de IGZ gebleken dat de voordelen opwegen tegen de risico's. Voor zowel de huisarts als de POH is dan ook een belangrijke taak weggelegd. Helaas blijkt de wetgeving voor de gezondheidszorg in Nederland nog niet helemaal toepasbaar op netwerkgorg: signalering hiervan door de IGZ is een eerste stap om dit te verbeteren.

Voor de structuur van netwerkgorg zijn vier modellen behandeld. Het meest toepasbare model voor COPD bleek het dienstenmodel, omdat de aandoening COPD relatief voorspelbaar is, één hoofdbehandelaar heeft en geschikt is voor zelf-management. Het Chronic Care Model is ook toepasbaar op COPD, maar voor Twente voorlopig nog toekomstmuziek en daarom niet relevant voor dit onderzoek.

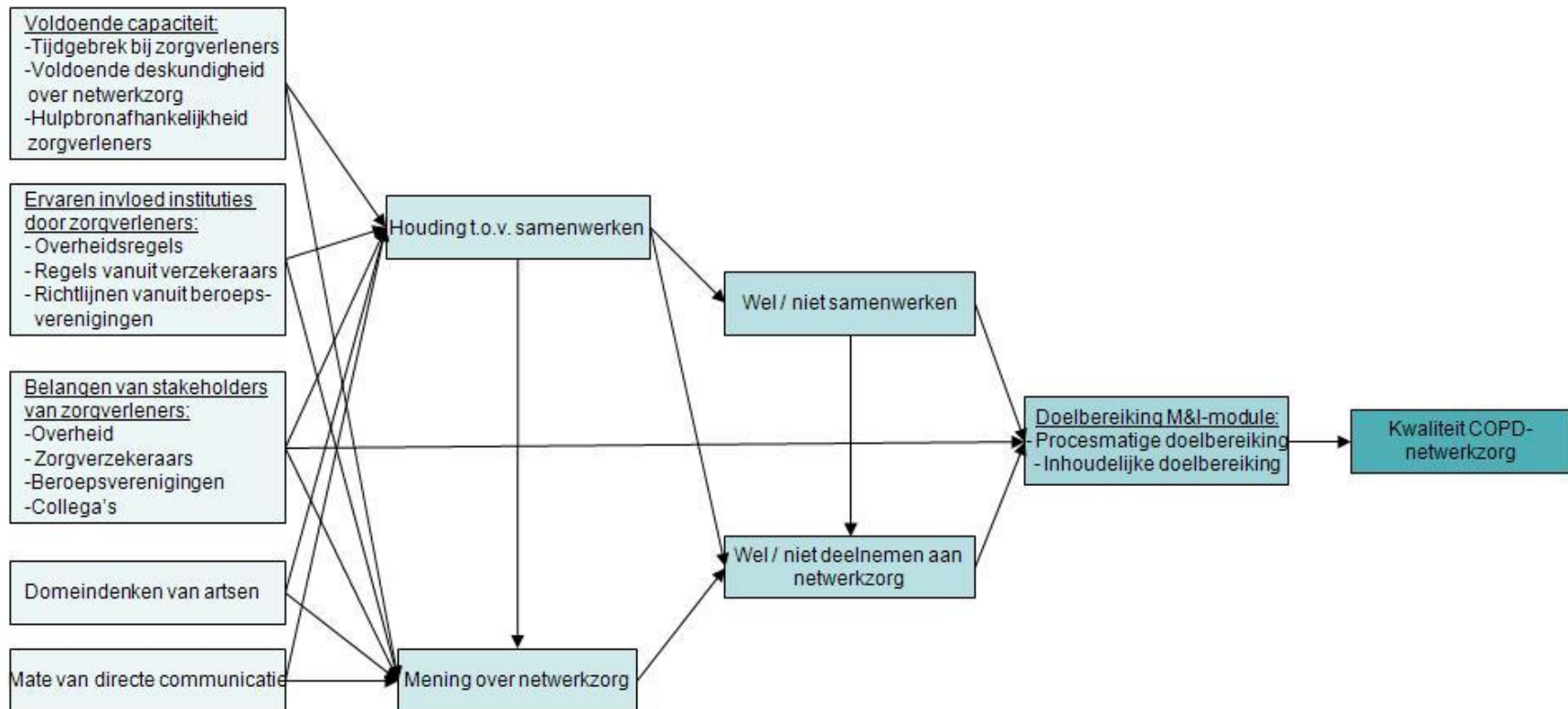
Als coördinatiemechanisme voor netwerkgorg is gekeken naar vier mechanismen: de markt, de bureaucratie, het netwerk en de professionele bureaucratie. Zowel het netwerk als de professionele bureaucratie bleken van toepassing te zijn op netwerkgorg. Een vergelijking van beide modellen laat echter zien dat de modellen niet altijd even goed aansluiten. Hierdoor kan frictie ontstaan bij zorgverleners die alleen gewend zijn te werken in een professionele bureaucratie.

Naast coördinatiemechanismen is er ook gekeken naar interorganisatiele theorieën, in het bijzonder de resource dependence-theorie, de institutionele theorie en de stakeholder-theorie. Alle drie de theorieën bleken aanwijzingen te geven waarom het soms moeilijk kan zijn om samenwerkingsverbanden en netwerkgorg op te zetten. Bij de resource dependence-theorie bleek het met name te gaan om concurrentiegevoelens tussen de betrokken zorgverleners. Deze gevoelens ontstaan doordat er een tekort is aan beschikbare hulpbronnen. De institutionele theorie richt zich meer op de aanwezige regels vanuit de overheid, de zorgverzekeraars en de beroepsverenigingen. Vooral de regels van de overheid en de zorgverzekeraars die betrekking hebben op de financiën lijken veel invloed te hebben. Dit wordt versterkt door de ambigue rol die beide partijen op dit moment nog hebben. De komst van de functionele bekostiging zal hier mogelijk verbetering in brengen. Doordat de regels invloed hebben op de beschikbare hulpbronnen heeft de institutionele theorie overloop met de resource dependence-theorie. De laatste theorie, de stakeholder-theorie, kijkt naar de relaties met en belangen van andere betrokkenen. Deze zijn belangrijk om mee te nemen doordat ze de houding en acties van de betrokken zorgverleners beïnvloeden.

Naast de bovenstaande redenen zijn in de literatuur nog andere redenen gevonden, die niet bij één van de drie theorieën onder te brengen zijn. Onder andere tijdgebrek, onvoldoende deskundigheid, domeindenken en gebrek aan directe communicatie kwamen naar voren.

Al met al zijn er dus veel oorzaken gevonden die de opzet van netwerkgorg kunnen bemoeilijken. Het betekent echter niet dat het opstarten van samenwerkingsverbanden onmogelijk is. Juist door op de hoogte te zijn van de barrières, kunnen oplossingen gevonden worden. Daarnaast zijn er uit de literatuur ook enkele faciliterende factoren gehaald die ingezet kunnen worden voor het stimuleren van netwerkgorg.

Naar aanleiding van de resultaten uit het literatuuronderzoek is een model opgesteld dat laat zien waardoor de kwaliteit van COPD-netwerkgang beïnvloed wordt. Dit model is te vinden in figuur vijf, op de pagina 38. Vooraan staan de oorzaken die gevonden zijn in de literatuur. Voor elk van deze oorzaken is bekeken of ze houding ten opzichte van samenwerken beïnvloeden en de mening van zorgverleners over netwerkgang. Hoewel netwerkgang hetgeen is wat in dit onderzoek onderzocht wordt, is de wil om samen te werken met andere zorgverleners noodzakelijk. Vandaar dat dit onderwerp eveneens een prominente plaats inneemt. De reden dat het apart genoemd wordt, is omdat netwerkgang veel meer is dan alleen samenwerken, waardoor zorgverleners daar anders tegenover kunnen staan. Doordat het effect van de M&I-module onderzocht wordt op COPD-netwerkgang en de module hiervoor zelf enkele doelstellingen gesteld heeft die gehaald moeten worden om goede COPD-netwerkgang te kunnen leveren, is doelbereiking van de M&I-module een belangrijk punt dat meegenomen moet worden. De te behalen doelen beslaan zowel procesdoelen als inhoudelijke doelen, die beide belangrijk zijn om uiteindelijk kwalitatief hoge COPD-netwerkgang te kunnen leveren. Een beschrijving van de inhoudelijke en de procesdoelen volgt in het volgende hoofdstuk.



**Figuur 5: Causaal Model naar aanleiding van de literatuur**

## Hoofdstuk 3: De M&I-module

De eerste deelvraag van dit onderzoek luidde als volgt:

*Wat houdt de M&I-module voor COPD-netwerkzorg in en wat zijn haar instrumenten en doelstellingen?*

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn de M&I-voorbeeldmodule COPD 2008-2009 van Menzis (2008) en enkele documenten van ROSET (ROSET, 2007; ROSET, 2008a) bestudeerd. Hieronder zullen de doelstellingen en de instrumenten van de M&I-module beschreven worden.

### § 3.1 Doelen

Er bestaat een verschil tussen inhoudelijke en procedurele doelen. Inhoudelijke doelen hebben betrekking op de inhoud van de verleende zorg, waar het uiteindelijk allemaal om draait en procedurele doelen op de uitvoering. Bij de M&I-module voor gestructureerde COPD-zorg zijn er voornamelijk procedurele doelen, omdat er aan de werkwijze van de zorg nog veel verbeterd kan worden.

#### Inhoudelijke doelen

De inhoudelijke doelen van de M&I-module voor gestructureerde COPD-zorg zijn (Menzis, 2008):

- *“Binnen één jaar is 50% van de patiënten met vermeende COPD goed gediagnosticeerd en met behulp van spirometrie<sup>13</sup> is de indeling in de GOLD-klasse aangegeven in het HIS<sup>14</sup>. Deze patiënten worden volgens protocol in de praktijk gezien;*
- *Binnen twee jaar is 80% van de patiënten goed gediagnosticeerd en met behulp van spirometrie is de indeling in de GOLD-klasse aangegeven in het HIS. Deze patiënten worden volgens protocol in de praktijk gezien.*
- *Verbetering van kwaliteit van leven bij patiënten<sup>15</sup>.*

#### Procedurele doelen

De procedurele doelen van de M&I-module voor gestructureerde COPD-zorg zijn (Menzis, 2008):

- *“Wat betreft de structuur van de COPD-zorg:*
  - *Binnen 1 jaar is de zorg voor de COPD-patiënt gestructureerd georganiseerd binnen de huisartsenpraktijk, (zo mogelijk en gewenst) met behulp van de inzet van POH of een andere gekwalificeerde praktijkmedewerker;*
  - *Binnen 1 jaar is de COPD-zorg multidisciplinair georganiseerd in de eerste lijn;*
  - *Binnen 2 jaar is de COPD-zorg multidisciplinair en transmuraal georganiseerd;*
- *Aan het eind van de projectfase een handboek of document over COPD-netwerkzorg met daarin:*
  - *Cijfers gerelateerd aan cijfers uit bevolkingsonderzoek;*
  - *Een protocol van de werkwijze van het spreekuur (aanwezig en vastgesteld binnen de huisartsengroep);*
  - *Werkafspraken over multidisciplinaire samenwerking;*

---

<sup>13</sup> Spirometrie legt de grootte, richting en snelheid vast van een door de patiënt gegenereerde luchtstroom als een functie van de tijd (Rauws, Beissel, Koekoek, 2008). Aan de hand van uitkomsten ontstaan een aantal waarden die worden meegenomen in de diagnostiek van COPD.

<sup>14</sup> Huisartsen Informatie Systeem

<sup>15</sup> Kwaliteit van leven is onder andere te meten via de CCQ-lijst. De CCQ-lijst gaat uit van een nul- en eindmeting, zodat het verschil in kwaliteit van leven aangetoond kan worden (Menzis, 2008).

- *Afspraken met betrekking tot verwijzing naar de tweede lijn;*
- *Huisartsen die gemotiveerd en bereid zijn om de samenwerking uit te breiden naar keten DBC;*
- *De beschreven doelen zijn binnen twee jaar behaald."*

De evaluatie van de invloed van de M&I-module op de versterking van COPD-netwerkgzorg bij de deelnemende praktijken in Twente zal zoveel mogelijk de bovenstaande doelen toetsen. Bepaalde doelen zullen echter zeer moeilijk te toetsen zijn en daarom achterwege gelaten worden. Welke doelen wel en niet getoetst zullen worden zal later aan de orde komen.

### **§ 3.2 Instrumenten**

Om de bovenstaande doelen te bereiken worden door ROSET en Menzis diverse instrumenten ingezet. De relevante instrumenten die samenhangen met de M&I-module zijn: kostenvergoeding vanuit de M&I-module, kostenvergoeding vanuit de M&I-verrichtingenlijst, een voorbeeld-M&I-module voor COPD, promotie vanuit ROSET, medisch en zorginhoudelijke ondersteuning vanuit ROSET, projectmatige ondersteuning vanuit ROSET en de aanstelling van een adviseur voor de praktijkondersteuners en een adviseur voor de fysiotherapeuten binnen ROSET. Alle instrumenten zullen kort toegelicht worden en tevens zullen ze gerelateerd worden aan onderdelen uit het causale model.

De eerste twee instrumenten zijn kostenvergoedingen vanuit de M&I-module en de kostenvergoeding vanuit de M&I-verrichtingenlijst. Beide vergoedingen zijn bedoeld voor de versterking van de eerste lijn. Momenteel komt alleen de huisarts voor de vergoedingen in aanmerking, omdat het onderdeel uitmaakt van het huisartsencontract. De kostenvergoeding vanuit de M&I-module is bedoeld om de opzet van COPD-netwerkgzorg te financieren en de kostenvergoeding vanuit de M&I-verrichtingenlijst is bedoeld om de geleverde zorg te financieren. Beide instrumenten zijn dus bedoeld om de financiële capaciteit van de huisarts uit te breiden. Om voor de vergoeding vanuit de M&I-module in aanmerking te komen vraagt de verzekeraar inzicht in de plannen en visie van de praktijk(en) door middel van een ingevuld globaal zorgaanbodplan (dit moet aan enkele regels vanuit Menzis voldoen). Als het plan wordt goedgekeurd, wordt formeel gezien per verzekerde per jaar een bedrag van €1,56 door Menzis ter beschikking gesteld. Afhankelijk van de opzet en de inhoud van het project kan dit in overleg eventueel meer worden (Menzis, 2008a), tot maximaal €2,- per patiënt per jaar. Hoewel dit nog steeds niet veel lijkt, gaat het in het laatste geval wel om een bedrag van €10.000,- verspreid over twee jaar, voor een praktijk van 2500 patiënten. Om boven het formele bedrag uit te komen moeten echter wel extra activiteiten ondernomen worden die oorspronkelijk niet in het projectplan stonden. Een huisarts komt er dus niet zomaar voor in aanmerking. De tweede vergoeding (het tweede instrument) werkt door middel van de M&I-verrichtingenlijst. De M&I-verrichtingenlijst is een lijst van verrichtingen die binnen het thema modernisering en innovatie vallen en waarvoor Menzis van de overheid extra geld ter beschikking moet stellen. Menzis contracteert deze verrichtingen in het kader van de individuele overeenkomst huisartsenzorg, als aanvulling op de individuele overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de huisarts (Menzis, 2008b). Het verschil met de vergoeding vanuit de M&I-module is dat ook huisartsen die niet met de M&I-module voor COPD-netwerkgzorg hebben meegedaan in aanmerking kunnen komen voor deze vergoeding. Dit komt omdat de M&I-verrichtingenlijst uit codes bestaat waarop elke huisarts kan declareren. Een huisarts met een POH die actief is op het gebied van COPD-zorg ontvangt deze vergoeding dus ook. Het enige financiële verschil tussen de huisartsen die wel met de M&I-module meedoen en die niet met de module meedoen, maar wel een POH hebben, is dus de kostenvergoeding vanuit de M&I-module.

De derde interventie is de voorbeeld-M&I-module voor COPD-netwerkgzorg. In deze module staat aangegeven wat de huisarts zelf moet invullen en staan de doelstellingen, een beschrijving van de nieuwe zorg, de doelgroep, de te bereiken resultaten, de toegestane kosten, een globaal stappenplan en de punten voor de evaluatie (Menzis, 2008). Door de aanwezigheid van deze module hoeven huisartsen het wiel (de invulling van de module) niet zelf meer uit te vinden en kunnen ze eenvoudig een aanvraag

indienen, waardoor de drempel hiervoor verlaagd wordt. De voorbeeldmodule zorgt er dus voor dat er bij aanvang minder tijd en deskundigheid (capaciteit) nodig is om aan de M&I-module te beginnen. De voorbeeldmodule is gebaseerd op praktijkervaringen.

Om een module bekend te laten worden bij een doelgroep die al erg druk is, is promotie nodig. Deze vierde interventie is uitgevoerd via de communicatiekanalen van ROSET. Hieronder vallen onder andere de nieuwsbrieven, de website en promotie tijdens bijeenkomsten. Via de promotie probeert ROSET als stakeholder in de eerstelijnszorg COPD-netwerkgroep verder te verspreiden en de huisartsen duidelijk te maken dat zij er voor kunnen zorgen dat tijd (capaciteit) bespaard kan worden door gebruik te maken van de diensten van ROSET.

De vijfde interventie, medisch en zorginhoudelijke ondersteuning door een kaderhuisarts gespecialiseerd in astma en COPD, heeft voornamelijk betrekking op visievorming. Waar staan de praktijken en waar willen ze naar toe bij het opzetten van gestructureerde COPD-zorg (ROSET, 2008a). Dit instrument beïnvloedt dus de deskundigheid (capaciteit) van de huisartsen en POH's.

De zesde interventie, projectmatige ondersteuning vanuit ROSET, heeft onder andere betrekking op het afstemmen van werkafspraken met andere disciplines en deze vastleggen, het initiëren van evaluatiemomenten, het vastleggen van evaluatiegegevens en ondersteunen bij het neerzetten van een projectstructuur (ROSET, 2008a). Dit instrument probeert wederom op de capaciteitsproblemen tijd en deskundigheid in te spelen. Doordat ROSET op dit terrein veel ervaring heeft, zijn ze namelijk beter en sneller in staat om dergelijke zaken op de juiste manier aan te pakken.

De zevende en de achtste interventie zijn er in 2007 (adviseur POH) en 2008 (adviseur fysiotherapie) bijgekomen, omdat bleek dat er behoefte was aan ondersteuning voor deze doelgroepen. Voor de POH, die het grootste gedeelte van de COPD-zorg op zich nam, was dat op het gebied van praktijkorganisatie, oproepen uit het HIS, het inrichten van spreekuren en de uitvoering van spirometrie. Bij de fysiotherapeuten draaide het met name om de oriëntatie op samenwerking met andere disciplines en het transparant maken van de effecten van fysiotherapiebehandelingen (ROSET, 2008a). Deze laatste twee instrumenten proberen wederom de deskundigheid te vergroten.

Al deze instrumenten proberen dus de capaciteit van de huisartsen en POH's te vergroten, zowel qua tijd, deskundigheid als financiële ruimte. Door het aanbieden van deze instrumenten hopen Menzis en ROSET dat de drempel voor huisartsen lager wordt om te starten met de opzet van COPD-netwerkgroep.



## Hoofdstuk 4: Onderzoeksopzet

Dit onderzoek kan gezien worden als een evaluatie van de inspanningen van ROSET om de opzet van netwerkgorg te stimuleren en te ondersteunen. Evaluatie is zeer belangrijk in “health service”-onderzoek, omdat het probeert vast te leggen welke veranderingen hebben plaatsgevonden, wat tot deze veranderingen heeft geleid en om vast te stellen of er een relatie is tussen theorie en praktijk (Atwal, Caldwell, 2002). Overtveit (1998) heeft evaluatie gedefinieerd als *“een proces dat waarde aan een interventie toevoegt door op een systematische wijze betrouwbare en valide informatie erover te verzamelen en door het maken van vergelijkingen, met als doel het maken van meer gefundeerde beslissingen of het begrijpen van causale mechanismen voor algemene principes”*.

### § 4.1 Literatuuronderzoek

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt. Als eerste is een verkennende literatuurstudie gehouden om kennis te maken met het onderwerp, op basis hiervan is het onderzoeksvoorstel geschreven. Drie theorieën, de resource dependence theory, de institutional theory en de stakeholder theory zijn uitgekozen om het ontstaan van netwerkgorg en de relaties binnen een keten te onderzoeken. Vervolgens is een tweede literatuurstudie gehouden, om de kennis te verbreden over samenwerken, protocollen en richtlijnen voor netwerkgorg, netwerkgorg en COPD. Geschikte artikelen en boeken voor beide literatuurstudies zijn verzameld via de catalogus van de Universiteit Twente, Google Scholar en Pubmed.

### § 4.2 Onderzoekseenheden en variabelen

Nadat de resultaten van het literatuuronderzoek bekend waren en bekend was wat de M&I-module voor COPD-netwerkgorg inhoudt, zijn de onderzoekseenheden en de variabelen vastgesteld. De onderzoekseenheden zijn de dragers van de eigenschappen of kenmerken waar het onderzoek uitspraken over doet. In dit onderzoek zijn dat de huisartsenpraktijken, de M&I-module en Roset. De waarnemingseenheden zijn eenheden waaraan waarnemingen verricht moeten worden; in dit onderzoek de huisartsen, de POH's en de fysiotherapeuten. Hoewel naast de fysiotherapeut nog meer paramedici betrokken zijn bij de zorg voor COPD-patiënten, worden zij niet in het onderzoek betrokken, omdat hun rol kleiner is en het onderzoek anders te groot wordt.

De afhankelijke variabelen zijn variabelen die als gevolgvariabele in het onderzoek worden bekeken (Geurts, 1999, blz. 141). De afhankelijke variabele van dit onderzoek is: de kwaliteit van COPD-netwerkgorg. De uit de literatuur gehaalde variabelen die van invloed zijn op de afhankelijke variabele zijn: de beschikbare capaciteit bij zorgverleners, de ervaren invloed van instituties door zorgverleners, de belangen van stakeholders, het domeindenken van artsen en de mate van directe communicatie tussen zorgverleners. Uit de praktijk komen hier vervolgens als onafhankelijke variabelen bij: de M&I-module en de ondersteuning vanuit ROSET. De uit de literatuur afkomstige onafhankelijke variabelen beïnvloeden zowel de houding van (mogelijk) betrokken zorgverleners ten opzichte van samenwerken als hun mening over netwerkgorg. Onder “de houding van zorgverleners ten opzichte van samenwerken” wordt in dit onderzoek verstaan of ze open staan voor samenwerking en of ze er actief aan willen bijdragen. Daarnaast is in dit onderzoek voorlopig aangenomen dat de M&I-module ook de mening van zorgverleners over netwerkgorg beïnvloedt. Deze aanname is gedaan, omdat de M&I-module de opzet van netwerkgorg vergoedt en een duidelijk beeld geeft van de eisen die de zorgverzekeraar er aan stelt. Daarnaast is aangenomen dat de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET ook een positieve invloed zal hebben op de mening van zorgverleners over netwerkgorg. Door deze ondersteuning wordt het namelijk eenvoudiger voor zorgverleners om netwerkgorg op te zetten. De

houding ten opzichte van samenwerken zorgt ervoor dat zorgverleners wel of niet gaan samenwerken en beïnvloedt tevens hun deelname aan netwerkzorg. De deelname aan netwerkzorg wordt verder beïnvloed door de mening van zorgverleners over netwerkzorg. Het feit of zorgverleners gaan samenwerken en of ze ook daadwerkelijk gaan deelnemen aan netwerkzorg, beïnvloedt tot slot zowel de procedurele als de inhoudelijke doelbereiking en daarmee de kwaliteit van COPD-netwerkzorg.

De zojuist benoemde variabelen zijn samen weergegeven in het causale model in figuur zes. Het verschil met het theoretische model in figuur vijf is de toevoeging van de variabelen “M&I-module” en “ondersteuning vanuit ROSET”.

Het causale model is gebruikt om antwoord te geven op de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek. Voor de duidelijkheid zijn deze hieronder nogmaals weergegeven. Delen van het causale model geven antwoord op deelvraag twee, drie en vier (zie bijlage III voor de causale modellen per deelvraag). In het volledige causale model gaat deelvraag twee tot de houding tegenover samenwerken, deelvraag drie tot de mening over netwerkzorg en deelvraag vier tot de doelbereiking van de M&I-module.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidde als volgt:

*In hoeverre hebben de M&I-module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET bijgedragen aan een versterking van de COPD-netwerkzorg van de deelnemende praktijken in Twente en welke aanknopingspunten kunnen ontdekt worden om de COPD-netwerkzorg door de M&I-module verder te laten verbeteren?*

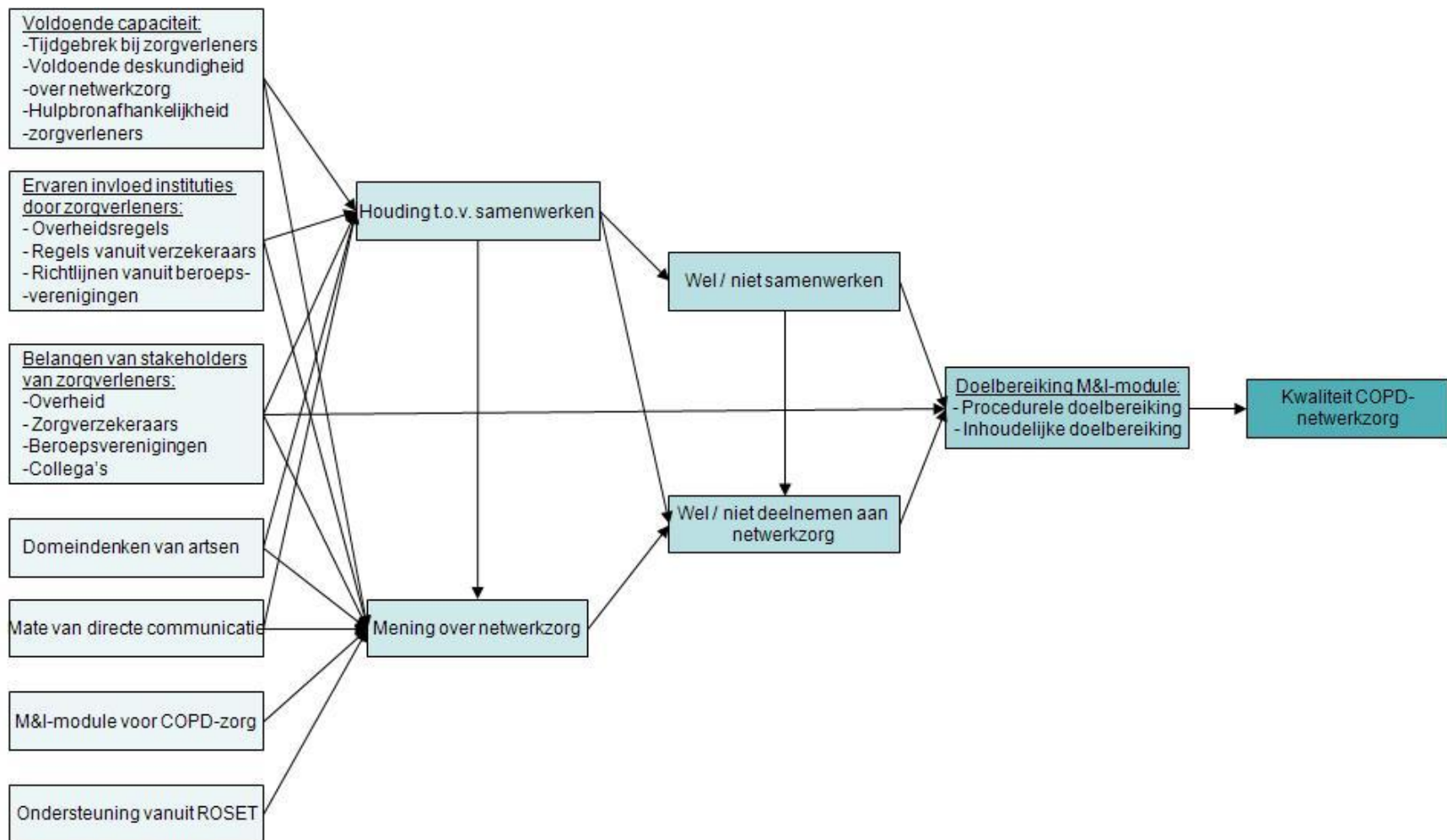
Hierbij werden de volgende onderzoeksvragen gesteld:

- 1: Wat houdt de M&I-module voor COPD-netwerkzorg in en wat zijn haar doelstellingen en instrumenten?*
- 2: Welke factoren dragen bij aan het feit dat huisartsen en paramedici niet spontaan met elkaar gaan samenwerken, terwijl bekend is dat het de zorg aan COPD-patiënten kan verbeteren?*
- 3: In welke mate speelde de M&I-module een rol in de beslissing van huisartsen om aan COPD-netwerkzorg te beginnen?*
- 4: In welke mate hebben de M&I-module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET bijgedragen aan het bereiken van de gestelde doelstellingen?*
- 5: Welke aanknopingspunten kunnen ontdekt worden om de M&I-module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET de netwerkzorg voor COPD-patiënten verder te laten versterken?*

De eerste deelvraag is in hoofdstuk drie beantwoord door middel van een analyse van een aantal documenten van ROSET en Menzis. Voor het beantwoorden van de overige deelvragen is in hoofdstuk twee een theoretisch kader opgesteld dat als kader zal dienen voor de verdere beantwoording in het praktijkonderzoek. Het causale model in figuur zes is de grafische weergave hiervan.

#### **§ 4.3.1 Type onderzoek**

Het onderzoeksdesign van dit onderzoek is quasi-experimenteel van aard en bestaat uit een experimentele en een controlegroep. De experimentele groep bestaat uit huisartsen en POH's die deelnemen aan de M&I-module voor COPD-netwerkzorg. De controlegroep bestaat uit huisartsen en POH's van huisartsenpraktijken die niet meedoen aan de M&I-module voor COPD-netwerkzorg, maar wel een POH hebben en huisartsen zonder POH die niet deelnemen aan de M&I-module voor COPD-netwerkzorg. Deze groep vormt de controlegroep, omdat zij ook COPD-zorg leveren. Hierdoor kan goed



**Figuur 6: Causaal model**

onderzocht worden of de M&I-module ten opzichte van POH-financiering<sup>16</sup> meerwaarde heeft voor de verspreiding van COPD-netwerkgorg in Twente. De reden dat ook huisartsen zonder POH zijn betrokken, is omdat daardoor duidelijk wordt hoe zij de COPD-zorg georganiseerd hebben, waarom ze geen POH hebben en waarom ze niet aan COPD-netwerkgorg beginnen. Vanwege de korte tijd die beschikbaar was voor het onderzoek zijn er geen pré- of posttesten gedaan.

Voor het beantwoorden van de deelvragen zijn verschillende methoden gebruikt, deze worden hieronder per deelvraag toegelicht.

Deelvraag twee gaat over de vraag waarom zorgverleners niet spontaan met elkaar gaan samenwerken, terwijl bekend is dat het betere zorg oplevert. Dit is een vrij complexe vraag, omdat het geen eenvoudig te meten condities heeft waar wel of niet aan moet zijn voldaan. Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden zijn daarom uit de literatuur mogelijke oorzaken voor de afwezigheid van samenwerking gehaald. Deze oorzaken zijn getest in een enquête, wat als voordeel heeft dat veel zorgverleners de vragen kunnen beantwoorden, maar als nadeel dat de vragen onvoldoende de diepte in gaan. Wanneer de enquête wel de diepte in zou gaan, zou deze vanwege de vele variabelen die gemeten moeten worden, te lang worden om nog voldoende respons te krijgen. Door middel van interviews is daarom geprobeerd om dieper in te gaan op de redenen om wel of niet samen te gaan werken, zodat een vollediger beeld ontstaat. Wel speelde ook hierbij de factor tijd een rol. Doordat huisartsen het erg druk hebben moest het aantal vragen beperkt blijven om voldoende interviews te kunnen regelen. Welke actoren geïnterviewd zijn en hoe ze geselecteerd zijn, wordt behandeld in §4.3.2.

Voor deelvraag drie geldt eigenlijk hetzelfde als voor deelvraag twee. Ook voor deze vraag geldt dat het wenselijk is om dieper op het onderwerp in te gaan dan in de enquête mogelijk is. Daarom is ook deze vraag mede beantwoord worden door interviews.

Deelvraag vier, die ingaat op de doelbereiking van de M&I-module, is eenvoudiger meetbaar en is hoofdzakelijk met de enquête beantwoord. Helaas was het niet mogelijk om de eerste twee inhoudelijke doelstellingen te meten. Hiervoor zijn onvoldoende gegevens beschikbaar bij de huisartsenpraktijken.

Deelvraag vijf is door middel van de enquête en interviews beantwoord. In de enquête is het gebruik van en de tevredenheid over de M&I-module en de dienstverlening van ROSET gemeten. Doordat de enquête echter niet teveel kan doorvragen, zijn deze onderwerpen eveneens in de interviews behandeld.

De gehanteerde onderzoeksmethoden zijn dus enquêteren en interviewen. De meest geschikte enquêtevorm voor dit onderzoek leek de emailenquête. Alle huisartsen en POH's maken namelijk gebruik van internet, het hoeft niet gepost te worden (mogelijke drempel) en is eenvoudiger te verwerken. De enquête en interviewvragen zijn opgesteld aan de hand van het theoretische kader, het causale model, de doelstellingen uit de M&I-module en de adviezen van experts. Ook is onder twee POH's een proefenquête gehouden, om de geschiktheid van de vragen te testen. Voor het testen van de interviewvragen is eveneens een proefinterview gehouden met een huisarts. De interviews zijn opgenomen met een mobiele telefoon en daarna letterlijk uitgewerkt. Aan de hand van het causale model en de interviewvragen is vervolgens een codeerschema gemaakt voor het verwerken van de interviews. Dit codeerschema is getest door van elk type interview één uit te werken. Voor de ontbrekende relevante onderwerpen, die niet in het codeerschema voorkwamen, zijn vervolgens

---

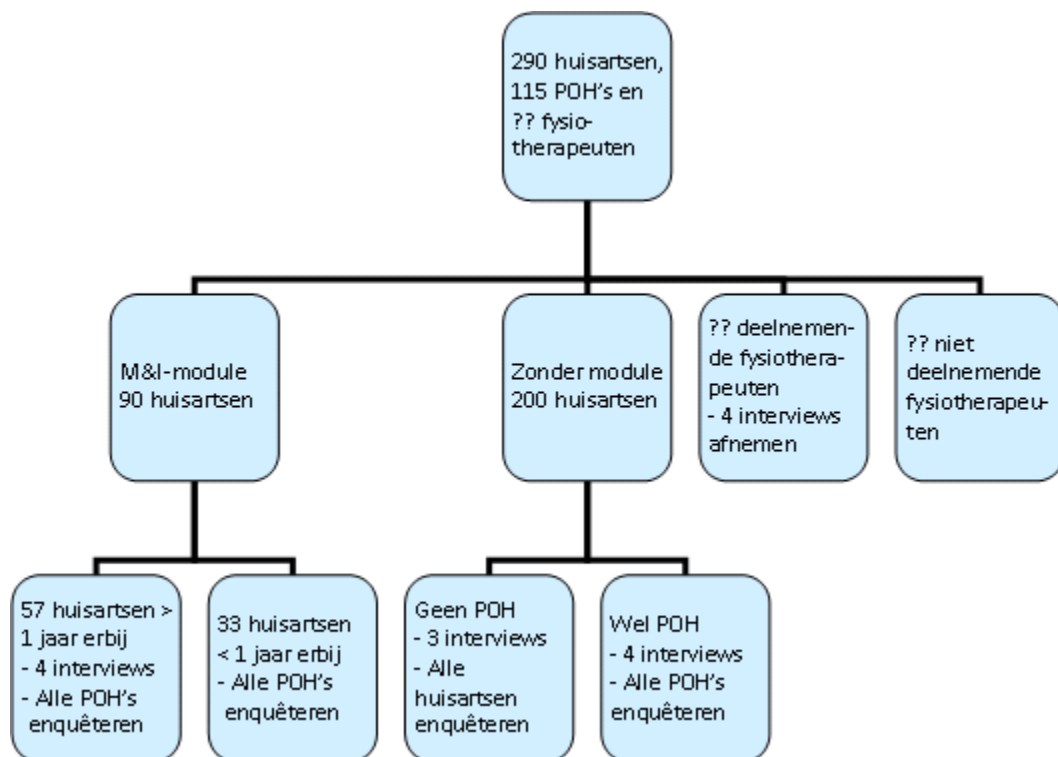
<sup>16</sup> Menzis biedt huisartsen met een POH hiervoor aparte financiering aan, echter als ze al vergoedingen uit de M&I-module ontvangen is dit niet meer mogelijk, omdat het anders dubbel op gaat. Deze controlegroep geeft door de gescheiden financieringsstromen dus de kans om de invloed van de M&I-module op COPD-netwerkgorg te onderzoeken ten opzichte van alleen een POH-financiering.

nieuwe codes toegevoegd. In de volgende paragraaf zal ingegaan worden op de selectie van de zorgverleners voor de interviews en de enquête.

#### § 4.3.2 Selectie van zorgverleners

De te interviewen huisartsen zijn geselecteerd op basis van twee typische kenmerken van de huisartsenpopulatie in Twente. De kenmerken waarop de huisartsen geselecteerd zijn, waren: stedelijk versus plattelandsgebied en wel of niet onderdeel van een gezondheidscentrum. Er is onderscheid gemaakt naar deze kenmerken, omdat verwacht wordt dat de resultaten hierdoor beïnvloed kunnen worden. Zo zou het kunnen zijn dat omdat huisartsen in stedelijk gebied meer andere huisartsen en gespecialiseerde fysiotherapeuten om zich heen hebben, ze eenvoudiger kunnen beginnen aan de opzet van netwerkzorg. Daarnaast hebben huisartsen in een gezondheidscentrum meer contact met andere eerstelijnsdisciplines, waardoor het eenvoudiger zou kunnen zijn om te gaan samenwerken.

Om een duidelijk beeld te geven van de verschillende relevante groepen waar huisartsen en fysiotherapeuten voor dit onderzoek in opgesplitst kunnen worden, is het schema in figuur zeven toegevoegd. Hierin staat tevens toegelicht welke groepen geïnterviewd en geënkquêteerd zijn en hoeveel zorgverleners per groep geïnterviewd en geënkquêteerd zijn. Helaas is niet duidelijk hoeveel fysiotherapeuten huisartsen ondersteunen in het leveren van COPD-netwerkzorg. Dit komt omdat dit niet bijgehouden en geregistreerd wordt. De te interviewen fysiotherapeuten zijn daarom gehaald uit de groep fysiotherapeuten waarmee ROSET momenteel bezig is een draaiboek voor COPD-zorg te maken en waarvan bekend is dat ze aan COPD-zorg doen. Voor de huisartsen die niet meedoen met de M&I-module geldt eveneens dat onbekend is hoeveel een in COPD geschoolde POH hebben. Daarom is naar alle POH's een enquête gestuurd, waarbij ze kunnen aangeven of ze wel of niet aan COPD-zorg doen. De contactgegevens voor zowel de interviews als de enquêtes zijn verkregen via ROSET. Om de respons te verhogen, heeft ROSET per email een vooraankondiging de deur uitgedaan.



Figuur 7: Verdeling interviews en enquêtes

De enquête is alleen onder huisartsenpraktijken verspreid, omdat de te bereiken doelen zoals ze zijn gesteld in de M&I-module, alleen van toepassing zijn op de huisartsenpraktijk. Waar mogelijk zijn ze specifiek gericht aan de POH's van de betrokken huisartsen, in plaats van de huisartsen zelf. Dit omdat POH's vaak een groot deel van de COPD-zorg uitvoeren, ze zeer betrokken zijn bij (de opzet van) COPD-netwerkgroep en omdat Roset verwacht dat de respons hoger zal liggen. De interviews zijn wel onder huisartsen gehouden, omdat hier vooral is ingegaan op het aspect samenwerken en de opzet van ketenzorg. Uit de groep huisartsen die meedoen aan de M&I-module zijn alleen huisartsen geïnterviewd die al minimaal één jaar meedoen, omdat ze anders nog niet de kans hebben gekregen om samenwerkingsverbanden op te starten. Daarnaast zijn ook fysiotherapeuten geïnterviewd om een niet te eenzijdig beeld te krijgen van het verloop van (de opzet van) de samenwerkingsverbanden. Doordat de respons op de enquête te laag was, is een herinneringsmail verstuurd. Na het versturen van de herinneringsmail bleek de bruikbare respons nog steeds erg laag. In overleg is daarom besloten om een deel van de bij ROSET bekende POH's at random op te bellen en te vragen of zij telefonisch de enquête door willen nemen. Hierdoor is de respons bijna verdubbeld, zodat er zestien respondenten waren die meededen aan de M&I-module en twintig respondenten die wel POH waren, maar niet meededen aan de M&I-module. De huisartsen zonder POH en M&I-module zijn niet gebeld, omdat met name de vergelijking tussen de COPD-zorg bij huisartsen met POH die wel meedoen aan de M&I-module en die niet meedoen aan de M&I-module interessant is. Daarnaast zou dit veel extra tijd kosten en zijn huisartsen veel lastiger te bereiken dan POH's. Bovendien is de hoofdgedachte aangaande deze groep voldoende naar voren gekomen uit de interviews en de enquête.

#### **§ 4.3.3. Kwaliteit van het onderzoeksdesign**

Volgens Hutjes en Buuren (1992, blz. 51, 60) kan de kwaliteit van een onderzoeksdesign worden opgedeeld in de interne kwaliteit en de generaliseerbaarheid (ook wel externe validiteit genoemd). Onder de interne kwaliteit verstaan zij het volgende:

- Begripsvaliditeit: in hoeverre meet de test degene wat beoogd wordt te meten;
- Interne validiteit: de in het causale model gestelde relaties tussen de onafhankelijke en de afhankelijke variabelen dienen eveneens een goede interpretatie te zijn van de samenhangen zoals die tussen de onderzochte variabelen in de praktijk gevonden zijn;
- Betrouwbaarheid: de uitspraken moeten gebaseerd zijn op een nauwkeurige waarneming van de werkelijkheid en niet veroorzaakt worden door toevallige omstandigheden in het meetinstrumentarium en de onderzochte eenheden.

Onder generaliseerbaarheid verstaan zij:

- De mate waarin onderzoeksresultaten niet alleen gelden voor de onderzochte onderzoeksgroep en het onderzochte verschijnsel, maar ook voor vergelijkbare groepen en verschijnselen.

De begripsvaliditeit is geprobeerd te versterken door met verschillende experts op het gebied van de M&I-module en COPD-zorg te bespreken of de vragenlijsten voor de enquête en de interviews de te meten begrippen dekken. Daarnaast kan de begripsvaliditeit vergroot worden door het gebruik van meerdere instrumenten (Shadish, Cook, Campbell, 2002, blz. 76). In dit onderzoek is dat gedaan door zowel interviews als enquêtes te houden. De interne validiteit is geprobeerd te verbeteren door de toevoeging van een controlegroep en "consensual validation". Consensual validation houdt in dat de interpretaties in het onderzoek gecontroleerd worden door collega's (Hutjes en Buuren, 1992, blz. 56). In dit geval zijn dit een medewerker van ROSET en een kaderhuisarts, die vanuit hun praktijkervaring en kennis een waardevol en kritisch oordeel over de verkregen resultaten kunnen geven. De betrouwbaarheid van beide onderzoeksmethoden wordt versterkt door de vragen op een wetenschappelijke manier te stellen. Daarnaast kan de betrouwbaarheid van de resultaten uit de interviews gecontroleerd worden met behulp van de enquête, omdat een aantal vragen overeenkomen.

Op deze manier kan het kleine aantal interviews (drie à vier) per groep deels gecompenseerd worden met de grotere aantallen uit de enquête. De resultaten uit de interviews kunnen gebruikt worden om een beter oordeel over de volledigheid en de betekenis van de resultaten uit de enquête te vellen. Dit is mogelijk doordat de respondenten hier wel uitgebreid de kans hadden om hun antwoorden toe te lichten. De generaliseerbaarheid van het onderzoek is versterkt door het combineren van interviews en enquêtes. Interviews hebben als voordeel dat ze de diepte ingaan, waarom bepaalde antwoorden gegeven worden. Het nadeel is echter dat interviews afnemen veel tijd kost en de onderzochte doelgroep het druk heeft en zeer veel variaties kent. Door daarnaast ook enquêtes te houden is gepoogd meer van deze variatie in het onderzoek mee te krijgen, zodat de resultaten beter te generaliseren zijn. Daarnaast is voor het praktijkonderzoek gebruikt gemaakt van een uit de literatuur gehaald theoretisch kader dat geldig is voor een bredere setting.

## Hoofdstuk 5: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten voor deelvraag twee tot en met vijf behandeld, voor de antwoorden op de deelvragen: zie hoofdstuk zeven. De resultaten zijn verzameld door middel van 16 interviews en 36 enquêtes. De POH's die meedoen aan de M&I-module worden vanaf hier aangeduid als de M&I-groep en de POH's die niet meedoen aan de M&I-module als de POH-groep. Met SPSS<sup>17</sup> zijn enkele testen gedaan om te kijken of er in de uitgangssituatie van beide geënquêteerde groepen nog grote verschillen zitten. Deze uitkomsten zullen eerst behandeld worden. Voor de uitkomsten van de interviews en de uitgebreide toetsresultaten van de enquête kan worden gekeken in bijlage IV en V. Naar aanleiding van experts uit het veld wordt verwacht dat de respondenten uit de POH-groep meer op de eigen praktijk gericht zijn en die uit de M&I-groep meer naar buiten. Bij het beoordelen van de resultaten moet rekening worden gehouden met het feit dat het om kleine groepen respondenten gaat. Dit betekent dat resultaten minder snel significant zijn en dat er eerder een vertekend beeld ontstaat, omdat bepaalde uitkomsten oververtegenwoordigd zijn.

### § 5.1 Uitgangssituatie respondenten enquête en interviews

Er zijn in de enquête een aantal vragen gesteld om te kijken of de uitgangssituatie voor beide groepen hetzelfde is. De onderstaande tabel geeft een samenvatting van de resultaten.

Tabel 1: Kenmerken van M&I- en POH-groep

|                                               |            | % M&I |               | % POH |               |
|-----------------------------------------------|------------|-------|---------------|-------|---------------|
| Gebied                                        | Platteland | 56.2  | <i>n</i> = 16 | 55.0  | <i>n</i> = 20 |
|                                               | Stedelijk  | 43.8  |               | 45.0  |               |
| Aant. huisartsen waarvoor respondent werkt    | > 1        | 31.2  | <i>n</i> = 16 | 55.0  | <i>n</i> = 20 |
| Eerstelijnscentrum                            | Ja         | 37.5  | <i>n</i> = 16 | 40.0  | <i>n</i> = 20 |
| Tijd betrokken bij COPD in huisartsenpraktijk | ≤ 3 jaar   | 56.3  | <i>n</i> = 16 | 65.0  | <i>n</i> = 20 |
|                                               | > 3 jaar   | 43.7  |               | 35.0  |               |
| Werkervaring huisarts                         | ≤ 10 jaar  | 42.8  | <i>n</i> = 16 | 50.0  | <i>n</i> = 20 |
|                                               | > 10 jaar  | 47.2  |               | 50.0  |               |
| Werkt samen                                   | Ja         | 93.8  | <i>n</i> = 16 | 70.0  | <i>n</i> = 20 |

\*  $p < 0.05$  voor toetsen verschil tussen M&I en POH.

Er zit een relatief groot verschil tussen het percentage respondenten van de M&I- en de POH-groep dat voor meer dan één huisarts werkzaam zijn en dat samenwerkt, dit verschil is niet significant. Voor de overige variabelen zijn er geen grote verschillen. Wat betreft de respondenten van de interviews zijn er twee verschillen tussen de M&I- en de POH-groep. De M&I-groep werkt gemiddeld drie tot tien jaar, in plaats van langer dan tien jaar. Daarnaast werkt de hele M&I-groep samen, tegenover de helft van de POH-groep. Eén huisarts uit de POH-groep is het aan het opzetten.

Gezien de lage respons van de huisartsen zonder POH op de enquête (vier in totaal) en de resultaten, is besloten om deze groep niet mee te nemen in de beantwoording van de deelvragen. Van de vier huisartsen zonder POH doet er namelijk maar één aan taakdelegatie en heeft er maar één de COPD-zorg multidisciplinair binnen de eerste lijn georganiseerd. Dit is te weinig om iets mee te kunnen doen. Wat betreft de geïnterviewde respondenten zonder POH, is er eveneens op één uitzondering na geen sprake

<sup>17</sup> SPSS is een statistiekprogramma voor op de computer, waarmee statistische toetsen uitgevoerd kunnen worden.

van taakdelegatie of multidisciplinaire COPD-zorg. Het is dus duidelijk dat het merendeel van de huisartsen zonder POH in ieder geval nog niet bezig kan zijn met COPD-netwerkgzorg. Dit maakt het niet langer relevant om de resultaten van deze groep mee te nemen in het onderzoek. Wel zijn in bijlage III de resultaten van de geïnterviewde huisartsen zonder POH terug te vinden.

## § 5.2 Deelvraag twee

*Welke factoren dragen bij aan het feit dat huisartsen en paramedici niet spontaan met elkaar gaan samenwerken, terwijl bekend is dat het de zorg aan COPD-patiënten kan verbeteren?*

In de enquête is door middel van stellingen voor een vijftal factoren getest of deze van invloed zijn op het starten van een samenwerkingsverband. Dit betrof de mening van huisartsen over de meerwaarde van samenwerken en vier mogelijke barrières. Er is zowel naar de POH- als de M&I-groep gekeken, omdat op die manier gekeken kan worden of er een verschil zit tussen de invloed van de vijf factoren op beide groepen. Tabel twee laat zien dat bijna alle huisartsen de meerwaarde van samenwerken zien en dat alleen tijdgebrek nog redelijk hoog als barrière scoort. Verwacht was dat dit voor meer barrières het geval zou zijn. Opvallend is dat gebrek aan tijd ook in de open vraag na deze stelling, die diende als aanvulling, meerdere malen als barrière genoemd werd. Hierdoor lijkt het alsof deze variabele een te lage score heeft gekregen. Alleen bij “gebrek aan motivatie van andere betrokkenen” is het verschil tussen de POH- en de M&I-groep significant. De POH-groep heeft dit significant vaker als een barrière ervaren.

Tabel 2: Kenmerken samenwerken

|                                               |          | %     | M&I           | %    | POH           |
|-----------------------------------------------|----------|-------|---------------|------|---------------|
| Samenwerken is van meerwaarde                 | Oneens   | .0    | <i>n</i> = 16 | 5.6  | <i>n</i> = 18 |
|                                               | Neutraal | .0    |               | .0   |               |
|                                               | Eens     | 100.0 |               | 94.4 |               |
| <b>Barrières samenwerken</b>                  |          |       |               |      |               |
| Tijdgebrek                                    | Oneens   | 31.2  | <i>n</i> = 16 | 41.2 | <i>n</i> = 17 |
|                                               | Neutraal | 25.0  |               | 41.2 |               |
|                                               | Eens     | 43.8  |               | 17.6 |               |
| Gebrek aan financiële middelen                | Oneens   | 62.5  | <i>n</i> = 16 | 41.1 | <i>n</i> = 17 |
|                                               | Neutraal | 18.8  |               | 47.1 |               |
|                                               | Eens     | 18.8  |               | 11.8 |               |
| Gebrek aan motivatie van andere betrokkenen * | Oneens   | 62.5  | <i>n</i> = 16 | 35.3 | <i>n</i> = 17 |
|                                               | Neutraal | 25.0  |               | 23.5 |               |
|                                               | Eens     | 12.5  |               | 41.2 |               |
| Verschillen in visie tussen de betrokkenen    | Oneens   | 62.5  | <i>n</i> = 16 | 53.0 | <i>n</i> = 17 |
|                                               | Neutraal | 25.0  |               | 23.5 |               |
|                                               | Eens     | 12.5  |               | 23.5 |               |

\*  $p < 0.05$  voor toetsen verschil tussen M&I en POH.

In de interviews werden tijdtekort, onvoldoende hulpbronnen, personele problemen en de regels van de zorgverzekeraars het meest als barrière genoemd voor het opstarten van samenwerkingsverbanden. Tijdtekort en onvoldoende hulpbronnen waren hier vaak aan elkaar gerelateerd. Daarnaast vonden huisartsen het vaak belangrijk om eerst de COPD-zorg in de eigen praktijk op poten te hebben, voordat ze op het gebied van COPD willen samenwerken. In de interviews is ook gekeken naar de invloed van stakeholders op het wel of niet gaan samenwerken. De zorgverzekeraars werden zowel stimulerend als remmend beschouwd door de respondenten en de beroepsverenigingen een aantal keer stimulerend.

In de interviews werd de aanwezigheid van directe communicatie niet belangrijk gevonden. Wel vonden sommige zorgverleners het handig om in hetzelfde gebouw te zitten. Van de geïnterviewde fysiotherapeuten is de helft ontevreden over het verloop van de samenwerking. Dit wordt deels veroorzaakt door huisartsen en deels doordat ze van andere groepen al veel verwijzingen krijgen. Door dat laatste voelen ze minder de noodzaak er mee aan de slag te gaan.

Tot slot is ook nog gekeken of eerdere ervaringen met samenwerken van invloed waren op de beslissing van huisartsen en fysiotherapeuten om op het gebied van COPD samen te gaan werken. Uit de interviews bleek dat de meeste huisartsen en fysiotherapeuten van mening zijn dat dit geen invloed heeft gehad.

### **§ 5.3 Deelvraag drie**

*In welke mate speelde de M&I-module een rol in de beslissing van huisartsen om aan de opzet van COPD-netwerkgang te beginnen?*

Uit de interviews blijkt dat huisartsen om verschillende redenen deelnemen aan de M&I-module. Twee huisartsen zijn aan de module begonnen omdat ze de COPD-zorg graag wat gestructureerder willen opzetten. Ze hadden het gevoel dat ze onvoldoende zorg aan COPD-patiënten konden bieden. De M&I-module geeft ze de financiële ruimte om er mee aan de slag te gaan. Eén van beide huisartsen gaf hierbij aan dat de opzet van netwerkgang niet de reden was om er aan te beginnen. Pas gaandeweg kwam het inzicht dat COPD-patiënten van netwerkgang beter worden, voor die tijd ging het alleen om het opzetten van goede COPD-zorg en het voldoen aan de eisen van de module. Een andere huisarts had al een COPD-sprekurg opgezet met behulp van de POH-financiering. Deze huisarts wilde het geld gebruiken voor het opzetten van goede communicatie met andere zorgverleners en zo dus eigenlijk een begin maken aan netwerkgang. De vierde en laatste huisarts had al een sprekurg en was actief bezig met het opzetten van netwerkgang. De financiële middelen waren voor deze huisarts dus niet nodig om netwerkgang op te zetten.

Zoals gezegd vormde voor de eerste twee huisartsen de wens om COPD-zorg gestructureerder op te zetten de aanleiding om mee te doen. Voor de andere twee huisartsen vormde dit weliswaar niet de aanleiding om met de M&I-module mee te doen, maar wel om aan de slag te gaan met COPD-zorg. Ook zij ontdekten daarna gaandeweg de meerwaarde van netwerkgang. De wens om goede zorg aan COPD-patiënten te leveren kan dus gezien worden als de belangrijkste aanleiding. Deze wens wordt echter ook door de POH-groep als aanleiding genoemd voor het opzetten van COPD-zorg. Wat het verschil dan maakt tussen het wel en niet starten aan netwerkgang is onduidelijk, wel worden er een aantal zaken genoemd. Huisartsen noemen bijvoorbeeld de weerstand tegen het vele rapporteren bij de M&I-module en het schrijven van een beleidsplan, een gebrek aan voldoende andere geïnteresseerde huisartsen, geen ervaren meerwaarde van structureel samenwerken en de weerstand tegen de onduidelijkheid die met een module gepaard gaat (denk aan veel zaken zelf moeten uitzoeken).

Tabel drie laat zien dat veel samenwerkingsverbanden al voor de start van de M&I-module aanwezig zijn en dat de rest vaak binnen een jaar na de start van de M&I-module is opgezet. De cijfers ondersteunen dus niet de hypothese dat de huisartsen zijn gaan samenwerken door de M&I-module. Wel moet hierbij gezegd worden dat door de lage aantallen per zorgverlener het moeilijk te zeggen is of de gegevens representatief zijn. Van de aanvang van de opzet van COPD-netwerkgang zijn helaas geen cijfers bekend.

Tabel 3: Aanwezigheid + start samenwerking

|                     | Werkt samen |      | Aanwezigheid samenwerking t.o.v. start M&I-module |               |               |         |
|---------------------|-------------|------|---------------------------------------------------|---------------|---------------|---------|
|                     |             |      | Voor de start                                     | Binnen 1 jaar | Binnen 2 jaar | Missing |
|                     | Aant.       | %    | %                                                 | %             | %             | Aant.   |
| Fysiotherapeut      | 13 / 16     | 81.3 | 60.0                                              | 90.0          | 100.0         | 3       |
| Diëtist             | 14 / 16     | 87.5 | 63.3                                              | 70.6          | 100.0         | 3       |
| Apotheek            | 9 / 16      | 56.3 | 80.0                                              | 100.0         | 100.0         | 4       |
| Longarts            | 9 / 16      | 56.3 | 42.9                                              | 100.0         | 100.0         | 2       |
| Longverpleegkundige | 4 / 16      | 25.0 | 0.0                                               | 100.0         | 100.0         | 2       |
| Laboratorium        | 4 / 16      | 25.0 | 75.0                                              | 100.0         | 100.0         | 0       |

Uit de interviews zijn naast de M&I-module nog enkele andere zaken naar voren gekomen die de beslissing van huisartsen om te beginnen aan COPD-netwerkwzorg positief hebben beïnvloed; dit betreft de invloed van stakeholders en directe communicatie. Uit de interviews blijken de volgende stakeholders een positieve invloed te hebben: de zorgverzekeraars (vanwege de financiële middelen), de beroepsverenigingen (door de promotie van COPD-netwerkwzorg), de farmaceutische industrie (vanwege gratis ondersteuning) en ROSET (vanwege ondersteuning). De meeste huisartsen willen echter niet teveel gebruik maken van de diensten van de farmaceutische industrie, omdat het een commerciële partij is die dingen terug gaat verwachten. Directe communicatie, dat volgens het causale model een positieve invloed zou moeten hebben, is niet als een stimulerende factor ervaren.

## § 5.4 Deelvraag vier

*In welke mate hebben de M&I module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET bijgedragen aan het bereiken van de gestelde doelstellingen?*

Om te weten of de M&I-module en de ondersteuning vanuit ROSET bij hebben gedragen aan het bereiken van de gestelde doelstellingen (zie paragraaf 3.1), is gekeken of deze doelstellingen zijn gehaald.

Wat betreft de eerste twee inhoudelijke doelstellingen, die betrekking hebben op het percentage vermeende COPD-patiënten dat gediagnosticeerd is, konden helaas geen cijfers verzameld worden. Huisartsen weten namelijk niet hoeveel vermeende COPD-patiënten zij in hun praktijk hebben en kunnen dus ook niet aangeven welk percentage daarvan gediagnosticeerd is. Wel is gemeten welke van de vier geselecteerde screeningsactiviteiten huisartsenpraktijken uitgevoerd hebben om vermeende COPD-patiënten op te sporen en hoeveel van deze activiteiten ze uitgevoerd hebben. Hiermee is geprobeerd om aan te geven hoe actief de respondenten zijn met het opsporen van COPD-patiënten. Uit tabel vier blijkt dat drie van de vier screeningsactiviteiten door de meeste respondenten zijn uitgevoerd. De M&I-groep heeft de meeste activiteiten net iets vaker uitgevoerd dan de POH-groep, maar verrassend genoeg blijkt één respondent uit de M&I-groep geen van de activiteiten uit te hebben gevoerd. De reden hiervoor is onduidelijk. Beide groepen hebben gemiddeld drie van de vier screeningsactiviteiten uitgevoerd.

De derde doelstelling, verbetering van de kwaliteit van leven van patiënten, kon wel gemeten worden, omdat huisartsen hiervoor de CCQ-toets uitvoeren. Tabel vier laat zien dat de doelstelling nog niet is gehaald, want bij minder dan de helft is de kwaliteit van leven gemiddeld gezien verbeterd.

De eerste procedurele doelstelling stelt dat binnen één jaar de COPD-zorg in de huisartsenpraktijk gestructureerd georganiseerd moet zijn. De interviews laten zien dat alle respondenten uit de M&I-groep het COPD-sprekuur gestructureerd hebben opgezet en dat twee van de vier uit de POH-groep nog bezig zijn met opzetten, omdat ze nog maar kort een POH hebben.

De tweede procedurele doelstelling gaat over samenwerken in de eerste lijn. Tabel drie laat zien dat ruim 80% van de M&I-groep op het gebied van COPD zowel met een fysiotherapeut als een diëtist samenwerkt en 56% met de apotheek. Voor de POH-groep is dit respectievelijk 60%, 65% en 25%. Bij de

Tabel 4: Kenmerken doelstellingen M&I-module

|                                                      |                                          | %           | M&I           | %           | POH           |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
| Screeningsmethode                                    | ICPC-codering                            | 93.8        | <i>n</i> = 16 | 88.9        | <i>n</i> = 18 |
|                                                      | Inhalatiemedicatie                       | 81.2        | <i>n</i> = 16 | 94.4        | <i>n</i> = 18 |
|                                                      | > 2 x antibioticakuur                    | 43.8        | <i>n</i> = 16 | 38.9        | <i>n</i> = 18 |
|                                                      | > 40 + luchtwegklachten                  | 81.2        | <i>n</i> = 16 | 61.1        | <i>n</i> = 18 |
|                                                      | Aant. methodes                           | Gemid. 2.83 |               | Gemid. 3.00 |               |
| Kwaliteit van leven                                  | Verbeterd                                | 37.5        |               |             |               |
| Aant. Samenwerkingspartners *                        | Geen                                     | 6.2         | <i>n</i> = 16 | 30.0        | <i>n</i> = 20 |
|                                                      | 1-3                                      | 56.3        |               | 55.0        |               |
|                                                      | 4-5                                      | 37.5        |               | 15.0        |               |
| Afspr. verwijzing en terugrapportage                 | Met een deel                             | 13.3        | <i>n</i> = 15 | 0.0         | <i>n</i> = 13 |
|                                                      | Ja                                       | 60.0        |               | 66.7        |               |
| Schriftelijke of mondelinge vastlegging samenwerking | Met een deel                             | 13.3        | <i>n</i> = 15 | 7.7         | <i>n</i> = 13 |
|                                                      | Ja                                       | 13.3        |               | 46.2        |               |
| Periodieke overlegmomenten                           | Ja                                       | 40.0        | <i>n</i> = 15 | 21.4        | <i>n</i> = 14 |
| Handboek COPD-netwerkgzorg                           | Aanwezig                                 | 75.0        | <i>n</i> = 16 |             |               |
|                                                      | Bevolkingsonderzoekcijfers               | 60.0        | <i>n</i> = 10 |             |               |
|                                                      | Protocol spreekuur                       | 91.7        | <i>n</i> = 12 |             |               |
|                                                      | Werkafspraken samenwerking               | 90.9        | <i>n</i> = 11 |             |               |
|                                                      | Afspraken verwijzing 2 <sup>e</sup> lijn | 100.0       | <i>n</i> = 11 |             |               |

\*  $p < 0.05$  voor toetsen verschil tussen M&I en POH.

diëtist en de apotheek was het verschil net niet significant. Wat betreft de derde doelstelling, die kijkt naar de samenwerking met de tweede lijn, zijn de scores lager. De POH-groep werkt gemiddeld minder samen met andere zorgverleners dan de M&I-groep (2,00 tegenover 3,31). De enquête laat daarnaast zien dat de POH-groep met significant minder zorgverleners samenwerkt dan de M&I-groep. Dit bevestigt dus wederom de hypothese dat de POH-groep meer op de eigen praktijk gericht is.

In de interviews geven drie van de vier huisartsen uit de M&I-groep aan samen te werken met een fysiotherapeut. Naar de diëtist verwijzen ze slechts af en toe, waardoor van een echte samenwerking nog geen sprake is. Wat betreft de POH-groep zijn twee huisartsen bezig om een samenwerkingsverband met een fysiotherapeut op te starten, één is het van plan en de ander voorlopig nog niet. Hier is eveneens niet echt sprake van samenwerking met diëtisten, wel is één van plan het op te gaan zetten. Ook werkt één respondent samen met een longverpleegkundige die patiënten begeleidt bij het stoppen met roken. Eén respondent uit de M&I-groep werkt een beetje samen met een longarts. De overige respondenten uit de M&I- en POH-groep voelen zich nog een te kleine partij om een samenwerkingsverband met de tweede lijn op te zetten, of zijn er nog niet aan toe. De reden dat de geënquêteerde respondenten bij deze doelstellingen hoger scoren, is waarschijnlijk dat ze andere dingen verstaan onder samenwerken. De meeste respondenten uit deze groep zien waarschijnlijk regelmatig doorverwijzen ook al als samenwerken, terwijl tijdens de interviews is aangegeven dat er meer onder samenwerken verstaan wordt. Doordat dit probleem van te voren ingecalculleerd was, is tevens de inhoud van de samenwerking van de geënquêteerde respondenten gemeten. De resultaten voor afspraken over verwijzing en terugrapportage, samenwerking en periodieke overlegmomenten zijn te vinden in tabel vier. Het valt op dat de samenwerking slechts af en toe wordt vastgelegd; afspraken

over verwijzing en terugrapportage worden wel regelmatig gemaakt. Het vermoeden bestaat dan ook dat de geënquêteerde respondenten net zoveel samenwerken als de geïnterviewde respondenten.

De laatste procedurele doelstelling heeft betrekking op de aanwezigheid van een handboek voor COPD-netwerkgroep en is alleen gemeten voor de M&I-groep. Tabel vier laat zien dat van de M&I-groep 75% van de respondenten een handboek heeft. Drie van de vier door Menzis gevraagde onderdelen zijn bij ruim 90% van de respondenten met een handboek aanwezig, de cijfers gerelateerd aan cijfers uit bevolkingsonderzoek zijn minder vaak aanwezig.

Wat betreft de bijdrage van ROSET aan het bereiken van de doelstellingen, zijn geen duidelijke resultaten naar voren gekomen. Wel zijn er een paar indirecte resultaten gevonden. Zo laat tabel vijf zien dat vrijwel alle respondenten op de hoogte zijn van de ondersteuningsmogelijkheden en dat bijna alle respondenten van mening zijn dat ze voldoende zijn ondersteund door ROSET.

## § 5.5 Deelvraag vijf

*Welke aanknopingspunten kunnen ontdekt worden om de M&I-module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET de netwerkgroep voor COPD-patiënten verder te laten versterken?*

Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden zijn de resultaten voor de instrumenten van de M&I-module en ROSET bekeken.

Tabel 5: Verbeterpunten M&I-module en ondersteuning ROSET

|                                             |                                       | %    | M&I           | %    | POH           |
|---------------------------------------------|---------------------------------------|------|---------------|------|---------------|
| <u>M&amp;I-Module</u>                       |                                       |      |               |      |               |
| Financiële vergoedingen                     | Ontevreden                            | 25.0 | <i>n</i> = 16 | 40.0 | <i>n</i> = 10 |
|                                             | Neutraal                              | 50.0 |               | 30.0 |               |
|                                             | Tevreden                              | 25.0 |               | 30.0 |               |
| Informatievoorziening tijdens               | Ontevreden                            | 31.2 | <i>n</i> = 16 | 30.0 | <i>n</i> = 10 |
|                                             | Neutraal                              | 50.0 |               | 40.0 |               |
|                                             | Tevreden                              | 18.8 |               | 30.0 |               |
| Administratieve afhandeling                 | Ontevreden                            | 43.8 | <i>n</i> = 16 | 55.6 | <i>n</i> = 9  |
|                                             | Neutraal                              | 31.2 |               | 33.3 |               |
|                                             | Tevreden                              | 25.0 |               | 11.1 |               |
| Informatievoorziening vooraf *              | Ontevreden                            | 12.5 | <i>n</i> = 16 | 20.0 | <i>n</i> = 10 |
|                                             | Neutraal                              | 50.0 |               | 70.0 |               |
|                                             | Tevreden                              | 37.5 |               | 10.0 |               |
| Mogelijkheden voor aanvullende activiteiten | Ontevreden                            | 18.8 | <i>n</i> = 16 | 11.1 | <i>n</i> = 9  |
|                                             | Neutraal                              | 37.5 |               | 66.7 |               |
|                                             | Tevreden                              | 43.7 |               | 22.2 |               |
| Ondersteuningsmogelijkheden ROSET           | Mee bekend                            | 93.8 | <i>n</i> = 16 | 94.4 | <i>n</i> = 18 |
|                                             | Ondersteuning schrijven projectplan   | 43.8 | <i>n</i> = 16 |      |               |
|                                             | Medisch inhoudelijke begeleiding      | 6.2  | <i>n</i> = 16 |      |               |
|                                             | Projectbegeleiding                    | 18.8 | <i>n</i> = 16 |      |               |
|                                             | Deskundigheidsbevordering             | 31.2 | <i>n</i> = 16 |      |               |
|                                             | Geen                                  | 37.5 | <i>n</i> = 16 |      |               |
|                                             | Bruikbaar bij opzet COPD-netwerkgroep |      |               | 72.2 | <i>n</i> = 18 |
|                                             | Voldoende ondersteund                 | 88.9 | <i>n</i> = 16 |      |               |
| Projectplan M&I-module                      | Leidend                               | 56.2 | <i>n</i> = 16 |      |               |
|                                             | Voorgenomen acties uitgevoerd         | 66.7 | <i>n</i> = 16 |      |               |
|                                             | Prettig om mee te werken              | 77.8 | <i>n</i> = 9  |      |               |

\* *p* < 0.05 voor toetsen verschil tussen M&I en POH.

Als eerste wordt de financiële vergoeding vanuit de M&I-module behandeld, tabel vijf laat zien dat de respondenten hier zeer wisselend over zijn. Het gemiddelde rond de drie suggereert dat ze over het algemeen niet heel tevreden, maar ook niet heel ontevreden zijn over de financiële vergoeding. Van de geïnterviewde groep zijn drie van de vier respondenten uit de M&I-groep tevreden over de financiële vergoeding gedurende de twee jaar dat ze deelnemen. Eén respondent is ontevreden vanwege de te lage vergoeding voor de POH en twee van de vier vinden de financiële vergoeding na die tijd onvoldoende. Zij zouden om die reden dan ook graag zien dat er een DBC-COPD komt.

De tevredenheid over de voorbeeldmodule module is niet geëvalueerd, wel is gevraagd naar de informatievoorziening voor deelname aan de M&I-module en tijdens deelname aan de module. Tabel vijf laat zien dat de respondenten gemiddeld weer rond de drie scoren, de geïnterviewde respondenten van de M&I-groep zijn daarentegen allemaal positief.

De promotie vanuit ROSET heeft invloed op drie punten, de bekendheid van de ondersteuningsmogelijkheden van ROSET, de bekendheid van de M&I-module en de ervaren meerwaarde van de M&I-module ten opzichte van de POH-financiering. Tabel vijf laat zien dat de bekendheid van ROSET erg goed is onder de geënquêteerde respondenten. Van de geïnterviewde respondenten is de gehele M&I-groep en de helft van de POH-groep goed bekend met ROSET. Onder de fysiotherapeuten was ROSET niet goed bekend. Alle vier de fysiotherapeuten zijn recent in contact gekomen met ROSET, twee jaar geleden zei de naam ROSET ze nog niets. Volgens ROSET zelf is de bekendheid bij fysiotherapeuten juist de laatste twee jaar sterk verbeterd en geven deze resultaten daarom een vertekend beeld. Het klantenonderzoek van ROSET uit 2008 bevestigt dit (Pater, Laghmouchi, 2008). De M&I-module is bij de geïnterviewde POH-groep één maal matig en drie maal goed bekend. Opvallend is dat driekwart van de geïnterviewde POH-groep aangeeft niet de meerwaarde van de M&I-module ten opzichte van de POH-financiering te zien.

Tabel vijf laat zien dat ruim 60% van de respondenten ondersteuning heeft gehad van ROSET. Ondersteuning bij het schrijven van het projectplan en deskundigheidsbevordering werden het vaakst genoemd. De geënquêteerde en geïnterviewde respondenten zijn bijna altijd tevreden over de ondersteuning. Dit betreft de ondersteuning in het algemeen. Er kon helaas niet per ondersteuningsmogelijkheid getest worden, omdat de vragenlijsten voor de interviews en enquêtes niet te lang mochten worden. Daarnaast is de groep respondenten te klein om de tevredenheid voor elke ondersteuningsmogelijkheid te kunnen testen. 72% van de POH-groep denkt dat ondersteuning vanuit ROSET bruikbaar zou kunnen zijn, als ze aan netwerkzorg zouden beginnen. Van de geïnterviewde respondenten hebben twee respondenten uit de M&I-groep en één respondent uit de POH-groep direct gebruik gemaakt van de ondersteuning van ROSET. De twee huisartsen uit de M&I-groep die niet direct zijn ondersteund door ROSET, zijn via hun huisartsenorganisatie indirect door ROSET ondersteund. De huisartsen waar één van de fysiotherapeuten mee werkt zijn ontevreden over de dienstverlening van ROSET, de overige geïnterviewde respondenten zijn tevreden.

Naast de bovenstaande instrumenten is ook gekeken wat men verder van de M&I-module vindt. Er is gekeken naar de administratieve afhandeling van de M&I-module, de mogelijkheid tot het ontplooiën van extra activiteiten en het projectplan van de M&I-module. De respondenten zijn niet tevreden met de administratieve afhandeling; dit wordt vooral veroorzaakt doordat Menzis bepaalde gegevens vraagt, die moeilijk of niet in het HIS<sup>18</sup> bijgehouden of uitgedraaid kunnen worden. Over de mogelijkheid voor het uitvoeren van extra activiteiten zijn de meesten matig tevreden tot ontevreden. Dit komt voornamelijk omdat ze geen budgettaire ruimte zien om activiteiten uit te voeren die niet in de module staan. Een voorbeeld van een dergelijke activiteit is begeleiding bij stoppen met roken. Daarvoor is weliswaar een aparte M&I-module, maar die stelt volgens sommige respondenten zulke hoge eisen dat

---

<sup>18</sup> Huisartsen InformatieSysteem, het systeem waar huisartsen alle gegevens over hun patiënten in bijhouden.

ze daar niet aan durven te beginnen. Het projectplan is voor 56% van de respondenten leidend geweest. Degenen die het plan niet gevolgd hebben, hadden de COPD-zorg deels al opgezet, volgden andere protocollen, of een projectplan van de farmaceutische industrie. Van de respondenten waarvoor het projectplan leidend was, heeft tweederde alle voorgenomen acties uitgevoerd. Redenen om ze niet uit te voeren waren onvoldoende tijd voor de POH en gebrek aan deskundigheid van de POH (betrof echter maar drie respondenten). Van degenen die met het projectplan gewerkt hebben, vond 78% het prettig om hiermee te werken. Van de geïnterviewde respondenten heeft één het projectplan helemaal gevolgd, twee deels en één niet. Degene die het niet gevolgd heeft, deed dit omdat de onderdelen van het plan al uitgevoerd waren.

De interesse van huisartsen in COPD was oorspronkelijk niet meegenomen bij de interviews, maar is een aantal keren ter sprake gekomen. Zo gaven twee huisartsen uit de M&I-groep aan dat het gebrek aan interesse in COPD een probleem was, omdat huisartsen geen zin hebben om zich in COPD te verdiepen en zo niet voldoende ondersteuning aan de POH kunnen bieden. Het vermoeden bestaat daarnaast dat dit ook een rol speelt in de keuze van huisartsen om niet aan COPD-zorg te beginnen. Opvallend is dat twee fysiotherapeuten juist aangeven met COPD-zorg begonnen te zijn omdat de ziekte ze interesseert.

Tot slot is nog gekeken of men de komst van een DBC-COPD als een verbetering ziet voor de COPD-zorg. Deze vraag is alleen aan de geïnterviewde respondenten voorgelegd. De volledige M&I-groep was hiermee eens, evenals drie van de vier respondenten uit de POH-groep. Van de fysiotherapeuten geven twee aan het als een positieve ontwikkeling te zien en één weet nog niet wat deze ervan moet verwachten.

## Hoofdstuk 6: Resultaten versus theorie

Het doel van dit hoofdstuk is om op basis van de in hoofdstuk vijf gepresenteerde resultaten een koppeling te maken tussen praktijk en theorie. Daarnaast zal gekeken worden in hoeverre het causale model, dat als basis diende voor het praktijkonderzoek, bijgesteld moet worden. Belangrijk om mee te nemen is dat de resultaten zijn gebaseerd op de reacties van een beperkt aantal respondenten. Hierdoor zijn de resultaten slechts een verkenning van het onderzoeksveld en hebben ze niet de kracht om bestaande theorieën omver te werpen.

Uit onderzoek van het CBO (2006) bleek dat COPD de afgelopen jaren niet veel aandacht kreeg, zowel in de samenleving als van de huisartsen in opleiding. Dit zorgt er volgens het CBO voor dat er vanuit huisartsen relatief weinig interesse is. De resultaten uit het onderzoek bevestigen dit beeld. Dat wordt niet alleen veroorzaakt doordat het onderwerp de afgelopen jaren beperkt in de belangstelling heeft gestaan, maar ook door de lastige patiënten en het complexe ziektebeeld van COPD. Het gebrek aan motivatie van patiënten was ook geconstateerd door Weel (2002) en Bottema (1993).

Wanneer samenwerking wordt bekeken vanuit het professionele model (zie Mintzberg, 1983, blz. 348) zijn er enkele punten die het opzetten van een samenwerkingsverband kunnen bemoeilijken. Zo denken professionals heel erg vanuit hun eigen opleiding en beroepsgroep, in plaats het belang van de organisatie. Daarnaast zijn ze gewend om onafhankelijk te werken. In de resultaten kwam het domeindenken niet sterk terug. Eigenlijk stonden alle huisartsen wel open voor samenwerken met de fysiotherapeut. Wat betreft het samenwerken met een diëtist valt bij sommige huisartsen of POH's wel een beetje domeindenken te bespeuren. Huisartsen en POH's zien alleen het nut van het doorverwijzen van patiënten met ondergewicht en ondersteunen die met overgewicht liever zelf. Aangezien een huisartsenpraktijk maar erg weinig COPD-patiënten met ondergewicht heeft, zien ze in dat geval vaak niet het nut van het opzetten van een samenwerkingsverband. Naast dat de huisarts niet altijd het nut van het doorverwijzen ziet, speelt ook mee dat patiënten met overgewicht vaak niet gemotiveerd zijn om naar de diëtist te gaan. Verlies van autonomie, dat door Mintzberg ook als bezwaar wordt genoemd tegen het opzetten van een samenwerkingsverband, is bij geen enkele huisarts teruggevonden.

Eén van de drie behandelde theorieën die een verklaring biedt voor interorganisationale verschijnselen als samenwerken en netwerkzorg is de resource dependence theory. De resource dependence theory gaat onder andere uit van de gedachte dat organisaties om hun doelen te kunnen halen deel moeten nemen aan hulpbronuitwisseling met hun omgeving (Barringer, Harrison, 2002). Veel huisartsen hebben in de interviews aangegeven dat de reden dat ze bezig gingen met de opzet van COPD(-netwerk)zorg, was dat ze betere en gestructureerdere zorg aan COPD-patiënten wilden bieden. Dit kan gezien worden als een doel. Het bereiken van dit doel is voor veel huisartsen echter niet zomaar mogelijk. Daarvoor moeten ze bij hun preferente zorgverzekeraar een aanvraag doen voor de POH-financiering, of voor de M&I-module voor COPD-zorg. Beide financieringsmethoden vragen om een beleidsplan en in het geval van de M&I-module worden er ook bepaalde eisen gesteld waaraan na verloop van tijd voldaan moet worden. Dit houdt de afhankelijkheid van huisartsen ten opzichte van de zorgverzekeraar in stand. Het maakt de huisarts echter ook afhankelijk van de fysiotherapeuten in zijn omgeving. Deze moeten bereid zijn zich te verdiepen in COPD en een samenwerkingsverband op willen zetten. Andersom is de fysiotherapeut voor voldoende patiënten ook weer van de huisarts afhankelijk, waardoor deze eveneens gestimuleerd wordt om mee te doen. Uit de interviews bleek dat deze prikkel voor de fysiotherapeuten wel aanwezig was, maar minder sterk dan verwacht. Vaak hebben ze wel al voldoende patiënten, ze doen dan mee om uit te kunnen breiden, om de banden met de huisartsen te verbeteren, of omdat ze toch al de expertise hebben.

Een tweede interorganisationele theorie was de institutionele theorie. Organisaties ondernemen volgens deze theorie activiteiten om hun legitimiteit te vergroten en hun bezigheden meer in overeenstemming te laten zijn met de geldende regels, vereisten en normen in hun omgeving (Barringer, Harrison, 2002). Bij netwerkzorg zijn er nog geen regels die huisartsen verplichten om aan de opzet van netwerkzorg te beginnen. Pas als men gebruik wil maken van de M&I-module wordt dit een vereiste. Wel is bij alle huisartsen bekend dat Menzis momenteel bezig is met een pilot-DBC-COPD en dat er over een half tot anderhalf jaar een DBC-COPD komt. Als de DBC-COPD er eenmaal is, zullen alle huisartsen wel verplicht met COPD-netwerkzorg moeten beginnen. Vanuit de beroepsorganisatie wordt uitgebreide COPD-zorg, gecombineerd met samenwerkingsverbanden steeds meer de norm. Sommige huisartsen geven aan dat dit hen gestimuleerd heeft ermee aan de slag te gaan.

De overheidsfinanciering in Nederland heeft momenteel nog een zeer ambigue rol. Zo worden kostenbeperkende maatregelen, het stimuleren van competitie en samenwerken tegelijkertijd gestimuleerd via wetgeving (Raak, Paulus, Mur-Veeman, 2005). Het gevolg hiervan is zeker terug te zien in de resultaten. Zo is er meerdere malen gezegd dat de POH-financiering te krap is en dat er eerst een DBC moet komen voordat de financiering van de opzet van COPD-netwerkzorg goed geregeld is. Er is dus zeker sprake van remmende maatregelen die de invloed van de M&I-module beperken. Naast elementen uit de institutionele theorie, bevestigt het ook elementen uit de resource dependence theory. De resultaten laten namelijk zien dat huisartsen voor financiering van hun activiteiten sterk afhankelijk zijn van hulpbronuitwisseling met hun omgeving. Wanneer de omgeving (in dit geval de zorgverzekeraars) niet voldoende hulpbronnen willen uitwisselen, worden de huisartsen beperkt in hun mogelijkheden.

De laatste interorganisationele theorie, de stakeholder theory, stelt onder andere dat stakeholders tegenstrijdige belangen kunnen hebben. In de resultaten is dit duidelijk naar voren gekomen voor de overheid, dit komt omdat ze tegenstrijdig financiert. Daarnaast is het ook duidelijk terug te zien in de relatie tussen de huisarts en de zorgverzekeraar. De huisarts wil namelijk zo goed mogelijke zorg leveren en zo weinig mogelijk papierwerk doen, terwijl de zorgverzekeraar ook graag op de kosten wil besparen en zeker wil weten dat het geld goed besteed wordt. Het papierwerk en de beperkte vergoedingen remmen de huisarts in de zorg die hij wil leveren.

Vanuit de netwerktheorie van Powell (1990) bekeken valt te verklaren waarom er nog maar zo weinig met de tweede lijn wordt samengewerkt, terwijl dit één van de doelstellingen is uit de M&I-module. Huisartsen hebben namelijk maar een beperkt aantal zorgverleners waarmee ze kunnen samenwerken, terwijl ziekenhuizen alleen al een enorme groep huisartsen hebben die met ze willen samenwerken. Het is voor ziekenhuizen dus ondoenlijk om met alle huisartsen losse samenwerkingsverbanden op te zetten. De pilot-DBC-COPD pakt dit probleem aan, doordat alle huisartsen die meedoen met de pilot zijn verenigd in één partij. Het ziekenhuis hoeft hierdoor nog maar met één partij afspraken te maken over samenwerking. Doordat deze nieuwe partij zich actief gaat richten op de COPD-zorg en huisartsenpraktijken meer zelf kunnen doen op het gebied van COPD, kan het echter wel inkomstenderving voor de longartsen betekenen. Daarnaast betekent het feit dat de Twentse huisartsen nu verenigd zijn in één partij, dat ze een grotere machtspositie hebben en dat de longartsen macht verliezen ten opzichte van de huisartsen. Dit kan leiden tot spanningen, hetgeen overeen komt met de resource dependence theory.

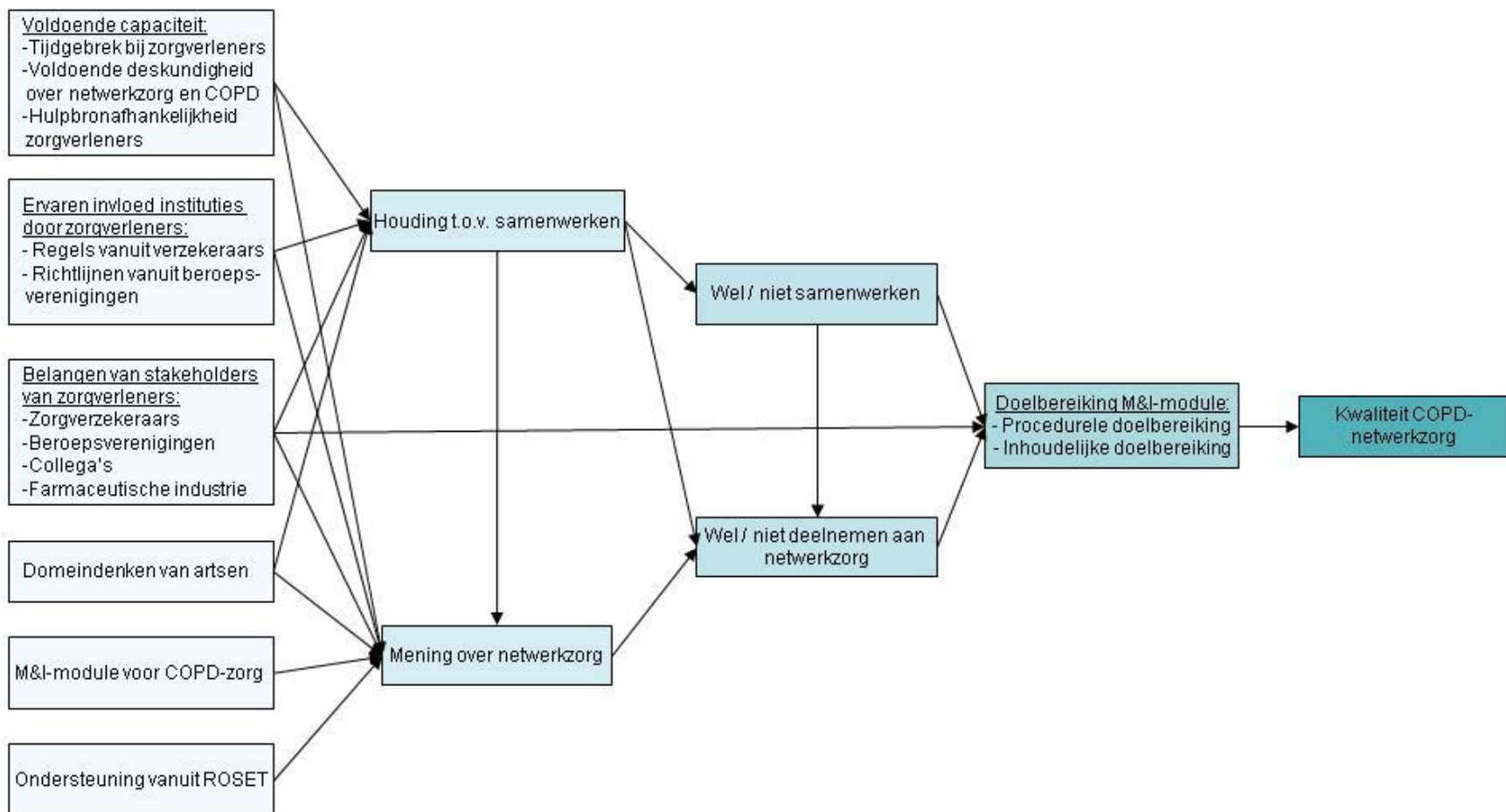
Naast de bovenstaande punten uit theorieën, zijn nog een aantal andere punten gevonden die van invloed zijn op de motivatie om te gaan samenwerken. Zo wordt door Plochg (2006) gesteld dat door de toenemende concurrentie in de zorg, individuele doelen belangrijker worden gevonden dan gezamenlijke doelen. Uit de resultaten kwam dit punt niet naar voren, dat kan twee oorzaken hebben. Het kan zijn dat de concurrentie in de zorg (nog) geen invloed heeft op de huisartsenpraktijk, of huisartsen werken nog niet zo intensief samen dat er al gezamenlijke doelen gesteld worden. Waarschijnlijk is het een combinatie van deze twee. Een tweede punt is het tegenstrijdige

financieringsbeleid van de overheid, dat al eerder ter sprake kwam. Dit beleid zorgt er volgens het CBO (2006) tevens voor dat zorgverleners weinig vertrouwen hebben in de continuïteit van de geboden financiering. Geen van de respondenten heeft echter aangegeven weinig vertrouwen te hebben in de continuïteit van de financiering. Mogelijk komt dit door de komst van de pilot-DBC-COPD en de verwachte komst van een DBC-COPD. Een derde punt dat van invloed is, zijn de verschillen tussen de belangen en werkculturen van eerstelijnsorganisaties en ziekenhuizen (CBO, 2006). In de interviews werden verschillende belangen en werkculturen niet als oorzaak genoemd voor de afwezigheid van samenwerkingsverbanden. Huisartsen wijten het voornamelijk aan het feit dat ze nog een te kleine partij zijn voor het ziekenhuis. Volgens Wijngaarden, Bont en Huijsman (2006) wordt zorgintegratie verbeterd als er directe communicatie plaatsvindt. Dit zou betekenen dat zorgverleners die werkzaam zijn in een eerstelijnscentrum eenvoudiger netwerkzorg op kunnen zetten. De resultaten bevestigen dit niet. Zorgverleners zeggen weliswaar dat het handig is, maar ontkennen dat het echt veel meerwaarde heeft. Ook de resultaten uit de enquête bevestigen dit.

Het laatste punt betreft tijdgebrek. In het theoretisch kader werd gesteld dat het voor kleine organisaties in de eerste lijn vaak moeilijk is om tijd vrij te maken voor zorginnovaties. De resultaten bevestigen dit. Tijdkort wordt vaak als reden genoemd waarom men niet begonnen is aan COPD-zorg, of aan de opzet van COPD-netwerkzorg.

Nu de voornaamste verschillen en overeenkomsten tussen het theoretisch kader en de resultaten bekend zijn, kan gekeken worden in hoeverre het causale model nog klopt. Het blijkt dat er aan de variabelen die zijn meegenomen in het model niet veel verandert. De overheid verdwijnt, omdat het geen directe invloed heeft en alleen op de regels van de zorgverzekeraars doorwerkt. Daarnaast verdwijnt ook de variabele directe communicatie, omdat directe communicatie geen invloed bleek te hebben op het ontstaan van COPD-netwerkzorg. Domeindenken van artsen blijft staan met de kanttekening dat de invloed van deze variabele zeer beperkt is. “Voldoende deskundigheid over netwerkzorg” wordt “voldoende deskundigheid over netwerkzorg en COPD”, omdat gebleken is dat sommige huisartsen onvoldoende kennis hebben van COPD. Bij de stakeholders komt er één stakeholder bij, de farmaceutische industrie. De ondersteuning die zij bieden vormt voor sommige huisartsen een waardevolle aanvulling. Gezamenlijk leiden deze wijzingen tot het causaal model in figuur acht op pagina 60.

Er kan dus geconcludeerd worden dat de resultaten uit het onderzoek een deel van de theorie bevestigen, maar dat op andere punten geen bewijzen gevonden zijn. Het causale model en de ondersteunende theorieën zijn relevant, omdat ze inzicht geven in de factoren die een rol spelen in de beslissing van huisartsen om aan COPD-netwerkzorg te beginnen. Het laat zien dat niet alleen de aan- of afwezigheid van financiële middelen bepaald of een huisarts COPD-netwerkzorg zal opzetten.



**Figuur 8: Causaal model naar aanleiding van de resultaten**

## Hoofdstuk 7: Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen eerst de antwoorden op de deelvragen en de hoofdvraag gegeven worden, waarna er afgesloten wordt met enkele aanbevelingen en de discussie.

### § 7.1 Conclusie

*1. Wat houdt de M&I-module voor COPD-netwerkgang in en wat zijn haar doelstellingen en instrumenten?*

De M&I-module is een financieringsmodule waarmee de huisarts een verbetertraject kan opzetten, met als doelstelling het verbeteren van de doelmatigheid en de kwaliteit van de huisartsenzorg of de eerstelijnszorg. De doel van de M&I-module voor de opzet van COPD-netwerkgang is het stimuleren van de opzet van netwerkgang voor COPD-patiënten, zodat meer COPD-patiënten toegang krijgen tot gestructureerde en kwalitatief betere zorg. De instrumenten zijn: kostenvergoeding vanuit de M&I-module, kostenvergoeding vanuit de M&I-verrichtingenlijst, een voorbeeld-M&I-module voor COPD, promotie vanuit ROSET, medisch en zorginhoudelijke ondersteuning vanuit ROSET, projectmatige ondersteuning vanuit ROSET en de aanstelling van een adviseur voor de praktijkondersteuners en een adviseur voor de fysiotherapeuten binnen ROSET.

*2. Welke factoren dragen bij aan het feit dat huisartsen en paramedici niet spontaan met elkaar gaan samenwerken, terwijl bekend is dat het de zorg aan COPD-patiënten kan verbeteren?*

Uit het onderzoek komen vier factoren naar voren die bijdragen aan het feit dat huisartsen en paramedici niet spontaan met elkaar gaan samenwerken. Drie factoren zijn gerelateerd aan de beschikbare capaciteit in de huisartsenpraktijk. Het duidelijkst komt het gebrek aan tijd om samenwerkingsverbanden op te zetten naar voren; dit werd zowel in de enquête als in de interviews regelmatig genoemd. Twee hieraan gerelateerde factoren zijn personele problemen, vaak de uitval van een POH en onvoldoende financiële hulpmiddelen. Beide zijn gerelateerd aan tijd, omdat er door de uitval van een POH meer taken op het bord van de huisarts komen en er door gebrek aan financiële hulpmiddelen minder POH- of huisartsuren betaald kunnen worden. Dat laatste heeft weer te maken met de vierde factor, de regels vanuit de zorgverzekeraar (instituten). Alleen “gebrek aan motivatie van andere betrokkenen” bleek significant vaker als een barrière ervaren te worden door de POH-groep. Dit bevestigt de observatie van experts dat de POH-groep meer op de eigen praktijk gericht is. Naast deze remmende factoren kwam er ook nog een stimulerende factor naar voren, de beroepsverenigingen. De overige factoren uit het causale model hebben volgens de meeste respondenten geen remmende werking op het opzetten van samenwerkingsverbanden.

*3. In welke mate speelde de M&I-module een rol in de beslissing van huisartsen om aan de opzet van COPD-netwerkgang te beginnen?*

Uit de interviews kwam naar voren dat voor veel huisartsen de reden om te beginnen met de opzet van COPD-netwerkgang, de wens is om betere en gestructureerde zorg aan COPD-patiënten te kunnen bieden. De M&I-module is een manier om de opzet ervan te financieren en aangezien het gebrek aan financiële middelen de beschikbare tijd in een huisartsenpraktijk beïnvloedt, lijkt dit een belangrijke prikkel. Of een huisarts gebruik maakt van de module wordt echter niet alleen bepaald door de mate waarin de extra financiële middelen nodig zijn. Wat eveneens meespeelt is de mate waarin een huisarts

open staat voor het aanleveren van het bijbehorende beleidsplan en de extra administratieve gegevens. Opvallend is dat sommige huisartsen zonder gebruik van de M&I-module ook behoorlijk ver komen in het opzetten van netwerkzorg. Dit lijkt erop te wijzen dat het eveneens te maken heeft met de prioriteiten die een huisarts stelt. Waarom deze groep huisartsen dan wel een begin aan netwerkzorg kunnen maken, zonder de extra financiële middelen (en dus tijd), zal uit verder onderzoek duidelijk moeten worden. Het nut van de voorbeeldmodule is door de deelnemers aan de module niet echt aangehaald, maar gezien het tijdsbestek dat veel huisartsen hebben, lijkt een voorbeeldmodule een goede stimulans.

Veel huisartsen blijken al voor de start van de module begonnen te zijn met samenwerken. Dit is niet in overeenstemming met de hypothese dat huisartsen door de M&I-module zijn gaan samenwerken op het gebied van COPD. Wanneer ze ook daadwerkelijk afspraken zijn gaan maken en de zorg op elkaar af zijn gaan stemmen is helaas niet bekend.

Stimulerende stakeholders die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen, zijn de beroepsverenigingen, de zorgverzekeraars (vanwege de financiële middelen), de farmaceutische industrie en ROSET.

#### *4. In welke mate hebben de M&I module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET bijgedragen aan het bereiken van de gestelde doelstellingen?*

Als eerste is er naar de inhoudelijke doelstellingen gekeken. Het blijkt dat de M&I-groep iets actiever is in het screenen van mogelijke COPD-patiënten, het verschil is echter niet significant. In hoeverre de eerste en tweede doelstelling gehaald zijn, is onbekend. De derde inhoudelijke doelstelling, verbetering van de kwaliteit van leven, is door de meeste respondenten nog niet gehaald. De procedurele doelstelling dat binnen een jaar de COPD-zorg gestructureerd georganiseerd moet zijn in de eerste lijn, is door de M&I-groep gehaald. De POH-groep scoort hierop eveneens goed. De tweede doelstelling, dat er binnen een jaar samen moet worden gewerkt met de eerste lijn, is door ongeveer de helft van de respondenten gehaald. De doelstelling dat er binnen twee jaar met de tweede lijn moet worden samengewerkt wordt slechts door enkelen gehaald. De meeste respondenten geven aan dat ze zich nog een te kleine partij voelen om een samenwerkingsverband op te zetten, of zijn er nog niet aan toe. De POH-groep werkt daarnaast significant minder vaak samen met de eerste en tweede lijn dan de M&I-groep. De laatste doelstelling, aanwezigheid van een handboek voor COPD-netwerkzorg, is door driekwart van de M&I-groep behaald. Slechts een derde van de respondenten heeft alle vier de gevraagde onderdelen.

Over de invloed van ROSET op het behalen van de doelstellingen zijn geen resultaten naar voren gekomen. Wel kan gesteld worden dat ROSET goed bekend is bij de doelgroep en dat de respondenten tevreden zijn over de verkregen ondersteuning, dit is echter alleen indirect van betekenis.

#### *5: Welke aanknopingspunten kunnen ontdekt worden om de M&I-module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET de netwerkzorg voor COPD-patiënten verder te laten versterken?*

Gezien de antwoorden van de respondenten zou het aan te bevelen zijn om nog eens te kijken naar de financiële vergoeding na afloop van de module. Sommige respondenten denken namelijk dat deze momenteel onvoldoende is. Ze zouden daarom dan ook graag zien dat er een DBC-COPD komt. Sinds kort is er een pilot-DBC-COPD begonnen, als het goed is wordt de vergoeding in de toekomst dus beter. De respondenten uit zowel de enquête als de interviews zijn eveneens van mening dat de komst van een DBC-COPD een positieve ontwikkeling is voor COPD-netwerkzorg. Wat betreft de informatievoorziening waren de respondenten wisselend, een extra inventarisatie op dit gebied zou dan ook geen kwaad kunnen.

Een ander aanknopingspunt is de administratieve afhandeling. De M&I-module zou voor huisartsen aantrekkelijker worden als ze minder gegevens aan hoeven te leveren, of gegevens die eenvoudiger uit het HIS te halen zijn. Het is goed in te denken dat de zorgverzekeraar al deze gegevens wil, om te kijken of men ook echt bezig is met de opzet van COPD-netwerkgzorg. Er moet echter wel een goede balans gezocht worden, om te zorgen dat niet teveel huisartsen afgeschrikt worden door het beleidsplan dat ze moeten schrijven en de gegevens die ze moeten aanleveren. Die tijd investeren huisartsen dan liever ergens anders in. Het probleem met het behalen van de doelstelling dat er binnen twee jaar samengewerkt moet worden met de tweede lijn, is met de komst van de DBC-COPD opgelost.

Wat betreft de promotie vanuit ROSET zijn er twee aanknopingspunten voor verbeteringen gevonden. Het eerste punt betreft de ervaren meerwaarde van de POH-financiering ten opzichte van de M&I-module. Uit de interviews blijkt dat driekwart van de POH-groep niet de meerwaarde van de M&I-module ziet. Wanneer ROSET of Menzis meer huisartsen wil laten meedoen aan de M&I-module, dan zou het verstandig zijn om in hun promotie de meerwaarde van de M&I-module te belichten. Als tweede zou het misschien ook een optie zijn om de mogelijkheid om de M&I-module uit te breiden met extra activiteiten duidelijker te belichten. De deelnemers gaven aan hiervan niet goed op de hoogte te zijn, terwijl ROSET dit wel aan huisartsen vertelt die ze begeleidt.

Tot slot is de interesse van huisartsen in COPD nog een aanknopingspunt. Een paar huisartsen gaven aan dat veel collega's COPD als een complexe ziekte zien, waar moeilijk verbeteringen te behalen zijn. Daarnaast zijn COPD-patiënten moeilijk te motiveren. Dit remt huisartsen om eraan te beginnen, of om zich er verder in te verdiepen.

Nu de antwoorden op de verschillende deelvragen bekend zijn, kan tot slot de hoofdvraag beantwoord worden.

*In hoeverre hebben de M&I-module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET bijgedragen aan een versterking van de COPD-netwerkgzorg van de deelnemende praktijken in Twente en welke aanknopingspunten kunnen ontdekt worden om de COPD-netwerkgzorg door de M&I-module verder te laten verbeteren?*

Wat betreft de tevredenheid over de M&I-module, zijn de resultaten niet geheel duidelijk over het feit of de informatievoorziening en de financiële vergoeding van de M&I-module voldoende zijn. Gezien de antwoorden uit de interviews wordt er voorlopig echter vanuit gegaan dat de informatievoorziening voldoende is. Voor de financiële vergoeding tijdens en na afloop van de module is dit niet te zeggen. Hoewel gebrek aan financiën niet echt als een barrière naar voren kwam, was dit voor tijdgebrek wel het geval. Aangezien extra uren betaald kunnen worden met het geld van de M&I-module, kunnen de extra financiën als een goede prikkel gezien worden. In dat licht kan de M&I-module voor de huisartsen die meedoen dus zeker een goede prikkel zijn geweest om aan de opstart van COPD-netwerkgzorg te beginnen. Een zwak punt van de M&I-module is de administratieve afhandeling, veel huisartsen blijken hierdoor geremd te worden om aan de module mee te doen. Mede door de bijkomende administratieve lasten en de bureaucratische regelgeving zien de huisartsen die nog niet meedoen vaak niet de toegevoegde waarde van de M&I-module ten opzichte van de POH-financiering. Waarschijnlijk zouden er dan ook meer huisartsen actief bezig gaan met het opzetten van COPD-netwerkgzorg als de administratieve lasten kleiner zouden zijn.

Ook de ondersteuning van ROSET heeft iets bijgedragen aan de versterking van de COPD-netwerkgzorg van de deelnemende praktijken in Twente. De ondersteuningsmogelijkheden van ROSET zijn goed bekend bij de doelgroep en de huisartsen die ondersteund zijn, zijn bijna allemaal van mening dat ze voldoende zijn ondersteund. Dat de ondersteuning van ROSET waardevol is blijkt eveneens uit het tijdgebrek dat veel huisartsen hebben. Door ondersteuning aan te bieden hoeven huisartsen namelijk

iets minder tijd te steken in de opzet van COPD-netwerkgroep en het uitvoeren van de M&I-module, waardoor de barrière tijdgebrek kleiner wordt.

## **§ 7.2 Aanbevelingen**

Bij deelvraag vijf zijn enkele aanknopingspunten aan de orde gekomen om de M&I-module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET de netwerkgroep voor COPD-patiënten verder te laten versterken. In deze paragraaf zullen de aanknopingspunten tot concrete aanbevelingen uitgewerkt worden. Daarnaast zullen enkele aanbevelingen gegeven worden voor verder onderzoek.

Het eerste punt dat genoemd werd is de opvatting van sommige huisartsen dat de financiering na afloop van de M&I-module onvoldoende is. Dat huisartsen denken dat deze onvoldoende is, is goed in te denken. Immers na twee jaar is weliswaar de grootste inspanning geleverd om COPD-netwerkgroep op te zetten, maar echt af is het vaak nog niet en daarnaast zijn er allerlei nieuwe taken voor de huisarts bijgekomen. Afhankelijk van het feit of deze financiering ook echt onvoldoende is, of dat het voor sommige huisartsen alleen zo lijkt, zijn er twee acties die ondernomen kunnen worden. Wanneer ROSET en Menzis van mening zijn dat de financiering na afloop voldoende is, kan er meer duidelijk verschaft worden over hoe de opzet van COPD-netwerkgroep na afloop van de module gefinancierd moet worden. Beide organisaties hebben echter een eigen verantwoordelijkheid en dus niet per definitie dezelfde mening. Mocht de financiering na afloop onvoldoende zijn, dan moet er gekeken worden op welke manier deze aangevuld kan worden. Deze aanvulling zou dan maar tijdelijk hoeven plaats te vinden, want waarschijnlijk komt er binnen een half tot anderhalf jaar een DBC-COPD. Deze DBC wordt door de meeste huisartsen als een verbetering gezien voor de financiering van COPD-netwerkgroep.

Een tweede punt, dat eveneens aan de financiering van COPD-netwerkgroep gerelateerd is, is de ervaren meerwaarde van de M&I-module ten opzichte van de POH-financiering. Veel huisartsen blijken deze meerwaarde nog niet goed te zien. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat huisartsen die meedoen aan de M&I-module actiever zijn met het opzetten van COPD-netwerkgroep. Mogelijk komt dit door de doelstellingen die in de module staan en waar huisartsen aan moeten voldoen om in aanmerking te komen voor de financiële middelen. Wanneer ROSET en Menzis willen dat meer huisartsen actief gaan worden met COPD-netwerkgroep, dan is het dus verstandig om de meerwaarde van de module ten opzichte van de POH-financiering duidelijker te gaan belichten. Menzis zou dit kunnen toelichten op haar website en ROSET zou het kunnen vermelden in één van haar nieuwsbrieven, of tijdens andere contactmomenten met huisartsen. Gezien de komst van de DBC-COPD en de bijbehorende veranderende bekostigingsstructuur, zal dit slechts tijdelijk nodig zijn. Een ander punt gerelateerd aan promotie is de mogelijkheid om de M&I-module uit te breiden met extra activiteiten. Dit lijkt nog onvoldoende bekend bij huisartsen en daarom zou het waardevol zijn om dit duidelijker toe te lichten in de voorbeeldmodule.

Tot slot is er nog een aanbeveling die gerelateerd is aan de administratieve afhandeling van de M&I-module. Doordat de administratieve afhandeling zo moeilijk en uitgebreid is, lijkt het een deel van de huisartsen af te schrikken. De oorzaak hiervan zijn huisartseninformatiesystemen die de gevraagde gegevens niet uit kunnen draaien en de hoeveelheid gegevens en het beleidsplan dat huisartsen aan moeten leveren. Hoewel vanuit de verzekeraar gezien goed valt voor te stellen dat deze gegevens nodig zijn, is het verstandig om de noodzaak van de gevraagde gegevens nog eens goed te evalueren. De gegevens die niet noodzakelijk zijn, zouden achterwege gelaten kunnen worden.

### **§ 7.2.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek**

Zoals eerder gezegd kan dit onderzoek door het beperkte aantal respondenten slechts als een verkenning van het onderwerp beschouwd worden. Daarom zou het interessant zijn om de uitkomsten van dit onderzoek te testen onder een grotere groep respondenten. Door daarbij ook de validiteit van het causale model onder een grotere groep respondenten te testen, kan er meer inzicht komen in de

factoren die de mogelijke keuze van huisartsen voor (COPD-) netwerkzorg beïnvloeden. Dit is niet alleen relevant voor de regio Twente, maar voor heel Nederland, omdat de overheid alle zorgverzekeraars verplicht M&I-modules aan te bieden.

Uit het praktijkonderzoek kwam niet duidelijk naar voren of de informatievoorziening over de M&I-module en de financiële vergoedingen voldoende zijn. Om de module optimaal tot zijn recht te laten komen, zou het daarom goed zijn om dit nog een keer apart te testen.

Tevens is uit het onderzoek onvoldoende naar voren gekomen waarom de ene huisarts nu wel en de andere huisarts niet aan COPD-netwerkzorg gaat beginnen. Duidelijk is dat het niet alleen draait om de beschikbare tijd, de aanwezige financiële middelen en de interesse van een huisarts in COPD. Er zijn namelijk ook huisartsen die aan COPD-netwerkzorg beginnen terwijl ze niet echt in COPD geïnteresseerd zijn. Mogelijk ligt dit aan de prioriteiten die een huisarts stelt (bijvoorbeeld kwalitatief hoge zorg willen leveren), verder onderzoek moet dit uitwijzen.

### **§ 7.3 Discussie**

Gezien het beperkte aantal respondenten en de hiermee verkregen resultaten kunnen geen harde conclusies getrokken worden. Toch konden er een aantal aanbevelingen meegegeven worden aan ROSET en Menzis. Het onderzoek vormt voor het onderzoeksveld een toevoeging, omdat het accent lag op netwerkzorg vanuit de eerste lijn in Nederland. Hier is momenteel nog maar weinig onderzoek naar gedaan. Veel onderzoeken die betrekking hebben op keten- of netwerkzorg in Nederland kijken naar de thuiszorg (zie onder andere Fabbricotti, 2007; Raak, Paulus, Mur-Veeman, 2002); een branche die geheel anders in elkaar zit dan de eerstelijnszorg. Al was het alleen maar omdat de eerste lijn veelal uit zeer kleine organisaties bestaat, waar veel moeilijker tijd vrijgemaakt kan worden voor innovaties. Deze hulpbron (tijd) speelt daarom ook een veel grotere rol, dan in andere onderzoeken. Wat eveneens nieuw uit dit onderzoek naar voren kwam, is dat zorgverleners interesse in COPD of kwaliteitsverbetering moeten hebben, anders komt netwerkzorg niet goed van de grond.

Dit onderzoek heeft gebruik gemaakt van de term netwerkzorg, omdat gebleken is dat de term ketenzorg niet altijd de lading dekt (zie Donkers, Bras, Dingenen, 2008). Desondanks gebruiken veel andere onderzoeken nog wel de term ketenzorg. De komende jaren zal afgewacht moeten worden of deze term aanslaat, of dat men weer met een nieuwe term komt. Netwerkzorg is namelijk al de derde term die voor dit fenomeen bedacht is.

Een opvallende barrière voor het opzetten van COPD-netwerkzorg, die uit het onderzoek naar voren kwam, is personele problemen. Deze barrière was vooraf niet uit de theorie naar voren gekomen, maar sluit er wel goed bij aan. Uit de theorie kwam namelijk naar voren dat kleine organisaties vaker last hebben van tijdtekort. Wanneer er dan één personeelslid uitvalt, dan is er helemaal geen ruimte meer voor innovaties als COPD-netwerkzorg.

Uit dit onderzoek kwam naar voren dat driekwart van de geïnterviewde huisartsen uit de POH-groep niet de meerwaarde van de M&I-module ziet ten opzichte van de POH-financiering. Dit is een opvallende constatering, die de kracht van de module onderuit haalt. Met het oog op de komst van de functionele bekostiging (de DBC-COPD) wordt dit probleem echter opgelost, omdat beide dan uit hetzelfde potje gefinancierd worden. Ook in de overgangssituatie naar de DBC (de eerste twee jaar) schuift 75% van de POH-vergoeding voor huisartsen die nog niet willen of kunnen meedoen aan de DBC door naar de M&I-module. Willen huisartsen die nog niet meedoen aan de DBC hun POH-uren vergoed krijgen, dan zullen ze dus aan de M&I-module mee moeten gaan doen (zie voorhangbrief Klink, 2009). Op deze manier worden huisartsen dus alsnog gedwongen zich voor te bereiden op COPD-netwerkzorg.

De vraag is echter of de DBC-COPD huisartsen ook echt ertoe aanzet om meer te gaan samenwerken. De zorgstandaard<sup>19</sup> waarop de DBC-COPD wordt gebaseerd dient weliswaar als richtlijn en kader voor de te leveren zorg, maar is geen blauwdruk. Huisartsen worden dus niet verplicht om meer samen te gaan werken. Wel is de minister van plan het tarief te laten differentiëren voor de geleverde kwaliteit. Dit wil hij in eerste instantie doen met behulp van procesindicatoren, maar later ook met prestatie-indicatoren. Een lage score op de indicatoren, resulteert in een lager tarief. Een mogelijke procesindicator die stimulerend zou kunnen werken, is of er overlegmomenten zijn tussen de huisarts en bijvoorbeeld de fysiotherapeut. Op die manier zouden huisartsen gestimuleerd kunnen worden om intensief met de fysiotherapeut samen te gaan werken. Een risico van procesindicatoren als “het aantal patiënten dat naar de fysiotherapeut is verwezen”, is dat onwillige patiënten eruit gelaten worden. Of dat huisartsen alleen verwijzen, maar nog steeds niet gaan samenwerken.

In de pilot-DBC nemen huisartsen de centrale rol op zich, het is echter maar de vraag of zij daar de juiste partij wel voor zijn. Huisartsen zijn immers niet echt opgeleid om patiënten te motiveren voor zaken waar de patiënt helemaal geen zin in heeft; denk aan stoppen met roken, meer bewegen, of afvallen. Deze niet-medische interventies zijn echter erg belangrijk om de kwaliteit van leven van de patiënt op pijn te houden. Partijen als sportscholen en leefstijladviseurs kunnen hierin een belangrijke rol spelen, naast fysiotherapeuten en diëtisten. Als het gaat om het motiveren van de patiënt zou er dus ook een andere partij kunnen zijn, die hierin de centrale rol vervult. Dit is echter moeilijk te realiseren, omdat de huisarts in Nederland van oorsprong een poortwachterrol vervult. Andere partijen kunnen pas een rol spelen in de behandeling van de patiënt als de huisarts naar ze doorverwijst.

Het eerste deel van deze discussie ging met name over de inhoud, in deze laatste alinea zullen de gebruikte methoden bediscussieerd worden.

Het kleine aantal respondenten per groep bij de enquêtes en de interviews heeft invloed op de generaliseerbaarheid van de resultaten. Dit komt omdat bij een kleine groep moeilijker te garanderen is dat de respondenten een goede afspiegeling vormen van de gehele populatie. Tevens maakte de kleine groep respondenten het lastiger om te kunnen stellen dat het verschil tussen de POH- en de M&I-groep significant is. In het onderzoek was dit dan ook zelden het geval. Wanneer er meer tijd beschikbaar was geweest voor het onderzoek, was het mogelijk geweest om meer POH's te bellen voor de enquête en meer interviews te houden. Gezien het korte tijdsbestek van een afstudeeronderzoek was dit echter niet mogelijk. Een ander zwak punt van de methoden is dat bij een deel van de geënquêteerde respondenten de enquête telefonisch afgenomen is, omdat de respons op de online enquête tekort schoot. Ondanks dat de telefonische enquête zo neutraal mogelijk is afgenomen, kan het zijn dat dit de resultaten beïnvloed heeft. Normaal gesproken zou met behulp van SPSS getest kunnen worden of de resultaten ook daadwerkelijk van elkaar verschillen, maar door de lage aantallen per groep is dit niet goed mogelijk.

---

<sup>19</sup> “Standaarden beschrijven op hoofdlijnen waar goede zorg voor een bepaalde ziekte minimaal uit bestaat, in functionele termen en in de volle breedte van de zorg. De zorgstandaard is opgebouwd uit componenten, bijvoorbeeld diagnostiek, preventie, educatie/zelfmanagement, behandeling, begeleiding, palliatieve zorg” (Klink, 2008).

## Bronvermelding

Adams, S.G., et al. (2007). Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Management. *Archives of Internal Medicine*, 167, 551-561.

Åhgren, B., Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*, 5, 1-9.

Åhgren, B., Pol, M. (2003). Chain of care development in Sweden: results of a national study. *International Journal of Integrated Care*, 3, 1-8.

Atwal, A., Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Caring Sciences*, 16, 360-367.

Baan, C.A., Hutten, J.B.F., Rijken, P.M. (2003). *Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening*. Bilthoven, RIVM, rapport 282701005.

Beaumont, M., Tjhuis, M.A.R. (2000). *De gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij Astma en COPD vergeleken met andere groepen in Nederland*. Bilthoven, RIVM, rapport 260853 001.

Bakker, D.H. de, et al. (2005). *Op één lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020*. Bilthoven, RIVM, rapportnummer: 270751009.

Barringer, B.R., Harrison, J.S. (2000). Walking a tightrope: creating value through interorganisational Relationships. *Journal of Management*, 26, 3, 367-403.

Berg, M. van den (2007). De attitude van huisartsen ten aanzien van disease management bij COPD. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Boezen, H.M., et al. (2008). Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. RIVM, Bilthoven. Elektronische versie: <http://www.nationaalkompas.nl> ->Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Ademhalingswegen\ COPD, bekeken 10-11-2008.

Boot, J.M., Knapen, M.H.J.M. (2001). *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*. Hentenaar Boek, Wijk bij Duurstede.

Bottema, B.A.M. (1993). *Diagnostiek van CARA in de huisartsenpraktijk*. Dissertatie: Universiteit van Amsterdam.

Cabana, et al. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282(15), 1458-1465.

CBO (2006). Richtlijn Keten zorg 2006. Van Zuiden Communications B.V, Alphen aan de Rijn.

Conroy, M., Shannon, W. (1995). Clinical Guidelines: their implementation in general practice. *British Journal of General Practice*, 45, 371-375.

COPD-Platform Zuid-West Nederland (2009). *MRC Dyspnoe vragenlijst*. <http://www.copdplatformzwn.nl/modules/PDdownloads/singlefile.php?cid=3&lid=19>. Bekeken op 08-07-2009.

Davies, C. (2000). Getting health professional work together. *British Medical Journal*, 320, 1021-1022.

DBC Onderhoud (2009). *Wat is DBC-systematiek*. <http://www.dbconderhoud.nl/Over-de-DBC-systematiek/Wat-is-de-DBC-systematiek>. Bekeken op 11-02-2009.

Doherty, S. (2006). Evidence-based implementation of evidence based guidelines. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(1), 32-41.

Donkers, E.C.M.M., Bras, A., Dingenen, E.C.M. (2008). Ketens met karakter. *Medisch Contact*, 63, 19, 822-824.

Fabbricotti, I.N. (2007). *Zorgen voor zorgketens, integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.

Feenstra, T.L., et al. (2001). The Impact of Aging and Smoking on the Future Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 164, 590-596.

Folmer, H. et al. (2001). *Landelijke Transmurale Afspraak COPD*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.

Gröne, O., Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care. A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, 1, 1-9.

Geurts, P. (1999). *Van probleem naar onderzoek*. Bussum, Dick Coutinho.

Grol R, Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patient's care. *Lancet*, 362, 1225-1230.

Guo, C., Acar, M. (2005). Understanding collaboration among nonprofit organizations: combining resource dependency, institutional and network perspectives. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 34, 3, 340-361.

Hansson, A., et al (2008). Two sides of the coin – General practitioners' experience of working in multidisciplinary teams. *Journal of Interprofessional Care*, 22, 1, 5-16.

Hasenfeld, Y. (1992). *Human services as complex organizations*. Newbury Park: Sage Publications.

Halpin, D.M.G., Miravittles, M. (2006). Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Disease and Its Burden to Society. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 3, 619-623.

Hooge, E.H., Sluis, M.E. van der, Vijlder, F.J. de (2004). *Stakeholders in beeld; Over instellingen voor beroepsonderwijs en hun stakeholders en over methoden om stakeholders te identificeren en te positioneren*. Amsterdam, Max Goote Kenniscentrum voor Beroepsonderwijs en Volwasseneneducatie.

Hutjes, J., Buuren, H. van (1992). *De gevalsstudie: Strategie van kwalitatief onderzoek*. Meppel, Boom.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003). *Staat van de gezondheidszorg 2003. Ketenzorg bij chronisch zieken*. Den Haag.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2006). *Staat van de gezondheidszorg 2006. Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd?* Den Haag.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). *Staat van de gezondheidszorg 2007. Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg*. Den Haag..

Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm, A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century*. Washington D.C., National Academy Press.

Klink, A. (2008). *De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging*. Brief van minister Klink op 22-12-2008.

Klink, A. (2008a). *Visie op de eerstelijnszorg: 'Dynamische eerstelijnszorg'*. Kamerstuk van minister Klink 25-01-2008.

Klink, A. (2009). *Voorhangbrief keten-DBC's en huisartsenbekostiging*. Brief van minister Klink op 13-07-2009.

Kooistra, M. (2008). *Informatieoverdracht van en naar de operatiekamer*. Bachelorscriptie Gezondheidswetenschappen, Universiteit Twente.

Lakerveld-Heyl, K., Ravensberg, C.D. van, Wams, H.W.A. (2005). *Paramedische zorg voor patiënten met COPD, resultaten uit de literatuur*. Amersfoort, Nederlands Paramedisch Instituut.

Lakerveld-Heyl, K. (2007). Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken COPD. *Huisarts en Wetenschap* 50, 8, 21-27.

Lammers, C.J. (1993). *Organiseren van bovenaf en van onderop*. Utrecht, Het Spectrum.

Limbert, C. & Lamb, R. (2002). Doctor's use of clinical guidelines: two applications of the theory of planned behavior. *Psychology, Health & Medicine*, 7, 3, 301-310.

Menzis (2008). *Uitwerking thema 'programmatische aanpak chronische aandoeningen', voorbeeldmodule COPD, termijn 2008-2009*.

<http://www.menzis.nl/web/Zorgaanbieders/Zorgaanbiedersgroepen/Huisartsenzorg/ModuleModerniseringEnInnovatieMI/Voorbeeldmodules/voorbeeldmoduleGestructureerdeCOPD.htm>, bekeken op 11-11-2008.

- Menzis (2008a). Addendum 2c2. Module Modernisering en Innovatie.  
<http://www.menzis.nl/web/Zorgaanbieders/Zorgaanbiedersgroepen/Huisartsenzorg/OvereenkomstHuisartsenzorg.htm>, bekeken op 03-01-2009.
- Menzis (2008b). Addendum 2c1. M&I verrichtingen en verbruiksmaterialen Huisartsen 2009.  
<http://www.menzis.nl/web/Zorgaanbieders/Zorgaanbiedersgroepen/Huisartsenzorg/OvereenkomstHuisartsenzorg.htm>, bekeken op 02-03-2009.
- Mintzberg, H. (1983). *Power in and around organizations*. New York, Prentice-Hall.
- Mitchell, R.K., Agle, B.R., Wood, D.J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*, 22, 4, 853-886.
- Mur-Veeman, I., Raak, A. van, Paulus, A. (1999). Integrated care: the impact of governmental behaviour on collaborative networks. *Health Policy*, 49, 149-159.
- Nieuwenhuijzen Kruseman, A.C., Bussel, B.T.C. van (2006). De zorg voor chronisch zieken. *Medisch Contact*, 45.
- Ouwens, M., et al. (2005). Integrated care programs for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 17, 2, 141-146.
- Ovretveit, J. (1998). *Evaluating Health Interventions*. Open University Press, Buckingham.
- Pater, L., Laghmouchi, H. (2008). *ROSET Klantenonderzoek 2008*. Mediamaal, Utrecht.
- Plochg, T., et al. (2006). Collaborating while competing? The sustainability of community-based integrated care initiatives through a health partnership. *BMC Health Service Research*, 6, 37.
- Powell, W.W. (1990). Neither market nor hierarchie network forms of organization. *Research in Organizational Behavior*, 12, 295-336.
- Provan, K.G., Milward, H.B. (1995). A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems. *Administrative Science Quarterly*, 40, 1, 1-33.
- Raak, A. Paulus, A. (2001). A Sociological Systems Theory of Interorganisational Network Development in Health and Social Care. *Systems Research and Behavioral Science*, 18, 207-224.
- Raak, A., Paulus, A., Mur-Veeman, I. (2002). Governmental promotion of co-operation between care-providers: a theoretical consideration of the Dutch experience. *The International Journal of Public Sector Management*, 15, 7, 552-564.
- Raak, A., Paulus, A., Mur-Veeman, I. (2005). Why do health care providers co-operate? *Health Policy*, 74, 13-23.
- Rauws, J., Beissel, E., Koekoek, G. (2008). *COPD Protocol*. THOON.

Roisin, R.R., et al. (2008). *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Updated 2008*. Medical Communication Resources, Inc.

ROSET (2007). *Beleidsplan 2007 Regionale OndersteuningsStructuur Eerstelijnszorg Twente*. ROSET.

ROSET (2008). *Over ROSET*. <http://www.ROSET-twente.nl/index.asp?PaginaId=2>, bekeken op: 10-12-2008

ROSET (2008a). *Werkplan 2008, COPD ketenzorg in Twente*. ROSET.

Shadish, W.R., Cook, T.D., Campbell, D.T. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalised Causal Inference*. Boston, Houghton Mifflin Company.

Smeele, I.J.M., et al. (2007). NHG-standaard COPD, tweede herziening. *Huisarts en Wetenschap*, 50, 8, 362-379.

Stichting Ketenkwaliteit COPD (2005). *Kwaliteit via ketens, strategiedocument 2004 – 2008*. Stichting Ketenkwaliteit COPD.

Vanclay, L. (1997). Teamworking in primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90, 268-270.

Vrijhoef, H.J.M. (2008). *Toelichting en uitwerking Chronic Care Model*. <http://www.vitalevaten.nl/default.asp?mId=6091&pmlId=6085>, bekeken op: 10-04-2009.

Wallin, L., Profetto McGrath, J., Levers, J. (2005). Implementing Nursing Practice Guidelines. *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 32(5), 294-300.

Wagner, E., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M., Austin, B. (2002). A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are They Consistent with the Literature? *Journal of Nursing Care Quality*, 16, 2, 67-80.

Weel, C. van (2002). Underdiagnosis of asthma and COPD: is the general practitioner to blame? *Monaldi Archives for Chest Disease*, 57, 1, 65-68.

Wetenpraktijkondersteuning.nl (2009). *Module Modernisering en innovatie*. <http://www.wetenpraktijkondersteuning.nl/joomla/index.php/modernisering-a-innovatie>, bekeken op: 15-04-2009.

Woolf, S.H., et al. (1999). Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*, 318, 527-530.

World Health Organisation (2008). *Action plan of the Global Alliance against Chronic Respiratory diseases, 2008-2013*. Italy



## Bijlage I: Vragenlijsten interviews

### Vragenlijst voor de huisartsenpraktijken die meedoen:

#### Algemene door mij te noteren kenmerken:

1. Bevindt de praktijk zich: in stedelijk gebied of op het platteland?
2. Is het een man of vrouw?.

#### Als eerst komen hier enkele algemene vragen om een beeld te krijgen van uw praktijk.

3. Hoeveel patiënten heeft u ongeveer in uw praktijk? (*a: minder dan een normpraktijk, b: normpraktijk, c: meer dan een normpraktijk*)
4. Wat voor type praktijk heeft u: *a: solopraktijk, b: duopraktijk, c: groepspraktijk*
5. Is uw praktijk onderdeel van een eerstelijnscentrum?
  - a. Zo ja, welke disciplines zijn hierin aanwezig? (*fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck / Cesar, diëtist, psycholoog, apotheker, thuiszorg, verloskundige, maatschappelijk werk, logopedie, anders namelijk:...*)
6. Hoe lang bent u al praktiserend huisarts? (*a: korter dan 3 jaar, b: 3 – 10 jaar, c: langer dan 10 jaar*)

#### Nu volgen enkele vragen over de M&I-module voor gestructureerde COPD-zorg van Menzis en over ROSET, de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) in Twente.

7. Hoe ervaart u de gang van zaken rond de M&I-module voor COPD-ketenzorg?
  - a. Informatievoorziening vooraf
  - b. Informatievoorziening tijdens de opzet van COPD-ketenzorg
  - c. Administratieve afhandeling
  - d. Ontvangen financiële vergoedingen
  - e. Mogelijkheden om aanvullende activiteiten in het kader van COPD-zorg te ontplooiën
8. Heeft u bij het opstarten van COPD-ketenzorg ondersteuning ontvangen van ROSET?
  - a. Zo ja, welke ondersteuning heeft u ontvangen?
  - b. Zo ja, bent u voldoende ondersteund?
    - i. Wat zou beter kunnen?
9. Om voor de M&I-gelden in aanmerking te komen moest u een projectplan maken. Is deze leidend geweest voor de door u ondernomen acties?
  - a. Zo ja, heeft u alle voorgenoemde acties kunnen uitvoeren?
  - b. Indien niet, was er sprake van:
    - i. Onvoldoende tijd voor de POH
    - ii. Onvoldoende tijd voor de huisarts
    - iii. Gebrek aan deskundigheid of vaardigheid bij de POH

- iv. *Gebrek aan deskundigheid of vaardigheid bij de huisarts*
- v. *Onvoldoende motivatie bij de patiënten*
- vi. *Anders, namelijk:..*

**Nu volgen enkele vragen over de COPD-zorg in de huisartsenpraktijk**

10. Hoe lang bent u al bezig met (de opzet van) COPD-ketenzorg? (*korter dan een jaar, 1-3 jaar, langer dan 3 jaar*)
11. Op welke punten heeft de functie POH een toegevoegde waarde in uw huisartsenpraktijk?
12. Werkt u samen met andere zorgverleners in de zorg voor COPD-patiënten?
  - a. Zo ja, met welke?
  - b. Verlopen deze samenwerkingsverbanden goed?
  - c. Op welke manier ziet u de toegevoegde waarde van deze samenwerkingsverbanden?
  - d. Zijn deze samenwerkingsverbanden vastgelegd met mondelinge of schriftelijke afspraken?
  - e. Indien mondeling, plant u om deze afspraken schriftelijk vast te gaan leggen
    - i. Zo niet, waarom niet?
    - ii. Zo ja, waarom wel?
13. In hoeverre loopt u tegen problemen aan bij het opzetten of uitvoeren van COPD-ketenzorg?
  - a. Wat zijn deze problemen? (financieel/ tijdsgebrek / kennisgebrek/ gebrek aan motivatie van betrokkenen/ verschillen in visie met betrokkenen / regels)
  - b. Zijn er bepaalde activiteiten die u wilt opzetten die door de huidige financiering of regels niet mogelijk zijn?
14. Denkt u dat de komst van een DBC-COPD hier veel aan zal veranderen?

**Hierna volgen enkele vragen over samenwerken en ketenzorg.**

15. Had u voordat u met ketenzorg startte al andere ervaringen met samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn / tweede lijn? (*zo ja, kort vragen wat deze waren*)
  - a. Zo ja, hoe heeft u deze samenwerkingsverbanden ervaren?
  - b. Zo ja, stimuleerde of demotiveerde deze ervaring u om meer samenwerkingsverbanden op te zetten?
16. Zag u voordat u startte met COPD-ketenzorg, in ketenzorg een oplossing om de zorg voor COPD-patiënten te verbeteren?
  - a. Waarom?
17. Is uw mening hierover veranderd na de start met COPD-ketenzorg?
  - a. Zo ja, wat is nu uw mening?
18. Is er vanuit uw omgeving aangedrongen om te starten met COPD-ketenzorg?
  - a. Zo ja, vanuit welke organisatie / groepen voelt of voelde u druk komen?
    - i. Zorgverzekeraar
    - ii. Beroepsverenigingen

- iii. Collega's
- iv. De overheid
- v. Anders namelijk: ...

19. In hoeverre wordt / werd u bij het opzetten van ketenzorg beperkt door de aanwezige regels in Nederland?

- a. Van welke organisaties komen deze regels?
- b. Om welke regels gaat het?

**Tot slot**

- Heeft u nog vragen?
- Heeft u nog aanvullende opmerkingen die van nut kunnen zijn voor mijn onderzoek?

## Vragenlijst voor huisartsen met POH's die niet meedoen:

### Algemeen te noteren kenmerken:

1. Bevindt de praktijk zich: in stedelijk gebied, op het platteland?
2. Is het een man of vrouw?.

### Als eerst komen hier enkele algemene vragen om een beeld te krijgen van uw praktijk.

3. Hoeveel patiënten heeft u ongeveer in uw praktijk? (*a: minder dan een normpraktijk, b: normpraktijk, c: meer dan een normpraktijk*)
4. Wat voor type praktijk heeft u: *a: eenmanspraktijk, b: duopraktijk, c: groepspraktijk*
5. Is uw praktijk onderdeel van een gezondheidscentrum?
6. Zo ja, welke disciplines zijn hierin aanwezig? (*fysiotherapie, oefentherapie mensendieck / Cesar, diëtist, psycholoog, apotheker, thuiszorg, verloskundige, maatschappelijk werk, logopedie, anders namelijk: ...*)
7. Hoe lang bent u al praktiserend huisarts? (*a: korter dan 3 jaar, b: 3 – 10 jaar, c: langer dan 10 jaar*)

### Hierna volgen enkele vragen over samenwerken en ketenzorg.

8. Op welke punten heeft de POH een toegevoegde waarde in uw huisartsenpraktijk?
9. Werkt u samen met andere zorgverleners in de zorg voor COPD-patiënten?
  - a. Zo ja, met welke?
  - b. Verlopen deze samenwerkingsverbanden goed?
  - c. Op welke manier ziet u de toegevoegde waarde van deze samenwerkingsverbanden?
  - d. Hebben uw ervaringen met samenwerkingsverbanden met andere zorgverleners u gestimuleerd of gedemotiveerd bij het opzetten van nieuwe samenwerkingsverbanden?
  - e. Zijn uw huidige samenwerkingsverbanden vastgelegd met mondelinge of schriftelijke afspraken?
  - f. Indien mondeling, plant u om deze afspraken schriftelijk vast te gaan leggen
    - i. Zo niet, waarom niet?
    - ii. Zo ja, waarom wel?
10. Ziet u in ketenzorg een oplossing om de zorg voor COPD-patiënten te verbeteren? (*Ja / Nee*)
  - a. Zo ja, waarom bent u niet aan COPD-ketenzorg begonnen?
  - b. Zo nee, waarom denkt u dat ketenzorg hiervoor geen geschikt instrument is?
11. Is er vanuit uw omgeving aangedrongen om te starten met COPD-ketenzorg?
  - a. Zo ja, vanuit welke organisatie / groepen voelt of voelde u druk komen?
    - i. Zorgverzekeraar

- ii. Beroepsverenigingen
- iii. Collega's
- iv. De overheid
- v. Anders namelijk: ...

12. *(indien nog niet aan de orde gekomen)* Zijn er in Nederland regels waardoor u zich beperkt voelt om ketenzorg op te zetten?
- a. Van welke organisaties komen deze regels?
  - b. Om welke regels gaat het?

**Nu volgen enkele vragen over de M&I-module voor gestructureerde COPD-zorg van Menzis en over ROSET, de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) in Twente.**

13. Kent u de M&I-module voor gestructureerde COPD-zorg van Menzis?
- a. Zo ja, wat vindt u van deze module?
  - b. Zo nee, bent u wel op de hoogte van het bestaan van andere M&I-modules?
14. Wat is uw mening over de M&I-modules?
15. Bent u op de hoogte van de ondersteuningsmogelijkheden van ROSET, bij de opzet van COPD-ketenzorg?
16. Denkt u dat u aan COPD-ketenzorg zal beginnen als de DBC-COPD er komt?

**Tot slot**

- Heeft u nog vragen?
- Heeft u nog aanvullende opmerkingen die van nut kunnen zijn voor mijn onderzoek?

## Vragenlijst voor huisartsen die niet meedoen:

### Algemeen te noteren kenmerken:

1. Bevindt de praktijk zich: in stedelijk gebied, op het platteland?
2. Is het een man of vrouw?.

### Als eerst komen hier enkele algemene vragen om een beeld te krijgen van uw praktijk.

3. Hoeveel patiënten heeft u ongeveer in uw praktijk? (*a: minder dan een normpraktijk, b: normpraktijk, c: meer dan een normpraktijk*)
4. Wat voor type praktijk heeft u: *a: solopraktijk, b: duopraktijk, c: groepspraktijk*
5. Is uw praktijk onderdeel van een eerstelijnscentrum?
  - a. Zo ja, welke disciplines zijn hierin aanwezig? (*fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck / Cesar, diëtist, psycholoog, apotheker, thuiszorg, verloskundige, maatschappelijk werk, logopedie, anders namelijk: ...*)
6. Hoe lang bent u al praktiserend huisarts? (*a: korter dan 3 jaar, b: 3 – 10 jaar, c: langer dan 10 jaar*)
7. Op welke manier geeft u invulling aan taakdelegatie binnen uw praktijk, als het gaat om COPD-zorg? *Taakdelegatie naar de doktersassistente, praktijkondersteuner, wijkverpleegkundige, niet.*

### Hierna volgen enkele vragen over samenwerken en ketenzorg.

8. Steeds meer huisartsenpraktijken worden ondersteund door een POH, bij u is dat niet het geval, kunt u mij vertellen waarom u zonder POH werkt?
  - a. Zou u het wel als een waardevolle toevoeging zien?
9. Werkt u met andere zorgverleners samen in de zorg voor COPD-patiënten?
  - a. Zo ja, met welke?
  - b. Verlopen deze samenwerkingsverbanden goed?
  - c. Op welke manier ziet u de toegevoegde waarde van deze samenwerkingsverbanden?
  - d. Hebben uw ervaringen met samenwerkingsverbanden met andere zorgverleners u gestimuleerd of gedemotiveerd bij het opzetten van nieuwe samenwerkingsverbanden?
  - e. Zijn uw huidige samenwerkingsverbanden vastgelegd met mondelinge of schriftelijke afspraken?
  - f. Indien mondeling, plant u om deze afspraken schriftelijk vast te gaan leggen
    - i. Zo niet, waarom niet?
    - ii. Zo ja, waarom wel?
10. Ziet u in ketenzorg een oplossing om de zorg voor COPD-patiënten te verbeteren?
  - a. Zo ja, waarom bent u niet aan COPD-ketenzorg begonnen?

b. Zo nee, waarom denkt u dat ketenzorg hiervoor geen geschikt instrument is?

11. Is er vanuit uw omgeving aangedrongen om te starten met COPD-ketenzorg?

- a. Zo ja, vanuit welke organisatie / groepen voelt of voelde u druk komen?
  - i. Zorgverzekeraar
  - ii. Beroepsverenigingen
  - iii. Collega's
  - iv. De overheid
  - v. Anders namelijk: ...

12. *(In dien nog niet aan de orde gekomen)* Zijn er in Nederland regels waardoor u zich beperkt voelt om ketenzorg op te zetten?

- a. Van welke organisaties komen deze regels?
- b. Om welke regels gaat het?

**Nu volgen enkele vragen over de M&I-module voor gestructureerde COPD-zorg van Menzis en over ROSET, de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) in Twente.**

13. Kent u de M&I-module voor gestructureerde COPD-zorg van Menzis?

- a. Zo ja, wat vindt u van deze module?
- b. Zo nee, bent u wel op de hoogte van het bestaan van andere M&I-modules?

14. Wat is uw mening over de M&I-modules?

15. Bent u op de hoogte van de ondersteuningsmogelijkheden van ROSET, bij de opzet van COPD-ketenzorg?

16. Denkt u dat u aan COPD-ketenzorg zal beginnen als de DBC-COPD er komt?

**Tot slot**

- Heeft u nog vragen?
- Heeft u nog aanvullende opmerkingen die van nut kunnen zijn voor mijn onderzoek?

## Vragenlijst voor fysiotherapeuten die meedoen:

### Algemene door mij te noteren kenmerken:

1. Bevindt de praktijk zich: in stedelijk gebied, op het platteland?
2. Is het een man of vrouw?.

### Als eerst komen hier enkele algemene vragen om een beeld te krijgen van uw praktijk.

3. Wat voor type praktijk heeft u:
  - a. Heeft u een: *solopraktijk, b: duopraktijk, c: groepspraktijk*
  - b. Heeft u een oefenruimte? (*ja / nee*)
4. Is uw praktijk onderdeel van een eerstelijnscentrum?
  - a. Zo ja, welke disciplines zijn hierin aanwezig? (*huisarts, oefentherapie Mensendieck / Cesar, diëtist, psycholoog, apotheker, thuiszorg, verloskundige, maatschappelijk werk, logopedie, anders namelijk:...*)
5. Hoe lang bent u al praktiserend fysiotherapeut? (*a: korter dan 3 jaar, b: 3 – 10 jaar, c: langer dan 10 jaar*)
6. Heeft u een opleiding gespecialiseerd in COPD gevolgd?

### Nu volgen enkele vragen over de COPD-ketenzorg

7. Hoe lang bent u al bezig met COPD-ketenzorg?
8. Heeft u een speciaal beweegprogramma voor COPD-patiënten?
  - a. Zo ja, heeft u een contract met Menzis voor dit COPD-beweegprogramma?
9. Werkt u met andere zorgverleners samen in de zorg voor COPD-patiënten?
  - a. Zo ja, met welke?
    - i. Met hoeveel huisartsen?
  - b. Verlopen deze samenwerkingsverbanden goed?
  - c. Op welke manier ziet u de toegevoegde waarde van deze samenwerkingsverbanden?
  - d. Hebben uw ervaringen met samenwerkingsverbanden met andere zorgverleners u gestimuleerd of gedemotiveerd bij het opzetten van nieuwe samenwerkingsverbanden?
  - e. Zijn uw huidige samenwerkingsverbanden vastgelegd met mondelinge of schriftelijke afspraken?
  - f. Indien mondeling, plant u om deze afspraken schriftelijk vast te gaan leggen
    - i. Zo niet, waarom niet?
    - ii. Zo ja, waarom wel?
10. In hoeverre loopt u tegen problemen aan bij het opzetten of uitvoeren van COPD-ketenzorg?
  - a. Wat zijn deze problemen?

- b. Zijn er bepaalde activiteiten die u wilt opzetten die door de huidige financiering of regels niet mogelijk zijn?

11. Denkt u dat de komst van een DBC-COPD hier veel aan zal veranderen?

**Hierna volgen enkele vragen over samenwerken en ketenzorg.**

- 12. Zag u voordat u startte met COPD-ketenzorg, in ketenzorg een oplossing om de zorg voor COPD-patiënten te verbeteren?
  - a. Waarom?
- 13. Is uw mening hierover veranderd na de start met COPD-ketenzorg?
  - a. Zo ja, wat is nu uw mening?
- 14. In hoeverre speelden financiën een rol bij het wel of niet starten met COPD-ketenzorg.
- 15. In hoeverre vormde de extra tijd die geïnvesteerd moet worden in het opzetten van ketenzorg een barrière bij het opzetten van COPD-ketenzorg?
- 16. Is er vanuit uw omgeving aangedrongen om te starten met COPD-ketenzorg?
  - a. Zo ja, vanuit welke organisatie / groepen voelt of voelde u druk komen?
    - i. Zorgverzekeraar
    - ii. Beroepsverenigingen
    - iii. Collega's
    - iv. De overheid
    - v. Anders namelijk: ...
- 17. In hoeverre wordt / werd u bij het opzetten van ketenzorg beperkt door de aanwezige regels in Nederland?
  - a. Van welke organisaties komen deze regels?
  - b. Om welke regels gaat het?

**Nu volgen enkele vragen over ROSET, de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) in Twente.**

- 18. Bent u bekend met ROSET?
  - a. Ook met haar activiteiten?
- 19. Heeft u bij het opstarten van COPD-ketenzorg ondersteuning ontvangen van ROSET?
  - a. Zo ja, welke ondersteuning heeft u ontvangen?
  - b. Zo ja, bent u tevreden over de ontvangen ondersteuning?
    - i. Wat zou beter kunnen?

**Tot slot**

- Heeft u nog vragen?
- Heeft u nog aanvullende opmerkingen die van nut kunnen zijn voor mijn onderzoek?

## Bijlage II: Enquêtevragen

### Vragenlijst voor POH's van huisartsen die meedoen:

Als eerst komen hier enkele algemene vragen om een beeld te krijgen van uw praktijk.

1. Voor hoeveel huisartsen bent u werkzaam? ...
2. Hoeveel patiënten heeft u ongeveer in uw praktijk?
3. (*a: minder dan een normpraktijk, b: normpraktijk, c: meer dan een normpraktijk*)
4. Vormt/vormen uw praktijk(en) onderdeel van een eerstelijnscentrum? (*ja / nee*)
  - a. Zo ja, welke disciplines zijn hierin aanwezig? (*fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck / Cesar, diëtist, psycholoog, apotheker, thuiszorg, verloskundige, maatschappelijk werk, logopedie, anders namelijk: ...*)
5. Bevindt uw huisartsenpraktijk zich in stedelijk of plattlandsgebied?
6. Hoe lang is of zijn de huisartsen waarvoor u werkt al praktiserend? (*a: korter dan 3 jaar, b: 3 – 10 jaar, c: langer dan 10 jaar*)  
*Huisarts 1: ...*  
*Huisarts 2: ...*  
*Huisarts 3: ...*
7. Hoe lang bent u zelf al betrokken bij COPD-zorg in de huisartsenpraktijk?  
(*a: korter dan 1 jaar, b: 1 – 3 jaar, c: langer dan 3 jaar*).

De volgende vragen gaan in op de door u geleverde zorg aan COPD-patiënten.

8. Is het gebruikelijk om alle COPD-patiënten minimaal 1 maal per jaar op te roepen voor controle? (*ja / nee*)
9. Welk percentage COPD-patiënten met  $Mrc > 2^{20}$  verwijst u door naar de fysiotherapeut? (*ongeveer ...%*)
  - a. Kunt u aangeven of dit een schatting is? (*dit is een schatting / dit is geen schatting*)
  - b. Kunt u aangeven welke van de onderstaande redenen aanleiding zijn om niet te verwijzen?
    - i. De patiënt is niet gemotiveerd
    - ii. De patiënt is onvoldoende verzekerd
    - iii. Anders, namelijk:...
10. Welk percentage COPD-patiënten met ondergewicht of overgewicht verwijst u door naar de diëtist? (*ongeveer ...%*)
  - a. Kunt u aangeven of dit een schatting is? (*dit is een schatting / dit is geen schatting*)
  - b. Wat is een reden om mensen niet te verwijzen? (*....*)

**Nu volgen enkele vragen over de M&I-module voor gestructureerde COPD-zorg van Menzis en over ROSET, de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) in Twente.**

11. Wanneer startte uw praktijk met de M&I-module voor gestructureerde COPD-zorg? (...)
12. De volgende punten gaan over de gang van zaken rond het gebruik van de M&I-module. Kunt u aangeven of u: 1: *zeer ontevreden*, 2: *ontevreden*, 3: *neutraal*, 4: *tevreden*, of 5: *zeer tevreden* bent met de onderstaande punten?
  - a. Informatievoorziening vooraf
  - b. Informatievoorziening tijdens de opzet van COPD-ketenzorg
  - c. Administratieve afhandeling
  - d. Ontvangen financiële vergoedingen
  - e. Mogelijkheden om aanvullende activiteiten in het kader van COPD-zorg te ontplooiën
13. Bent u op de hoogte van de ondersteuningsmogelijkheden van ROSET, bij de opzet van COPD-ketenzorg. (*ja / nee, ik ken ROSET niet, nee, niet op de hoogte van de activiteiten van ROSET*)
14. Welke ondersteuning heeft u bij het opstarten van COPD-ketenzorg ontvangen van ROSET? (u mag meerdere opties aanvinken)
  - a. (*a: ondersteuning bij het schrijven van een projectplan, b: medisch inhoudelijk, c: projectbegeleiding, d: deskundigheidsbevordering, e: anders namelijk ..., f: geen*)
  - b. Zo ja, bent u voldoende ondersteund? (*onvoldoende, voldoende, ruim voldoende*)
15. Is het door u gemaakte projectplan, dat u indiende om in aanmerking te komen voor de M&I-gelden, leidend geweest voor de ondernomen acties? (*ja / nee*)
  - a. Zo ja, heeft uw praktijk alle voorgenomen acties uitgevoerd? (*ja / nee*)
  - b. Indien niet, was er sprake van:
    - i. *Onvoldoende tijd voor de POH*
    - ii. *Onvoldoende tijd voor de huisarts*
    - iii. *Gebrek aan deskundigheid of vaardigheid bij de POH*
    - iv. *Gebrek aan deskundigheid of vaardigheid bij de huisarts*
    - v. *Onvoldoende motivatie bij de patiënten*
    - vi. *Anders, namelijk: ...*
  - c. Zo ja, vond u het prettig om met het projectplan te werken? (*Ja / nee*)
  - d. Indien het projectplan niet leidend was voor de door u ondernomen acties, wat was daarvoor de reden? (*open antwoord*)

**De volgende vragen gaan over COPD-ketenzorg in uw eigen praktijk. Waar over “binnen 1 of 2 jaar” gesproken wordt, wordt bedoeld binnen 1 of 2 jaar nadat u begonnen bent met het opzetten van COPD-ketenzorg**

16. Welke van de onderstaande activiteiten heeft u in uw praktijk ontplooid om COPD-patiënten op te sporen? (u mag meerder antwoorden aankruisen)
  - a. *Opsporen van patiënten met een relevante ICPC-codering (bronchitis, COPD, astma, hoesten)*
  - b. *Opsporen van patiënten met inhalatiemedicatie (in afstemming met de apotheek)*
  - c. *Opsporen van patiënten die het afgelopen jaar vaker dan twee keer een antibioticakuur voor luchtwegklachten hebben gehad (in afstemming met de apotheek)*
  - d. *Aan patiënten ouder dan 40 jaar met langdurige of recidiverende luchtwegklachten (die roken of gerookt hebben) wordt spirometrie aangeboden.*
  - e. *Anders, namelijk ...*

f. *Geen*

17. Met welke van de onderstaande zorgverleners werkt u samen in de zorg voor COPD-patiënten?(u mag meer dan 1 aankruisen) *Fysiotherapeut, diëtist, psycholoog, ergotherapeut, apotheker, longarts, longverpleegkundige, laboratorium, anders namelijk: ...*
- a. Kunt u per type zorgverlener waarmee u samenwerkt aangeven of u, ten opzichte van de start van uw deelname aan de M&I-module, *a: voor die tijd al samenwerkte, b: binnen 1 jaar na de start met de M&I-module samenwerkte, c: binnen 2 jaar na de start met de M&I-module samenwerkte?*
    - i. ....
    - ii. ....
    - iii. ....
  - b. Zijn met deze zorgverleners afspraken gemaakt over verwijzing en terugrapportage? (*ja met alle/alleen met .../ nee*)
  - c. Wordt er ook daadwerkelijk teruggerapporteerd door de zorgverleners waar u mee samenwerkt? Kunt u per type zorgverlener aangeven of deze: *nooit / zelden / af en toe / meestal / altijd* terug rapporteert?
    - i. ....
    - ii. ....
    - iii. ....
18. In het geval u met minimaal 1 andere zorgverlener in de eerste lijn samenwerkt:
- a. Is met minimaal 1 van deze zorgverleners de samenwerking vastgelegd in schriftelijke afspraken? (*a: nee, b: ja, met minimaal 1, c: ja, met allemaal*)
  - b. Zijn met de zorgverleners waar u mee samenwerkt afspraken gemaakt over periodieke overlegmomenten? (*onder een overlegmoment wordt een gepland moment verstaan waar u de gang van zaken omtrent ketenzorg en samenwerking evalueert*)
    - i. Zo ja, hoeveel overlegmomenten heeft u gemiddeld per jaar? (...)
19. Zijn van uw COPD-patiënten de scores op de CCQ-lijst gemiddeld genomen gestegen ten opzichte van de periode voordat u met COPD-ketenzorg begon? (*Ja / Nee*)
20. Is er in uw praktijk een handboek of document voor COPD- ketenzorg aanwezig? (*ja / nee*)
- a. Zo ja, staan hierin:
    - i. Cijfers gerelateerd aan cijfers bevolkingsonderzoek; (*ja/nee*)
    - ii. Een protocol van de werkwijze van het spreekuur (aanwezig en vastgesteld binnen de huisartsengroep); (*ja/nee*)
    - iii. Werkafspraken over multidisciplinaire samenwerking; (*ja/nee*)
    - iv. Afspraken met betrekking tot verwijzing naar de tweede lijn; (*ja/nee*)

**Hierna volgen enkele vragen over samenwerken en ketenzorg.**

21. De volgende stellingen gaan over het opstarten van COPD-ketenzorg, kunt u aangeven in hoeverre u het met de onderstaande stellingen eens bent?
- Uw antwoordmogelijkheden zijn: *zeer mee oneens, mee oneens, neutraal, mee eens, zeer meer eens.*
- a. Samenwerken met zorgverleners van andere disciplines is van meerwaarde voor de geleverde zorg aan COPD-patiënten.
  - b. COPD-ketenzorg is van meerwaarde voor de geleverde zorg aan COPD-patiënten.
  - c. De tijd die geïnvesteerd moet worden in het opzetten van ketenzorg, vormt/vormde voor mijn huisartsenpraktijk een barrière om er aan te beginnen.

- d. Zonder de extra financiële middelen uit de M&I-module voor het opzetten van COPD-ketenzorg was mijn huisartsenpraktijk niet aan het opzetten van COPD-ketenzorg begonnen.
- e. Het gebrek aan motivatie van andere betrokkenen (huisartsen en mogelijke samenwerkingspartners) vormt/vormde aanvankelijk voor mijn huisartsenpraktijk een barrière om aan de opzet van COPD-ketenzorg te beginnen.
- f. De verschillen in visie tussen de betrokkenen (huisartsen en mogelijke samenwerkingspartners) vormt/vormde aanvankelijk voor mijn huisartsenpraktijk een barrière om aan COPD-ketenzorg te beginnen.
- g. Gebrek aan kennis over de opzet van COPD-ketenzorg vormt/vormde voor mijn praktijk een barrière om aan COPD-ketenzorg te beginnen.
- h. Gebrek aan kennis over de uitvoering van COPD-ketenzorg vormt/vormde voor mijn praktijk een barrière om aan COPD-ketenzorg te beginnen.

22. Zijn er rondom het opstarten van COPD-ketenzorg belemmerende factoren geweest? *Indien u deze hierboven al vermeld heeft hoeft u ze hier niet weer te benoemen. (open antwoord)*

**Tot slot**

23. Heeft u nog aanvullende opmerkingen?

## Vragenlijst voor POH's van huisartsen die niet meedoen:

Als eerst komen hier enkele algemene vragen om een beeld te krijgen van uw praktijk.

1. Voor hoeveel huisartsen bent u werkzaam? (...)
2. Hoeveel patiënten heeft u ongeveer in uw praktijk? (*a: minder dan een normpraktijk, b: normpraktijk, c: meer dan een normpraktijk*)
3. Vormt uw praktijk onderdeel van een eerstelijnscentrum? (*ja / nee*)
  - a. Zo ja, welke disciplines zijn hierin aanwezig? (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck / Cesar, diëtist, psycholoog, apotheker, thuiszorg, verloskundige, maatschappelijk werk, logopedie, anders namelijk: ...)
4. Bevindt uw huisartsenpraktijk zich in stedelijk of plattelandsgebied.
5. Hoe lang is of zijn de huisartsen waarvoor u werkt al praktiserend? In de open velden achter de antwoordopties mag u het aantal huisartsen zetten, die al voor die periode praktiserend zijn. U hoeft geen namen te noemen. (*a: korter dan 3 jaar, b: 3 – 10 jaar, c: langer dan 10 jaar*)  
Huisarts 1: ...  
Huisarts 2: ...  
Huisarts 3: ...
6. Bent u vanuit de praktijkondersteuning betrokken bij COPD-zorg? (*ja / nee*)  
→ *Als hierop het antwoord nee komt, respondent bedanken voor de moeite en enquête beëindigen*
7. Zo ja, hoe lang bent u al betrokken bij de COPD-zorg in de huisartsenpraktijk? (*a: korter dan 1 jaar, b: 1 – 3 jaar, c: langer dan 3 jaar*).

De volgende vragen gaan in op de door u geleverde zorg aan COPD-patiënten.

8. Is het gebruikelijk om alle COPD-patiënten minimaal 1 maal per jaar op te roepen voor controle? (*ja / nee*)
9. Welk percentage COPD-patiënten met  $Mrc > 2^{21}$  verwijst u door naar de fysiotherapeut? (*ongeveer ...%*)
  - a. Kunt u aangeven of dit een schatting is? (*dit is een schatting / dit is geen schatting*)
  - b. Kunt u aangeven welke van de onderstaande redenen aanleiding zijn om niet te verwijzen?  
→ De patiënt is niet gemotiveerd  
→ De patiënt is onvoldoende verzekerd  
→ Anders, namelijk:...
10. Welk percentage COPD-patiënten met ondergewicht of overgewicht verwijst u door naar de diëtist? (*ongeveer ...%*)
  - a. Kunt u aangeven of dit een schatting is? (*dit is een schatting / dit is geen schatting*)
  - b. Wat is een reden om mensen niet te verwijzen? (....)

**Nu volgen enkele vragen over de M&I-module voor gestructureerde COPD-zorg van Menzis en over ROSET, de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) in Twente.**

11. De volgende punten gaan over de gang van zaken rond de M&I-module, uw antwoordmogelijkheden zijn: *1: zeer ontevreden, 2: ontevreden, 3: neutraal, 4: tevreden, 5: zeer tevreden.*  
Wanneer u geen ervaring en daardoor geen mening over een bepaald punt heeft, kunt u de vraag open laten!
- a. Informatievoorziening vooraf
  - b. Informatievoorziening tijdens het gebruik van een M&I-module
  - c. Administratieve afhandeling
  - d. Ontvangen financiële vergoedingen
  - e. Mogelijkheden om aanvullende activiteiten in het kader van COPD-zorg te ontplooiën
12. Bent u op de hoogte van de ondersteuningsmogelijkheden van ROSET, bij de opzet van COPD-ketenzorg? (*ja / nee, ik ken de organisatie ROSET niet / nee, niet op de hoogte van de activiteiten van ROSET*)
13. Denkt u dat de ondersteuning vanuit ROSET voor uw praktijk bruikbaar zou kunnen zijn indien u aan COPD-ketenzorg zou beginnen? (*Ja / nee*)

**De volgende vragen gaan over de COPD-zorg in uw eigen praktijk.**

14. Welke van de onderstaande activiteiten heeft u in uw praktijk ontplooid om COPD-patiënten op te sporen? (u mag meerder antwoorden aankruisen)
- a. *Opsporen van patiënten met een relevante ICPC-codering (voor bronchitis, ..., ...)*
  - b. *Opsporen van patiënten met inhalatiemedicatie (in afstemming met de apotheek)*
  - c. *Opsporen van patiënten die het afgelopen jaar vaker dan twee keer een antibioticakuur voor luchtwegklachten hebben gehad (in afstemming met de apotheek)*
  - d. *Aan patiënten > 40 jaar met langdurige of recidiverende luchtwegklachten (die roken of gerookt hebben) wordt spirometrie aangeboden.*
  - e. *Anders, namelijk ...*
  - f. *Geen*
15. Met welke van de onderstaande zorgverleners werkt uw praktijk samen in de zorg voor COPD-patiënten?(u mag meer dan 1 aankruisen)*Fysiotherapeut, diëtist, psycholoog, ergotherapeut, apotheker, longarts, longverpleegkundige, laboratorium, anders namelijk: ...*
- a. Heeft uw praktijk met deze zorgverleners afspraken gemaakt over verwijzing en terugrapportage? (*ja met alle/alleen met ... / nee*)
  - b. Wordt er ook daadwerkelijk teruggerapporteerd door de zorgverleners waar u mee samenwerkt? Kunt u per type zorgverlener aangeven of deze: *nooit / zelden / af en toe / meestal / altijd* terug rapporteert?
    - .....
    - .....
    - .....
16. In het geval uw praktijk met minimaal 1 andere zorgverlener in de eerste lijn samenwerkt:
- a. Heeft uw praktijk met minimaal 1 van deze zorgverleners de samenwerking vastgelegd in schriftelijke afspraken? (*a: nee, b: ja, met minimaal 1, c: ja, met allemaal*)

- b. Heeft uw praktijk met de zorgverleners waar ze mee samenwerkt afspraken gemaakt over periodieke overlegmomenten? (*onder een overlegmoment wordt een gepland moment verstaan waar u de gang van zaken omtrent ketenzorg en samenwerking evalueert*)  
→ Zo ja, hoeveel overlegmomenten heeft u gemiddeld per jaar? (...)

**Hierna volgen enkele vragen over samenwerken en ketenzorg.**

17. De volgende stellingen gaan over ketenzorg, kunt u aangeven in hoeverre u het met de onderstaande stellingen eens bent?
18. Uw antwoordmogelijkheden zijn: *zeer mee oneens, mee oneens, neutraal, mee eens, zeer meer eens.*
- a. Samenwerken met zorgverleners van andere disciplines is van meerwaarde voor de geleverde zorg aan patiënten.
  - b. COPD-ketenzorg is van meerwaarde voor de geleverde zorg aan COPD-patiënten.
  - c. De tijd die geïnvesteerd moet worden in het opzetten van ketenzorg, vormt voor mijn huisartsenpraktijk een barrière om er aan te beginnen.
  - d. Het gebrek aan financiële middelen voor het opzetten van ketenzorg, vormt voor mijn huisartsenpraktijk een barrière om er aan te beginnen.
  - e. Het gebrek aan motivatie van andere betrokkenen (huisartsen en mogelijke samenwerkingspartners) vormt voor mijn huisartsenpraktijk een barrière om aan ketenzorg te beginnen.
  - f. De verschillen in visie tussen de betrokkenen (huisartsen en mogelijke samenwerkingspartners) vormt voor mijn huisartsenpraktijk een barrière om aan ketenzorg te beginnen.
  - g. Gebrek aan kennis over de opzet van COPD-ketenzorg vormt voor mijn praktijk een barrière om aan COPD-ketenzorg te beginnen.
  - h. Gebrek aan kennis over de uitvoering van COPD-ketenzorg vormt voor mijn praktijk een barrière om aan COPD-ketenzorg te beginnen.
19. *Indien u van mening bent dat ketenzorg van meerwaarde is voor de geleverde zorg:*
20. Zijn er rondom COPD-ketenzorg belemmerende factoren geweest? *Indien u deze hierboven al vermeld heeft hoeft u ze hier niet weer te benoemen. (open antwoord)*

**Tot slot:**

21. Bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek, heeft u nog aanvullende opmerkingen?

## Vragenlijst voor huisartsen zonder POH, die niet meedoen:

Als eerst komen hier enkele algemene vragen om een beeld te krijgen van uw praktijk.

1. Voor hoeveel huisartsen bent u werkzaam? (...)
  2. Hoeveel patiënten heeft u ongeveer in uw praktijk? (*a: minder dan een normpraktijk, b: normpraktijk, c: meer dan een normpraktijk*)
  3. Vormt uw praktijk onderdeel van een eerstelijnscentrum? (*ja / nee*)
    - a. Zo ja, welke disciplines zijn hierin aanwezig? (*fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck / Cesar, diëtist, psycholoog, apotheker, thuiszorg, verloskundige, maatschappelijk werk, logopedie, anders namelijk: ...*)
  4. Bevindt uw huisartsenpraktijk zich in stedelijk of plattelandsgebied.
  5. Hoe lang bent u al praktiserend huisarts? (*a: korter dan 3 jaar, b: 3 – 10 jaar, c: langer dan 10 jaar*)
  6. Op welke manier geeft u invulling aan taakdelegatie binnen uw praktijk, als het gaat om COPD-zorg?
    - a. Taakdelegatie naar de doktersassistente
    - b. Taakdelegatie naar de praktijkondersteuner
    - c. Taakdelegatie naar de wijkverpleegkundige
    - d. Anders, namelijk ...
    - e. Ik maak geen gebruik van taakdelegatie
  7. Op welke wijze is de COPD-zorg in uw praktijk vorm gegeven? (*a: monodisciplinair, b: multidisciplinair binnen de eerste lijn, c: multidisciplinair binnen de eerste- en tweede lijn*)
- *Als de respondent monodisciplinair antwoord, respondent bedanken voor de moeite en enquête beëindigen*

De volgende vragen gaan over de COPD-zorg in uw eigen praktijk.

8. Is het gebruikelijk om alle COPD-patiënten minimaal 1 maal per jaar op te roepen voor controle? (*ja / nee*)
9. Welk percentage COPD-patiënten met  $Mrc > 2^{22}$  verwijst u door naar de fysiotherapeut? (*ongeveer ...%*)
  - a. Kunt u aangeven of dit een schatting is? (*dit is een schatting / dit is geen schatting*)
  - b. Kunt u aangeven welke van de onderstaande redenen aanleiding zijn om niet te verwijzen?
    - De patiënt is niet gemotiveerd
    - De patiënt is onvoldoende verzekerd
    - Anders, namelijk:...
10. Welk percentage COPD-patiënten met ondergewicht of overgewicht verwijst u door naar de diëtist? (*ongeveer ...%*)

- a. Kunt u aangeven of dit een schatting is? (*dit is een schatting / dit is geen schatting*)
  - b. Wat is een reden om mensen niet te verwijzen? (....)
11. Welke van de onderstaande activiteiten heeft u in uw praktijk ontplooid om COPD-patiënten op te sporen? (u mag meerder antwoorden aankruisen)
- a. *Opsporen van patiënten met een relevante ICPC-codering (voor bronchitis, ..., ...)*
  - b. *Opsporen van patiënten met inhalatiemedicatie (in afstemming met de apotheek)*
  - c. *Opsporen van patiënten die het afgelopen jaar vaker dan twee keer een antibioticakuur voor luchtwegklachten hebben gehad (in afstemming met de apotheek)*
  - d. *Aan patiënten > 40 jaar met langdurige of recidiverende luchtwegklachten (die roken of gerookt hebben) wordt spirometrie aangeboden.*
  - e. *Anders, namelijk ...*
  - f. *Geen*
12. Werkt uw praktijk met andere zorgverleners samen op het gebied van COPD-zorg? (*ja / nee*)
- a. Zo ja, met welke van de onderstaande zorgverleners? (u mag meer dan 1 aankruisen)  
     → *Fysiotherapeut, diëtist, psycholoog, ergotherapeut, apotheker, longarts, longverpleegkundige, laboratorium, anders namelijk:...*
  - b. Heeft uw praktijk met deze zorgverleners afspraken gemaakt over verwijzing en terugrapportage? (*ja met alle/alleen met .../ nee*)
  - c. Wordt er ook daadwerkelijk teruggerapporteerd door de zorgverleners waar uw praktijk mee samenwerkt? Kunt u per type zorgverlener aangeven of deze: *nooit / zelden / af en toe / meestal / altijd* terug rapporteert?  
     → .....  
     → .....  
     → .....
13. In het geval uw praktijk met minimaal 1 andere zorgverlener in de eerste lijn samenwerkt:
- a. Heeft u met minimaal 1 van deze zorgverleners de samenwerking vastgelegd in schriftelijke afspraken? (*a: nee, b: ja, met 1 van beide, c: ja, met allebei*)
  - b. Heeft u met de zorgverleners waar u mee samenwerkt afspraken gemaakt over periodieke overlegmomenten? (*onder een overlegmoment wordt een gepland moment verstaan waar u de gang van zaken omtrent ketenzorg en samenwerking evalueert*)  
     → Zo ja, hoeveel overlegmomenten heeft u gemiddeld per jaar? (...)
14. Als de DBC-COPD er komt zou u dan mee gaan doen met COPD ketenzorg?
- a. (*a: nee, b: misschien, c: ja, d: weet niet*)

**Nu volgen enkele vragen over de M&I-module voor gestructureerde COPD-zorg van Menzis en over ROSET, de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) in Twente.**

15. De volgende punten gaan over de gang van zaken rond de M&I-module, uw antwoordmogelijkheden zijn: *1: zeer ontevreden, 2: ontevreden, 3: neutraal, 4: tevreden, 5: zeer tevreden*. Wanneer u geen ervaring en daardoor geen mening over een bepaald punt heeft, kunt u de vraag open laten!
- a. Informatievoorziening vooraf
  - b. Informatievoorziening tijdens het gebruik van een M&I-module
  - c. Administratieve afhandeling

- d. Ontvangen financiële vergoedingen
  - e. Mogelijkheden om aanvullende activiteiten in het kader van COPD-zorg te ontplooiën
16. Bent u op de hoogte van de ondersteuningsmogelijkheden van ROSET, bij de opzet van COPD-ketenzorg? *(ja / nee, ik ken de organisatie ROSET niet / nee, niet op de hoogte van de activiteiten van ROSET)*
17. Denkt u dat de ondersteuning vanuit ROSET voor uw praktijk bruikbaar zou kunnen zijn indien u aan COPD-ketenzorg zou beginnen? *(ja / nee)*

**Hierna volgen enkele vragen over samenwerken en ketenzorg.**

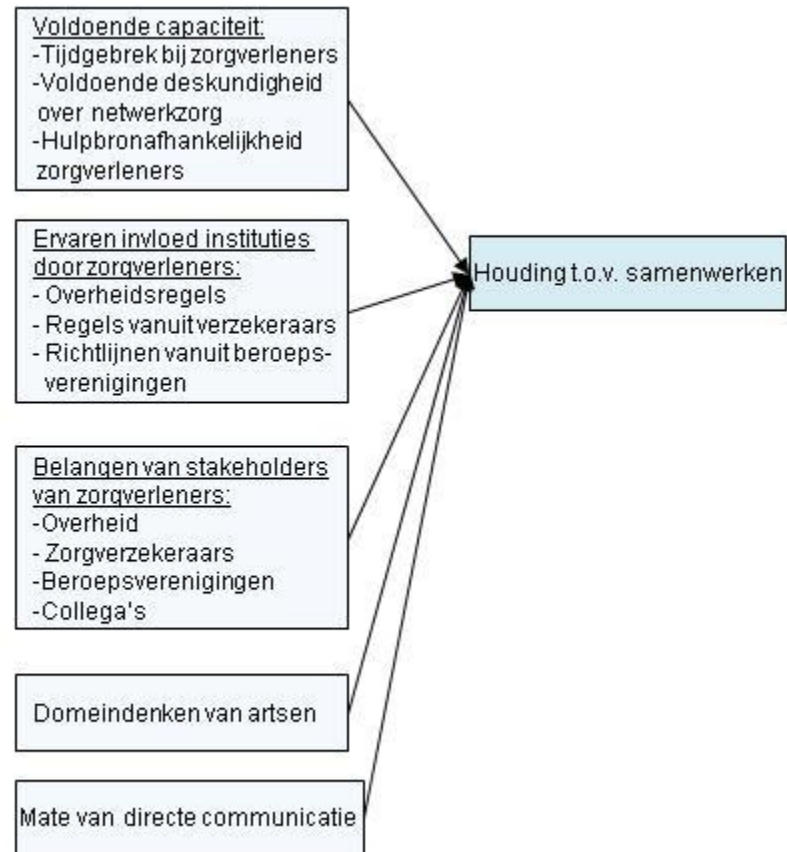
18. De volgende stellingen gaan over ketenzorg, kunt u aangeven in hoeverre u het met de onderstaande stellingen eens bent?  
Uw antwoordmogelijkheden zijn: *zeer mee oneens, mee oneens, neutraal, mee eens, zeer meer eens.*
- a. De aanwezigheid van een POH in de huisartsenpraktijk verbeterd de kwaliteit van de COPD-zorg in die huisartsenpraktijk.
  - b. Samenwerken met zorgverleners van andere disciplines is van meerwaarde voor de geleverde zorg aan patiënten.
  - c. COPD-ketenzorg is van meerwaarde voor de geleverde zorg aan COPD-patiënten.
  - d. De tijd die geïnvesteerd moet worden in het opzetten van ketenzorg, vormt voor mijn huisartsenpraktijk een barrière om er aan te beginnen.
  - e. Het gebrek aan financiële middelen voor het opzetten van ketenzorg, vormt voor mijn huisartsenpraktijk een barrière om er aan te beginnen.
  - f. Het gebrek aan motivatie van andere betrokkenen (huisartsen en mogelijke samenwerkingspartners) vormt voor mijn huisartsenpraktijk een barrière om aan ketenzorg te beginnen.
  - g. De verschillen in visie tussen de betrokkenen (huisartsen en mogelijke samenwerkingspartners) vormt voor mijn huisartsenpraktijk een barrière om aan ketenzorg te beginnen.
  - h. Gebrek aan kennis over de opzet van COPD-ketenzorg vormt voor mijn praktijk een barrière om aan COPD-ketenzorg te beginnen.
  - i. Gebrek aan kennis over de uitvoering van COPD-ketenzorg vormt voor mijn praktijk een barrière om aan COPD-ketenzorg te beginnen.
19. *Indien u van mening bent dat ketenzorg van meerwaarde is voor de geleverde zorg:*
- a. Zijn er naast de bovengenoemde barrières om niet aan ketenzorg te beginnen, nog andere redenen die bij u een rol spelen? *(open antwoord)*

**Tot slot:**

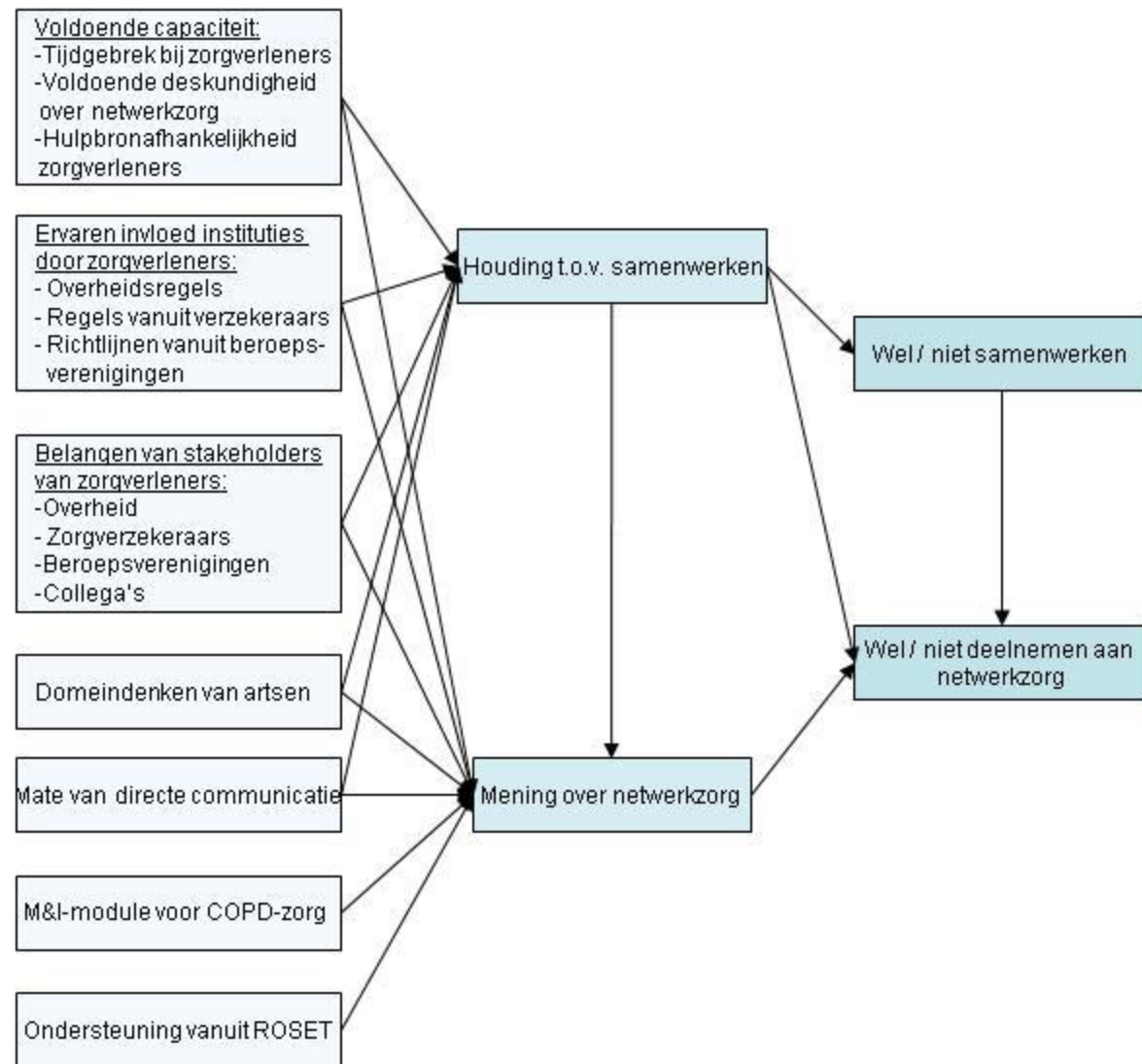
20. Bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek, heeft u nog aanvullende opmerkingen?

## Bijlage III: Onderzoeksmodellen deelvragen

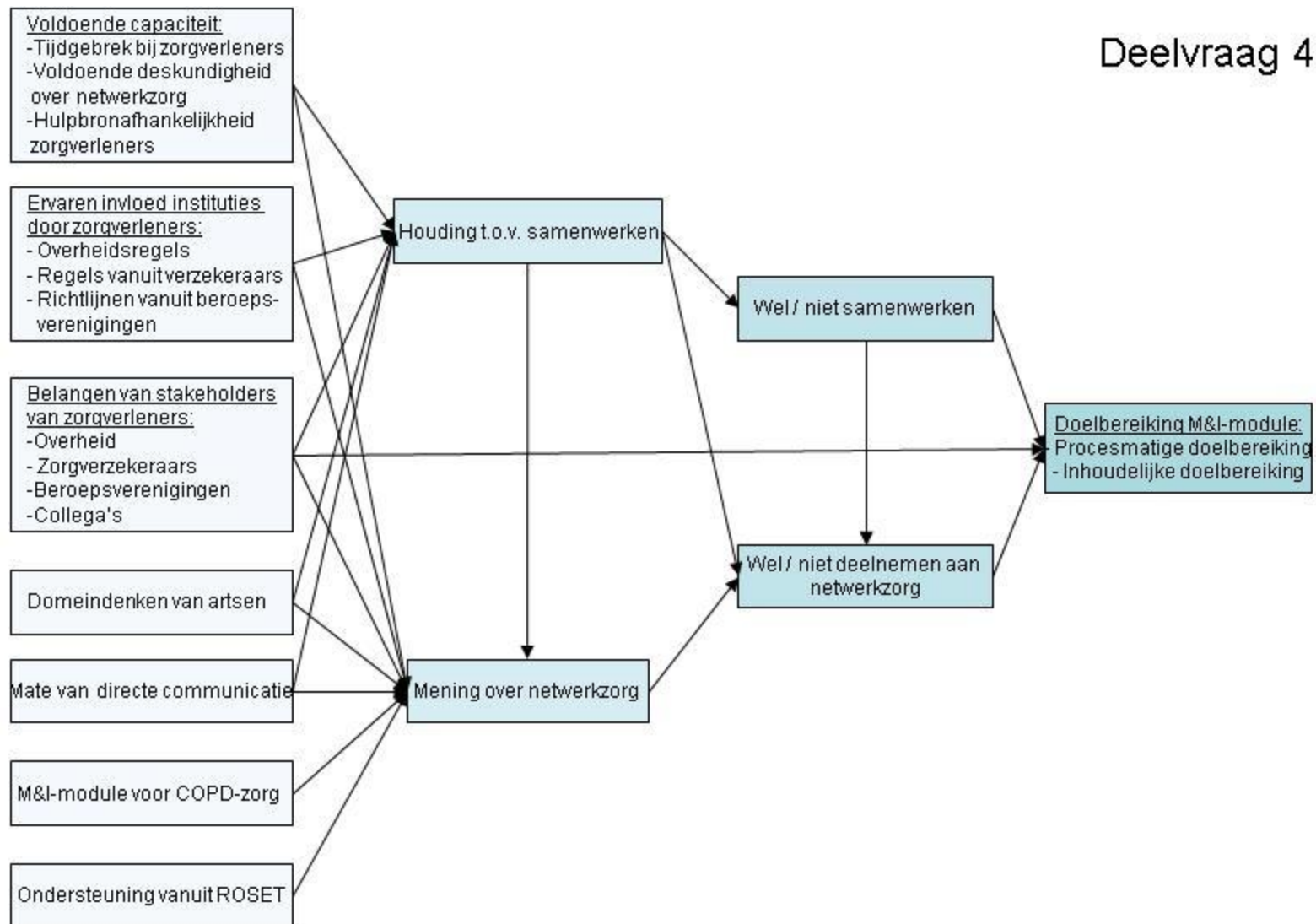
### Deelvraag 2



### Deelvraag 3



## Deelvraag 4



## Bijlage IV: Resultaten interviews

Tabel 9: Gebruikte codes voor coderen interviews

| Categorie                                                                                                                   |     | Code                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------|
| <i>Welke factoren dragen bij aan het feit dat huisartsen en paramedici niet spontaan met elkaar gaan samenwerken?</i>       |     |                                          |
| Capaciteit                                                                                                                  | 1A1 | Beschikbare tijd                         |
|                                                                                                                             | 1A2 | Hulpbronaafhankelijkheid zorgverleners   |
|                                                                                                                             | 1A3 | Personele bezetting                      |
|                                                                                                                             | 1A4 | Druk bezig met andere zaken              |
| Ervaren invloed instituties                                                                                                 | 1B1 | Overheidsregels                          |
|                                                                                                                             | 1B2 | Regels vanuit zorgverzekeraars           |
|                                                                                                                             | 1B3 | Richtlijnen vanuit beroepsverenigingen   |
| Belangen stakeholders                                                                                                       | 1C1 | Overheid                                 |
|                                                                                                                             | 1C2 | Zorgverzekeraars                         |
|                                                                                                                             | 1C3 | Beroepsverenigingen                      |
|                                                                                                                             | 1C4 | Collega's                                |
|                                                                                                                             | 1C5 | ROSET                                    |
|                                                                                                                             | 1C6 | Farmaceutische industrie                 |
| Domeindenken artsen                                                                                                         | 1D  | Domeindenken artsen                      |
| Mate van directe communicatie                                                                                               | 1E  | Mate van directe communicatie            |
| Samenwerken                                                                                                                 | 1F1 | Houding t.o.v. samenwerken               |
|                                                                                                                             | 1F2 | Wel / niet samenwerken (in het algemeen) |
|                                                                                                                             | 1F3 | Verloop samenwerkingsverbanden COPD      |
| <i>In welke mate speelde de M&amp;I-module een rol in de beslissing van huisartsen om aan COPD-netwerkzorg te beginnen?</i> |     |                                          |
| Capaciteit                                                                                                                  | 1A1 | Beschikbare tijd                         |
|                                                                                                                             | 1A2 | Hulpbronaafhankelijkheid zorgverleners   |
|                                                                                                                             | 1A3 | Personele bezetting                      |
|                                                                                                                             | 1A5 | Deskundigheid medewerkers                |
| Ervaren invloed instituties                                                                                                 | 1B1 | Overheidsregels                          |
|                                                                                                                             | 1B2 | Regels vanuit zorgverzekeraars           |
|                                                                                                                             | 1B3 | Richtlijnen vanuit beroepsverenigingen   |
| Belangen stakeholders                                                                                                       | 1C1 | Overheid                                 |
|                                                                                                                             | 1C2 | Zorgverzekeraars                         |
|                                                                                                                             | 1C3 | Beroepsverenigingen                      |
|                                                                                                                             | 1C4 | Collega's                                |
|                                                                                                                             | 1C5 | ROSET                                    |
|                                                                                                                             | 1C6 | Farmaceutische industrie                 |
| Domeindenken artsen                                                                                                         | 1D  | Domeindenken artsen                      |
| Mate van directe communicatie                                                                                               | 1E  | Mate van directe communicatie            |
| M&I-module COPD-zorg                                                                                                        | 2A1 | Deelnemer                                |
|                                                                                                                             | 2A2 | Van plan deel te gaan nemen              |

|                                                                                                                                                                                       |     |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                       | 2A3 | Mening over M&I-module                         |
| Ondersteuning vanuit ROSET                                                                                                                                                            | 2B1 | Gebruik ondersteuning ROSET                    |
|                                                                                                                                                                                       | 2B2 | Tevredenheid met ondersteuning ROSET           |
| Netwerkgzorg                                                                                                                                                                          | 2C1 | Mening over netwerkgzorg                       |
|                                                                                                                                                                                       | 2C2 | Deelname netwerkgzorg                          |
| Eerdere ervaringen samenwerken                                                                                                                                                        | 2D1 | Ja / nee                                       |
|                                                                                                                                                                                       | 2D2 | Wel / niet stimulans                           |
| Interesse in COPD                                                                                                                                                                     | 2E1 | Patiënttype                                    |
|                                                                                                                                                                                       | 2E2 | Complexiteit aandoening                        |
|                                                                                                                                                                                       | 2E3 | Toegevoegde waarde COPD-netwerkgzorg           |
| Samenwerken                                                                                                                                                                           | 1F1 | Houding t.o.v. samenwerken                     |
| <i>In welke mate hebben de M&amp;I module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET bijgedragen aan het bereiken van de gestelde doelstellingen?</i>                                |     |                                                |
| Ondersteuning ROSET                                                                                                                                                                   | 3A1 | Medisch inhoudelijk                            |
|                                                                                                                                                                                       | 3A2 | Procesmatig                                    |
|                                                                                                                                                                                       | 3A3 | Tevredenheid t.o.v. dienstverlening            |
|                                                                                                                                                                                       | 3A4 | Bekendheid                                     |
| M&I-module                                                                                                                                                                            | 3B1 | Informatievoorziening vooraf                   |
|                                                                                                                                                                                       | 3B2 | Informatievoorziening tijdens                  |
|                                                                                                                                                                                       | 3B3 | Administratieve afhandeling                    |
|                                                                                                                                                                                       | 3B4 | Financiële vergoeding                          |
|                                                                                                                                                                                       | 3B5 | Mogelijkheid tot ontplooiën extra activiteiten |
|                                                                                                                                                                                       | 3B6 | Projectplan M&I-module gevolgd                 |
|                                                                                                                                                                                       | 3B7 | Uitgangssituatie bij start M&I-module          |
|                                                                                                                                                                                       | 3B8 | Doelbereiking                                  |
| Motivatie                                                                                                                                                                             | 3C  | Wens om goede zorg te leveren                  |
| Netwerkgzorg                                                                                                                                                                          | 2C1 | Mening netwerkgzorg                            |
|                                                                                                                                                                                       | 2C2 | Deelname netwerkgzorg                          |
| Doelbereiking zonder M&I                                                                                                                                                              | 3D1 | POH actief bij COPD                            |
|                                                                                                                                                                                       | 3D2 | Samenwerking op gebied van COPD                |
|                                                                                                                                                                                       | 3D3 | Samenwerkingsafspraken voor COPD               |
| <i>Welke aanknopingspunten kunnen ontdekt worden om de M&amp;I-module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET de netwerkgzorg voor COPD-patiënten verder te laten versterken?</i> |     |                                                |
| ROSET                                                                                                                                                                                 | 3A3 | Tevredenheid t.o.v. dienstverlening            |
|                                                                                                                                                                                       | 3A4 | Bekendheid                                     |
| M&I-module                                                                                                                                                                            | 3B1 | Informatievoorziening vooraf                   |
|                                                                                                                                                                                       | 3B2 | Informatievoorziening tijdens                  |
|                                                                                                                                                                                       | 3B3 | Administratieve afhandeling                    |
|                                                                                                                                                                                       | 3B5 | Mogelijkheid tot ontplooiën extra activiteiten |
|                                                                                                                                                                                       | 4B1 | Financiële vergoeding → tijdens                |
|                                                                                                                                                                                       | 4B2 | Financiële vergoeding → na afronding           |
|                                                                                                                                                                                       | 4B3 | Ervaren meerwaarde t.o.v. POH-financiering     |
|                                                                                                                                                                                       | 4B4 | Bekendheid M&I-module                          |
| DBC                                                                                                                                                                                   | 4C  | DBC                                            |

Tabel 10: Volledig overzicht uitkomsten interviews

| Categorie                                                                                                         |     | M&I |   |    | POH |   |   | Geen |   |   | Fysio |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|----|-----|---|---|------|---|---|-------|---|---|
| Welke factoren dragen bij aan het feit dat huisartsen en paramedici niet spontaan met elkaar gaan samenwerken?    |     |     |   |    |     |   |   |      |   |   |       |   |   |
|                                                                                                                   |     | +   | ± | -  | +   | ± | - | +    | ± | - | +     | ± | - |
| Capaciteit                                                                                                        | 1A1 | 1   |   | 3- |     |   | 1 | 1    |   | 1 |       |   | 1 |
|                                                                                                                   | 1A2 | 1   |   | 3- |     |   | 1 |      |   |   |       |   | 1 |
|                                                                                                                   | 1A3 |     |   | 2  |     |   | 1 |      |   | 2 |       | 3 | 1 |
|                                                                                                                   | 1A4 |     |   | 2  |     |   | 2 | 1    |   | 1 |       |   |   |
| Ervaren invloed instituties                                                                                       | 1B1 |     |   | 1  |     |   |   |      |   |   | 1     |   |   |
|                                                                                                                   | 1B2 |     |   | 2  |     | 1 | 2 |      |   | 2 | 2     | 2 |   |
|                                                                                                                   | 1B3 |     |   |    |     |   |   |      |   |   |       |   |   |
| Belangen stakeholders                                                                                             | 1C1 |     |   |    |     |   |   |      | 1 |   |       |   |   |
|                                                                                                                   | 1C2 |     | 1 |    | 1   |   |   |      |   | 2 | 1     |   |   |
|                                                                                                                   | 1C3 | 1   |   |    |     |   | 1 |      |   |   | 1     |   |   |
|                                                                                                                   | 1C4 |     |   |    |     |   |   |      |   |   | 1     |   |   |
|                                                                                                                   | 1C5 |     |   |    |     |   |   |      |   |   | 2     |   |   |
|                                                                                                                   | 1C6 | 2   |   |    | 1   |   |   |      |   |   | 2     |   |   |
| Domeindenken artsen                                                                                               | 1D  |     |   |    |     |   |   |      | 1 |   |       |   | 1 |
| Mate van directe communicatie                                                                                     | 1E  | 2+  |   | 2  | 1   |   | 3 | 2    | 1 |   |       | 1 | 3 |
| Samenwerken                                                                                                       | 1F1 | 4   |   |    | 3   | 1 |   | 2    |   | 1 | 4     |   |   |
|                                                                                                                   | 1F2 | 4   |   |    | 2   |   | 2 | 2    |   | 1 | 3     | 1 |   |
|                                                                                                                   | 1F3 | 3   | 1 |    | 1   |   |   | 1    |   | 2 | 2     |   | 2 |
| In welke mate speelde de M&I-module een rol in de beslissing van huisartsen om aan COPD-netwerkgzorg te beginnen? |     |     |   |    |     |   |   |      |   |   |       |   |   |
| Capaciteit                                                                                                        | 1A1 | 1   |   | 3  |     |   | 1 | 1    |   | 1 |       |   | 1 |
|                                                                                                                   | 1A2 | 1   |   | 3  |     |   | 1 |      |   |   |       |   | 1 |
|                                                                                                                   | 1A3 |     |   | 2  |     |   | 1 |      |   | 2 |       | 3 | 1 |
|                                                                                                                   | 1A5 |     |   |    |     |   | 1 |      |   | 1 |       |   | 1 |
| Ervaren invloed instituties                                                                                       | 1B1 |     |   | 1  |     |   |   |      |   |   | 1     |   |   |
|                                                                                                                   | 1B2 |     |   | 2  |     | 1 | 2 |      |   | 2 | 2     | 2 |   |
|                                                                                                                   | 1B3 |     |   |    |     |   |   |      |   |   |       |   |   |
| Belangen stakeholders                                                                                             | 1C1 |     |   |    |     |   |   |      | 1 |   |       |   |   |
|                                                                                                                   | 1C2 |     | 1 |    | 1   |   |   |      |   | 2 | 1     |   |   |
|                                                                                                                   | 1C3 | 1   |   |    |     |   | 1 |      |   |   | 1     |   |   |
|                                                                                                                   | 1C4 |     |   |    |     |   |   |      |   |   | 1     |   |   |
|                                                                                                                   | 1C5 |     |   |    |     |   |   |      |   |   | 2     |   |   |
|                                                                                                                   | 1C6 | 2   |   |    | 1   |   |   |      |   |   | 2     |   |   |
| Domeindenken artsen                                                                                               | 1D  |     |   |    |     |   |   |      | 1 |   |       |   | 1 |
| Mate van directe communicatie                                                                                     | 1E  | 2   |   | 2  | 1   |   | 3 | 2    | 1 |   |       | 1 | 3 |
| M&I-module COPD-zorg                                                                                              | 2A1 | 4   |   |    |     |   | 4 |      |   | 3 |       |   |   |
|                                                                                                                   | 2A2 |     |   |    | 1   | 1 | 2 |      |   | 3 |       |   |   |
|                                                                                                                   | 2A3 |     |   |    |     | 1 | 3 |      | 1 |   |       |   |   |
| Ondersteuning vanuit ROSET                                                                                        | 2B1 | 3   |   | 1  | 2   |   |   |      |   |   |       |   |   |
|                                                                                                                   | 2B2 | 2   |   |    | 1   |   |   |      |   |   |       |   | 1 |
| Netwerkgzorg                                                                                                      | 2C1 | 4   |   |    | 4   |   |   | 2    |   | 1 | 4     |   |   |
|                                                                                                                   | 2C2 | 2   | 1 | 1  |     | 1 | 3 |      |   | 3 |       | 2 | 2 |
| Eerdere ervaringen samenwerken                                                                                    | 2D1 | 3   |   | 1  | 2   |   |   | 2    |   |   | 3     |   | 1 |
|                                                                                                                   | 2D2 | 1   |   | 2  | 2   |   |   |      |   | 1 | 1     |   | 1 |

|                                                                                                                                                                                      |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Interesse in COPD                                                                                                                                                                    | 2E1 |   |   | 2 |   |   |   |   |   | 1 | 2 |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 2E2 |   |   | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 2E3 |   |   |   |   |   |   |   |   | 1 |   |   |   |
| Samenwerken                                                                                                                                                                          | 1F1 | 4 |   |   | 4 |   |   | 2 |   | 1 | 4 |   |   |
| <i>In welke mate hebben de M&amp;I module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET bijgedragen aan het bereiken van de gestelde doelstellingen?</i>                               |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ondersteuning ROSET                                                                                                                                                                  | 3A1 | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 3A2 | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 3A3 | 2 |   |   | 1 |   |   |   |   | 1 | 1 |   | 1 |
|                                                                                                                                                                                      | 3A4 | 4 |   |   | 2 | 2 |   | 3 |   |   |   |   | 4 |
| M&I-module                                                                                                                                                                           | 3B1 | 4 |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 3B2 | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 3B3 | 1 | 2 | 1 |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 3B4 | 3 |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 3B5 | 1 | 1 | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 3B6 | 1 | 2 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 3B7 | 2 |   | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 3B8 | 1 | 3 |   |   |   |   | 1 |   |   |   |   |   |
| Motivatie                                                                                                                                                                            | 3C  | 3 |   |   |   |   |   |   |   |   | 2 | 2 |   |
| Netwerkgorg                                                                                                                                                                          | 2C1 | 4 |   |   | 4 |   |   | 2 |   | 1 | 4 |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 2C2 | 2 | 1 | 1 |   | 1 | 3 |   |   | 3 |   | 2 | 2 |
| Doelbereiking zonder M&I                                                                                                                                                             | 3D1 |   |   |   | 4 |   |   |   |   | 3 |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 3D2 |   |   |   | 3 |   | 1 | 1 |   | 2 | 1 | 3 |   |
|                                                                                                                                                                                      | 3D3 |   |   |   | 1 | 1 |   |   |   | 3 |   | 2 | 2 |
| <i>Welke aanknopingspunten kunnen ontdekt worden om de M&amp;I-module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET de netwerkgorg voor COPD-patiënten verder te laten versterken?</i> |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ROSET                                                                                                                                                                                | 3A3 | 2 |   |   | 1 |   |   |   |   | 1 | 1 |   | 1 |
|                                                                                                                                                                                      | 3A4 | 4 |   |   | 2 | 2 |   | 3 |   |   |   |   | 4 |
| M&I-module                                                                                                                                                                           | 3B1 | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 3B2 | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 3B3 | 1 | 2 | 1 |   |   | 1 |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 3B5 | 1 | 1 | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 4B1 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 4B2 |   |   | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 4B3 |   |   |   | 1 |   | 3 |   |   | 1 |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                      | 4B4 | 4 |   |   | 3 | 1 |   | 1 |   | 2 |   |   |   |
| DBC                                                                                                                                                                                  | 4C  | 4 |   |   | 3 |   | 1 | 1 | 2 |   | 2 |   |   |

## Bijlage V: Resultaten SPSS voor enquête

In deze bijlage staan de resultaten van de toetsen die in SPSS uitgevoerd zijn met de verkregen gegevens uit de enquête. Elke toets bestaat uit minimaal twee stappen:

- het berekenen van de gemiddelden;
- het berekenen van de frequenties.

Indien er sprake was van een vergelijking tussen de M&I- en de POH-groep is tevens getoetst of de groepsgemiddelden significant van elkaar verschillen, of dat er een verband was tussen de twee getoetste variabelen. Om een duidelijke weergave te creëren zijn de toetsen daarnaast per deelvraag geordend, op volgorde waarvan ze in het hoofdstuk resultaten behandeld zijn. De toetsen die de uitgangssituatie van de M&I- en de POH-groep behandelen en dus niet relevant zijn voor het beantwoorden van de deelvragen, zijn als eerst gepresenteerd.

### Toetsen voor uitgangssituatie M&I en POH

*Zitten er grote verschillen tussen de uitgangssituaties van beide groepen?*

#### Verband met werkgebied

Deze toets is uitgevoerd om te zien of er een verband bestaat tussen de uitgangssituatie (M&I vs. POH) en de plaats van de praktijk (stedelijk vs. Platteland).

Report

Stedelijk of platteland?

| Type  | Mean | N  | Std. Deviation |
|-------|------|----|----------------|
| M&I   | 1.56 | 16 | .51            |
| POH   | 1.55 | 20 | .51            |
| Total | 1.56 | 36 | .50            |

Wanneer de gemiddelden met elkaar worden vergeleken, blijken deze weinig van elkaar te verschillen.

Type \* stedelijk of platteland? Crosstabulation

|      |       |               | Bevindt uw huisartsenpraktijk zich in stedelijk |            |        |
|------|-------|---------------|-------------------------------------------------|------------|--------|
|      |       |               | Stedelijk                                       | Platteland | Total  |
| Type | M&I   | Count         | 7                                               | 9          | 16     |
|      |       | % within Type | 43.8%                                           | 56.2%      | 100.0% |
|      | POH   | Count         | 9                                               | 11         | 20     |
|      |       | % within Type | 45.0%                                           | 55.0%      | 100.0% |
|      | Total | Count         | 16                                              | 20         | 36     |
|      |       | % within Type | 44.4%                                           | 55.6%      | 100.0% |

De frequentieverdeling bevestigt de uitkomst van de gemiddeldentabel. Ook hier is weinig verschil te zien.

#### Chi-Square Tests

|                                    | Value            | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------------|------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | .01 <sup>a</sup> | 1  | .94                   |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | .00              | 1  | 1.00                  |
| Likelihood Ratio                   | .01              | 1  | .94                   |
| Linear-by-Linear Association       | .01              | 1  | .94                   |
| N of Valid Cases                   | 36               |    |                       |

Voor de chi-kwadraattoets zijn de volgende hypothesissen opgesteld:

$H_0$  luidt dat er geen verband bestaat tussen het type (M&I of POH) en het gebied waarin ze werkzaam zijn.

$H_a$  luidt dat er wel een verband bestaat tussen het type (M&I of POH) en het gebied waarin ze werkzaam zijn.

$\alpha = 0.05$ , bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Er is uitgegaan van een tweezijdige toets. Uit de resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat de overschrijdingskans groter is dan  $\alpha$  en dat  $H_0$  dus niet verworpen kan worden. Er is dus geen verband tussen het type (M&I of POH) en het gebied waarin ze werkzaam zijn.

#### Verband met aantal huisartsen waar de respondent voor werkzaam is

Toets om te zien of er geen verband bestaat tussen de uitgangssituatie (M&I vs. POH) en het aantal huisartsen waar de POH werkzaam voor is.

#### Report

Welke situatie is van u op toepassing?

|                                          | Welke situatie is van u op toepassing? | N  | Mean | Std. Deviation |
|------------------------------------------|----------------------------------------|----|------|----------------|
| Voor hoeveel huisartsen bent u werkzaam? | M&I                                    | 16 | 2.19 | 2.04           |
|                                          | POH                                    | 20 | 2.40 | 1.64           |

De gemiddelden van de POH-groep zijn iets hoger dan die van de M&I-groep, het verschil is echter niet groot.

Type \* Voor hoeveel huisartsen bent u werkzaam? Crosstabulation

|      |     |               | Voor hoeveel huisartsen bent u werkzaam? |       |       |       |       |      |      |        |
|------|-----|---------------|------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|------|--------|
|      |     |               | 1                                        | 2     | 3     | 4     | 5     | 6    | 7    | Total  |
| Type | M&I | Count         | 11                                       | 1     | 0     | 0     | 3     | 0    | 1    | 16     |
|      |     | % within Type | 68.8%                                    | 6.2%  | .0%   | .0%   | 18.8% | .0%  | 6.2% | 100.0% |
|      | POH | Count         | 9                                        | 3     | 3     | 2     | 2     | 1    | 0    | 20     |
|      |     | % within Type | 45.0%                                    | 15.0% | 15.0% | 10.0% | 10.0% | 5.0% | .0%  | 100.0% |

Uit de tabel hierboven blijkt dat de meeste respondenten uit beide groepen voor één huisarts werken. Daarnaast valt op dat de POH-groep veel meer variatie kent dan de M&I-groep.

In de onderstaande tabel is een t-toets uitgevoerd:

Independent Samples Test

|                                   |                             | Levene's Test for Equality of Variances |      | t-test for Equality of Means |       |                 |                 |                       |                                           |       |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|------|------------------------------|-------|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------------------|-------|
|                                   |                             | F                                       | Sig. | T                            | df    | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference |       |
|                                   |                             |                                         |      |                              |       |                 |                 |                       | Lower                                     | Upper |
| Voor hoeveel huisartsen werkzaam? | Equal variances assumed     | .74                                     | .40  | -.35                         | 34    | .73             | -.21            | .61                   | -1.46                                     | 1.03  |
|                                   | Equal variances not assumed |                                         |      | -.34                         | 28.45 | .74             | -.21            | .63                   | -1.50                                     | 1.07  |

$H_0$  van de Levenetoets luidt dat de variaties in beide populaties gelijk zijn. Uit de F-waardes en de bijbehorende overschrijdingskansen blijkt dat de overschrijdingskans niet kleiner is dan de gebruikte  $\alpha$  van 0.05.  $H_0$  kan dus niet verworpen worden, zodat voor alle bovenstaande stellingen de uitkomsten van de t-toets voor gelijke varianties gebruikt moeten worden.

Voor de t-toets zijn naar aanleiding van de gemiddelden de onderstaande hypothesissen opgesteld:

$H_0$  luidt dat de steekproefgemiddelden niet verschillen.

$H_a$  luidt dat de steekproefgemiddelden wel verschillen.

Voor alle stellingen geldt  $\alpha = 0.05$ , bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Er is sprake van een tweezijdige toets, omdat deze test wil toetst of het aantal huisartsen waar een POH voor werkt van invloed is op het wel of niet starten met de M&I-module. SPSS berekent de tweezijdige overschrijdingskans, dus deze kan eenvoudig vergeleken worden met  $\alpha$ . Uit de resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat de overschrijdingskans groter is dan  $\alpha$ . Dit betekent de nulhypothese van gelijke steekproefgemiddelden niet verworpen kan worden. Er is dus geen verschil in het aantal huisartsen waarvoor beide groepen werken.

### Verband met eerstelijnscentrum

De onderstaande toets dient om te kijken of er een verband is tussen het type waar een respondent toe behoort en het feit of ze wel of niet werkzaam zijn in een eerste lijnscentrum.

Report

Praktijk onderdeel eerstelijnscentrum?

| Type  | Mean | N  | Std. Deviation |
|-------|------|----|----------------|
| M&I   | 1.62 | 16 | .50            |
| POH   | 1.60 | 20 | .50            |
| Total | 1.61 | 36 | .49            |

In de bovenstaande tabel valt te zien dat er zeer weinig verschil zit tussen de gemiddelden van beide groepen. Aangezien er geantwoord kon worden met ja (1) en nee (2), is in beide groepen iets meer dan de helft van de respondenten niet werkzaam in een gezondheidscentrum.

Type \* Vormt uw praktijk onderdeel van een eerstelijnscentrum? Crosstabulation

|      |       |               | Vormt uw praktijk onderdeel van een eerstelijnscentrum? |       |        |
|------|-------|---------------|---------------------------------------------------------|-------|--------|
|      |       |               | Ja                                                      | Nee   | Total  |
| Type | M&I   | Count         | 6                                                       | 10    | 16     |
|      |       | % within Type | 37.5%                                                   | 62.5% | 100.0% |
|      | POH   | Count         | 8                                                       | 12    | 20     |
|      |       | % within Type | 40.0%                                                   | 60.0% | 100.0% |
|      | Total | Count         | 14                                                      | 22    | 36     |
|      |       | % within Type | 38.9%                                                   | 61.1% | 100.0% |

De frequentietabel bevestigt de conclusies die uit de gemiddellentabel getrokken zijn.

Chi-Square Tests

|                                    | Value            | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | .02 <sup>a</sup> | 1  | .88                   | 1.00                 | .58                  |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | .00              | 1  | 1.00                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | .02              | 1  | .88                   |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                  |    |                       |                      |                      |
| Linear-by-Linear Association       | .02              | 1  | .88                   |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 36               |    |                       |                      |                      |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.22.

b. Computed only for a 2x2 table

Voor Fisher's Exact Test zijn de volgende hypothesissen opgesteld:

$H_0$  luidt dat er geen verband bestaat tussen het type (M&I of POH) en het feit of ze wel of niet in een eerstelijnscentrum werkzaam zijn.

$H_a$  luidt dat er wel een verband bestaat tussen het type (M&I of POH) en het feit of ze wel of niet in een eerstelijnscentrum werkzaam zijn.

$\alpha = 0.05$ , bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Er is uitgegaan van een tweezijdige toets. Uit de resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat de overschrijdingskans groter is dan  $\alpha$  en dat  $H_0$  dus niet verworpen kan worden. Er is dus geen verband tussen het type (M&I of POH) en het feit of ze wel of niet in een eerstelijnscentrum werkzaam zijn.

### Verband met betrokkenheid POH in huisartsenpraktijk

Hieronder wordt getoetst of de huisartsen die meedoen aan de M&I-module ook eerder een POH hadden dan de huisartsen die niet meedoen aan de M&I-module. Ook laat het zien of de POH bij de huisartsen die meedoen al langer ervaring hebben met COPD-zorg in de huisartsenpraktijk.

Hoe lang bent u al betrokken bij COPD-zorg in de huisartsenpraktijk?

| Type  | Mean | N  | Std. Deviation |
|-------|------|----|----------------|
| M&I   | 2.31 | 16 | .704           |
| POH   | 2.20 | 20 | .696           |
| Total | 2.25 | 36 | .692           |

Uit de bovenstaande tabel valt op te maken dat de M&I-groep gemiddeld iets langer betrokken is bij COPD-zorg in de huisartsenpraktijk dan de huisartsenpraktijk.

Type \* Hoe lang bent u zelf al betrokken bij COPD-zorg in de huisartsenpraktijk? Crosstabulation

|      |       |               | Hoe lang bent u zelf al betrokken bij COPD-zorg in de huisartsenpraktijk? |          |          |        |
|------|-------|---------------|---------------------------------------------------------------------------|----------|----------|--------|
|      |       |               | < 1 jaar                                                                  | 1-3 jaar | > 3 jaar | Total  |
| Type | M&I   | Count         | 2                                                                         | 7        | 7        | 16     |
|      |       | % within Type | 12.5%                                                                     | 43.8%    | 43.8%    | 100.0% |
|      | POH   | Count         | 3                                                                         | 10       | 7        | 20     |
|      |       | % within Type | 15.0%                                                                     | 50.0%    | 35.0%    | 100.0% |
|      | Total | Count         | 5                                                                         | 17       | 14       | 36     |
|      |       | % within Type | 13.9%                                                                     | 47.2%    | 38.9%    | 100.0% |

De frequentietabel laat zien dat de meeste respondenten uit de POH- en M&I-groep langer dan 1 jaar betrokken zijn bij COPD-zorg in de huisartsenpraktijk. Procentueel gezien is de M&I-groep iets langer betrokken dan de uit de POH-groep.

Om te toetsen of het verschil significant is, is de Kolmogorov-Smirnov-Test uitgevoerd. Deze test is het meest geschikt, omdat het ordinale variabelen uit een kleine steekproef zijn. Het is een eenzijdige toets, omdat naar aanleiding van de gemiddelden verwacht wordt dat de M&I-groep langer betrokken is bij COPD-zorg.

Test Statistics<sup>a</sup>

|                          |                        | Hoe lang bent u zelf al betrokken bij COPD-zorg in de huisartsenpraktijk? |
|--------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Most Extreme Differences | Absolute               | .088                                                                      |
|                          | Positive               | .088                                                                      |
|                          | Negative               | .000                                                                      |
|                          | Kolmogorov-Smirnov Z   | .261                                                                      |
|                          | Asymp. Sig. (2-tailed) | 1.000                                                                     |

a. Grouping Variable: Welke situatie is van u op toepassing?

Voor de Kolmogorov-Smirnov-Test zijn de volgende hypothesissen opgesteld:

$H_0$  luidt dat de steekproefgemiddelden niet verschillen.

$H_a$  luidt dat het steekproefgemiddelde van de M&I-groep hoger is.

$\alpha = 0.05$ , bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Er is sprake van een eenzijdige toets, omdat SPSS alleen de tweezijdige overschrijdingskans berekend heeft moet de overschrijdingskans door twee gedeeld worden. Uit de resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat de overschrijdingskans groter is dan  $\alpha$ . Dit betekent de nulhypothese van een gelijke gemiddelden geaccepteerd moet worden. Er is dus geen significant verschil tussen de tijd dat de M&I-groep en de POH-groep betrokken zijn bij COPD-zorg.

### Verband met werkervaring huisarts

Hieronder is gekeken of er een verband is tussen het type waartoe de respondent behoort en het aantal jaren dat de huisarts(en) waarvoor de respondent werkt praktiserend zijn. Er kon geen gemiddelde genomen worden, omdat niet bekend is hoe lang de huisartsen waarvoor de POH's werken exact werkzaam zijn. Daarnaast werkt een POH vaak voor meerdere huisartsen. Om die reden is er ook geen statistische toets uitgevoerd.

Type \* Aantal jaren werkervaring huisarts Crosstabulation

|      |       |               | Hoe lang zijn de huisartsen waarvoor u werkt al praktiserend? |               |           |        |
|------|-------|---------------|---------------------------------------------------------------|---------------|-----------|--------|
|      |       |               | < 3 jaar                                                      | 3 tot 10 jaar | > 10 jaar | Total  |
| Type | M&I   | Count         | 2                                                             | 13            | 20        | 50     |
|      |       | % within Type | 5.7%                                                          | 37.1%         | 57.2%     | 100.0% |
|      | POH   | Count         | 1                                                             | 24            | 25        | 35     |
|      |       | % within Type | 2.0%                                                          | 48.0%         | 50.0%     | 100.0% |
|      | Total | Count         | 3                                                             | 37            | 45        | 85     |
|      |       | % within Type | 3.5%                                                          | 43.5%         | 52.9%     | 100.0% |

Uit de tabel hierboven valt op te maken dat er weinig verschil zit tussen het aantal jaren dat de huisartsen waarvoor de respondenten uit beide groepen werken, praktiserend zijn.

### Samenwerking M&I en POH

Hieronder is getoetst of de respondenten uit de M&I-groep vaker samenwerken op het gebied van COPD dan respondenten uit de POH-groep.

Report

Werkt u samen met andere zorgverleners bij COPD

| Type  | Mean | N  | Std. Deviation |
|-------|------|----|----------------|
| M&I   | 1.06 | 16 | .250           |
| POH   | 1.30 | 20 | .470           |
| Total | 1.19 | 36 | .401           |

Als eerst is gekeken naar de gemiddelden voor de M&I- en de POH-groep. De antwoordmogelijkheden waren één of twee, wat betekent dat in beide groepen de meeste respondenten samenwerken met andere zorgverleners. De POH-groep scoort gemiddeld hoger de M&-groep en werkt dus minder vaak samen dan de M&I-groep.

Type \* Werkt u samen met andere zorgverleners bij COPD Crosstabulation

|      |       |               | Werkt u samen met andere zorgverleners bij COPD |       |        |
|------|-------|---------------|-------------------------------------------------|-------|--------|
|      |       |               | ja                                              | Nee   | Total  |
| Type | M&I   | Count         | 15                                              | 1     | 16     |
|      |       | % within Type | 93.8%                                           | 6.2%  | 100.0% |
|      | POH   | Count         | 14                                              | 6     | 20     |
|      |       | % within Type | 70.0%                                           | 30.0% | 100.0% |
|      | Total | Count         | 29                                              | 7     | 36     |
|      |       | % within Type | 80.6%                                           | 19.4% | 100.0% |

De kruistabel laat zien dat de M&I-groep procentueel vaker samenwerkt dan de POH-groep. Hieronder is getest of dit ook betekent dat er een verband is tussen het type respondent en het feit of ze wel of niet samenwerken. Fisher's Exact Test is het meest geschikt om dit verband te testen.

Chi-Square Tests

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 3.201 <sup>a</sup> | 1  | .074                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 1.864              | 1  | .172                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 3.552              | 1  | .059                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       | .104                 | .084                 |
| Linear-by-Linear Association       | 3.112              | 1  | .078                  |                      |                      |
| N of Valid Cases                   | 36                 |    |                       |                      |                      |

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.11.

b. Computed only for a 2x2 table

Voor Fisher's Exact Test zijn naar aanleiding van de gemiddelden de volgende hypothesissen opgesteld voor de bovenstaande variabelen:

$H_0$  luidt dat er geen verband bestaat tussen het type (M&I of POH) en het wel of niet samenwerken op het gebied van COPD

$H_a$  luidt dat de M&I-groep vaker samenwerkt op het gebied van COPD.

$\alpha = 0.05$ , bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Uit de resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat het verschil niet significant is en dat dus  $H_0$  niet verworpen kan worden. Er is geen verband tussen het type (M&I of POH) en het wel of niet samenwerken met een bepaalde zorgverlener.

## Deelvraag 2

***Welke factoren dragen bij aan het feit dat huisartsen en paramedici niet spontaan met elkaar gaan samenwerken, terwijl bekend is dat het de zorg aan COPD-patiënten kan verbeteren?***

### **Stellingen over samenwerken en (het opzetten van) netwerkzorg**

De onderstaande toets hoort bij vraag 31, vraag 31 heeft vijf stellingen die relevant zijn voor samenwerken. De eerste stelling betreft de mening van de respondent over samenwerken en de laatste vier zijn mogelijk barrières voor samenwerken. Op de stellingen kon met een likertschaal van één tot vijf geantwoord worden.

#### Report

| Type  |                | Samenwerken is van meerwaarde | Mogelijke barrières:                 |                                |                                             |                                            |
|-------|----------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
|       |                |                               | De tijd die geïnvesteerd moet worden | Gebrek aan financiële middelen | Gebrek aan motivatie van andere betrokkenen | Verschillen in visie tussen de betrokkenen |
| M&I   | Mean           | 4.44                          | 3.00                                 | 2.50                           | 2.06                                        | 2.19                                       |
|       | N              | 16                            | 16                                   | 16                             | 16                                          | 16                                         |
|       | Std. Deviation | .51                           | 1.10                                 | 1.27                           | 1.12                                        | 1.05                                       |
| POH   | Mean           | 4.39                          | 3.00                                 | 2.59                           | 3.06                                        | 2.65                                       |
|       | N              | 18                            | 17                                   | 17                             | 17                                          | 17                                         |
|       | Std. Deviation | .98                           | 1.28                                 | 1.06                           | 1.25                                        | 1.12                                       |
| Total | Mean           | 4.41                          | 3.00                                 | 2.55                           | 2.58                                        | 2.42                                       |
|       | N              | 34                            | 33                                   | 33                             | 33                                          | 33                                         |
|       | Std. Deviation | .78                           | 1.17                                 | 1.15                           | 1.28                                        | 1.09                                       |

Over het algemeen zit er weinig verschil tussen beide groepen. Het verschil tussen de gemiddelden is alleen (enigszins) groot bij de stellingen over het gebrek aan motivatie en de stelling over de verschillen in visie. Bij de eerste stelling scoort de M&I-groep gemiddeld iets hoger, bij de tweede stelling zijn de gemiddelden gelijk en bij de overige stellingen scoort de POH-groep gemiddeld iets hoger.

Wat betreft de eerste stelling was het te verwachten dat de M&I-groep hoger zou scoren, omdat gezien het vooronderzoek verwacht kan worden dat deze groep samenwerken belangrijker vindt. Wat betreft de overige stellingen was het van te voren moeilijk in te schatten welke groep hoger op een bepaalde barrière zou scoren. Wel was verwacht dat de POH-groep meer barrières zou benoemen en vaker hoger op de barrières zou scoren.

Frequencies M&amp;I

|   |                         | Samenwerken met andere disciplines is van meerwaarde |       | Mogelijke barrières |       |                                |       |                                             |       |                                            |       |
|---|-------------------------|------------------------------------------------------|-------|---------------------|-------|--------------------------------|-------|---------------------------------------------|-------|--------------------------------------------|-------|
|   |                         |                                                      |       | Gebrek aan tijd     |       | Gebrek aan financiële middelen |       | Gebrek aan motivatie van andere betrokkenen |       | Verschillen in visie tussen de betrokkenen |       |
|   |                         |                                                      | %     |                     | %     |                                | %     |                                             | %     |                                            | %     |
| N | Zeer mee oneens         | 0                                                    | .0    | 2                   | 12.5  | 3                              | 18.8  | 7                                           | 43.8  | 5                                          | 31.2  |
|   | Oneens                  | 0                                                    | .0    | 3                   | 18.8  | 7                              | 43.8  | 3                                           | 18.8  | 5                                          | 31.2  |
|   | deels eens deels oneens | 0                                                    | .0    | 4                   | 25.0  | 3                              | 18.8  | 4                                           | 25.0  | 4                                          | 25.0  |
|   | Eens                    | 9                                                    | 56.2  | 7                   | 43.8  | 1                              | 6.2   | 2                                           | 12.5  | 2                                          | 12.5  |
|   | Zeer mee eens           | 7                                                    | 43.8  | 0                   | .0    | 2                              | 12.5  | 0                                           | .0    | 0                                          | .0    |
|   | Total                   | 16                                                   | 100.0 | 16                  | 100.0 | 16                             | 100.0 | 16                                          | 100.0 | 16                                         | 100.0 |

Frequencies POH

|   |                         | Samenwerken met andere disciplines is van meerwaarde |       | Mogelijke barrières |       |                                |       |                                             |       |                                            |       |
|---|-------------------------|------------------------------------------------------|-------|---------------------|-------|--------------------------------|-------|---------------------------------------------|-------|--------------------------------------------|-------|
|   |                         |                                                      |       | Gebrek aan tijd     |       | Gebrek aan financiële middelen |       | Gebrek aan motivatie van andere betrokkenen |       | Verschillen in visie tussen de betrokkenen |       |
|   |                         |                                                      | %     |                     | %     |                                | %     |                                             | %     |                                            | %     |
| N | Zeer mee oneens         | 1                                                    | 5.6   | 2                   | 11.8  | 3                              | 17.6  | 2                                           | 11.8  | 2                                          | 11.8  |
|   | Oneens                  | 0                                                    | .0    | 5                   | 29.4  | 4                              | 23.5  | 4                                           | 23.5  | 7                                          | 41.2  |
|   | deels eens deels oneens | 0                                                    | .0    | 3                   | 17.6  | 8                              | 47.1  | 4                                           | 23.5  | 4                                          | 23.5  |
|   | Eens                    | 7                                                    | 38.9  | 5                   | 29.4  | 1                              | 5.9   | 5                                           | 29.4  | 3                                          | 17.6  |
|   | Zeer mee eens           | 10                                                   | 55.6  | 2                   | 11.8  | 1                              | 5.9   | 2                                           | 11.8  | 1                                          | 5.6   |
|   | Total                   | 18                                                   | 100.0 | 17                  | 100.0 | 17                             | 100.0 | 17                                          | 100.0 | 17                                         | 100.0 |

Wanneer de bovenstaande twee frequentietabellen vergeleken worden valt op dat de deelnemers aan de M&I-module eensgezinder zijn in hun mening. Het komt vaker voor dat meer dan 40% hetzelfde antwoord geeft en ook komt de score nul vaker voor.

Hieronder is gekozen voor de t-toets voor twee onafhankelijke groepen, omdat op de vijf stelling geantwoord kon worden met een likertschaal van 1-5. Hoewel dit puur theoretisch gezien ordinale variabelen zou opleveren, worden variabelen met een likertschaal in de praktijk vaak als intervalvariabelen behandeld. Aan de tweede eis voor een t-toets wordt daarnaast ook voldaan, omdat kan worden aangenomen dat de populatie waaruit het hier gebruikte sampel komt, normaal verdeeld is. De t-toets wordt gebruikt om vast te stellen of de gemiddelden van twee groepen aan elkaar gelijk zijn.

## Independent Samples Test

|                                                         |                             | Levene's Test for Equality of Variances |      | t-test for Equality of Means |       |                 |                 |                       |                                           |       |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|------|------------------------------|-------|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------------------|-------|
|                                                         |                             | F                                       | Sig. | t                            | Df    | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference |       |
|                                                         |                             |                                         |      |                              |       |                 |                 |                       | Lower                                     | Upper |
| 1: Samenwerken met andere disciplines is van meerwaarde | Equal variances assumed     | 1.19                                    | .28  | .30                          | 31    | .76             | .09             | .28                   | -.48                                      | .65   |
|                                                         | Equal variances not assumed |                                         |      | .31                          | 24.22 | .76             | .09             | .27                   | -.48                                      | .65   |
| 2: De tijd die geïnvesteerd moet worden                 | Equal variances assumed     | .68                                     | .42  | .00                          | 31    | 1.00            | .00             | .42                   | -.85                                      | .85   |
|                                                         | Equal variances not assumed |                                         |      | .00                          | 30.76 | 1.00            | .00             | .41                   | -.84                                      | .84   |
| 3: Het gebrek aan financiële middelen                   | Equal variances assumed     | .48                                     | .50  | -.22                         | 31    | .83             | -.09            | .41                   | -.92                                      | .74   |
|                                                         | Equal variances not assumed |                                         |      | -.22                         | 29.41 | .83             | -.09            | .41                   | -.92                                      | .75   |
| 4: Het gebrek aan motivatie van andere betrokkenen      | Equal variances assumed     | .07                                     | .79  | -2.40                        | 31    | .02             | -1.00           | .41                   | -1.84                                     | -.15  |
|                                                         | Equal variances not assumed |                                         |      | -2.41                        | 30.94 | .02             | -1.00           | .41                   | -1.84                                     | -.15  |
| 5: De verschillen in visie tussen de betrokkenen        | Equal variances assumed     | .09                                     | .76  | -1.22                        | 31    | .23             | -.46            | .38                   | -1.23                                     | .31   |
|                                                         | Equal variances not assumed |                                         |      | -1.22                        | 31.00 | .23             | -.46            | .38                   | -1.23                                     | .31   |

Voor alle stellingen in de bovenstaande tabel geldt dat  $H_0$  van de Levenetoets luidt dat de variaties in beide populaties gelijk zijn. Uit de F-waardes en de bijbehorende overschrijdskansen blijkt dat de overschrijdskans niet één maal kleiner is dan de gebruikte  $\alpha$  van 0.05 (één maal gelijk).  $H_0$  kan dus niet verworpen worden, zodat voor alle bovenstaande stellingen de uitkomsten van de t-toets voor gelijke varianties gebruikt moeten worden.

Voor de t-toets zijn naar aanleiding van de gemiddelden de onderstaande hypothesissen opgesteld voor stelling 1:

$H_0$  luidt dat de steekproefgemiddelden niet verschillen.

$H_a$  luidt dat de steekproefgemiddelden van de M&I-groep hoger zijn.

Voor de t-toets zijn naar aanleiding van de gemiddelden de onderstaande hypothesissen opgesteld voor stelling 2:

$H_0$  luidt dat de steekproefgemiddelden niet verschillen.

$H_a$  luidt dat de steekproefgemiddelden wel verschillen.

Voor de t-toets zijn naar aanleiding van de gemiddelden de onderstaande hypothesissen opgesteld voor stelling 3,4 en 5:

$H_0$  luidt dat de steekproefgemiddelden niet verschillen.

$H_a$  luidt dat de steekproefgemiddelden van de M&I-groep lager zijn.

Voor alle stellingen geldt  $\alpha = 0.05$ , bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Voor alle stellingen, behalve stelling drie, is sprake van een eenzijdige toets. Bij deze stellingen moeten de overschrijdingskansen door twee gedeeld worden, omdat SPSS alleen de tweezijdige overschrijdingskans berekend heeft.

Uit de resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat de overschrijdingskans alleen bij stelling vijf kleiner is dan  $\alpha$ . Dit betekent dat de nulhypothese van gelijke meningen over het gebrek aan motivatie verworpen moet worden. Doordat daarnaast het gemiddelde van de M&I-groep lager is dan dat van de POH-groep, kan  $H_a$  geaccepteerd worden. De M&I-groep heeft het gebrek aan motivatie van betrokkenen significant minder als een barrière ervaren dan de POH-groep. Voor de overige drie stellingen geldt dat er geen significant verschil zit tussen de gemiddelden van de POH en de M&I-groep.  $H_0$  kan voor deze stellingen dus niet verworpen worden.

### Deelvraag 3

*In welke mate speelde de M&I-module een rol in de beslissing van huisartsen om aan COPD-netwerkzorg te beginnen?*

#### Start samenwerkingsverbanden ten opzichte van de deelname aan de M&I-module

Om te zien of de M&I-module ook invloed heeft gehad op het starten van samenwerkingsverbanden is gekeken of deze voor of na de module gestart zijn.

Frequencies

|                     | Aanwezigheid samenwerking t.o.v. start M&I-module |      |               |       |               |      |       |     |         |
|---------------------|---------------------------------------------------|------|---------------|-------|---------------|------|-------|-----|---------|
|                     | Voor de start                                     |      | Binnen 1 jaar |       | Binnen 2 jaar |      | Total |     | Missing |
|                     |                                                   | %    |               | %     |               | %    |       | %   |         |
| Fysiotherapeut      | 6                                                 | 60.0 | 3             | 30.0  | 1             | 10.0 | 10    | 100 | 3       |
| Diëtist             | 7                                                 | 63.3 | 3             | 27.3  | 1             | 9.4  | 11    | 100 | 3       |
| Apotheek            | 4                                                 | 80.0 | 1             | 20.0  | 0             | .0   | 5     | 100 | 4       |
| Longarts            | 3                                                 | 42.9 | 4             | 57.1  | 0             | .0   | 7     | 100 | 2       |
| Longverpleegkundige | 0                                                 | .0   | 2             | 100.0 | 0             | .0   | 2     | 100 | 2       |
| Laboratorium        | 3                                                 | 75.0 | 1             | 25.0  | 0             | .0   | 4     | 100 | 0       |

Opvallend is dat de meeste samenwerkingsverbanden al voor de M&I-module bestonden en veel van de overige samenwerkingsverbanden binnen één jaar na de start van de M&I-module begonnen zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat men op andere gebieden, bijvoorbeeld diabetes, al met elkaar samenwerkte. Twee respondenten geven dit ook aan.

#### Stellingen over samenwerken en (het opzetten van) netwerkzorg

De onderstaande toets hoort bijvraag 31, vraag 31 heeft acht stellingen over samenwerken en (het opzetten van) netwerkzorg. Op de stellingen kon met een likertschaal van één tot vijf geantwoord worden.

# Report

|       |                | Mening samenwerken + netwerkgang |                                    | Mogelijke barrières: |                                |                                             |                                            |                                                    |                                                         |
|-------|----------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|       |                | Samenwerken is van meerwaarde    | COPD-netwerkgang is van meerwaarde | Gebrek aan tijd      | Gebrek aan financiële middelen | Gebrek aan motivatie van andere betrokkenen | Verschillen in visie tussen de betrokkenen | Gebrek aan kennis over de opzet van COPD-ketengang | Gebrek aan kennis over de uitvoering van COPD-ketengang |
| M&I   | Mean           | 4.44                             | 3.94                               | 3.00                 | 2.50                           | 2.06                                        | 2.19                                       | 2.56                                               | 2.19                                                    |
|       | N              | 16                               | 16                                 | 16                   | 16                             | 16                                          | 16                                         | 16                                                 | 16                                                      |
|       | Std. Deviation | .512                             | .772                               | 1.095                | 1.265                          | 1.124                                       | 1.047                                      | 1.263                                              | 1.047                                                   |
| POH   | Mean           | 4.39                             | 3.72                               | 3.00                 | 2.59                           | 3.06                                        | 2.65                                       | 2.12                                               | 2.18                                                    |
|       | N              | 18                               | 18                                 | 17                   | 17                             | 17                                          | 17                                         | 17                                                 | 17                                                      |
|       | Std. Deviation | .979                             | .958                               | 1.275                | 1.064                          | 1.249                                       | 1.115                                      | .857                                               | .809                                                    |
| Total | Mean           | 4.41                             | 3.82                               | 3.00                 | 2.55                           | 2.58                                        | 2.42                                       | 2.33                                               | 2.18                                                    |
|       | N              | 34                               | 34                                 | 33                   | 33                             | 33                                          | 33                                         | 33                                                 | 33                                                      |
|       | Std. Deviation | .783                             | .869                               | 1.173                | 1.148                          | 1.275                                       | 1.091                                      | 1.080                                              | .917                                                    |

Over het algemeen zit er weinig verschil tussen beide groepen. Het verschil tussen de gemiddelden is alleen (enigszins) groot bij de stellingen over het gebrek aan motivatie en de stelling over de verschillen in visie. Bij de eerste en de laatste twee stellingen scoort de M&I-groep gemiddeld iets hoger, bij de derde stelling zijn de gemiddelden gelijk en bij de overige stellingen scoort de POH-groep gemiddeld iets hoger.

Wat betreft de eerste twee stellingen was te verwachten dat de M&I-groep hoger zou scoren, omdat gezien het vooronderzoek verwacht kan worden dat deze groep samenwerken en ketengang belangrijker vindt. Wat betreft de overige stellingen was het van te voren moeilijk in te schatten welke groep hoger op een bepaalde barrière zou scoren. Wel was verwacht dat de POH-groep meer barrières zou benoemen en vaker hoger op de barrières zou scoren. Dit laatste blijkt dus niet het geval als naar de zes mogelijke barrières wordt gekeken.

Frequencies voor M&I

|                    | Samen-<br>werken is<br>van meer-<br>waarde |       | COPD-net-<br>werkzorg is<br>van meer-<br>waarde |       | Gebrek<br>aan tijd |       | Gebrek aan<br>financiële<br>middelen |       | Gebrek aan<br>motivatie<br>van andere<br>betrokkenen |       | Verschillen<br>in visie<br>tussen de<br>betrok-<br>kenen |       | Gebrek aan<br>kennis over<br>de opzet van<br>COPD-<br>netwerkzorg |       | Gebrek aan<br>kennis over<br>de uitvoering<br>van COPD-<br>netwerkzorgz<br>org |       |
|--------------------|--------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------|-------|--------------------|-------|--------------------------------------|-------|------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------|-------|
|                    |                                            | %     |                                                 | %     |                    | %     |                                      | %     |                                                      | %     |                                                          | %     |                                                                   | %     |                                                                                | %     |
| N                  | 0                                          | 0.0   | 0                                               | 0.0   | 2                  | 12.5  | 3                                    | 18.8  | 7                                                    | 43.8  | 5                                                        | 31.2  | 4                                                                 | 25.0  | 4                                                                              | 25.0  |
| Zeer mee<br>oneens | 0                                          | 0.0   | 1                                               | 6.2   | 3                  | 18.8  | 7                                    | 43.8  | 3                                                    | 18.8  | 5                                                        | 31.2  | 4                                                                 | 25.0  | 7                                                                              | 43.8  |
| Oneens             | 0                                          | 0.0   | 2                                               | 12.5  | 4                  | 25.0  | 3                                    | 18.8  | 4                                                    | 25.0  | 4                                                        | 25.0  | 4                                                                 | 25.0  | 4                                                                              | 25.0  |
| deels eens         | 9                                          | 56.2  | 10                                              | 62.5  | 7                  | 43.8  | 1                                    | 6.2   | 2                                                    | 12.5  | 2                                                        | 12.5  | 3                                                                 | 18.8  | 0                                                                              | 0.0   |
| deels oneens       | 7                                          | 43.8  | 3                                               | 18.8  | 0                  | 0.0   | 2                                    | 12.5  | 0                                                    | 0.0   | 0                                                        | 0.0   | 1                                                                 | 6.2   | 1                                                                              | 6.2   |
| Eens               | 16                                         | 100.0 | 16                                              | 100.0 | 16                 | 100.0 | 16                                   | 100.0 | 16                                                   | 100.0 | 16                                                       | 100.0 | 16                                                                | 100.0 | 16                                                                             | 100.0 |
| Zeer mee<br>eens   |                                            |       |                                                 |       |                    |       |                                      |       |                                                      |       |                                                          |       |                                                                   |       |                                                                                |       |
| Total              |                                            |       |                                                 |       |                    |       |                                      |       |                                                      |       |                                                          |       |                                                                   |       |                                                                                |       |

Frequencies voor POH

|                    | Samen-<br>werken is<br>van meer-<br>waarde |       | COPD-net-<br>werkzorg is<br>van meer-<br>waarde |       | Gebrek<br>aan tijd |       | Gebrek aan<br>financiële<br>middelen |       | Gebrek aan<br>motivatie<br>van andere<br>betrokkenen |       | Verschillen<br>in visie<br>tussen de<br>betrok-<br>kenen |       | Gebrek aan<br>kennis over<br>de opzet<br>van COPD-<br>netwerkzorg |       | Gebrek aan<br>kennis over<br>de uitvoering<br>van COPD-<br>netwerkzorg |       |
|--------------------|--------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------|-------|--------------------|-------|--------------------------------------|-------|------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------|-------|
|                    |                                            | %     |                                                 | %     |                    | %     |                                      | %     |                                                      | %     |                                                          | %     |                                                                   | %     |                                                                        | %     |
| N                  | 1                                          | 5.6   | 0                                               | 0.0   | 2                  | 11.8  | 3                                    | 17.6  | 2                                                    | 11.8  | 2                                                        | 11.8  | 4                                                                 | 23.5  | 3                                                                      | 17.6  |
| Zeer mee<br>oneens | 0                                          | .0    | 1                                               | 5.6   | 5                  | 29.4  | 4                                    | 23.5  | 4                                                    | 23.5  | 7                                                        | 41.2  | 8                                                                 | 47.1  | 9                                                                      | 52.9  |
| Oneens             | 0                                          | .0    | 5                                               | 27.8  | 3                  | 17.6  | 8                                    | 47.1  | 4                                                    | 23.5  | 4                                                        | 23.5  | 4                                                                 | 23.5  | 4                                                                      | 23.5  |
| deels eens         | 7                                          | 38.9  | 9                                               | 50.0  | 5                  | 29.4  | 1                                    | 5.9   | 5                                                    | 29.4  | 3                                                        | 17.6  | 1                                                                 | 5.9   | 1                                                                      | 5.9   |
| deels oneens       | 10                                         | 55.6  | 3                                               | 16.7  | 2                  | 11.8  | 1                                    | 5.9   | 2                                                    | 11.8  | 1                                                        | 5.9   | 0                                                                 | 0.0   | 0                                                                      | 0.0   |
| Eens               | 18                                         | 100.0 | 18                                              | 100.0 | 17                 | 100.0 | 17                                   | 100.0 | 17                                                   | 100.0 | 17                                                       | 100.0 | 17                                                                | 100.0 | 17                                                                     | 100.0 |
| Zeer mee<br>eens   |                                            |       |                                                 |       |                    |       |                                      |       |                                                      |       |                                                          |       |                                                                   |       |                                                                        |       |
| Total              |                                            |       |                                                 |       |                    |       |                                      |       |                                                      |       |                                                          |       |                                                                   |       |                                                                        |       |

Wanneer de bovenstaande twee frequentietabellen vergeleken worden valt op dat de deelnemers aan de M&I-module eensgezinder zijn in hun mening. Het komt zeven keer voor dat  $\geq 40\%$  hetzelfde antwoord geeft tegen over vijf keer bij de POH's en ook komt het vaker dat er een nul in de tabel staat. Oftewel er is minder variatie.

Hieronder is de t-toets voor twee onafhankelijke groepen uitgevoerd. De t-toets wordt gebruikt om vast te stellen of de gemiddelden van de twee groepen aan elkaar gelijk zijn.

#### Independent Samples Test

|                                                            |                             | Levene's Test for Equality of Variances |      | t-test for Equality of Means |       |                 |                 |                       |                                           |       |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|------|------------------------------|-------|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------------------|-------|
|                                                            |                             | F                                       | Sig. | t                            | df    | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference |       |
|                                                            |                             |                                         |      |                              |       |                 |                 |                       | Lower                                     | Upper |
| 1: Samenwerken met andere disciplines is van meerwaarde    | Equal variances assumed     | 1.19                                    | .28  | .30                          | 31    | .76             | .09             | .28                   | -.48                                      | .65   |
|                                                            | Equal variances not assumed |                                         |      | .31                          | 24.22 | .76             | .09             | .27                   | -.48                                      | .65   |
| 2: COPD-ketenzorg is van meerwaarde                        | Equal variances assumed     | 1.44                                    | .24  | .75                          | 31    | .46             | .23             | .31                   | -.40                                      | .86   |
|                                                            | Equal variances not assumed |                                         |      | .75                          | 30.05 | .46             | .23             | .31                   | -.40                                      | .86   |
| 3: De tijd die geïnvesteerd moet worden                    | Equal variances assumed     | .68                                     | .42  | .00                          | 31    | 1.00            | .00             | .42                   | -.85                                      | .85   |
|                                                            | Equal variances not assumed |                                         |      | .00                          | 30.76 | 1.00            | .00             | .41                   | -.84                                      | .84   |
| 4: Het gebrek aan financiële middelen                      | Equal variances assumed     | .48                                     | .50  | -.22                         | 31    | .83             | -.09            | .41                   | -.92                                      | .74   |
|                                                            | Equal variances not assumed |                                         |      | -.22                         | 29.41 | .83             | -.09            | .41                   | -.92                                      | .75   |
| 5: Het gebrek aan motivatie van andere betrokkenen         | Equal variances assumed     | .07                                     | .79  | -2.40                        | 31    | .02             | -1.00           | .41                   | -1.84                                     | -.15  |
|                                                            | Equal variances not assumed |                                         |      | -2.41                        | 30.94 | .02             | -1.00           | .41                   | -1.84                                     | -.15  |
| 6: De verschillen in visie tussen de betrokkenen           | Equal variances assumed     | .09                                     | .76  | -1.22                        | 31    | .23             | -.46            | .38                   | -1.23                                     | .31   |
|                                                            | Equal variances not assumed |                                         |      | -1.22                        | 31.00 | .23             | -.46            | .38                   | -1.23                                     | .31   |
| 7: Gebrek aan kennis over de opzet van COPD-ketenzorg      | Equal variances assumed     | 4.31                                    | .05  | 1.19                         | 31    | .24             | .45             | .37                   | -.32                                      | 1.21  |
|                                                            | Equal variances not assumed |                                         |      | 1.18                         | 26.21 | .25             | .45             | .38                   | -.33                                      | 1.22  |
| 8: Gebrek aan kennis over de uitvoering van COPD-ketenzorg | Equal variances assumed     | .54                                     | .47  | .03                          | 31    | .97             | .01             | .33                   | -.65                                      | .67   |
|                                                            | Equal variances not assumed |                                         |      | .03                          | 28.24 | .97             | .01             | .33                   | -.66                                      | .68   |

Voor alle stellingen in de bovenstaande tabel geldt dat  $H_0$  van de Levenetoets luidt dat de variaties in beide populaties gelijk zijn. Uit de F-waardes en de bijbehorende overschrijdingskansen blijkt dat de overschrijdingskans niet één maal kleiner is dan de gebruikte  $\alpha$  van 0.05 (één maal gelijk).  $H_0$  kan dus niet verworpen worden, zodat voor alle bovenstaande stellingen de uitkomsten van de t-toets voor gelijke varianties gebruikt moeten worden.

Voor de t-toets zijn naar aanleiding van de gemiddelden de onderstaande hypothesissen opgesteld voor stelling 1,2,7 en 8:

$H_0$  luidt dat de steekproefgemiddelden niet verschillen.

$H_a$  luidt dat de steekproefgemiddelden van de M&I-groep hoger zijn.

Voor de t-toets zijn naar aanleiding van de gemiddelden de onderstaande hypothesissen opgesteld voor stelling 3:

$H_0$  luidt dat de steekproefgemiddelden niet verschillen.

$H_a$  luidt dat de steekproefgemiddelden wel verschillen.

Voor de t-toets zijn naar aanleiding van de gemiddelden de onderstaande hypothesissen opgesteld voor stelling 4,5 en 6:

$H_0$  luidt dat de steekproefgemiddelden niet verschillen.

$H_a$  luidt dat de steekproefgemiddelden van de M&I-groep lager zijn.

Voor alle stellingen geldt  $\alpha = 0.05$ , bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Voor alle stellingen, behalve stelling drie, is sprake van een eenzijdige toets. Bij deze stellingen moeten de overschrijdingskansen door twee gedeeld worden, omdat SPSS alleen de tweezijdige overschrijdingskansen berekend heeft.

Uit de resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat de overschrijdingskans alleen bij stelling vijf kleiner is dan  $\alpha$ . Dit betekent de nulhypothese van gelijke meningen over het gebrek aan motivatie verworpen moet worden. Doordat daarnaast het gemiddelde van de M&I-groep lager is dan dat van de POH-groep, kan  $H_a$  geaccepteerd worden. De M&I-groep heeft het gebrek aan motivatie van betrokkenen significant minder als een barrière ervaren dan de POH-groep. Voor de overige zeven stellingen geldt dat er geen significant verschil zit tussen de gemiddelden van de POH en de M&I-groep.  $H_0$  kan voor deze stellingen dus niet verworpen worden.

### **Overige ervaren barrières om te starten met netwerkzorg:**

De onderstaande antwoorden zijn gegeven op de vraag of de respondenten nog andere barrières hebben ervaren dan degene bij de hiervoor behandelde toets.

#### **M&I-groep**

-Eindresultaten niet allemaal uit HIS systeem te halen, zoals fitheidstest. Alles moet per patiënt bijgehouden worden om aan het einde van M&I terug te koppelen aan zorgverzekeraar.

-Ja, fysiotherapie en diëtist zijn nog niet klaar voor een hele groep nieuwe patiënten.

-Tijdgebrek.

-Te weinig interesse bij HA-en om zich daadwerkelijk te verdiepen.

-Ziekte binnen de praktijk, vooral tijdsgebrek.

-Nee, behalve de eindevaluatie.

-Vooral tijd.

- Belang van de huisarts en ROSET, het draait teveel om de centen en dat belemmert de POH
- Kostte veel tijd.
- in het begin is het vooral erg tijdrovend en dat wordt onvoldoende gecompenseerd. Het is complex en tijdrovend, je moet aan veel dingen denken. Alle samenwerkingspartners hebben financieel andere belangen.

#### **POH-groep**

- We zijn bij THOON aangesloten, en wachten op de invoering van COPD-ketenzorg via hen. Proberen ondertussen al zoveel mogelijk ons te houden aan het door hen gemaakte COPD-protocol.
- Tijdgebrek, inmiddels opgegeven voor CASPIR-cursus
- We zijn een solopraktijk dan heb je de middelen niet we wachten totdat THOON ermee begint.
- Problemen bij diabetes ketenzorg hebben ervoor gezorgd dat we daar niet aan willen beginnen. Dat programma kostte zeer veel tijd en liep niet.

## Deelvraag 4

*In welke mate hebben de M&I module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET bijgedragen aan het bereiken van de gestelde doelstellingen?*

### Opsporen COPD-patiënten

Onderstaand is getoetst welke screeningsactiviteiten respondenten ondernomen hebben om COPD-patiënten op te sporen. Het ging om de volgende activiteiten:

- Opsporen van patiënten met een relevante ICPC-codering (bronchitis, COPD, astma, hoesten)
- Opsporen van patiënten met inhalatiemedicatie (in afstemming met de apotheek)
- Opsporen van patiënten die het afgelopen jaar vaker dan twee keer een antibioticakuur voor luchtwegklachten hebben gehad (in afstemming met de apotheek)
- Aan patiënten ouder dan 40 jaar met langdurige of recidiverende luchtwegklachten (die roken of gerookt hebben) wordt spirometrie aangeboden.

Report

| Type  |                | ICPC-codering | Inhalatie-<br>medicatie | > 2 x<br>antibioticakuur | > 40 + lucht-<br>wegklachten | Geen |
|-------|----------------|---------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------|------|
| M&I   | Mean           | 1.06          | 1.19                    | 1.56                     | 1.19                         | 1.94 |
|       | N              | 16            | 16                      | 16                       | 16                           | 16   |
|       | Std. Deviation | .250          | .403                    | .512                     | .403                         | .250 |
| POH   | Mean           | 1.11          | 1.06                    | 1.61                     | 1.39                         | 2.00 |
|       | N              | 18            | 18                      | 18                       | 18                           | 18   |
|       | Std. Deviation | .323          | .236                    | .502                     | .502                         | .000 |
| Total | Mean           | 1.09          | 1.12                    | 1.59                     | 1.29                         | 1.97 |
|       | N              | 34            | 34                      | 34                       | 34                           | 34   |
|       | Std. Deviation | .288          | .327                    | .500                     | .462                         | .171 |

Bij de M&I-groep zijn de eerste, tweede en vierde screeningsactiviteit het vaakst ondernomen en bij de POH-groep de eerste en tweede screeningsactiviteit. Opvallend is dat meer respondenten uit de POH-groep de tweede screeningsactiviteit ondernomen hebben dan de M&I-groep. De verschillen in gemiddelden tussen beide groepen zijn niet erg groot.

Frequentie M&I

|   |       | ICPC-codering |       | Inhalatie-<br>medicatie |       | > 2 x anti-<br>bioticakuur |       | > 40 + lucht-<br>wegklachten |       | Geen |       |
|---|-------|---------------|-------|-------------------------|-------|----------------------------|-------|------------------------------|-------|------|-------|
|   |       |               | %     |                         | %     |                            | %     |                              | %     |      | %     |
| N | Ja    | 15            | 93.8  | 13                      | 81.2  | 7                          | 43.8  | 13                           | 81.2  | 1    | 6.2   |
|   | Nee   | 1             | 6.2   | 3                       | 18.8  | 9                          | 56.2  | 3                            | 18.8  | 15   | 93.8  |
|   | Total | 16            | 100.0 | 16                      | 100.0 | 16                         | 100.0 | 16                           | 100.0 | 16   | 100.0 |

Frequentie POH

|   |       | ICPC-codering |       | Inhalatie-<br>medicatie |       | > 2 x anti-<br>bioticakuur |       | > 40 + lucht-<br>wegklachten |       | Geen |       |
|---|-------|---------------|-------|-------------------------|-------|----------------------------|-------|------------------------------|-------|------|-------|
|   |       |               | %     |                         | %     |                            | %     |                              | %     |      | %     |
| N | Ja    | 16            | 88.9  | 17                      | 94.4  | 7                          | 38.9  | 11                           | 61.1  | 0    | .0    |
|   | Nee   | 2             | 11.1  | 1                       | 5.6   | 11                         | 61.1  | 7                            | 38.9  | 18   | 100.0 |
|   | Total | 20            | 100.0 | 20                      | 100.0 | 20                         | 100.0 | 18                           | 100.0 | 18   | 100.0 |

De frequentietabel bevestigt de eerdere observaties en laat daarnaast zien dat bij de M&I-groep één respondent geen enkele van de screeningsactiviteiten ondernomen heeft en dat bij de POH-groep alle respondenten wel een activiteit ondernomen hebben.

Hieronder is Fisher's Exact Test uitgevoerd om te toetsen of er een verband zit tussen het type respondent en het uitvoeren van een bepaalde screeningsactiviteit.

Fisher's Exact Test

|                        |                         | ICPC-codering | Inhalatie-<br>medicatie | > 2 x<br>antibioticakuur | > 40 + lucht-<br>wegklachten | Geen |
|------------------------|-------------------------|---------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------|------|
| Fisher's<br>Exact Test | Exact Sig.<br>(2-sided) | .47           | .27                     | 1.00                     | .32                          | 1.00 |
|                        | Exact Sig.<br>(1-sided) | .47           | .18                     | .52                      | .26                          | .55  |

Voor Fisher's Exact Test zijn naar aanleiding van de gemiddelden de volgende hypothesissen opgesteld voor alle bovenstaande variabelen:

$H_0$  luidt dat er geen verband bestaat tussen het type (M&I of POH) en het uitvoeren van de screeningactiviteit

$H_a$  luidt dat de er wel een verband is tussen het type respondent en het uitvoeren van een bepaalde screeningsactiviteit.

$\alpha = 0.05$ , bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Uit de resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat het verschil niet één maal significant is en dat  $H_0$  niet verworpen kan worden. Er is dus geen verband tussen het type (M&I of POH) en het wel of niet uitvoeren van een bepaalde screeningsactiviteit.

Naast het welk type screeningsactiviteiten de praktijken van de respondenten uit hebben gevoerd, is ook gekeken hoeveel van de vier activiteiten zijn uitgevoerd. Hiermee is geprobeerd inzicht te krijgen in de mate waarin de praktijken van de respondenten actief zijn geweest om nieuwe COPD-patiënten op te sporen.

Aantal screeningsactiviteiten

| Type  | Mean | N  | Std. Deviation |
|-------|------|----|----------------|
| M&I   | 3.00 | 16 | 1.10           |
| POH   | 2.83 | 18 | .79            |
| Total | 2.91 | 34 | .93            |

Uit de gemiddelden blijkt dat de M&I-groep gemiddeld iets meer screeningsactiviteiten heeft uitgevoerd dan de POH-groep. Beiden komen uit op gemiddeld drie screeningsactiviteiten.

Type \* Hoeveel screeningsactiviteiten heeft u ondernomen? Crosstabulation

|      |       |               | Hoeveel screeningsactiviteiten heeft u ondernomen? |       |       |       |        |
|------|-------|---------------|----------------------------------------------------|-------|-------|-------|--------|
|      |       |               | 0                                                  | 2     | 3     | 4     | Total  |
| Type | M&I   | Count         | 1                                                  | 3     | 6     | 6     | 16     |
|      |       | % within Type | 6.2%                                               | 18.8% | 37.5% | 37.5% | 100.0% |
|      | POH   | Count         | 0                                                  | 7     | 7     | 4     | 18     |
|      |       | % within Type | .0%                                                | 38.9% | 38.9% | 22.2% | 100.0% |
|      | Total | Count         | 1                                                  | 10    | 13    | 10    | 34     |
|      |       | % within Type | 2.9%                                               | 29.4% | 38.2% | 29.4% | 100.0% |

De frequentietabel laat zien dat het verschil tussen de gemiddelden van beide groepen veroorzaakt wordt doordat de POH-groep vaker twee screeningsactiviteiten en de M&I-groep vaker vier screeningsactiviteiten heeft uitgevoerd.

Om te testen of het verschil tussen beide groepen significant is, is hieronder de t-toets uitgevoerd:

Independent Samples Test

|                                |                             | Levene's Test for Equality of Variances |      | t-test for Equality of Means |        |                 |                 |                       |                                           |       |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------------------|-------|
|                                |                             | F                                       | Sig. | t                            | df     | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference |       |
|                                |                             |                                         |      |                              |        |                 |                 |                       | Lower                                     | Upper |
| Aantal screenings-activiteiten | Equal variances assumed     | .236                                    | .631 | .514                         | 32     | .611            | .167            | .324                  | -.494                                     | .827  |
|                                | Equal variances not assumed |                                         |      | .504                         | 26.897 | .618            | .167            | .331                  | -.512                                     | .845  |

$H_0$  van de Levenetoets luidt dat de variaties in beide populaties gelijk zijn. Uit de F-waarde en de bijbehorende overschrijdingskans blijkt dat de overschrijdingskans niet kleiner is dan de gebruikte  $\alpha$  van 0.05.  $H_0$  kan dus niet verworpen worden, zodat de uitkomst van de t-toets voor gelijke varianties gebruikt moeten worden.

Voor de t-toets zijn naar aanleiding van de gemiddelden de onderstaande hypothesissen opgesteld:

$H_0$  luidt dat de steekproefgemiddelden niet verschillen.

$H_a$  luidt dat de steekproefgemiddelden van de M&I-groep hoger zijn.

Er is sprake van een eenzijdige toets, de overschrijdingskans moet dus door twee gedeeld worden. Uit de resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat de overschrijdingskans groter is dan  $\alpha$ . Dit betekent de nulhypothese van gelijke steekproefgemiddelden niet verworpen kan worden. Er zit geen significant verschil tussen het gemiddeld aantal screeningsactiviteiten van de POH en de M&I-groep.

## Kwaliteit van leven

Hieronder is gemeten of de kwaliteit van leven van de COPD-patiënten van de respondenten verbeterd is ten opzichte van de periode voordat ze met de opzet van COPD-netwerkgzorg begonnen.

Verbetering van kwaliteit van leven

|          | Frequency | Percent |
|----------|-----------|---------|
| Valid Ja | 6         | 37.5    |
| Nee      | 10        | 62.5    |
| Total    | 16        | 100.0   |
| Mean     | 1.62      |         |

Uit de tabel hierboven blijkt dat ruim 60% van de respondenten gemiddeld gezien nog geen verbetering in de kwaliteit van leven van hun COPD gemeten hebben. Dit komt niet overeen met de doelstellingen vanuit de M&I-module.

## Samenwerking M&I en POH

Toetsen betreffende het voorkomen van samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en andere eerste- en tweedelijnsdisciplines.

report

| Type  |                | Samenwerking met fysiotherapeut? | Samenwerking met diëtist? | Samenwerking met apotheker | Samenwerking met longarts | Samenwerking met longerpleegkundige | Samenwerking met laboratorium | Ik werk niet samen |
|-------|----------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| M&I   | Mean           | 1.19                             | 1.13                      | 1.44                       | 1.44                      | 1.75                                | 1.75                          | 1.06               |
|       | N              | 16                               | 16                        | 16                         | 16                        | 16                                  | 16                            | 16                 |
|       | Std. Deviation | .403                             | .342                      | .512                       | .512                      | .447                                | .447                          | .250               |
| POH   | Mean           | 1.35                             | 1.40                      | 1.75                       | 1.75                      | 1.90                                | 1.95                          | 1.25               |
|       | N              | 20                               | 20                        | 20                         | 20                        | 20                                  | 20                            | 20                 |
|       | Std. Deviation | .489                             | .503                      | .444                       | .444                      | .308                                | .224                          | .44                |
| Total | Mean           | 1.28                             | 1.28                      | 1.61                       | 1.61                      | 1.83                                | 1.86                          | 1.92               |
|       | N              | 36                               | 36                        | 36                         | 36                        | 36                                  | 36                            | 36                 |
|       | Std. Deviation | .454                             | .454                      | .494                       | .494                      | .378                                | .351                          | .280               |

Als eerst is gekeken naar de gemiddelden voor de M&I en de POH-groep. Gezien de antwoordmogelijkheden, één of twee, liggen de gemiddeldes absoluut gezien dicht bij elkaar. Wel scoort de POH-groep op de laatste variabele na, gemiddeld hoger de M&I-groep. Dit betekent dat ze vaker nee (= 2) geantwoord hebben.

#### Frequentie M&I

|   |       | Samenwerking fysiotherapeut |       | Samenwerking diëtist |       | Samenwerking apotheker |       | Samenwerking longarts |       | Samenwerking longverpl. |       | Samenwerking laboratorium |       | Geen samenwerking |       |
|---|-------|-----------------------------|-------|----------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------|-------|-------------------------|-------|---------------------------|-------|-------------------|-------|
|   |       |                             | %     |                      | %     |                        | %     |                       | %     |                         | %     |                           | %     |                   | %     |
| N | Ja    | 13                          | 81.2  | 14                   | 87.5  | 9                      | 56.2  | 9                     | 56.2  | 4                       | 25.0  | 4                         | 25.0  | 1                 | 6.2   |
|   | Nee   | 3                           | 18.8  | 2                    | 12.5  | 7                      | 43.8  | 7                     | 43.8  | 12                      | 75.0  | 12                        | 75.0  | 15                | 93.8  |
|   | Total | 16                          | 100.0 | 16                   | 100.0 | 16                     | 100.0 | 16                    | 100.0 | 20                      | 100.0 | 20                        | 100.0 | 16                | 100.0 |

#### Frequentie POH

|   |       | Samenwerking fysiotherapeut |       | Samenwerking diëtist |       | Samenwerking apotheker |       | Samenwerking longarts |       | Samenwerking longverpl. |       | Samenwerking laboratorium |       | Geen samenwerking |       |
|---|-------|-----------------------------|-------|----------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------|-------|-------------------------|-------|---------------------------|-------|-------------------|-------|
|   |       |                             | %     |                      | %     |                        | %     |                       | %     |                         | %     |                           | %     |                   | %     |
| N | Ja    | 13                          | 65.0  | 12                   | 60.0  | 5                      | 25.0  | 5                     | 25.0  | 2                       | 10.0  | 1                         | 5.0   | 5                 | 25.0  |
|   | Nee   | 7                           | 35.0  | 8                    | 40.0  | 15                     | 75.0  | 15                    | 75.0  | 18                      | 90.0  | 19                        | 95.0  | 15                | 75.0  |
|   | Total | 20                          | 100.0 | 20                   | 100.0 | 20                     | 100.0 | 20                    | 100.0 | 20                      | 100.0 | 20                        | 100.0 | 20                | 100.0 |

Uit de bovenstaande frequentietabel blijkt dat er met name met de fysiotherapeuten en de diëtisten vaak wordt samengewerkt. Dit geldt zowel voor de M&I als de POH-groep, waarbij de percentages bij de M&I-groep telkens net wat hoger liggen. Beide groepen werken erg weinig samen met de longverpleegkundige en de huisartsenlaboratoria. Uit deze responsies blijkt dat de meeste huisartsen samenwerken op het gebied van COPD, wel doet de M&I-groep dit procentueel vaker dan de POH-groep. Wat deze samenwerking inhoudt komt verderop aan bod. Dit is namelijk aan de orde gekomen in losse enquêtevragen.

Hieronder staan de resultaten uit een serie kruistabellen, waarbij Fisher's Exact Test als uitkomstmaat gevraagd is. Met Fisher's Exact-test is getest of er een verband is tussen beide het type en één van de mogelijke samenwerkingspartners. Hierna is getoetst worden of er ook een verschil zit tussen het aantal samenwerkingsverbanden. Fisher's Exact Test is relevant omdat het nominale variabelen in twee-bij-twee-tabellen betreft. Fisher's Exact Test geeft weinig informatie over de mate of de richting van het verband.

#### Symmetric Measures

|                     |                      | Fysio | Diëtist | apoth | longarts | Longverpl | lab | Geen |
|---------------------|----------------------|-------|---------|-------|----------|-----------|-----|------|
| Fisher's Exact Test | Exact Sig. (2-sided) | .46   | .13     | .09   | .09      | .37       | .15 | .20  |
|                     | Exact Sig. (1-sided) | .24   | .07     | .06   | .06      | .22       | .11 | .15  |
|                     | N of Valid Cases     | 36    | 36      | 36    | 36       | 36        | 36  | 36   |

Voor Fisher's Exact Test zijn naar aanleiding van de gemiddelden de volgende hypothesissen opgesteld voor alle bovenstaande variabelen:

$H_0$  luidt dat er geen verband bestaat tussen het type (M&I of POH) en het samenwerken met een bepaalde zorgverlener..

$H_a$  luidt dat de M&I-groep vaker met een bepaalde zorgverlener samenwerkt

$\alpha = 0.05$ , bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Uit de resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat het verschil niet één maal significant is en dat  $H_0$  niet verworpen kan worden. Er is dus geen verband tussen het type (M&I of POH) en het wel of niet samenwerken met een bepaalde zorgverlener.

### Met hoeveel zorgverleners werkt u samen in de zorg voor COPD-patiënten?

Report

Met hoeveel zorgverleners werkt u samen?

| Type  | Mean | N  | Std. Deviation |
|-------|------|----|----------------|
| M&I   | 3.31 | 16 | 1.45           |
| POH   | 1.95 | 20 | 1.54           |
| Total | 2.56 | 36 | 1.63           |

Wanneer de gemiddelden met elkaar worden vergeleken valt op dat de POH's gemiddeld minder samenwerken met andere zorgverleners dan de M&I'ers.

Type \* Met hoeveel zorgverleners werkt u samen? Crosstabulation

|      |       |               | Met hoeveel zorgverleners werkt u samen? |       |       |       |       |        |
|------|-------|---------------|------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------|
|      |       |               | 0                                        | 2     | 3     | 4     | 5     | Total  |
| Type | M&I   | Count         | 1                                        | 3     | 6     | 1     | 5     | 16     |
|      |       | % within Type | 6.2%                                     | 18.8% | 37.5% | 6.2%  | 31.2% | 100.0% |
|      | POH   | Count         | 6                                        | 7     | 4     | 2     | 1     | 20     |
|      |       | % within Type | 30.0%                                    | 35.0% | 20.0% | 10.0% | 5.0%  | 100.0% |
|      | Total | Count         | 7                                        | 10    | 10    | 3     | 6     | 36     |
|      |       | % within Type | 19.4%                                    | 27.8% | 27.8% | 8.3%  | 16.7% | 100.0% |

De frequentieverdeling bevestigt de uitkomst van de gemiddelden. POH-groep heeft vaak nul of twee samenwerkingsverbanden, terwijl voor M&I-groep dit drie of vijf is.

Independent Samples Test

|                                          |                             | Levene's Test for Equality of Variances |      | t-test for Equality of Means |        |                 |                 |                       |                                           |       |
|------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------------------|-------|
|                                          |                             | F                                       | Sig. | t                            | df     | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference |       |
|                                          |                             |                                         |      |                              |        |                 |                 |                       | Lower                                     | Upper |
| Met hoeveel zorgverleners werkt u samen? | Equal variances assumed     | .009                                    | .924 | 2.710                        | 34     | .010            | 1.362           | .503                  | .341                                      | 2.384 |
|                                          | Equal variances not assumed |                                         |      | 2.729                        | 33.047 | .010            | 1.362           | .499                  | .347                                      | 2.378 |

$H_0$  van de Levenetoets luidt dat de variaties in beide populaties gelijk zijn. Uit de F-waarde en de bijbehorende overschrijdingskans blijkt dat de overschrijdingskans groter is dan de gebruikte  $\alpha$  van 0.05.  $H_0$  kan dus niet verworpen worden, zodat de uitkomst van de t-toets voor gelijke varianties gebruikt moet worden.

Voor de t-toets zijn de volgende hypothesissen opgesteld:

$H_0$  luidt dat de steekproefgemiddelden niet verschillen.

$H_a$  luidt dat het steekproefgemiddelde van de M&I-groep hoger is.

$\alpha = 0.05$ , bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Er is sprake van een eenzijdige toets, omdat SPSS alleen de tweezijdige overschrijdingskans berekend heeft moet de overschrijdingskans door twee gedeeld worden.

Uit de resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat de overschrijdingskans kleiner is dan  $\alpha$ . Dit betekent de nulhypothese van gelijke gemiddelden verworpen moet worden. Doordat daarnaast het gemiddelde van de M&I-groep hoger is dan dat van de POH-groep, kan  $H_a$  geaccepteerd worden. De M&I-groep heeft dus significant meer samenwerkingsverbanden dan de POH-groep.

### Zijn er afspraken over verwijzing en terugrapportage?

Report

Afspraken verwijzing en terugrapportage

| Type  | Mean | N  | Std. Deviation |
|-------|------|----|----------------|
| M&I   | 2.33 | 15 | .90            |
| POH   | 2.23 | 13 | 1.01           |
| Total | 2.29 | 28 | .94            |

Wanneer er gekeken wordt naar de gemiddelden valt op dat er geen verschil tussen de beide groepen zit.

Type \* Zijn er afspraken over verwijzing en terugrapportage? Crosstabulation

|      |       |               | Zijn er afspraken over verwijzing en terugrapportage? |                                   |                            |        |
|------|-------|---------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------|
|      |       |               | Nee, met geen enkele zorgverlener                     | Met een deel van de zorgverleners | Ja, met alle zorgverleners | Total  |
| Type | M&I   | Count         | 4                                                     | 2                                 | 9                          | 15     |
|      |       | % within Type | 26.7%                                                 | 13.3%                             | 60.0%                      | 100.0% |
|      | POH   | Count         | 4                                                     | 0                                 | 8                          | 12     |
|      |       | % within Type | 33.3%                                                 | .0%                               | 66.7%                      | 100.0% |
|      | Total | Count         | 8                                                     | 2                                 | 17                         | 27     |
|      |       | % within Type | 29.6%                                                 | 7.4%                              | 63.0%                      | 100.0% |

Wanneer gekeken wordt naar de percentages valt op dat de deelnemers aan de M&I-module iets vaker afspraken hebben gemaakt met andere zorgverleners over verwijzing en terugrapportage. Wel is het zo

dat het percentage huisartsen, dat afspraken heeft gemaakt met alle zorgverleners waarmee ze samenwerken bij COPD, ongeveer gelijk is voor beide groepen.

Tot slot de statistische toets, in dit geval de Kolmogorov-Smirnov Test. Fisher's Exact Test kan hier namelijk niet worden toegepast, omdat het geen twee-bij-twee-kruistabel betreft. De chi-kwadraattoets kan daarnaast niet vanwege de lage scores. De Kolmogorov-Smirnov-Test vergelijkt de gemiddelden van niet normaal verdeelde groepen van variabelen. Er is gekozen voor de Kolmogorov-Smirnov-Test in plaats van de Mann-Whitney Test, omdat in de literatuur een lichte voorkeur voor de Kolmogorov-Smirnov-Test bij erg kleine steekproeven wordt uitgesproken.

Test Statistics<sup>a</sup>

|                          |                        | Zijn er afspraken over verwijzing en terugrapportage? |
|--------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------|
| Most Extreme Differences | Absolute               | .067                                                  |
|                          | Positive               | .067                                                  |
|                          | Negative               | -.067                                                 |
|                          | Kolmogorov-Smirnov Z   | .172                                                  |
|                          | Asymp. Sig. (2-tailed) | 1.000                                                 |

a. Grouping Variable: Type

Voor de Kolmogorov-Smirnov-Test zijn de volgende hypothesissen opgesteld:

$H_0$  luidt dat de steekproefgemiddelden niet verschillen.

$H_a$  luidt dat het steekproefgemiddelde van de M&I-groep hoger is.

$\alpha = 0.05$ , bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Er is sprake van een eenzijdige toets. Uit resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat de overschrijdingskans groter is dan  $\alpha$ . Dit betekent de nulhypothese van gelijke gemiddelden geaccepteerd moet worden. Er is dus geen significant verschil tussen het aantal respondenten uit de M&I- en de POH-groep dat afspraken over verwijzing en terugrapportage heeft gemaakt met alle zorgverleners waarmee ze samenwerken.

### Is de samenwerking vastgelegd met schriftelijke afspraken?

Als eerst is gekeken naar de gemiddelden:

Report

Is de samenwerking schriftelijk vastgelegd?

| Type  | Mean | N  | Std. Deviation |
|-------|------|----|----------------|
| M&I   | 1.40 | 15 | .737           |
| POH   | 2.00 | 13 | 1.000          |
| Total | 1.68 | 28 | .905           |

De POH-groep heeft gemiddeld vaker de samenwerking schriftelijk vastgelegd met alle zorgverleners.

Type \* Is de samenwerking schriftelijk vastgelegd? Crosstabulation

|      |       |               | Is de samenwerking schriftelijk vastgelegd? |                                   |                            |        |
|------|-------|---------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------|
|      |       |               | Nee, met geen enkele zorgverlener           | Met een deel van de zorgverleners | Ja, met alle zorgverleners | Total  |
| Type | M&I   | Count         | 11                                          | 2                                 | 2                          | 15     |
|      |       | % within Type | 73.3%                                       | 13.3%                             | 13.3%                      | 100.0% |
|      | POH   | Count         | 6                                           | 1                                 | 6                          | 13     |
|      |       | % within Type | 46.2%                                       | 7.7%                              | 46.2%                      | 100.0% |
|      | Total | Count         | 17                                          | 3                                 | 8                          | 28     |
|      |       | % within Type | 60.7%                                       | 10.7%                             | 28.6%                      | 100.0% |

Opvallend is dat de huisartsen uit de POH-groep die samenwerken vaker de afspraken schriftelijk hebben vastgelegd dan de M&I-groep. Wel moet hierbij worden vermeld dat vier van de elf respondenten uit de M&I-groep, die met geen enkele zorgverlener schriftelijke afspraken hebben gemaakt, wel melden dat ze mondelinge afspraken hebben gemaakt. Bij de POH-groep wordt dit slechts één maal vermeld.

Test Statistics<sup>a</sup>

|                          |                        | Is de samenwerking schriftelijk vastgelegd? |
|--------------------------|------------------------|---------------------------------------------|
| Most Extreme Differences | Absolute               | .328                                        |
|                          | Positive               | .328                                        |
|                          | Negative               | .000                                        |
|                          | Kolmogorov-Smirnov Z   | .866                                        |
|                          | Asymp. Sig. (2-tailed) | .441                                        |

a. Grouping Variable: Type

Voor de Kolmogorov-Smirnov-Test zijn de volgende hypothesissen opgesteld:

H<sub>0</sub> luidt dat de steekproefgemiddelden niet verschillen.

H<sub>a</sub> luidt dat het steekproefgemiddelde van de POH-groep hoger is.

$\alpha = 0.05$ , bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Er is sprake van een eenzijdige toets, de overschrijdingskans moet dus door twee gedeeld worden. Uit de resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat de overschrijdingskans groter is dan  $\alpha$ . Dit betekent de nulhypothese van een gelijke gemiddelden geaccepteerd moet worden. Er is dus geen significant verschil tussen het aantal respondenten uit de M&I- en de POH-groep dat afspraken over verwijzing en terugrapportage heeft gemaakt met alle zorgverleners waarmee ze samenwerken.

### Periodieke overlegmomenten

Hieronder staan de gemiddelden voor de M&I-en de POH-groep:

# Report

## Afspraken over periodieke overlegmomenten?

| Type  | Mean | N  | Std. Deviation |
|-------|------|----|----------------|
| M&I   | 1.60 | 15 | .507           |
| POH   | 1.79 | 14 | .426           |
| Total | 1.69 | 29 | .471           |

Het cijfer één stond voor 'ja' en het cijfer twee voor nee. De POH-groep heeft gemiddeld dus minder vaak afspraken gemaakt over periodieke overlegmomenten. Het verschil is echter vrij klein.

## Type \* Afspraken over periodieke overlegmomenten? Crosstabulation

|      |       |               | Afspraken over periodieke overlegmomenten? |       |        |
|------|-------|---------------|--------------------------------------------|-------|--------|
|      |       |               | Ja                                         | Nee   | Total  |
| Type | M&I   | Count         | 6                                          | 9     | 15     |
|      |       | % within Type | 40.0%                                      | 60.0% | 100.0% |
|      | POH   | Count         | 3                                          | 11    | 14     |
|      |       | % within Type | 21.4%                                      | 78.6% | 100.0% |
|      | Total | Count         | 9                                          | 20    | 29     |
|      |       | % within Type | 31.0%                                      | 69.0% | 100.0% |

Het valt op dat de M&I-groep bijna twee maal zo vaak periodieke overlegmomenten heeft met andere zorgverleners als de POH-groep. Daarnaast valt op dat meer dan 50% van de huisartsen van beide groepen geen afspraken heeft gemaakt over periodieke overlegmomenten.

## Fisher's Exact Test

|                     | Value | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|---------------------|-------|----------------------|----------------------|
| Fisher's Exact Test |       | .427                 | .250                 |
| N of Valid Cases    | 29    |                      |                      |

b. Computed only for a 2x2 table

Voor Fisher's Exact Test zijn naar aanleiding van de gemiddelden de volgende hypothesissen opgesteld:  
 $H_0$  luidt dat er geen verband bestaat tussen het type (M&I of POH) en het maken van afspraken over periodieke overlegmomenten  
 $H_a$  luidt dat de M&I-groep vaker afspraken heeft gemaakt over periodieke overlegmomenten dan de POH-groep.

$\alpha = 0.05$ , bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Er is uitgegaan van een eenzijdige test, omdat naar aanleiding van de gemiddelden wordt verwacht dat de M&I-groep vaker afspraken gemaakt zal hebben over periodieke overlegmomenten. Uit de resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat het verschil niet significant is en dat  $H_0$  dus niet verworpen kan worden. Er is dus geen verband tussen het type (M&I of POH) en het wel of niet maken van afspraken over periodieke overlegmomenten met andere zorgverleners.

## Handboek COPD-netwerkzorg

Eén van de doelstellingen van de M&I-module is dat er een handboek moet zijn voor COPD-netwerkzorg. Dit handboek moet vier verschillende onderdelen bevatten:

- Cijfers gerelateerd aan cijfers uit bevolkingsonderzoeken
- Een protocol van de werkwijze van het spreekuur (aanwezig en vastgesteld binnen de huisartsengroep)
- Werkafspraken over multidisciplinaire samenwerking
- Afspraken met betrekking tot verwijzing naar de tweede lijn

Hieronder is getoetst of bij de M&I-groep het handboek en de vier onderdelen aanwezig zijn (ja = 1, nee = 2).

### Report

|                | Handboek | Bevolkings-<br>onderzoekcijfers | Protocol<br>spreekuur | Werkafspraken<br>samenwerking | Afspraken<br>verwijzing 2e lijn |
|----------------|----------|---------------------------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| N              | 16       | 10                              | 12                    | 11                            | 11                              |
| Mean           | 1.25     | 1.40                            | 1.08                  | 1.09                          | 1.00                            |
| Std. Deviation | .45      | .52                             | .29                   | .30                           | .00                             |

### Frequencies

|       |       | Handboek |       | Bevolkings-<br>onderzoekcijfers |       | Protocol<br>spreekuur |       | Werkafspraken<br>samenwerking |       | Afspraken.<br>verwijzing 2 <sup>e</sup> lijn. |       |
|-------|-------|----------|-------|---------------------------------|-------|-----------------------|-------|-------------------------------|-------|-----------------------------------------------|-------|
|       |       |          | %     |                                 | %     |                       | %     |                               | %     |                                               | %     |
| Valid | Ja    | 12       | 75.0  | 6                               | 60.0  | 11                    | 91.7  | 10                            | 90.9  | 11                                            | 100.0 |
|       | Nee   | 4        | 25.0  | 4                               | 40.0  | 1                     | 8.3   | 1                             | 9.1   | 0                                             | .0    |
|       | Total | 16       | 100.0 | 10                              | 100.0 | 12                    | 100.0 | 11                            | 100.0 | 11                                            | 100.0 |

Uit de bovenstaande cijfers blijkt dat 75% van de respondenten over een handboek beschikt. Behalve de cijfers over bevolkingsonderzoek geven daarnaast alle onderdelen een score van minstens 90%.

Naast de aanwezigheid van een handboek en de afzonderlijke delen, is ook getest hoeveel respondenten een volledig handboek hadden

### Descriptive Statistics

|                                    | N  | Mean | Std. Deviation |
|------------------------------------|----|------|----------------|
| Is een volledig handboek aanwezig? | 13 | 1.69 | .480           |
| Valid N (listwise)                 | 13 |      |                |

### Is een volledig handboek aanwezig?

|       |       | Frequency | %     |
|-------|-------|-----------|-------|
| Valid | Ja    | 4         | 30.8  |
|       | Nee   | 9         | 69.2  |
|       | Total | 13        | 100.0 |

Van de respondenten die volledig antwoord hebben gegeven blijkt slechts 30.8% van de respondenten een compleet handboek te hebben. Dit verklaart eveneens het hoge gemiddelde (ja = 1, nee = 2).

## Deelvraag 5

**Welke aanknopingspunten kunnen ontdekt worden om de M&I-module en de aangeboden ondersteuning vanuit ROSET de netwerkzorg voor COPD-patiënten verder te laten versterken?**

### Mening over de M&I-module

Vraag zestien had als doel te testen hoe de respondenten over de M&I-module denken en of er een verschil in mening is over de M&I-module tussen de M&I- en de POH-groep. De vraag bestaat uit een vijftal punten waarbij de mening over de M&I-module werd gevraagd. Er kon geantwoord worden op een schaal van één tot vijf. Bij de M&I-groep was deze vraag voor iedereen relevant en bij de POH-groep alleen voor respondenten die aan een andere M&I-module hebben meegedaan.

#### Report

| Type  |                | De informatievoorziening vooraf | De informatievoorziening tijdens | De administratieve afhandeling | De financiële vergoedingen | Mogelijkheden voor aanvullende activiteiten |
|-------|----------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|
| M&I   | Mean           | 3.25                            | 2.81                             | 2.81                           | 3.00                       | 3.31                                        |
|       | N              | 16                              | 16                               | 16                             | 16                         | 16                                          |
|       | Std. Deviation | .683                            | .834                             | .834                           | .966                       | .873                                        |
| POH   | Mean           | 2.90                            | 3.00                             | 2.44                           | 2.80                       | 3.11                                        |
|       | N              | 10                              | 10                               | 9                              | 10                         | 9                                           |
|       | Std. Deviation | .568                            | .816                             | 1.236                          | 1.033                      | .601                                        |
| Total | Mean           | 3.12                            | 2.88                             | 2.68                           | 2.92                       | 3.24                                        |
|       | N              | 26                              | 26                               | 25                             | 26                         | 25                                          |
|       | Std. Deviation | .653                            | .816                             | .988                           | .977                       | .779                                        |

Wanneer gekeken wordt naar de gemiddelden valt op dat bij beide groepen de gemiddeldes op de vijf punten rondom de drie gecentreerd zijn. Ook zijn de verschillen tussen beide groepen erg klein, waarbij de POH-groep op de derde variabele na iets negatiever is. Het grootst zijn de verschillen bij de eerste variabele (informatievoorziening vooraf) en de derde variabele (administratieve afhandeling).

#### Frequency M&I-groep

|   |                                | Informatievoorziening vooraf |       | Informatievoorziening tijdens |       | Administratieve afhandeling |       | Financiële vergoedingen |       | Mogelijkheden voor aanvullende activiteiten |       |
|---|--------------------------------|------------------------------|-------|-------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------------------|-------|---------------------------------------------|-------|
|   |                                |                              | %     |                               | %     |                             | %     |                         | %     |                                             | %     |
| N | Zeer ontevreden                | 0                            | 0.0   | 1                             | 6.2   | 0                           | 0.0   | 1                       | 6.2   | 0                                           | 0.0   |
|   | Ontevreden                     | 2                            | 12.5  | 4                             | 25.0  | 7                           | 43.8  | 3                       | 18.8  | 3                                           | 18.8  |
|   | Noch ontevreden, noch tevreden | 8                            | 50.0  | 8                             | 50.0  | 5                           | 31.2  | 8                       | 50.0  | 6                                           | 37.5  |
|   | Tevreden                       | 6                            | 37.5  | 3                             | 18.8  | 4                           | 25.0  | 3                       | 18.8  | 6                                           | 37.5  |
|   | Zeer tevreden                  | 0                            | 0.0   | 0                             | 0.0   | 0                           | 0.0   | 1                       | 6.2   | 1                                           | 6.2   |
|   | Total                          | 16                           | 100.0 | 16                            | 100.0 | 16                          | 100.0 | 16                      | 100.0 | 16                                          | 100.0 |

# Frequency POH-groep

|   |                                | Informatievoorziening vooraf |       | Informatievoorziening tijdens |       | Administratieve afhandeling |       | Financiële vergoedingen |       | Mogelijkheden voor aanvullende activiteiten |       |
|---|--------------------------------|------------------------------|-------|-------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------------------|-------|---------------------------------------------|-------|
|   |                                |                              | %     |                               | %     |                             | %     |                         | %     |                                             | %     |
| N | Zeer ontevreden                | 0                            | 0.0   | 0                             | 0.0   | 2                           | 22.2  | 1                       | 10.0  | 0                                           | 0.0   |
|   | Ontevreden                     | 2                            | 20.0  | 3                             | 30.0  | 3                           | 33.3  | 3                       | 30.0  | 1                                           | 11.1  |
|   | Noch ontevreden, noch tevreden | 7                            | 70.0  | 4                             | 40.0  | 3                           | 33.3  | 3                       | 30.0  | 6                                           | 66.7  |
|   | Tevreden                       | 1                            | 10.0  | 3                             | 30.0  | 0                           | 0.0   | 3                       | 30.0  | 2                                           | 22.2  |
|   | Zeer tevreden                  | 0                            | 0.0   | 0                             | 0.0   | 1                           | 11.1  | 0                       | 0.0   | 0                                           | 0.0   |
|   | Total                          | 10                           | 100.0 | 10                            | 100.0 | 9                           | 100.0 | 10                      | 100.0 | 9                                           | 100.0 |

Voor beide groepen geldt dat er opvallend weinig extreme frequenties zijn, de antwoorden zijn vooral gecentreerd rondom de drie.

## Independent Samples Test

|                                  |                             | Levene's Test for Equality of Variances |      | t-test for Equality of Means |        |                 |                 |                       |                                           |       |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------------------|-------|
|                                  |                             | F                                       | Sig. | t                            | df     | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference |       |
|                                  |                             |                                         |      |                              |        |                 |                 |                       | Lower                                     | Upper |
| De informatievoorziening vooraf  | Equal variances assumed     | 2.576                                   | .122 | 1.858                        | 23     | .076            | .472            | .254                  | -.053                                     | .998  |
|                                  | Equal variances not assumed |                                         |      | 2.096                        | 22.404 | .048            | .472            | .225                  | .005                                      | .939  |
| De informatievoorziening tijdens | Equal variances assumed     | .037                                    | .849 | -.225                        | 23     | .824            | -.076           | .340                  | -.780                                     | .627  |
|                                  | Equal variances not assumed |                                         |      | -.229                        | 17.665 | .822            | -.076           | .334                  | -.779                                     | .626  |
| De administratieve afhandeling   | Equal variances assumed     | 1.030                                   | .321 | .890                         | 23     | .383            | .368            | .414                  | -.487                                     | 1.224 |
|                                  | Equal variances not assumed |                                         |      | .797                         | 12.197 | .441            | .368            | .462                  | -.636                                     | 1.372 |
| De financiële vergoedingen       | Equal variances assumed     | .488                                    | .492 | .818                         | 23     | .422            | .333            | .408                  | -.510                                     | 1.176 |
|                                  | Equal variances not assumed |                                         |      | .810                         | 16.221 | .430            | .333            | .412                  | -.538                                     | 1.205 |

|                           |                             |       |      |      |        |      |      |      |       |      |
|---------------------------|-----------------------------|-------|------|------|--------|------|------|------|-------|------|
| Aanvullende mogelijkheden | Equal variances assumed     | 3.253 | .084 | .612 | 23     | .546 | .201 | .329 | -.479 | .882 |
|                           | Equal variances not assumed |       |      | .680 | 21.850 | .504 | .201 | .296 | -.413 | .816 |

Voor alle stellingen in de bovenstaande tabel geldt dat  $H_0$  van de Levenetoets luidt dat de variaties in beide populaties gelijk zijn. Uit de F-waardes en de bijbehorende overschrijdingskansen blijkt dat de overschrijdingskans niet één maal kleiner is dan de gebruikte  $\alpha$  van 0.05.  $H_0$  kan dus niet verworpen worden, zodat voor alle bovenstaande stellingen de uitkomsten van de t-toets voor gelijke varianties gebruikt moeten worden.

Voor de t-toets zijn naar aanleiding van de gemiddelden de onderstaande hypothesissen opgesteld voor variabelen 1,3,4,5:

$H_0$  luidt dat de steekproefgemiddelden niet verschillen.

$H_a$  luidt dat de steekproefgemiddelden van de M&I-groep hoger zijn.

Voor de t-toets zijn naar aanleiding van de gemiddelden de onderstaande hypothesissen opgesteld voor variabele 2:

$H_0$  luidt dat de steekproefgemiddelden niet verschillen.

$H_a$  luidt dat het steekproefgemiddelde van de M&I-groep lager is.

$\alpha = 0.05$ , bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Er is sprake van een eenzijdige toets voor alle variabelen, alle overschrijdingskansen moeten dus door twee gedeeld worden. Uit de resultaten in de bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat de overschrijdingskans alleen bij de eerste variabele kleiner is dan  $\alpha$ . Dit betekent de nulhypothese van gelijke meningen over de informatievoorziening vooraf verworpen moet worden. Doordat daarnaast het gemiddelde van de M&I-groep hoger is dan dat van de POH-groep, kan  $H_a$  geaccepteerd worden. De M&I-groep is significant meer tevreden over de informatievoorziening vooraf dan de POH-groep. Voor de overige variabelen geldt dat er geen significant verschil zit tussen de gemiddelden van de POH- en de M&I-groep.  $H_0$  kan voor deze variabelen dus niet verworpen worden.

### Bekendheid met ondersteuningsmogelijkheden ROSET

Hieronder is getoetst in hoeverre de respondenten bekend zijn met de ondersteuningsmogelijkheden van ROSET. Er kon gekozen worden tussen “nee ik ken ROSET niet” (score één), “Nee, ik ben niet op de hoogte van de activiteiten van Roset” (score twee) en “Ja, ik ben op de hoogte van de ondersteuningsmogelijkheden van Roset” (score drie).

Report

Bekendheid met ondersteuningsmogelijkheden ROSET

| Type  | Mean | N  | Std. Deviation |
|-------|------|----|----------------|
| M&I   | 2.94 | 16 | .250           |
| POH   | 2.94 | 18 | .236           |
| Total | 2.94 | 34 | .239           |

Het gemiddelde ligt erg dicht bij de drie, dit suggereert dat de meeste respondenten op de hoogte zijn van de ondersteuningsmogelijkheden van ROSET. Opvallend is dat beide gemiddelden exact hetzelfde zijn.

Type \* Bekendheid met ondersteuningssmogelijkheden Crosstabulation

|       |     |               | Bekendheid met ondersteuningsmogelijkheden      |                                                           |        |
|-------|-----|---------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|
|       |     |               | Niet op de hoogte van de activiteiten van Roset | Op de hoogte van de ondersteuningsmogelijkheden van Roset | Total  |
| Type  | M&I | Count         | 1                                               | 15                                                        | 16     |
|       |     | % within Type | 6.2%                                            | 93.8%                                                     | 100.0% |
|       | POH | Count         | 1                                               | 17                                                        | 18     |
|       |     | % within Type | 5.6%                                            | 94.4%                                                     | 100.0% |
| Total |     | Count         | 2                                               | 32                                                        | 34     |
|       |     | % within Type | 5.9%                                            | 94.1%                                                     | 100.0% |

De frequentietabel verklaart de gelijke gemiddelden. De scores van beide groepen liggen zeer dicht bij elkaar. Doordat het hier gaat om een relatief kleine groep respondenten en omdat de frequenties en de gemiddelden zo dicht bij elkaar liggen kan zonder statistische toets vastgesteld worden dat de steekproefgemiddelden niet significant van elkaar verschillen. Er zit dus geen significant verschil tussen de mate waarin de M&I-groep en de POH-groep op de hoogte zijn van de ondersteuningsmogelijkheden van ROSET.

### Verkregen ondersteuning ROSET

In de tabel hieronder staat weergegeven hoeveel respondenten uit de M&I-groep ondersteund zijn door ROSET.

Frequenties en gemiddelde

|       |       | 1: Ondersteuning schrijven projectplan |       | 2: Medisch inhoudelijke begeleiding |       | 3: Project-begeleiding |       | 4: Deskundigheidsbevordering |       | 5: Geen |       |
|-------|-------|----------------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|------------------------|-------|------------------------------|-------|---------|-------|
|       |       |                                        | %     |                                     | %     |                        | %     |                              | %     |         | %     |
| Valid | Ja    | 7                                      | 43.8  | 1                                   | 6.2   | 3                      | 18.8  | 5                            | 31.2  | 6       | 37.5  |
|       | Nee   | 9                                      | 56.2  | 15                                  | 93.8  | 13                     | 81.2  | 11                           | 68.8  | 10      | 62.5  |
|       | Total | 16                                     | 100.0 | 16                                  | 100.0 | 16                     | 100.0 | 16                           | 100.0 | 16      | 100.0 |
| Mean  |       | 1.56                                   |       | 1.94                                |       | 1.81                   |       | 1.69                         |       | 1.62    |       |

Het blijkt dat iets minder dan de helft van de respondenten ondersteund is. 'Ja' was een één en 'nee' was een twee, de gemiddelden laten dus ook zien dat er vaker nee dan ja geantwoord is. Uitschieters zijn hierbij de medisch inhoudelijke begeleiding en de projectbegeleiding.

**Bent u voldoende ondersteund?**

Uit de tabel hieronder blijkt dat de meeste respondenten tevreden zijn over de ondersteuning vanuit ROSET.

Frequency

|                   | Frequency | %     |
|-------------------|-----------|-------|
| Valid onvoldoende | 1         | 11.1  |
| voldoende         | 8         | 88.9  |
| Total             | 9         | 100.0 |
| Mean              | 1.89      |       |

**Denkt u dat de ondersteuning van ROSET bruikbaar zou kunnen zijn bij het opstarten van COPD-netwerkgzorg?**

Deze vraag is alleen gesteld aan de respondenten uit de POH-groep. De tabel hieronder laat zien dat de meeste respondenten uit de POH-groep denken dat de ondersteuning van ROSET bruikbaar zou kunnen zijn indien zij aan COPD-netwerkgzorg beginnen.

Frequency

|          | Frequency | %     |
|----------|-----------|-------|
| Valid Ja | 13        | 72.2  |
| Nee      | 5         | 27.8  |
| Total    | 18        | 100.0 |
| Mean     | 1.28      |       |

**Is het door u gemaakte projectplan, leidend geweest?**

De tabel hieronder laat zien dat het projectplan van de M&I-module voor iets meer dan de helft van de respondenten leidend is geweest voor de ondernomen acties.

Projectplan leidend?

|          | Frequency | %     |
|----------|-----------|-------|
| Valid Ja | 9         | 56.2  |
| Nee      | 7         | 43.8  |
| Total    | 16        | 100.0 |
| Mean     | 1.44      |       |

### Heeft uw praktijk alle voorgenomen acties uitgevoerd?

De tabel hieronder geeft aan dat tweederde van de respondenten ook daadwerkelijk de voorgenomen acties te heeft uitgevoerd.

Alle voorgenomen acties uitgevoerd?

|       |       | Frequency | %     |
|-------|-------|-----------|-------|
| Valid | Ja    | 6         | 66.7  |
|       | Nee   | 3         | 33.3  |
|       | Total | 16        | 100.0 |
| Mean  |       | 1.33      |       |

### Indien uw praktijk niet alle voorgenomen acties heeft uitgevoerd was er sprake van ... ?

Indien organisaties aangaven dat ze niet alle voorgenomen acties hadden uitgevoerd, volgde de vraag "was er sprake van...". Van de zes keuzemogelijkheden die zowel betrekking hadden op de POH als de huisarts werden er slechts twee door respondenten aangevinkt. Deze staan in de onderstaande tabel. Helaas zegt dit niet zoveel, omdat er maar drie respondenten zijn die niet alle voorgenomen acties hebben uitgevoerd.

Report

In u niet alle voorgenomen acties heeft uitgevoerd, was er sprake van:

|       |       | Onvoldoende tijd voor POH |       | Gebrek aan deskundigheid POH |       |
|-------|-------|---------------------------|-------|------------------------------|-------|
|       |       |                           | %     |                              | %     |
| Valid | Ja    | 1                         | 33.3  | 2                            | 66.7  |
|       | Nee   | 2                         | 66.7  | 1                            | 33.3  |
|       | Total | 3                         | 100.0 | 3                            | 100.0 |

### Vond u het prettig om met het projectplan van de M&I-module te werken?

De tabel hieronder geeft aan dat 77% van de respondenten het prettig vond om met het projectplan te werken.

Frequency

|       |       | Frequency | %     |
|-------|-------|-----------|-------|
| Valid | Ja    | 7         | 77.8  |
|       | Nee   | 2         | 22.2  |
|       | Total | 9         | 100.0 |
| Mean  |       | 1.22      |       |