



VOLGENDE PATIËNT

Een praktijkgericht beschrijvend onderzoek over de autonomie en regelcapaciteit van de huisarts binnen het Nederlandse zorgstelsel.

Voorwoord

Als praktijkhoudend huisarts heb ik in mijn werk een hoge werkdruk ervaren, nauwelijks tijd om de kwaliteit aan patiëntenzorg te leveren die ik zou willen. Van nature wil ik graag de patiënt een helpende hand bieden in de zoektocht naar gezondheid. Toch had ik het gevoel dat ik vooral bezig was met het maken van een schifting tussen wie wel of niet naar het ziekenhuis mag. Met het voldoen aan al die eisen die aan mij werden gesteld, terwijl de patiënt zelf van onder geschikt belang is. “Hoe kan dat?” vroeg ik mezelf af.

Om deze reden ben ik gestart met de opleiding sociaal organisatorische bedrijfskunde van de RMA, aangesloten bij de Radboud Universiteit Nijmegen. In het kader van deze opleiding heb ik mijn onderzoek verricht naar de invloed van de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel op de intrinsieke motivatie van huisartsen.

Het onderzoek was een zeer inspirerende zoektocht, die mij inzicht heeft gegeven en mijn leven zeker heeft verrijkt. Het heeft mij duidelijk gemaakt hoe dingen hebben kunnen gebeuren en het heeft ervoor gezorgd dat ik vrede heb met hoe het in mijn carrière gelopen is. Vanaf maak ik mijn keuzes met meer inzicht en weloverwogen. Dit biedt mij meer persoonlijke vrijheid om met intrinsieke motivatie aan het werk te gaan!

Via deze weg wil ik allereerst Dr. Max Visser bedanken voor zijn waardevolle feedback bij het schrijven van deze masterthesis. Zonder hem was dit niet gelukt. Ook de tweede lezer Roel Schouteten wil ik bedanken voor zijn feedback. En alle medewerkers van de RMA voor hun support. Graag wil ik alle mensen die (figuurlijk) om mij heen staan, bedanken voor hun steun en toeverlaat. Wijze woorden, goed bedoelde adviezen, een heleboel gesprekken en morele ondersteuning van velen om mij heen, hebben geholpen om dit onderzoek tot een succes te maken.

Met name wil ik Maarten Vermeulen, Aline Pikaar, Susan Stam, Laurens van Ede, huisartsen, Jessy de Wildt en Gabriëlle Wempe van Huisarts en Zorg te Gorinchem bedanken voor de gesprekken, feedback en adviezen die mij op weg hebben geholpen. En natuurlijk ook voor de vele uren die ik heb vrij heb mogen nemen om dit onderzoek mogelijk te maken.

Daarnaast gaat veel dankbaarheid uit naar mijn lieve vrienden en familie om mij heen, die naar mijn gezocht en gesteun mochten luisteren en vooral ook last hadden van mijn afwezigheid bij zoveel gezelligheden. Gelukkig komt nu de tijd om hier weer volop van te genieten.

Verder wil ik mijn ouders bedanken, die het mogelijk hebben gemaakt dat ik zoveel uren heb kunnen studeren en onderzoek heb kunnen doen. Zij waren daar om zich door ingewikkelde teksten te worstelen en voor hun lieve kleinkinderen te zorgen. Om ze te brengen waar ze heen wilden, om spelletjes te doen, om eten te koken en wat al niet meer, zodat mama kon studeren.

En als belangrijkste wil ik mijn man Dolf en mijn kinderen Lieke, Femke, Bart en Sanne bedanken voor al het geduld tijdens het schrijven. En voor hun begrip voor al die dingen waar ik geen tijd voor had of die ik vergat, omdat ik alleen maar met het onderzoek bezig was. Dankzij jullie heb ik dit kunnen doen. Jullie hebben mijn leven nog mooier en rijker gemaakt!

Ten slotte wens ik de lezer veel plezier en inzicht met het lezen van deze masterthesis. Ik hoop vooral dat er in de toekomst iets verandert, waardoor iedere huisarts intrinsiek gemotiveerd kan zorgen voor de patiënt en kan handelen in het belang van de patiënt, zoals past bij onze medische professionaliteit.

Managementsamenvatting

Huisartsen ervaren een hoge werkdruk. Het aantal huisartsen dat uitvalt met een burn-out is de laatste jaren toegenomen. Intrinsieke motivatie beschermt tegen een burn-out. De kwaliteit van arbeid heeft invloed op de intrinsieke motivatie. De organisatiestructuur van de huisartsen beïnvloedt de kwaliteit van arbeid.

In 2006 en 2015 zijn er grote stelselwijzigingen doorgevoerd in het Nederlandse zorgstelsel. Dit kan invloed hebben op de regelcapaciteit van mensen werkzaam binnen de organisatie. In dit onderzoek is gekeken naar de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel en de invloed hiervan op de motivatie van de huisarts. De vraagstelling van dit onderzoek luidt:

Wat is de invloed van de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel op de motivatie van huisartsen?

De regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel bestaat uit externe strategische regelcapaciteit, inrichtingsregelcapaciteit en operationele regelcapaciteit. Via een literatuuronderzoek zijn er 154 artikelen en documenten geanalyseerd.

Huisartsen ervaren problemen in de infrastructuur van het Nederlandse zorgstelsel. De scheiding tussen beleid en uitvoering en de prestatiegerichte aansturing (de marktwerking en de financiering op basis van prestatiecontracten) zorgt voor onduidelijkheden over verantwoordelijkheden en toezicht. Deze onduidelijkheden over de verantwoordelijkheden en het bijbehorende toezicht zorgen voor wantrouwen, bureaucratie, wachtlijsten, lagere kwaliteit van zorg, fragmentatie (met daardoor problemen in de samenwerking) en een verhoogde werkdruk.

Huisartsen hebben op strategisch niveau een beperkte externe regelcapaciteit. Ze kunnen wel doelen stellen, maar hebben geen invloed op de haalbaarheid, de controle of het aanpassen van doelen. Op inrichtingsniveau is de invloed van huisartsen op het elimineren van verstoringen beperkt. Het dempen van verstoringen door te neutraliseren is wel mogelijk, meestal in overleg met zorgverzekeraars of de overheid. Het aanpassen van de infrastructuur van het Nederlandse zorgstelsel is niet mogelijk. Het versterken van de regelcapaciteit door het toevoegen van een passief blok of actieve regelcapaciteit is beperkt.

Op operationeel niveau leiden de effecten van het niet dempen door te elimineren of neutraliseren tot wachtlijsten, samenwerkingsproblemen en een hoge werkdruk. De actieve regelcapaciteit op operationeel niveau is groot. De directe zorg aan de patiënt staat onder druk, maar voorsnog lukt het de huisarts nog veilige patiëntenzorg te bieden.

De beperkingen van de externe regelcapaciteit hebben invloed op de intrinsieke motivatie van huisartsen. Huisartsen hebben behoefte aan het continue ontwikkelen van competentie/meesterschap, verbondenheid/zingeving en autonomie op het gebied van taak, tijd, techniek en team. Zij geven aan het Nederlands zorgstelsel hen hierin beperkt. De conclusie is dat de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel beperkt is en dat dit een negatieve invloed heeft op de autonomie (en de intrinsieke motivatie) van de huisarts.

De aansturing passend bij New Public Management veroorzaakt veel van de ervaren problemen.

De aanbeveling is dat de overheid het Nederlandse zorgstelsel aanpast, zodat de scheiding tussen beleid en uitvoering verminderd is en de functionele concentratie lager is. Dit kan door te sturen op het zinvolle doel: kwaliteit, met prestaties als richting (niet als vastgelegde prestatie). Hiervoor hebben huisartsen meer regelcapaciteit nodig. Vertrouwen en professionele verantwoording zijn de basis van de overleggen tussen overheid en huisartsen. De wet- en regelgeving is op hoofdlijnen en de inhoudelijke uitwerking gebeurt door professionals. De financiering richt zich integraal, niet op individuele beloningen, maar op kwaliteit en samenwerking. Er is vertrouwen dat iedere professional kwaliteitszorg nastreeft. Door de andere aansturing is de professional hersteld in ere. De huisarts voelt zich door het nastreven van het zinvolle doel 'kwalitatieve huisartsenzorg verlenen aan de

individuele patiënt vanuit de kernwaarden (persoonsgericht, medisch-generalistisch, continue en gezamenlijk)´ betrokken en heeft meer regelcapaciteit om verstoringen te beïnvloeden, zodat het zinvolle doel kan worden nagestreefd. Bij sturing op kwaliteit (zonder financiële prikkels) kunnen huisartsen makkelijker complexe problemen op maat oplossen. Hierbij staat de mens centraal. Op koers naar een intrinsiek gemotiveerde huisarts!

Inhoud

Voorwoord	2
Managementsamenvatting	3
Hoofdstuk 1 Conceptueel ontwerp.....	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Onderzoekskader	7
1.3 Doelstelling van het onderzoek	8
1.4 Onderzoeksmodel	8
1.5 Vraagstelling	9
1.6 Indeling van het onderzoeksrapport	9
Hoofdstuk 2 Conceptueel model	10
2.1 Inleiding	10
2.2 Globaal Conceptueel model	10
2.3 Regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel.....	10
2.3.1 New Public Management (NPM).....	10
2.3.2 Regelcapaciteit	12
2.4 Motivatie in de literatuur	16
2.4.1 Theorie over motivatie	16
2.4.2 Basisbehoeften huisartsen.....	18
2.5 Definitief Conceptueel model en de verwachtingen.....	19
Hoofdstuk 3 Methodologische verantwoording	21
3.1 Onderzoeksstrategie	21
3.2 Onderzoeksmateriaal	21
3.2.1 Databronnen	21
3.2.2 Methoden	22
3.3 Onderzoeksvaliditeit	26
Hoofdstuk 4 De infrastructuur van het Nederlandse zorgstelsel	28
4.1 De structuur van het Nederlandse zorgstelsel en de huisartsenzorg	28
4.1.1 De structuur van het Nederlandse zorgstelsel.....	29
4.1.2 Problemen binnen de structuur van het Nederlandse zorgstelsel.....	31
4.2 Het HR-beleid binnen het Nederlandse zorgstelsel en de huisartsenzorg	35
4.2.1 Kwalitatieve huisartsenzorg.....	35
4.2.2 Verloop en verzuim binnen de huisartsenzorg	37
4.3 De technologie van het Nederlandse zorgstelsel en de huisartsenzorg	38
4.3.1 Wet- en regelgeving	38
4.3.2 ICT.....	39

4.3.3 Samenwerkingsverbanden van huisartsen	41
4.4 Samenvatting ervaren problemen met het Nederlandse zorgstelsel	42
Hoofdstuk 5 Onderzoeksresultaten	43
5.1 De externe regelcapaciteit van huisartsen	43
5.1.1 De externe strategische regelcapaciteit van huisartsen.....	43
5.1.2 De externe inrichtingsregelcapaciteit van huisartsen	45
5.1.3 De externe operationele regelcapaciteit van huisartsen.....	49
5.1.4 Resultaten externe regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel	50
5.2 De intrinsieke motivatie van de huisarts	50
5.2.1 De intrinsieke motivatie: algemeen, competentie en verbondenheid	50
5.2.2 Intrinsieke motivatie: autonomie.....	53
5.2.3 Resultaten autonomie	57
Hoofdstuk 6 Analyse en aanbevelingen	59
6.1 Analyse en conclusie	59
6.1.1 Het Nederlandse zorgstelsel en de motivatie van huisartsen	59
6.1.2 New Public Management en de huisartsenzorg	60
6.2 Aanbevelingen	61
6.2.1 De ideale wereld.....	61
6.2.2 De huidige wensen in de literatuur	64
6.2.3 Aanbevelingen naar aanleiding van dit onderzoek	66
6.2.4 Urgente acties	67
6.3 Beperkingen onderzoek.....	67
Literatuurlijst	69
Bijlagen.....	77

Hoofdstuk 1 Conceptueel ontwerp

1.1 Inleiding

De huisartsenzorg staat onder druk door de hoge werkdruk (de Vries et al., 2021); Kroneman and de Jong (2018); (Schäfer et al., 2016). De vraag in dit verband is, of de organisatie van de huisartsenzorg hier invloed op heeft. Biedt de huidige organisatiestructuur voldoende regelcapaciteit voor huisartsen om de werkdruk te regelen en heeft deze mate van regelcapaciteit invloed op de motivatie van de huisartsen? In het kader van de Masteropleiding Bedrijfskunde is dit onderzoek naar de invloed van de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel op de intrinsieke motivatie van huisartsen verricht. Het onderzoeksontwerp is verdeeld in een conceptueel ontwerp, een conceptueel model, methodologische verantwoording, de infrastructuur van het Nederlandse zorgstelsel, de resultaten van het literatuuronderzoek en de onderzoeksanalyse. Dit hoofdstuk Conceptueel ontwerp is onderverdeeld in het onderzoekskader, de doelstelling van het onderzoek, het onderzoeksmodel en de centrale vraag.

1.2 Onderzoekskader

Sinds 2006 is in Nederland de Zorgverzekeringswet ingevoerd. Sinds 2015 bestaat het zorgstelsel uit vier stelselwetten: de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Jeugdwet. Door deze wetgeving is er veel veranderd in de huisartsenzorg (Bouwman, 2021; Hendriks et al., 2015; Hendriks & Van Gestel, 2017; Ministerie van Volksgezondheid, 2016; Ruwaard & de Boer, 2018; van den Hombergh et al., 2016, p. 41; van Klaveren, 2016; Wessels & Kraaijeveld, 2017). De kwaliteit van de chronische zorg, de kwaliteit van de huisartsenzorg in de avond-, nacht en weekend zorg en ook de patiënt-tevredenheid (waarin onder andere arts-patiënt contact en de bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk gemeten werd) is in onderzoeken aantoonbaar toegenomen (Giesen et al., 2021; Ruwaard & de Boer, 2018; van den Hombergh et al., 2016). Toch lijkt er ook een keerzijde aan deze positieve veranderingen. Er komen steeds meer signalen dat de werkdruk van huisartsen stijgt door de toegenomen administratie, de regeldruk, de steeds complexere zorg en door substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Het aantal huisartsen dat uitvalt met een burn-out neemt de laatste jaren toe (Boeke & Hoekstra, 2018; Hendriks et al., 2015; Huber et al., 2021; Kleijne, 2019b; Lambregtse, 2011; van den Brekel-Dijkstra et al., 2020; van der Horst & Dijkstra, 2019; Vos, 2019).

In de Nederlandse gezondheidszorg is samenwerken tussen verschillende organisaties steeds belangrijker. Om deze samenwerking succesvol te laten verlopen is de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van arbeid van belang (Nieuwkamp & Achterbergh, 2017). Kwaliteit van arbeid is de mogelijkheid van de werknemer zich betrokken te voelen, te leren en te ontwikkelen. Bij een goede kwaliteit van arbeid is de kans op stress laag. Om zich betrokken te voelen is het nodig dat de medewerker inzicht en overzicht heeft over het uiteindelijke zinvolle doel van de organisatie en ruimte heeft voor beïnvloeding van zijn of haar werkzaamheden (Achterbergh & Vriens, 2010; Achterbergh & Vriens, 2011; Kuipers & Kramer, 2002; Kuipers et al., 2018; Nieuwkamp & Achterbergh, 2017). Om dit mogelijk te maken, is de structuur van de organisatie van belang. In deze structuur speelt de mate van arbeidsdeling en de vormen van coördinatie een belangrijke rol (Achterbergh & Vriens, 2011; Kuipers & Kramer, 2002; Nieuwkamp & Achterbergh, 2017; Pless et al., 2016). “De structuur van de arbeidsdeling komt tot uiting in ‘regelcapaciteit’. Regelcapaciteit schept de ruimte om allerlei intrinsieke motieven tot ontwikkeling te laten komen, terwijl een gebrek aan regelcapaciteit leidt tot een focus op extrinsieke prikkels” (Kuipers et al., 2018, p. 126).

In meerdere onderzoeken is aangetoond dat het wel of niet bezitten van regelcapaciteit invloed heeft op de motivatie van de professional (Achterbergh & Vriens, 2010; Kuipers & Kramer, 2002; Lambregtse, 2011; Nieuwkamp & Achterbergh, 2017; Pronk, 2015; Ryan et al., 1983; Vermaak, 1997;

Vosselman, 2016). Een hoog ziekteverzuim kan passen bij problemen in de motivatie (Kuipers & Kramer, 2002). Bij huisartsen is het ziekteverzuim de laatste jaren toegenomen. De werkdruk is hoog. Veranderingen in het Nederlandse zorgstelsel kunnen geleid hebben tot een verandering van de regelcapaciteit van huisartsen. Een recent onderzoek in Denemarken toont aan dat over het algemeen intrinsiek gemotiveerde huisartsen minder burn-out zijn. Echter het blootstellen aan een extern regelgevend accreditatieprogramma leidt tot significant meer burn-out in vergelijking met collega huisartsen die niet deelnamen aan dit accreditatieprogramma (Pedersen et al., 2021).

De probleemstelling van dit onderzoek is dan ook dat de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel invloed heeft op de motivatie van de huisartsen.

Om vast te stellen of deze probleemstelling juist is, is besloten te gaan onderzoeken hoe huisartsen hun regelcapaciteit ervaren binnen het Nederlandse zorgstelsel en of dit invloed heeft op de motivatie van huisartsen.

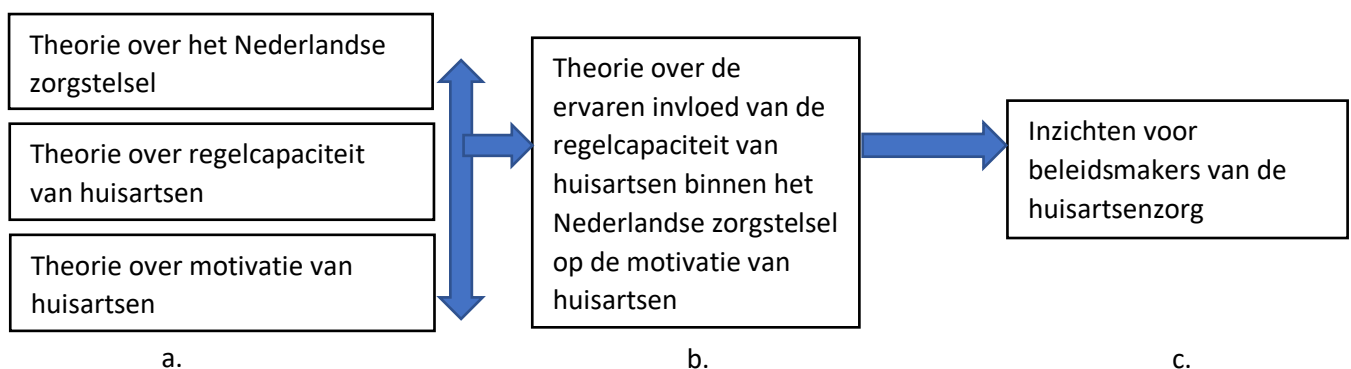
1.3 Doelstelling van het onderzoek

Op grond van de probleemstelling is het doel van het onderzoek geformuleerd. Het doel van dit onderzoek is:

Inzicht geven aan beleidsmakers in de huisartsenzorg, hoe de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel invloed heeft op de motivatie van huisartsen, door in een beschrijvend onderzoek een analyse te maken van de ervaren regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel en de invloed hiervan op de motivatie van huisartsen.

1.4 Onderzoeksmodel

Op basis van het onderzoekskader in paragraaf 1.2 en de doelstelling van het onderzoek in paragraaf 1.3 is een onderzoeksmodel opgesteld. Dit onderzoeksmodel beschrijft de binnen het onderzoek uit te voeren stappen en is hieronder schematisch weergegeven.



- Het bestuderen van de theorie over regelcapaciteit, het Nederlandse zorgstelsel en motivatie levert een theoretisch raamwerk op hoe de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel invloed kan hebben op de motivatie van huisartsen.
- Het door middel van bureauonderzoek in kaart brengen van de ervaren regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlands zorgstelsel en de invloed hiervan op de motivatie van huisartsen.
- Het verwerken van de analyseresultaten tot inzichten voor beleidsmakers van de huisartsenzorg over de invloed van de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlands zorgstelsel op de motivatie van de huisartsen.

1.5 Vraagstelling

De centrale vraag van dit onderzoek is:

Wat is de invloed van de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel op de motivatie van huisartsen?

Uit de formulering van deze centrale hoofdvraag volgt dat dit onderzoek zich richt op de invloed van de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel op de motivatie van huisartsen. In dit onderzoek is het uitgangspunt dat de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel invloed heeft op de motivatie van huisartsen. Er is niet gekeken naar andere invloeden op de motivatie van huisartsen. Eventuele andere invloeden vallen buiten de scope van dit onderzoek.

1.6 Indeling van het onderzoeksrapport

In het tweede hoofdstuk Theoretisch kader is ingegaan op de resultaatgerichte aansturing van de overheid en de invloed van New Public Management. De overheid wenst een integrale benadering van de zorgsector. De sociotechniek is gebaseerd op een integrale benadering van de arbeidsorganisatie. De theorie over de organisatie van de arbeid en de regelcapaciteit is verder uitgewerkt op basis van de principes passend bij de sociotechniek. Als laatste is in dit hoofdstuk de theorie over motivatie uitgewerkt. Het verschil tussen extrinsieke en intrinsieke motivatie is beschreven en de intrinsieke motivatie is verder uitgediept.

In het volgende hoofdstuk, Methodologische verantwoording, is de opzet van het onderzoek beschreven. De onafhankelijke variabele regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel is complex. Voor de invloed hiervan op de afhankelijke variabele motivatie is het prettig als er meer diepgang in de antwoorden zit. Om deze reden is gekozen voor een kwalitatief onderzoek. In dit onderzoek is het doel iets te zeggen over de regelcapaciteit van huisartsen in het algemeen en niet van een bepaalde groep huisartsen in het bijzonder. Vanwege de behoefte algemene kwalitatieve gegevens te verzamelen, is er gekozen voor een bureauonderzoek. De motivatie voor deze keuze is uitgelegd in hoofdstuk 3.

De complexiteit van de onafhankelijke variabele heeft ervoor gezorgd dat er tijdens de uitwerking van de resultaten is gekozen voor het toevoegen van een extra hoofdstuk. De gevonden literatuurgegevens over de infrastructuur van het Nederlandse zorgstel en de problemen die huisartsen hiermee ervaren, zijn gesplitst van de regelcapaciteit van huisartsen. Tijdens de uitwerking bleek dat het verwerken in één hoofdstuk ertoe leidde dat de focus van de uitwerking van de regelcapaciteit af ging en er veel dubbelingen waren. Om de leesbaarheid te vergroten en het begrip regelcapaciteit duidelijker tot zijn recht te laten komen, is deze splitsing aangebracht. In hoofdstuk 4 is de infrastructuur van het Nederlandse zorgstelsel en de ervaren problemen uitgewerkt.

Vervolgens volgt het vijfde hoofdstuk met de onderzoeksresultaten. Hier is de uitwerking van de data over de regelcapaciteit van huisartsen beschreven.

Tenslotte geeft hoofdstuk 6, Analyse en aanbevelingen, antwoord op de vraagstelling. Het behalen van de doelstelling is in dit hoofdstuk verwoord, alsmede de aanbevelingen aan beleidsmakers in de huisartsenzorg. Hier staat ook de bespreking van de beperkingen van het onderzoek.

Hoofdstuk 2 Conceptueel model

2.1 Inleiding

De vraagstelling van het onderzoek leidt tot een globaal conceptueel model in paragraaf 2.2. Het Theoretisch kader staat beschreven in paragraaf 2.3 en 2.4. De onafhankelijke variabele regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel is in paragraaf 2.3 verder uitgewerkt in verschillende dimensies. In paragraaf 2.4 is de uitwerking voor de afhankelijke variabele motivatie van huisartsen. Hieruit volgt in paragraaf 2.5 het definitief conceptueel model.

2.2 Globaal Conceptueel model

Op basis van relevante literatuur is in deze paragraaf het conceptueel model weergegeven en toegelicht. Dit vormt de basis voor dit onderzoek. Het globaal conceptueel model is de samenvatting van de relatie tussen de variabelen in een schematisch overzicht. Dit ziet er als volgt uit:



Het globaal conceptueel model gaat uit van de verwachting dat de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel invloed heeft op de motivatie van huisartsen.

2.3 Regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel

Om de regelcapaciteit van de huisarts nader te onderzoeken is het van belang te kijken naar de organisatiestructuur waarin de huisarts werkt. Het eerste gedeelte gaat over de aansturing van de overheid en New Public Management (NPM) fenomenen die hier een rol bij spelen. Het tweede gedeelte gaat over de regelcapaciteit in het algemeen.

2.3.1 New Public Management (NPM)

Voorheen waren patiënten voor hun zorg ziekenfonds of particulier verzekerd. Het oplopen van de zorgkosten en de mogelijk ongelijke behandeling tussen particulier of ziekenfondsverzekerden waren voor de overheid redenen om een ander stelsel te kiezen (Bouwman, 2021; Ruwaard & de Boer, 2018). Voor de overheid staat centraal: solidariteit (in de vorm van een verplichte basisverzekering), zorg van hoge kwaliteit en toegankelijke zorg voor alle (onafhankelijke) burgers. Daarnaast wil de overheid de zorgkosten beheersbaar houden. De overheid wil de toekomstige zorg betaalbaar houden door doelmatige besteding van het zorggeld en sturen op uitkomstgerichte zorg (Bouwman, 2021; de Vries et al., 2021; KNMG, 2007; Ministerie van Volksgezondheid, 2016; Ruwaard & de Boer, 2018; van Klaveren, 2016; van Kleef et al., 2014; van Weel, 2017).

Het mensbeeld met managers die hun werknemers moeten motiveren, omdat ze uit zichzelf niet tot actie komen, was in het verleden het meest gangbaar. Op rationele wijze werden de mensen aangestuurd. Standaardisatie en opsplitsen in deeltaken is veelvuldig toegepast om het doel 'een hoger rendement behalen' te realiseren. Deze manier van denken is nog steeds terug te vinden in onze huidige samenleving. In onze cultuur is transparantie en het meten van prestaties belangrijk (Dutrée & Plagge, 2015; Kuipers et al., 2018; Oerlemans, 2018, p. 9; Pink, 2010).

De Nederlandse overheid is ter aansturing van de publieke sector sinds de jaren '80 sterk beïnvloed door de managementstroming NPM. NPM is bedoeld om publieke organisaties efficiënter en transparanter te maken (Hoggett, 1991; Hood, 1991; Pollitt, 2003; Verbeeten & Speklé, 2015; Visser,

2015; Visser et al., 2019). NPM gaat ervan uit dat een resultaatgerichte cultuur leidt tot betere prestaties van de publieke organisaties. Zij gelooft dat strategische centralisatie, operationele decentralisatie, minder regels en procedures en sturen op output (vastgelegde prestaties die bereikt dienen te worden) resulteren in meer prestatiegericht werken en betere prestaties. Het gevolg is een terugtrekkende overheid, marktwerking en het afsluiten van prestatiecontracten (De Bruijn, 2003; Frey et al., 2013; Hoggett, 1991; Hood, 1991; Moynihan & Pandey, 2005; Pollitt, 2003; Spekle & Verbeeten, 2014; Valentijn, 2019; Valentijn, 2015; van Klaveren, 2016; Verbeeten, 2005; Verbeeten & Speklé, 2015; Visser, 2015; Visser & Den Bakker, 2018; Visser et al., 2019).

Nadelen NPM

Volgens de literatuur heeft NPM veel nadelen. Het grootste nadeel van NPM is “what gets measured, gets done” (Otley, 2003, p. 325). Het leveren van prestaties zorgt voor een vernauwing van de focus van organisaties (Otley, 2003). Daarbij is er bij NPM een duidelijke scheiding tussen beleidsvoorbereiding en -uitvoering (Visser, 2015). Een ander belangrijk nadeel is wat Hofstede (1981) de type II mismatch noemt. Hierbij komt het controle managementsysteem niet overeen met de aard van de geleverde activiteiten.

Het managen van organisaties kan op verschillende manieren. De keuze van een controlesysteem, wat passend is voor de organisatie, is afhankelijk van de activiteiten van de organisatie. Het vaststellen en controleren van prestaties past bij het routinecontrole systeem. Het routinecontrole systeem is passend bij een organisatie met eenduidige en repetitieve activiteiten, meetbare uitkomsten en bekendheid van de effecten van managementinterventies. Voldoet de situatie niet aan de voorwaarden, en is het routinecontrole managementsysteem toegepast, dan ontstaan er problemen. (Hofstede, 1981; Spekle & Verbeeten, 2014; Verbeeten & Speklé, 2015; Visser & Den Bakker, 2018; Visser et al., 2019). Deze situatie leidt tot, onder andere, een afname van de kwaliteit van het geleverde werk, demotivatie van de werknemer, frauduleus gedrag van de werknemer, het creëren van een schijnwerkelijkheid, de ‘principaal-agent theorie’, bureaucratie en het bevorderen van een niet-lerende organisatie (De Bruijn, 2003; Frey, 1997; Hofstede, 1981).

De onderliggende mechanismen die leiden tot deze problemen komen voort uit de prestatiegerichte aansturing. Door het sturen op vastgelegde prestaties, die niet de volledige lading van het werk dekken, ontstaat gedrag om alleen te voldoen aan de prestaties. Er is minder aandacht voor andere, niet gemeten, activiteiten. Dit kan leiden tot afname van de kwaliteit en demotivatie van de medewerker (Otley, 2003; Spekle & Verbeeten, 2014; Visser, 2015; Vosselman, 2002).

Het kan ook resulteren in sabotage van het systeem: het mooier maken van de geleverde prestaties dan de werkelijkheid (frauduleus gedrag, bijstellen van doelen of een verschil tussen de papieren werkelijkheid en de ervaren werkelijkheid) (Frey et al., 2013; Otley, 2003; Visser, 2015; Visser & Den Bakker, 2018; Visser et al., 2019; Vosselman, 2016).

Het koppelen van beloningen of straffen aan de prestaties kan zorgen voor afname van de prestaties of voor de principaal-agent theorie. In deze theorie handelt de medewerker in eigen belang. Hij levert bijvoorbeeld prestaties voor meer eigen inkomsten in plaats van voor verhoging van de kwaliteit (Frey, 1997; Frey et al., 2013; Otley, 2003; Verbeeten & Speklé, 2015; Visser, 2015; Vogel & Hattke, 2018).

Deze prestatiegerichte aansturing zorgt voor het bereiken van korte-termijn-doelen, maar is schadelijk voor de professionele houding en de systeemverantwoordelijkheid (De Bruijn, 2003; Otley, 2003; Visser, 2015; Visser et al., 2019).

Om de geleverde prestaties te meten, is veel papierwerk en registratie noodzakelijk (De Bruijn, 2003; Verbeeten & Speklé, 2015; Visser & Den Bakker, 2018; Visser et al., 2019; Vosselman, 2007).

Daarnaast zorgt dit systeem ervoor dat het voldoen aan prestaties belangrijker is dan het leren van fouten. Het verdoezelen van fouten leidt tot een niet-lerende organisatie (De Bruijn, 2003; Hofstede, 1981).

In de literatuur is bovenstaande veelvuldig beschreven. Deze problemen hebben invloed op de motivatie van de werknemer (De Bruijn, 2003; Frey, 1997; Frey et al., 2013; Levesque et al., 2008; Rawsthorne & Elliot, 1999; Vosselman, 2016).

Door het resultaatgericht aansturen is het presteren van organisaties afhankelijk van de activiteiten van de organisatie en de regelcapaciteit van de werknemers (Kuipers et al., 2018; Spekle & Verbeeten, 2014; van Kollenburg, 2003). In de literatuur is wel aangegeven dat het bepalen van prestatiedoelen in overleg met de werknemers en/of het gebruiken van prestaties als richting in plaats van als doel op zich, leidt tot het verbeteren van de prestaties van de organisatie. Om zelf invloed te hebben op de prestaties en het gebruik hiervan, is regelcapaciteit van de werknemer nodig, zowel voor het operationele proces als het strategisch proces. Hiervoor is de inrichting van de organisatie van belang. Als de inrichting van de organisatie zorgt voor het leren van fouten (dus geen afrekening op fouten) ontstaat een lerende organisatie met een gunstig resultaat op de prestaties (Frey et al., 2013; Garnett et al., 2008; Grafton et al., 2010; Henri, 2006; Hofstede, 1981; Jansen, 2008; Rawsthorne & Elliot, 1999; Spekle & Verbeeten, 2014; van Kollenburg, 2003; van Veen-Dirks, 2010; Verbeeten & Speklé, 2015; Wienen, 2019).

Hierboven is uitgelegd dat de Nederlandse overheid streeft naar een resultaatgerichte aansturing. Bij een resultaatgerichte aansturing is het soort controle managementsysteem belangrijk: Is er sprake van scheiding tussen regelgeving en uitvoering? Is de functionele concentratie laag of hoog? Past het controle managementsysteem bij de activiteiten van de organisatie? Is de aansturing gericht op de prestaties? Of is de aansturing gericht op het zinvolle doel, waarbij de prestaties richting geven? Hebben de uitvoerende inspraak in de richting en het gebruik van de prestaties?

Dit onderzoek geeft antwoord op deze vragen door te kijken naar de activiteiten van de organisatie en de regelcapaciteit van de uitvoerenden, in dit geval de huisartsen. Hieronder is het begrip regelcapaciteit verder uitgewerkt.

2.3.2 Regelcapaciteit

Samenwerking tussen verschillende organisaties is steeds belangrijker om de zorg in Nederland te organiseren (Nieuwkamp & Achterbergh, 2017). "Alleen integraal beleid op patiënt-, professioneel en organisatieniveau kan de ambities omtrent geïntegreerde zorg in Nederland waarmaken" (Valentijn, 2019, p. 52). Om geïntegreerde zorg te kunnen bieden is de organisatiestructuur van belang (Pless et al., 2016).

De organisatiestructuur is de verdeling en toewijzing van taken binnen een organisatie en het regelen van de coördinatie hiertussen.

De taakverdeling kan op basis van maximale of minimale arbeidsdeling en alles daartussen. Maximale arbeidsdeling is het opsplitsen van het werk in kleine deeltaken. Minimale arbeidsdeling is minimale opsplitsing van het zorgproces, met bundeling van de taken per eenheid. De integrale aanpak reduceert de complexiteit door de mate van arbeidsdeling te verlagen.

De organisatie kan de coördinatie tussen de taken regelen via een centrale of decentrale coördinatie. De centrale coördinatie is hiërarchisch, dus top-down via de directie naar leidinggevendenden naar de werknemers. Er is scheiding tussen regeling en uitvoering. Bij decentrale coördinatie stemmen verschillende zorgverleners rechtstreeks met elkaar af (zelfstandig werkende teams), dus zoveel mogelijk regelcapaciteit laag in de organisatie (Achterbergh & Vriens, 2010; Kuipers et al., 2018; Pless et al., 2016). De lage arbeidsdeling en decentrale coördinatie bij geïntegreerde zorg resulteert in bredere (groeps)taken, minder onderlinge afstemming en een betere balans tussen regelmogelijkheden en regelnoodzaak (Kuipers et al., 2018).

De literatuur noemt verschillende organisatie modellen voor geïntegreerde zorg, zoals Lean, integrale kwaliteitszorg, Klinische Zorgpaden, human resource management, Relationale Coördinatie, lerende organisatie en de Moderne Sociotechniek. Zij hebben overeenkomsten en verschillen. Het

belangrijkste verschil is dat de meeste modellen de organisatiestructuur slechts partieel benaderen en dat alleen de Moderne Sociotechniek de arbeidsorganisatie integraal benadert. Daarbij heeft ze een structurele invalshoek (ontwerptheorie en structuurbouwtheorie) (Kuipers et al., 2018; Pless et al., 2016). “De moderne sociotechniek is gericht op het ontwikkelen van netwerkstructuren met voldoende regelcapaciteit” (Kuipers & Kramer, 2002, p. 60).

De huisartsenzorg van de toekomst bestaat uit steeds meer samenwerking in een netwerk rondom de patiënt om de medische zorg en de sociale zorg onderling af te stemmen met daarbij in het gunstigste geval integrale financieringsafspraken (Jansen, 2019; Lambregtse, 2011; van Weel, 2017). Het is een complexe omgeving en heeft dus een integrale benadering nodig om tot resultaten te komen. Dat maakt de sociotechniek een geschikte manier om naar de huisartsenzorg te kijken.

De sociotechniek is gericht op het ontwerpen van een organisatie die zinvol kan overleven. Zij doet dat door een organisatiestructuur te bouwen die hierop gericht is. De infrastructuur van een organisatie zorgt voor het leveren van goede producten of het verlenen van goede diensten. Idealiter is de infrastructuur zelf geen bron van verstoringen en neutraliseert zij zelfs verstoringen van buitenaf. Als laatste zorgt de infrastructuur voor voldoende regelcapaciteit binnen de organisatie. De moderne organisatie heeft voor haar levensvatbaarheid drie kwaliteitseisen: de kwaliteit van de organisatie, de kwaliteit van de arbeid en de kwaliteit van de arbeidsrelaties (Achterbergh & Vriens, 2010). Om integrale zorg te kunnen leveren is de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van de arbeid niet alleen afhankelijk van de organisatie zelf, maar ook van het netwerk hieromheen. Als in dit netwerk de coördinatie tussen de verschillende aanbieders niet soepel verloopt, is er sprake van fragmentatie. Fragmentatie resulteert in de samenwerking tot het verrichten van onnodige of onsamenvattende activiteiten in de ogen van individuele zorgaanbieders. Dit heeft invloed op de intrinsieke motivatie van de professional (Nieuwkamp & Achterbergh, 2017).

	Externe functie eisen	Interne functie-eisen
Kwaliteit van organisatie	Flexibiliteit	Korte doorlooptijd
		Voldoende productvarianten
		Variabele productmix
	Beheerstheid	Betrouwbare doorlooptijd
		Goede kwaliteitsbeheersing
	Innovatievermogen	Strategische productontwikkeling
Kwaliteit van arbeid	Laag verzuim Laag verloop	Korte innovatietijd
		Beheersbare stresscondities
		Mogelijkheden tot leren
		Mogelijkheden tot ontwikkelen
		Mogelijkheden zich betrokken te voelen
Kwaliteit van arbeidsrelaties	Effectief overleg	Gedeelde verantwoordelijkheid
		Participatie in werkoverleg

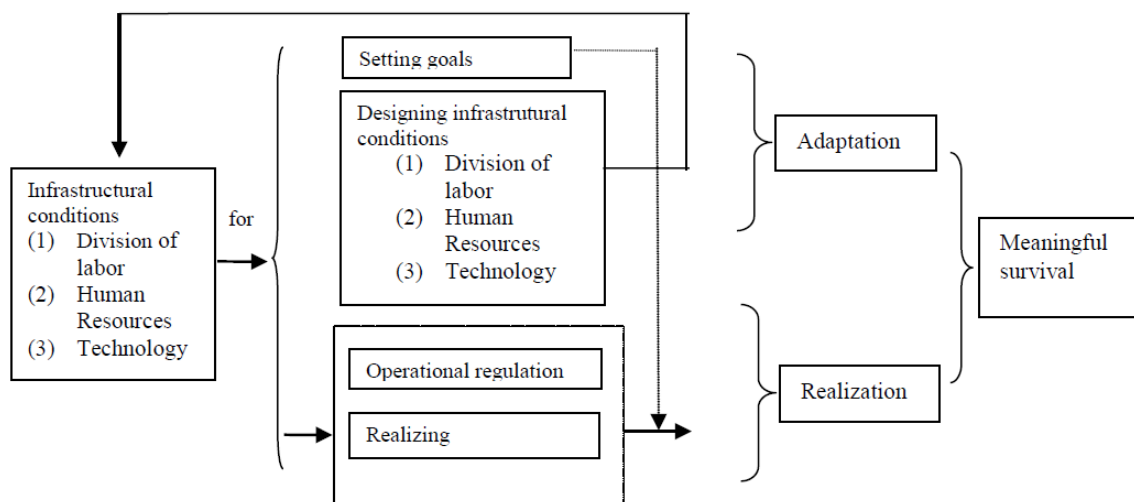
Tabel 2.1 Kwaliteitseisen organisatie volgens De Sitter (Achterbergh & Vriens, 2010, p. 242)

De hoge werkdruk en toename van burn-out onder huisartsen is een probleem op het gebied van de kwaliteit van de arbeid (Achterbergh & Vriens, 2011; Kuipers & Kramer, 2002; Kuipers et al., 2018). De sociotechniek beschrijft de invloed van de organisatiestructuur op de kwaliteit van arbeid. De positie van de werknemer wordt gezien als een knooppunt in het netwerk. Idealiter zorgt de organisatiestructuur ervoor, dat er zo min mogelijk verstoringen optreden en als er verstoringen optreden er voldoende regelcapaciteit van de medewerker is om deze verstoringen zelfstandig op te lossen. De mate van arbeidsdeling en de mate van scheiding tussen regelen en uitvoeren hebben invloed op de regelcapaciteit van de werknemer (Achterbergh & Vriens, 2010; Achterbergh & Vriens, 2011; Kuipers & Kramer, 2002; Kuipers et al., 2018; Nieuwkamp & Achterbergh, 2017).

Regelcapaciteit is het hebben van ruimte en mogelijkheden van de medewerker om zingevende interacties op zijn knooppunt (de plaats van een medewerker in het netwerk van interacties om hem heen) te realiseren (Kuipers & Kramer, 2002). De definitie van regelcapaciteit is: “de mogelijkheid om op een knooppunt binnen bepaalde normen zelfstandig in te spelen op de veranderlijkheid in de omgeving” (Kuipers et al., 2018, p. 78).

Het kan gaan om regelcapaciteit op het eigen knooppunt, dus binnen het eigen taakdomein (interne regelcapaciteit) en het kan gaan om regelcapaciteit in het netwerk, dus in interactie met andere knooppunten (externe regelcapaciteit). Bij problemen met de werklust en werkdruk is het zinvol om te kijken naar de regelcapaciteit van individuen binnen een organisatie of netwerk (Achterbergh & Vriens, 2010; Kuipers et al., 2018).

De sociotechniek is gebaseerd op de regeltheorie van Ashby (Achterbergh & Vriens, 2010). Om als organisatie zinvol te overleven is het van belang doelen te stellen en deze als nodig aan te passen. De organisatie heeft hiervoor een structuur (de verdeling van taken en verantwoordelijkheden), mensen en middelen nodig. Door deze inrichting is het mogelijk het primaire proces (het daadwerkelijk gemaakte product of de geleverde dienst) te leveren. De organisatie wil het beoogde doel bereiken. Om te zorgen dat het goed blijft gaan, is het voorkomen van verstoringen en het omgaan met opgetreden verstoringen belangrijk. Verstoringen worden gezien als complexiteit. Het omgaan met complexiteit is de regelcapaciteit van de organisatie.



Figuur 2.1 Regelcapaciteit van organisaties (Achterbergh & Vriens, 2010, p. 15)

Er is regelcapaciteit op verschillende niveaus: strategisch regelen, het inrichtingsregelen en het operationeel regelen.

Het doel instellen is het formuleren van de juiste variabelen met hierbij passende normaalwaarden. Het regelen is het zorgen dat deze variabelen binnen de normaalwaarden blijven. Bij het strategisch regelen gaat het om het stellen en aanpassen van de doelstellingen met als doel het zinvol overleven van de organisatie. Controle zorgt voor het bereiken van de gewenste doelen en is afhankelijk van het regelen. De effectiviteit van het regelen is de mate van realisatie en haalbaarheid van de gestelde doelen.

Het inrichtingsregelen is het ontwerpen van de infrastructuur die effectief en efficiënt is om de verstoringen te dempen en de regelcapaciteit te versterken. Het doel van het inrichtingsregelen is het bereiken van het organisatiedoel. Hiervoor is het belangrijk dat de mensen, werkzaam in de organisatie, het vastgestelde doel graag willen bereiken. Om dit voor elkaar te krijgen, hoort de

structuur van de organisatie hieraan bij te dragen. Is dit niet zo, dan is aanpassing van de structuur nodig, zodat ze er wel aan bijdraagt (Achterbergh & Vriens, 2010).

De infrastructuur is opgebouwd uit de structuur (de mate van arbeidsdeling en de coördinatievorm) van de organisatie, human resources en technologie. Het dempen kan op 3 manieren: 1. Elimineren (ervoor zorgen dat verstoringen niet meer kunnen ontstaan), 2. Neutraliseren (ervoor zorgen dat de organisatie niet meer gevoelig is voor de verstoring), 3. Infrastructuur aanpassen zodat deze zelf geen bron van verstoringen meer is. Het versterken is het toevoegen van het passief blok (waardoor elimineren of neutraliseren volgt) en de mogelijkheden om actief te regelen (het omgaan en voorkomen van verstoringen) uit te breiden.

Het operationeel regelen is het passief regelen (het blokkeren van verstoringen) en het actief regelen (met de fout omgaan en het voorkomen van verstoringen) in het primaire proces, dus in dit geval het regelen rondom het verlenen van huisartsenzorg aan de individuele patiënt. Op operationeel niveau is aanpassing van de infrastructuur niet mogelijk en gebruikt men de bestaande middelen en regels (Achterbergh & Vriens, 2010).

Kortom, bij problemen in de omgang met de omgeving, regelt de organisatie op strategische niveau. Bij problemen over de manier van werken, regelt de organisatie op inrichtingsniveau. En bij problemen in het primaire proces, regelt de organisatie op operationeel niveau (Kuipers et al., 2018). Regelcapaciteit bestaat uit interne en externe regelcapaciteit op strategisch, inrichtings- en operationeel niveau. In dit onderzoek is vooral de regelcapaciteit van de huisarts binnen het netwerk (het Nederlandse zorgstelsel) van belang en zal zich dus richten op de externe regelcapaciteit van de huisarts op strategisch, inrichtings- en operationeel niveau.

Regelcapaciteit huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel

- Interne regelcapaciteit
- Externe regelcapaciteit
 - Strategische regelcapaciteit
 - Doelen stellen/aanpassen
 - Doelen controleren
 - Inrichtingsregelcapaciteit
 - Dempen
 - Elimineren
 - Neutraliseren
 - Infrastructuur aanpassen
 - Versterken
 - Passief blok toevoegen
 - Uitbreiden actief regelen (regelcapaciteit toevoegen ter verbetering van de omgang met verstoringen en het voorkomen van verstoringen)
 - Operationele regelcapaciteit
 - Passief blok
 - Actief (omgaan met verstoring en voorkomen van verstoring met bestaande middelen)

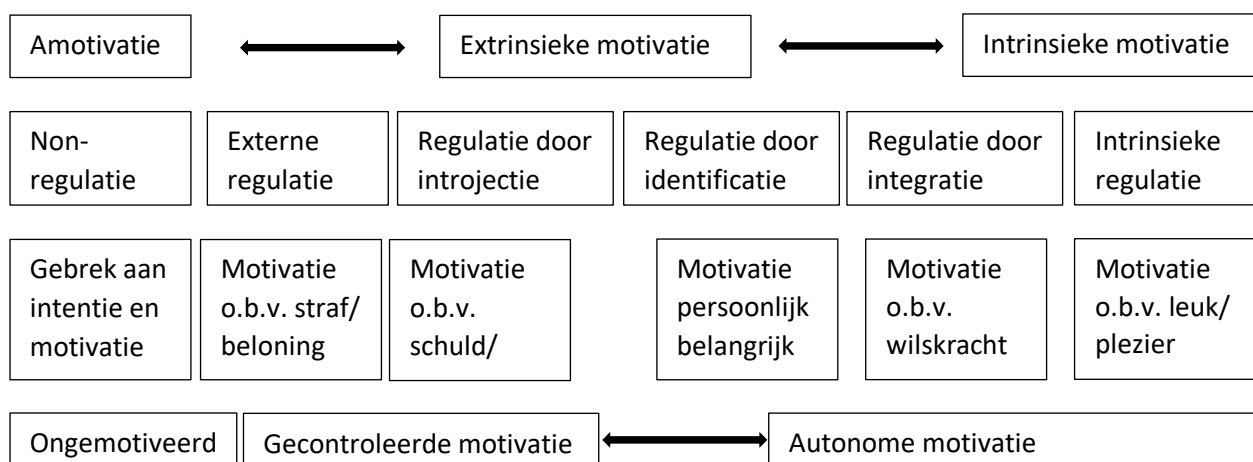
2.4 Motivatie in de literatuur

De werkdruk en de mate van regelcapaciteit van een individu bepaalt de kansen op betrokkenheid en motivatie. Het bepaalt ook de risico's op vervreemding en stress (Kuipers & Kramer, 2002). Hieronder volgt de theoretische uitwerking over motivatie en basisbehoeften van huisartsen.

2.4.1 Theorie over motivatie

In de literatuur is veel geschreven over motivatie. Mensen denken verschillend over motivatie. De een ziet motivatie als een vaststaand feit, een aangeboren toestand. De ander ziet motivatie als iets wat ontwikkeld kan worden (Deci & Ryan, 2000; Kuipers et al., 2018; Pink, 2010). Volgens Maslow hebben mensen drie basisbehoeften: honger, dorst en lust. Bij vervulling van de basisbehoeften komt de mens steeds hoger in de behoeftenpiramide, met in de top van de piramide zelfontplooiing. Mc Gregor onderscheidt twee typen mensbeelden: type X en type Y mensbeeld. Bij het type X mensbeeld hebben mensen een hekel aan werken, willen ze het werken het liefst vermijden en nemen ze geen verantwoording voor hun werk. Mensen hebben dwang, controle, sturing en eventueel bedreiging met straffen nodig om ze te motiveren. Het andere type Y mensbeeld is dat men van nature belangstelling heeft voor het werk. In de juiste omstandigheden nemen mensen hiervoor verantwoording (Kuipers et al., 2018; Pink, 2010).

Motivatie is een spectrum en loopt van amotivatie, via extrinsieke motivatie naar intrinsieke motivatie. Amotivatie is het geloof dat een activiteit toch niet leidt tot het gewenste resultaat. Extrinsieke motivatie is motivatie op basis van factoren die buiten de persoon liggen en de persoon aanzetten tot actie. Intrinsieke motivatie is het zelf willen van de persoon. Hierbij vindt regulatie plaats op basis van non-regulatie, externe regulatie, regulatie door introjectie, identificatie of integratie en intrinsieke regulatie. Non-regulatie is geen invloed kunnen uitoefenen op de motivatie. Externe regulatie is motivatie creëren op basis van straf of beloning. Regulatie door introjectie is motivatie creëren op basis van schuld, schaamte of goedkeuring. Regulatie door identificatie is regulatie doordat het voor de persoon zelf belangrijk is. Regulatie door integratie is het ontwikkelen van motivatie op basis van wilskracht. Intrinsieke regulatie is regulatie op basis van plezier en leuk vinden (Deci & Ryan, 2008; Gagné & Deci, 2005; Ryan & Connell, 1989). Bij amotivatie komt er geen actie van de persoon. Gecontroleerde motivatie betekent dat de persoon over gaat tot actie op basis van externe factoren (externe regulatie en regulatie door introjectie). Hierbij ervaart de persoon druk van buitenaf. Bij autonome motivatie komt de persoon tot actie op basis van eigen wilskracht (regulatie door identificatie, integratie of intrinsiek), dus vanuit de eigen persoonlijke wil (Deci & Ryan, 2008).



Figuur 2.2 Onderverdeling autonomie (Deci & Ryan, 2008; Van den Broeck et al., 2021)

“Autonome motivatie bestaat uit intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie, waarbij mensen zich hebben geïdentificeerd met de waarde van een activiteit en deze idealiter in hun zelfgevoel hebben geïntegreerd. Wanneer mensen autonome motivatie hebben, ervaren ze wilskracht, of een zelfbevestiging van hun acties. Gecontroleerde motivatie daarentegen bestaat uit zowel externe regulatie als geïntrojecteerde regulatie. Bij externe regulatie is iemands gedrag een gevolg van externe prikkels zoals beloning of straf. Bij geïntrojecteerde regulatie is de regulatie tot de motivatie gedeeltelijk geïnternaliseerd. Factoren zoals goedkeuring, vermijding van schaamte, gevoel van eigenwaarde en ego-betrokkenheid stimuleren het gedrag. Gecontroleerde mensen ervaren druk om op bepaalde manieren te denken, te voelen of zich te gedragen. Zowel autonome als gecontroleerde motivatie geven energie en direct gedrag, en staan in contrast met amotivatie, dat verwijst naar een gebrek aan intentie en motivatie” (Deci & Ryan, 2008, p. 182). Autonoom gemotiveerde mensen zijn zich volledig bewust van de eigen wil en vrije keuze, terwijl gecontroleerd gemotiveerde mensen zich laten leiden door druk en verwachtingen van buitenaf (Deci & Ryan, 2008).

Amotivatie leidt tot mindere prestaties. Externe regulering leidt tot beperkte invloed op het gedrag, maar gaat wel ten koste van het welzijn van de werknemers. Regulatie door introjectie geeft wisselende resultaten. Regulatie door integratie geeft betere prestaties. En intrinsieke motivatie geeft het meeste welzijn van medewerkers (Van den Broeck et al., 2021). Intrinsieke motivatie is een activiteit uitgevoerd vanwege de activiteit zelf en zonder duidelijke beloning hiervoor (Deci, 1972). Deci and Ryan (2013) definiëren intrinsieke motivatie als de centrale energiebron van de mens, waardoor mensen overgaan tot actie.

Gegeven beloningen hebben invloed op de motivatie. De manier van beloningen geven bepaalt of de intrinsieke motivatie toeneemt of afneemt (Ryan et al., 1983). Prestatiegerichte beloning kan een averechts effect hebben op de motivatie (Kuipers et al., 2018). Geld als externe beloning heeft een negatieve invloed op de intrinsieke motivatie (Deci, 1971). Prestatieafhankelijke beloningen gericht op het verwerven van de beloning in plaats van op de geleverde prestatie zorgen voor een afname van de intrinsieke motivatie (Deci & Ryan, 1980). Verbale bekrachtiging of positieve feedback hebben een positieve invloed op de intrinsieke motivatie (Deci, 1971). Ook prestatieafhankelijke beloningen gericht op het leveren van effectieve prestaties vergroten de intrinsieke motivatie. Dit komt voort uit de onderliggende behoefte van de mens aan competentie en zelfbeschikking (Deci & Ryan, 1980). Daarnaast is aangetoond dat keuzevrijheid een positieve invloed heeft op de intrinsieke motivatie. Intrinsieke motivatie leidt tot betere prestaties, ondanks wel of geen extrinsieke prikkels. Intrinsieke motivatie leidt tot een betere kwaliteit. Echter extrinsieke motivatie leidt tot een hogere kwantiteit van prestaties (Cerasoli et al., 2014). Intrinsieke motivatoren zijn prestaties, erkenning, het werk zelf, verantwoordelijkheid en groei. Extrinsieke factoren zijn bedrijfsbeleid, supervisie, salaris en promotiekansen. Volgens de Two Factor Theory van Herzberg resulteert voldoende aanwezigheid van intrinsieke motivatoren in een toename van de tevredenheid over het werk. Het ontbreken hiervan leidt niet tot ontevredenheid. Extrinsieke factoren leiden bij het ontbreken hiervan tot ontevredenheid en zorgen bij voldoende aanwezigheid hiervan tot een neutrale houding (Kuipers et al., 2018).

Een van de belangrijkste onderliggende theorieën over motivatie is de Self-Determination Theorie. Deze theorie gaat ervan uit dat ieder mens aangeboren psychologische basisbehoeften nodig heeft om psychologische groei, integriteit en welzijn mogelijk te maken. Bevrediging van deze behoeften leidt tot een toename van de intrinsieke motivatie. Factoren die zorgen voor onvervulde behoeften resulteren in een afname van de intrinsieke motivatie (Deci & Ryan, 2000).

Deze drie behoeften zijn competentie, autonomie en verbondenheid. Competentie betekent vertrouwen hebben in dat wat je doet ook het beoogde effect heeft (Deci & Ryan, 2000).

Competentie is ook streven naar meesterschap, waarbij flow van belang is. Meesterschap houdt zich aan drie wetten: meesterschap is een mentaliteit (intelligentie is verbeterbaar), meesterschap is een lijdensweg (het vergt inspanning) en meesterschap is een asymptoot (men bereikt het nooit). Hoe

groter de mogelijkheid om te streven naar competentie of meesterschap hoe gemotiveerder en gelukkiger men is (Pink, 2010).

Autonomie is de eigen wil, ofwel het verlangen om zich te gedragen in overeenstemming met het eigen gevoel (Deci & Ryan, 2000). Autonomie op het werk bestaat uit regie hebben op de vier terreinen van het werk: wat mensen doen (taak), wanneer ze het doen (tijd), hoe ze het doen (techniek) en met wie ze het doen (team) (Pink, 2010). “Autonomie leidt tot betrokkenheid, terwijl controle leidt tot volgzaamheid” (Pink, 2010, p. 114).

Verbondenheid betekent het verlangen zich te verbinden met anderen. (Deci & Ryan, 2000). In zijn boek *Drive* geeft Pink (2010) een iets andere betekenis aan de basisbehoefte verbondenheid. Pink noemt het zingeving. Als men streeft naar autonomie en meesterschap in het kader van een hoger doel hebben mensen nog meer motivatie en bereiken ze meer. De werknemers zijn weldoeners als de doelstelling van een organisatie niet winstmaximalisatie maar zingevingsmaximalisatie is. Werknemers hebben bij het nastreven van een zinvol doel meer motivatie om de doelstelling van de organisatie te bereiken dan bij winst maken. Betrokken medewerkers praten over hun bedrijf in de vorm van ‘wij’, in tegenstelling tot niet-betrokken medewerkers. Zij hebben het over wat ‘zij’ allemaal van hen vragen. Geld uitgeven aan andere mensen of een goed doel laat de intrinsieke motivatie toenemen. Als een organisatie het beleid heeft dat een medewerker zelf mag bepalen hoe de organisatie iets terug geeft aan de samenleving, dan helpt dit mee de intrinsieke motivatie van de werknemer te vergroten (Pink, 2010).

Dit onderzoek is opgezet om te kijken naar de invloed van de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel op de motivatie van de huisarts. De aanleiding hiervan is de toegenomen werkdruk en toename van burn-out onder huisartsen. Het welzijn van de huisartsen staat onder druk. De vraag is hoe de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel hen in staat stelt aan hun basisbehoeften autonomie, meesterschap en zingeving te voldoen. Als hieraan voldaan is, is de intrinsieke motivatie hoog. Hieronder is de uitwerking van de basisbehoeften van huisartsen.

2.4.2 Basisbehoeften huisartsen

Bij professionals speelt de professionele autonomie een grote rol in de mate van welbevinden (Borleffs, 2008; Huber et al., 2021; Kuipers et al., 2018; Lambregtse, 2011; Nieuwkamp & Achterbergh, 2017; Ouendag, 2010; Vermaak, 1997). Bij professionele autonomie is het belangrijk wat de arts innerlijk drijft, zijn wil om het goed te doen voor de patiënt. Alle artsen leggen in de opleiding de Eed van Hippocrates af:

“Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten.

Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheimhouden wat mij is toevertrouwd.

Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen.

Ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving en zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk.

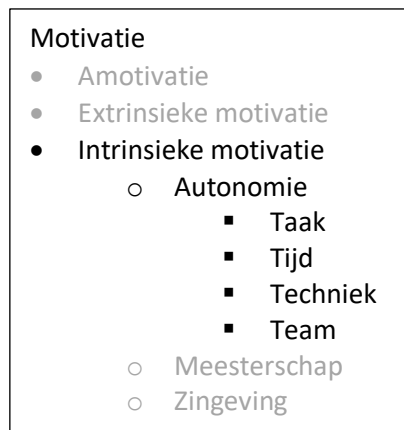
Ik zal zo het beroep van arts in ere houden. Dat beloof ik. of Zo waarlijk helpe mij God almachtig” (Artseneed, 2019, p. 7).*

Deze eed is de basis van de medisch-ethische normen: goed doen voor de patiënt, niet schaden, rechtvaardigheid en respect voor de autonomie van de patiënt (Artseneed, 2019; Beauchamp, 2019; Borleffs, 2008; Huber et al., 2021; KNMG, 2007). “Medische professionaliteit is het geheel van waarden, gedragingen en verhoudingen met de samenleving dat het vertrouwen van mensen in artsen ondersteunt en rechtvaardigt. Medische professionaliteit veronderstelt wederzijds respect, individuele verantwoordelijkheid en het afleggen van verantwoording” (KNMG, 2007, p. 6). De

professionele standaard is het geheel van professionele normen, op basis waarvan artsen dienen te handelen, en de daarbij behorende waarden, regels, wetenschappelijke inzichten en ervaringen, vastgelegd in richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep (Artseneed, 2019; KNMG, 2007). Bovenstaande betekent niet dat artsen zich altijd aan de professionele standaard dienen te houden, maar dat de verwachting is dat ze kunnen motiveren waarom ze ervan afwijken. Als het in het belang van de patiënt is, is afwijken van de standaard geaccepteerd. In het algemeen staat voor artsen het belang om een positieve bijdrage te leveren aan de gezondheid van de patiënt voorop (Borleffs, 2008; Huber et al., 2021; KNMG, 2007). Professionaliteit betekent ook dat er meer nadruk komt op het afleggen van verantwoording, met daarbij afname van de autonomie (van Luijk et al., 2009).

Deze medische professionaliteit geeft richting aan de zingeving en aan het ontwikkelen van meesterschap van artsen. Dit kan wel ten koste gaan van de autonomie van de arts. Aangezien regelcapaciteit een directe uiting is van de mate van autonomie (Kuipers et al., 2018) is het interessant om te kijken hoe de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlands zorgstelsel invloed heeft op de vier terreinen van autonomie in het werk van artsen: hun taak, hun tijd, hun techniek en hun team.

In dit onderzoek is de ervaren autonomie van de huisarts gemeten op basis van de ervaringen op het werkgebied taak, tijd, techniek en team.



2.5 Definitief Conceptueel model en de verwachtingen

Dit is een onderzoek naar de invloed van de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel op de intrinsieke motivatie van huisartsen. De conclusie uit bovenstaand theoretisch kader is dat de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel bestaat uit de externe regelcapaciteit op strategisch (het stellen, controleren en aanpassen van doelen), inrichtings- (het dempen en versterken) en operationeel (passief en actief) niveau. In dit onderzoek is de intrinsieke motivatie van huisartsen gemeten op basis van de ervaren autonomie van huisartsen ten aanzien van de regie hebben over hun taak, hun tijd, hun techniek en hun team.

Dit leidt tot het volgende definitieve conceptuele model:

Regelcapaciteit huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel

- Interne regelcapaciteit
- Externe regelcapaciteit
 - Strategische regelcapaciteit
 - Doelen stellen/aanpassen
 - Doelen controleren
 - Inrichtingsregelcapaciteit
 - Dempen
 - Elimineren
 - Neutraliseren
 - Infrastructuur aanpassen
 - Versterken
 - Passief blok toevoegen
 - Uitbreiden actief regelen (regelcapaciteit toevoegen ter verbetering van de omgang met verstoringen en het voorkomen van verstoringen)
 - Operationele regelcapaciteit
 - Passief blok
 - Actief (omgaan met verstoring en voorkomen van verstoring)

Motivatie

- Amotivatie
- Extrinsieke motivatie
- Intrinsieke motivatie
 - Autonomie
 - Taak
 - Tijd
 - Techniek
 - Team
 - Meesterschap
 - Zingeving

Hoofdstuk 3 Methodologische verantwoording

Dit hoofdstuk concretiseert het onderzoek naar de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel en de invloed hiervan op de intrinsieke motivatie van huisartsen door de onderzoeksstrategie, het onderzoeksmateriaal en de onderzoeksplanning weer te geven.

3.1 Onderzoeksstrategie

Het literatuuronderzoek heeft een kader geschetst over de verschillende vormen van regelcapaciteit en hoe dit invloed heeft op de intrinsieke motivatie. De onderzoeker wil dit nader onderzoeken voor huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel. Dit is een vorm van een praktijkgericht, beschrijvend, deductief onderzoek.

Het in kaart brengen van de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel en de invloed hiervan op de intrinsieke motivatie is complex. Door de toename van het aantal huisartsen met een burn-out is het toch belangrijk dit in kaart te brengen. Door dit onderzoek is het wellicht mogelijk in de toekomst iets te veranderen, waardoor huisartsen minder uitvallen. Inzicht van de beleidsmakers in de huisartsenzorg over de invloed van de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel op de intrinsieke motivatie van huisartsen is nodig. De onderzoeker kiest in verband met de complexiteit en de wens tot verandering voor een kwalitatieve dataverzamelmethode.

Om de onderzoeksvraag “Wat is de invloed van de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel op de motivatie van huisartsen?” te beantwoorden is informatie over de regelcapaciteit van de huisartsen in de praktijk belangrijk. Ook informatie over de intrinsieke motivatie van huisartsen is belangrijk. Niet van individuele huisartsen, maar over het algemeen genomen in het hele land. Het verzamelen van praktische informatie hierover kan door gebruik te maken van bestaande data. Met een bureau onderzoek is er toegang tot veel meer gegevens dan met interviews met enkele personen. Op deze manier zoekt de onderzoeker naar kwalitatieve data van huisartsen in heel Nederland en is er de mogelijkheid de context van de gegevens mee te nemen. Beide zijn bij deze onderzoeksvraag van belang. Vanwege de mogelijkheid grote hoeveelheden kwalitatieve data met context te onderzoeken op landelijk niveau kiest de onderzoeker voor een bureau onderzoek. Dit bureauonderzoek maakt gebruik van secundaire data. De gebruikte data uit de gevonden literatuur is niet verzameld met de intentie om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, zie verder bij onderzoeksvaliditeit. Om de gevonden data te verifiëren is een kwantitatief onderzoek, met een grote landelijke steekproef onder de huisartsen, in de toekomst gewenst.

3.2 Onderzoeksmateriaal

Deze paragraaf is onderverdeeld in databronnen en methoden.

3.2.1 Databronnen

Dit bureauonderzoek maakt gebruik van kwalitatieve data. Zij gebruikt hiervoor kennisbronnen en databronnen. De onderzoeker heeft de bronnen geselecteerd op basis van inhoudelijke relevantie en zoveel mogelijk op wetenschappelijke basis. Via Google Scholar heeft de onderzoeker naar wetenschappelijke artikelen gezocht. Zij heeft hierbij gebruik gemaakt van de licentie van de Radboud Universiteit. Daarnaast heeft zij documenten en artikelen van de belangenvereniging LHV (tijdschrift De Huisarts), de beroepsgroep NHG (wetenschapsblad Huisarts en Wetenschap) en de KNMG (vaktijdschrift Medisch Contact) gebruikt. Zij heeft toegang tot deze tijdschriften via haar werk als huisarts. Zij heeft alleen openbare documenten van de overheid gebruikt.

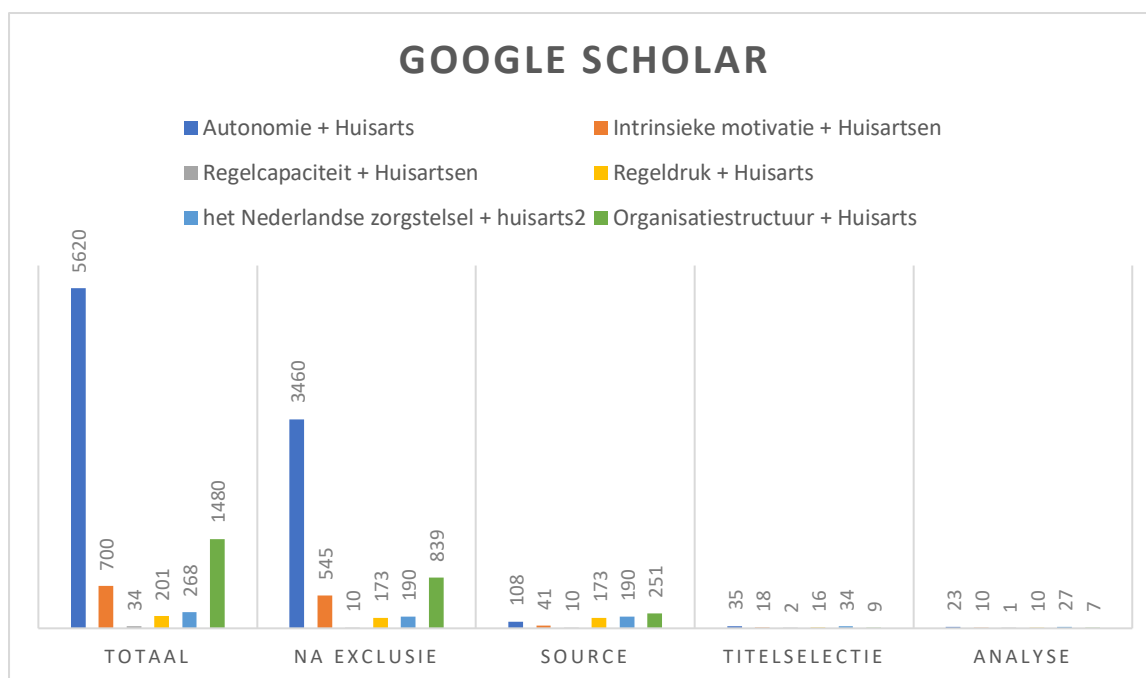
De onderzoeker heeft geschikte artikelen en documenten gezocht door de onafhankelijke variabele regelcapaciteit en de afhankelijke variabele intrinsieke motivatie te gebruiken. Bij de analyse zijn de geselecteerde artikelen verwerkt via het onderstaande operationalisatieschema:

variabele	kernbegrip	dimensie	topic	indicatoren
onafh var	regelcapaciteit	strategische regelcapaciteit	doelen stellen	het zelf formuleren van de doelen en hun normaalwaarden
				ervoor zorgen dat de doelen gerealiseerd worden en haalbaar zijn
			doelen aanpassen	mogelijkheid de gestelde doelen van overheid, zorgverzekeraar en regionale organisatie te beïnvloeden
		inrichtingsregelcapaciteit	dempen - elimineren	ervoor zorgen dat de verstoringen niet meer kunnen ontstaan
			dempen - neutraliseren	ervoor zorgen dat de organisatie niet meer gevoelig is voor de verstoringen
			dempen - infrastructuur aanpassen	het aanpassen van structuur (de mate van arbeidsdeling en de coördinatievorm)
				het aanpassen van human resources
				het aanpassen van de technologie
			versterken - passief blok toevoegen	mogelijkheid iets te regelen waardoor huisartsenzorg verlenen aan patiënt geen hinder meer ondervindt van verstoringen (bijvoorbeeld regels, toelatingseisen)
			versterken - actief regelen	mogelijkheid om te gaan met dingen die fout gaan in het verlenen van de huisartsenzorg
afh var	motivatie	intrinsieke motivatie		mogelijkheid iets te regelen om de volgende keer de verstoring te voorkomen
				iets geregeld, waardoor het zorg verlenen van de patiënt er geen last meer van heeft
			passief blok	herstellen of oplossen van fout in het zorgproces
			actief	
			autonomie - taak	mogelijkheid zelf te bepalen wat tot de taak behoort
			autonomie - tijd	mogelijkheid zelf te bepalen op welk moment de taak uitgevoerd wordt
			autonomie - techniek	mogelijkheid zelf te bepalen hoe de taak uitgevoerd wordt
			autonomie - team	mogelijkheid zelf te bepalen met wie de taak uitgevoerd wordt

3.2.2 Methoden

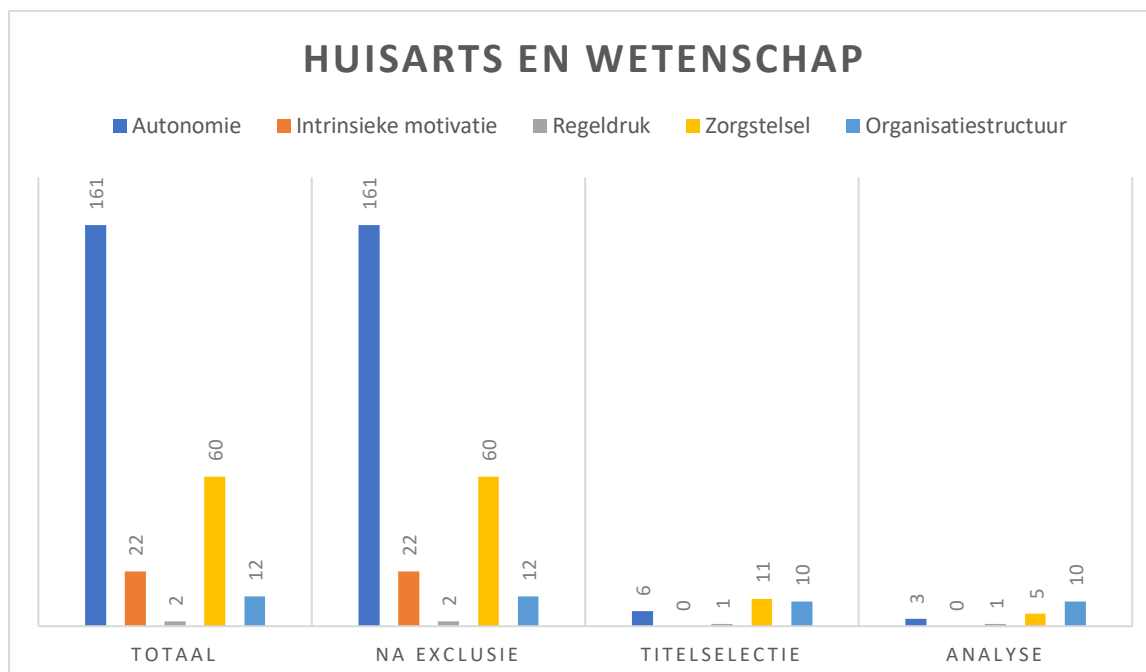
De onderzoeker heeft de termen autonomie, regelcapaciteit/regeldruk, Nederlandse zorgstelsel, organisatiestructuur en intrinsieke motivatie gebruikt. De onderzoeker heeft de sneeuwbalmethode gebruikt om via relevante artikelen of documenten weer andere artikelen of documenten te vinden. Zij heeft gezocht op de periode 2007-2022, aangezien het gaat over de periode na de introductie van de Zorgverzekeringswet en later ook de Wlz, WMO en Jeugdwet. De nadruk ligt op de periode 2015-2022. De artikelen en documenten die gebruikt zijn, hebben allemaal betrekking op de huisartsenzorg in Nederland.

Er is gestart met zoeken via Google Scholar, zie figuur 3.1. Er is bewust gezocht in het Nederlands, omdat dit proefschrift over de Nederlandse situatie gaat. De onderzoeker heeft de zoektermen “autonomie + huisarts”, “intrinsieke motivatie + huisartsen”, “regelcapaciteit + huisartsen”, “Nederlandse zorgstelsel + huisarts” en “organisatiestructuur + huisarts” gebruikt. Zij heeft de citaten verwijderd. Zij heeft gezocht vanaf 1 januari 2010 tot 1 februari 2022. Bij autonomie en intrinsieke motivatie is gezocht op de bronnen: “huisarts en wetenschap”, “Nederlands tijdschrift voor geneeskunde”, “Medisch Contact” en “de Dokter”. Bij regelcapaciteit, het Nederlandse zorgstelsel en organisatiestructuur is dit niet gedaan vanwege het lage aantal resultaten bij invoering van bronnen. Daar is direct door gegaan op titelselectie. De onderzoeker heeft bij de titelselectie artikelen geselecteerd op basis van de samenvatting van het artikel en het operationalisatie schema. Aangezien regelcapaciteit weinig resultaten opleverde (zie ook de verdere zoekacties) en in andere gevonden artikelen over regeldruk werd geschreven is “regeldruk” meegenomen in de zoekactie.



Figuur 3.1.

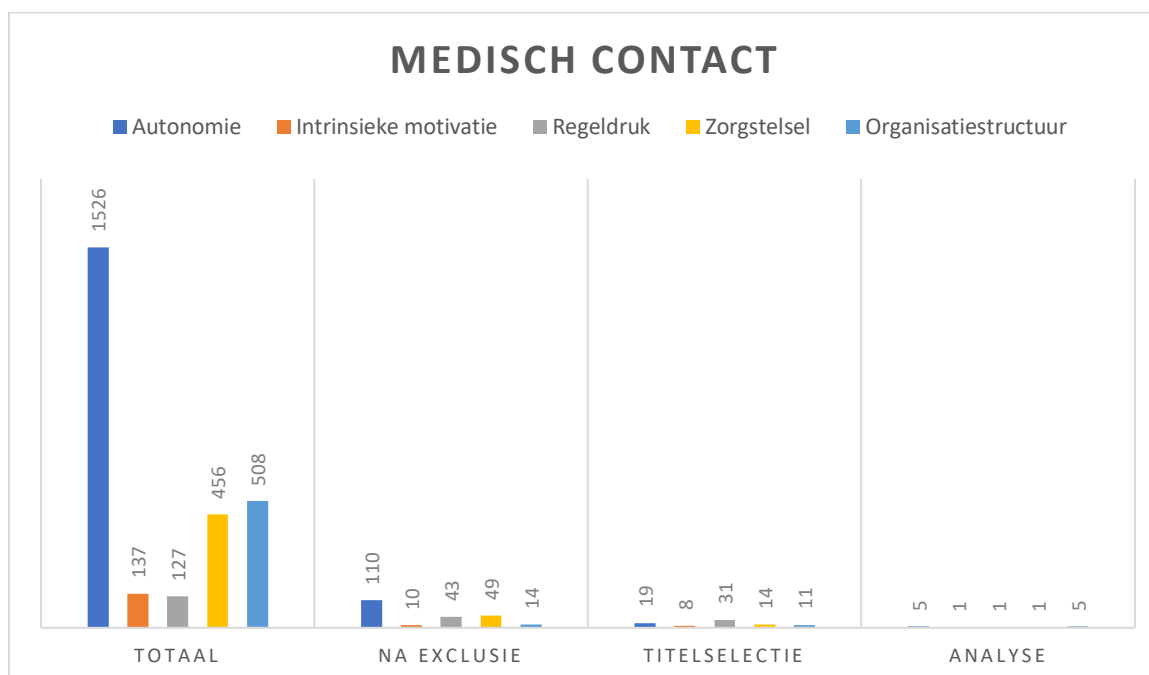
Via het huisartsenaccount is ingelogd op de website van Huisarts en Wetenschap. In dit vaktijdschrift is via de zoekactie gezocht op de zoektermen “autonomie”, “intrinsieke motivatie”, “regelcapaciteit”, “zorgstelsel” en “organisatiestructuur”. Op regelcapaciteit was geen enkel resultaat, dus dit is ook vervangen door “regeldruk”. De onderzoeker kon bij organisatiestructuur slechts 1 titel selecteren. Via de sneeuwbal methode zijn nog 9 artikelen geselecteerd. Zie de resultaten in figuur 3.2.



Figuur 3.2.

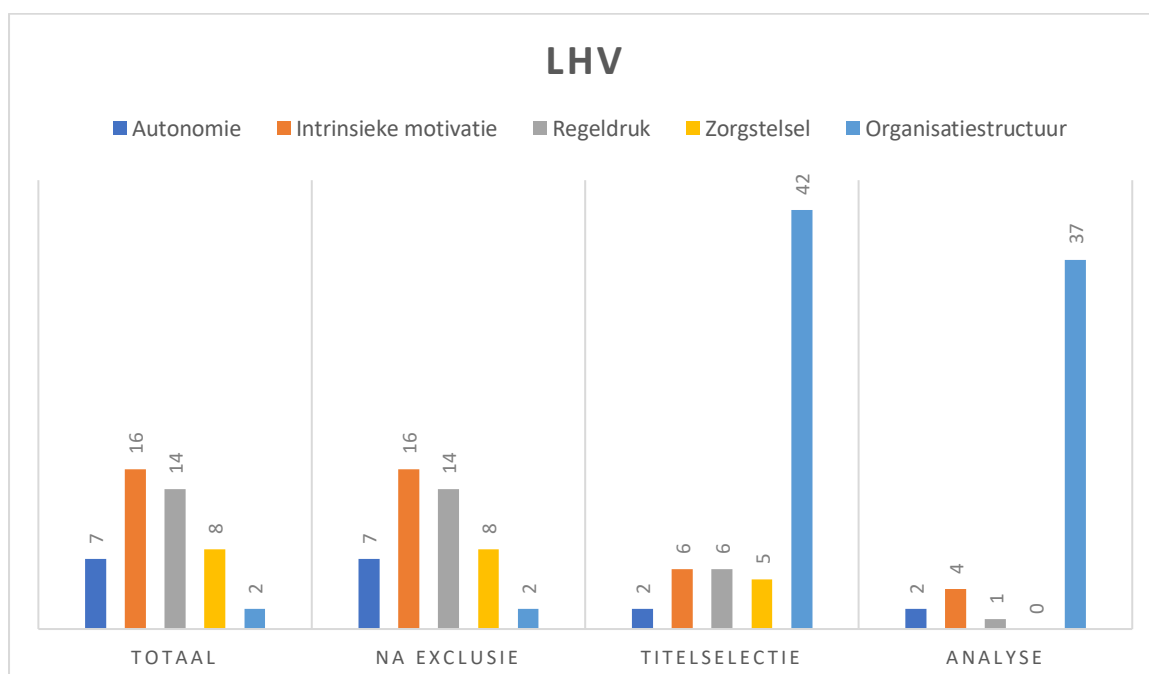
Daarna is via het huisartsenaccount ingelogd op de website van Medisch Contact (vakblad voor Medici) en ook hier is in de zoekbalk gezocht op “autonomie huisarts”, “intrinsieke motivatie huisarts”, “regelcapaciteit huisarts”, “Nederlandse zorgstelsel huisarts” en “organisatiestructuur huisarts”. Aangezien ook hier bij “regelcapaciteit huisarts” slechts 1 resultaat (niet geschikt) was, is

gezocht op “regeldruk huisarts”. Via de sneeuwbalmethode zijn nog 7 resultaten extra gevonden. In figuur 3.3 is dit grafisch weergegeven.

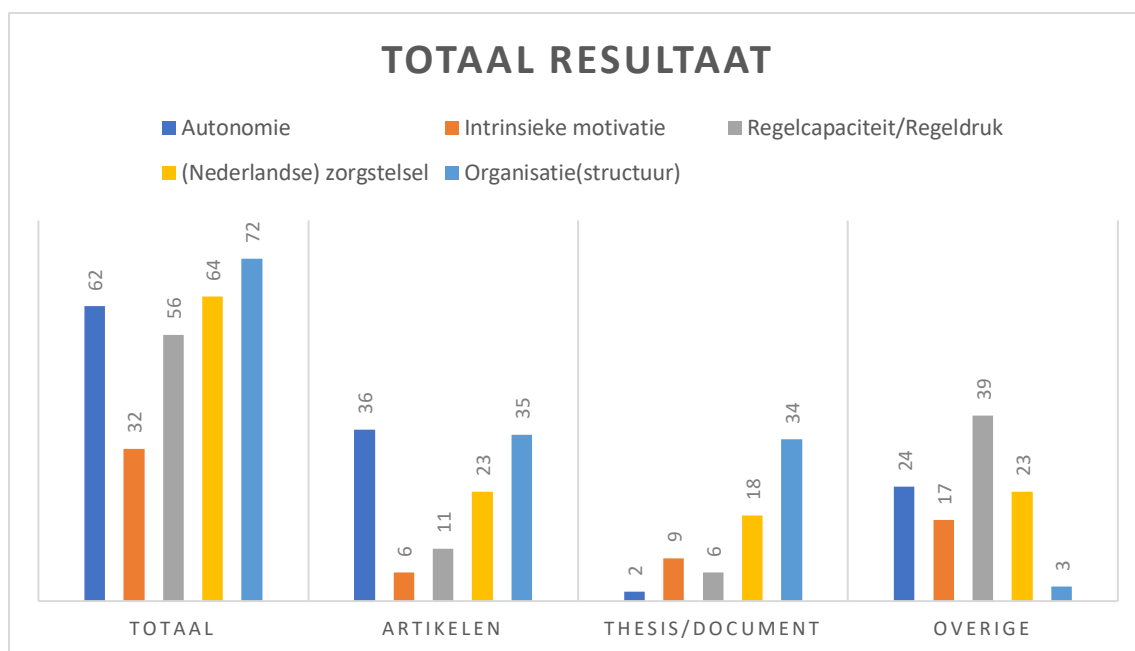


Figuur 3.3.

Als laatste is op de website van de LHV ingelogd als huisarts en in de zoekfunctie is gezocht op de zoektermen “autonomie”, “intrinsieke motivatie”, “regelcapaciteit”, “zorgstelsel” en “organisatiestructuur”. Via de sneeuwbalmethode zijn nog 35 resultaten extra gevonden. Deze resultaten staan vermeld in figuur 3.4.

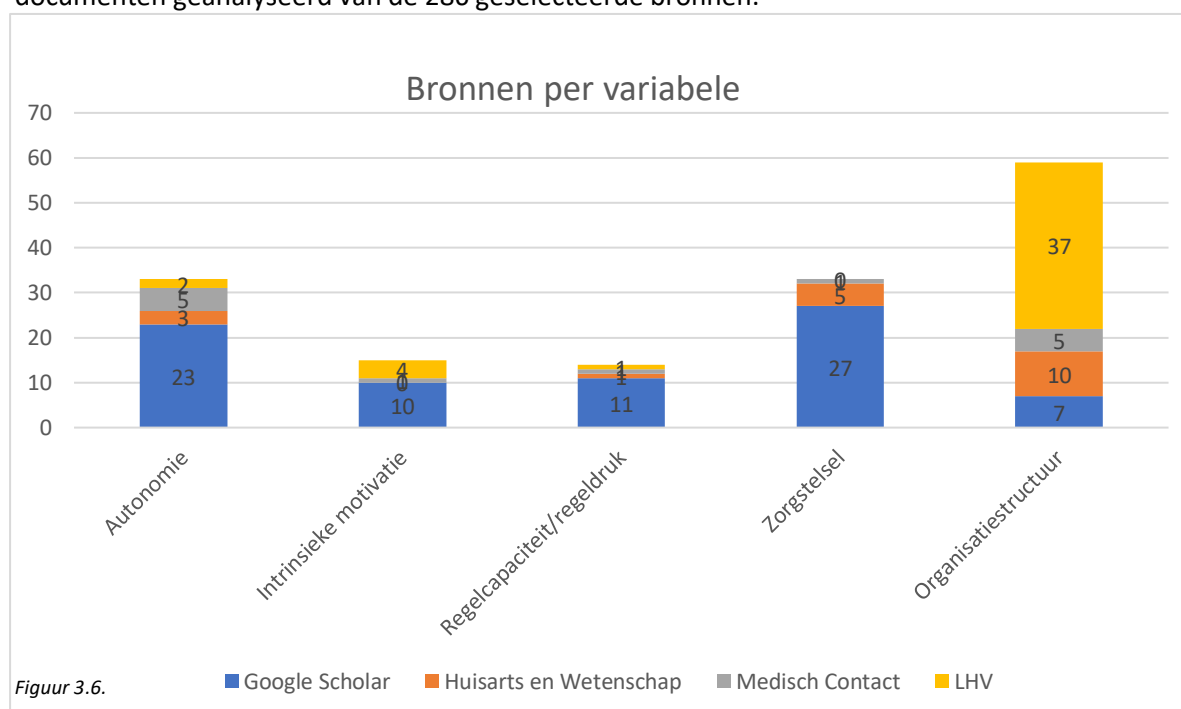


Figuur 3.4.

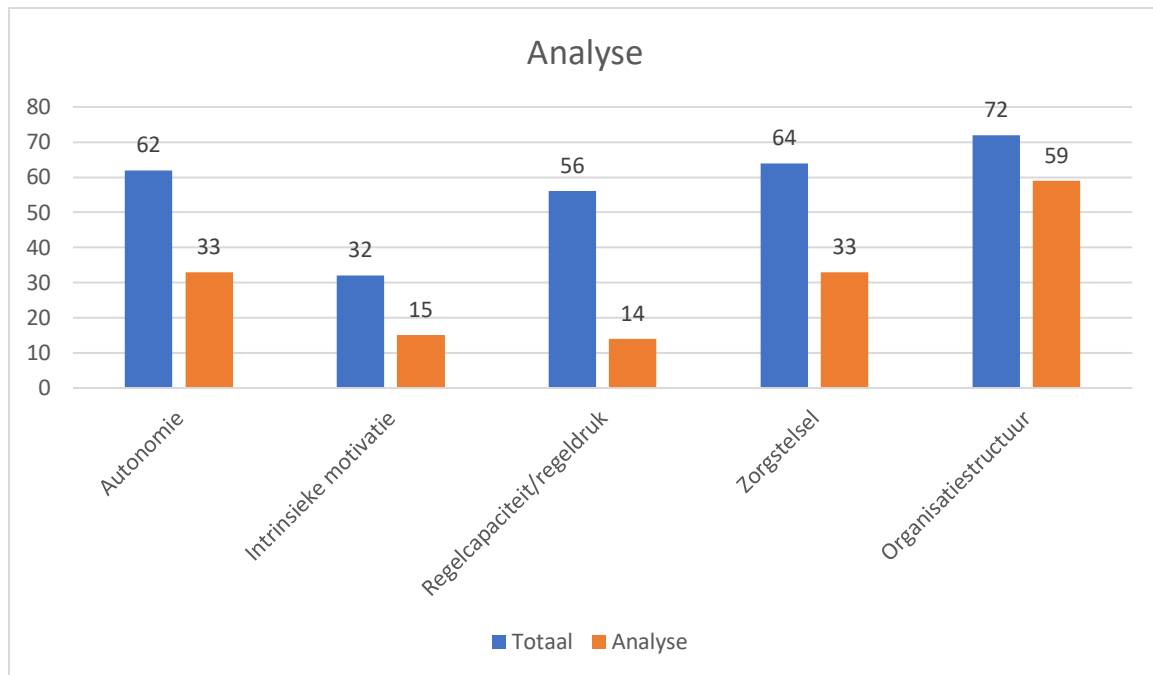


Figuur 3.5.

In totaal zijn er 286 resultaten gevonden. In figuur 3.5 is een onderverdeling gemaakt naar het soort bron. In figuur 3.6 staat vermeld hoeveel bronnen per variabele gebruikt zijn en in figuur 3.7 is grafisch afgebeeld hoeveel bronnen daadwerkelijk geanalyseerd zijn ten opzichte van de geselecteerde bronnen. Bij autonomie en huisarts zijn 33 van de 62 bronnen gebruikt. Hiervan waren bij nader inzien 6 artikelen niet relevant en 23 bronnen gebaseerd op een mening. Bij intrinsieke motivatie zijn 15 bronnen van de 32 gebruikt. Het betrof 3 niet relevante artikelen, 13 meningen en 1 website tekst, die niet zijn gebruikt. Bij regelcapaciteit/regeldruk zijn 14 van de 56 bronnen gebruikt. Er waren 3 artikelen oud, 3 niet relevant, 35 meningen / nieuws / redactioneel en 1 interview die niet geanalyseerd zijn. Bij het zorgstelsel zijn 32 van de 63 bronnen geanalyseerd. Er waren 7 bronnen niet relevant, 1 oudere versie, 11 meningen, 1 website en 11 nieuwsberichten die niet geanalyseerd zijn. Bij organisatiestructuur zijn 59 van de 72 bronnen geanalyseerd. Er waren 8 bronnen niet relevant, 2 meningen en 3 nieuwsberichten die niet geanalyseerd zijn. In totaal zijn 154 artikelen en documenten geanalyseerd van de 286 geselecteerde bronnen.



Figuur 3.6.



Figuur 3.7.

Via kwalitatieve inhoudsanalyse is de verkregen informatie verwerkt. De onderzoeker heeft alle informatie uit de gevonden artikelen ingedeeld naar informatie over regelcapaciteit op strategisch, inrichtings- en operationeel niveau en over de intrinsieke motivatie van huisartsen (autonomie op gebied van de taak, tijd, techniek, team). De onderzoeker heeft de data verdeeld via het operationalisatieschema. Op deze manier kan de onderzoeker achterhalen wat de regelcapaciteit van huisartsen op strategisch, inrichtings- en operationeel niveau is en hoe de ervaren intrinsieke motivatie is. De resultaten hiervan staan vermeld in hoofdstuk 4 en 5 (zie onderzoeksvaliditeit). Daarna heeft de onderzoeker deze resultaten geanalyseerd.

3.3 Onderzoeksvaliditeit

Bij een kwalitatief onderzoek is de interne validiteit van belang. Een kwalitatief onderzoek is wel afhankelijk van interpretaties, zeker bij een bureau onderzoek. De data die gebruikt is, is niet geschreven om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Bij het verwerken van de data is het gevaar dat de onderzoeker door een bepaalde bril kijkt. De onderzoeker heeft verschillende bronnen gebruikt. Zij heeft interviews en meningen niet meegenomen in de analyse. Ze heeft het operationalisatieschema strikt gebruikt en de kernbegrippen regelcapaciteit en intrinsieke motivatie via dit schema uitgewerkt en geanalyseerd. Hierdoor is gemeten wat beoogd is. Dit zorgt voor een toename van de interne validiteit.

Bij een bureau onderzoek is de betrouwbaarheid afhankelijk van de gebruikte bronnen en interpretatie van de onderzoeker. De onderzoeker heeft de betrouwbaarheid laten toenemen door zoveel mogelijk wetenschappelijke artikelen te gebruiken en door vooral te letten op terugkerende patronen in meerdere documenten. Op deze manier berust het onderzoek op betrouwbare gegevens en niet op toevalligheden.

De gevonden resultaten zijn gehaald uit documenten en onderzoeken, die niet met deze vraag geschreven zijn. Door deze resultaten vooral te beoordelen op de patronen uit verschillende bronnen is geprobeerd toch een analytische generalisatie te bewerkstelligen en op deze manier de externe validiteit te laten toenemen.

Huisartsen zijn een belangrijke spil in de huidige Nederlandse gezondheidszorg en de toename van het aantal huisartsen met burn-out klachten is een ongewenste ontwikkeling. Als er aanknopingspunten zijn voor beleidsmakers hoe zij invloed kunnen uitoefenen op de intrinsieke motivatie van huisartsen (waardoor burn-out klachten kunnen verminderen), dan is dit onderzoek voor beleidsmakers bruikbaar. Daarnaast geeft het voor huisartsen zelf ook bruikbare inzichten. Wat is hun regelcapaciteit binnen het Nederlandse zorgstelsel en wat voor invloed heeft dat op hun intrinsieke motivatie?

De kwaliteit van dit onderzoek valt of staat met de juiste interpretatie en analyse van de documenten. Hiervoor is het operationalisatieschema (en het consequent toepassen hiervan) zeer belangrijk. Als het lukt de analyse gestructureerd weer te geven, zal dat de overtuigingskracht van het onderzoek laten toenemen.

Tijdens het schrijven van het hoofdstuk Onderzoeksresultaten is gebleken dat het strikt toepassen van het operationalisatieschema leidt tot een lang hoofdstuk en diverse dubbelingen. Om de leesbaarheid te laten toenemen is ervoor gekozen een extra hoofdstuk toe te voegen over het Nederlandse zorgstelsel. Dit is hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 staan de onderzoeksresultaten. Via iteratie van het schrijven van het hoofdstuk Onderzoeksresultaten is de strikte structuur van het operationalisatieschema deels losgelaten. Er is gekozen alleen op het niveau van de dimensies te schrijven. Dit vergroot de leesbaarheid. Onderliggend is het operationalisatieschema wel strikt toegepast.

Hoofdstuk 4 De infrastructuur van het Nederlandse zorgstelsel

Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit, zodat de zorg toegankelijk is voor iedere burger in Nederland (Hendriks, 2019; Kloosterman, 2011; Ministerie van Volksgezondheid, 2016; VVD et al., 2021). De toegankelijkheid en het functioneren van het Nederlandse zorgsysteem is goed, maar niet goedkoop (Hendriks, 2019; Maassen, 2017; Ministerie van Volksgezondheid, 2020; van den Berg et al., 2014; van Engelen & van der Wilt, 2018).

Diverse maatschappelijke invloeden zetten de solidariteit van het Nederlandse zorgstelsel onder druk. De vergrijzing, de beschikbaarheid van nieuwe technieken en middelen in de gezondheidszorg en de mentaliteit van de burgers leiden tot een toename van kosten. Burgers vinden dat zij recht hebben op de beste zorg en geloven dat meer zorg beter is. De Nederlandse overheid wil die kosten beheersbaar houden, maar tegelijkertijd wil zij zorgen voor kwalitatieve zorg die toegankelijk is voor iedere burger (Berden, 2012; Dwarswaard & Trappenburg, 2012; Hobma et al., 2016; Maassen, 2017; Ministerie van Volksgezondheid, 2020; van Engelen & van der Wilt, 2018; Visser et al., 2012).

Het doel van het Nederlandse zorgstelsel is dan ook toegankelijke, doelmatige, kwalitatieve zorg. Zij streeft naar zo laag mogelijke kosten, zo min mogelijk wachtlijsten, zo min mogelijk bureaucratie en zo veel mogelijk efficiëntie en transparantie (Bijma, 2021; de Vries et al., 2021; Ministerie van Volksgezondheid, 2016; van den Maagdenberg, 2018; van der Meulen, 2015; van Kleef et al., 2014). De overheid verwacht minder wachtlijsten, minder bureaucratie, meer doelmatigheid en meer kwaliteit door het systeem van gereguleerde marktwerking met prestatieafspraken (Kroneman & de Jong, 2018; Ministerie van Volksgezondheid, 2016; van Kleef et al., 2014).

De zorgverleners leveren zorg in een maatschappij die aan het veranderen is. Het mensbeeld over ziekte en gezondheid is aan het verschuiven. In het verleden keek men naar de ziekte van de mens, in de huidige samenleving zet men vooral gezondheid en welzijn centraal. Dit 'meer mens, minder patiënt' betekent ook veranderingen in de zorg. De overheid zet meer in op preventie. De zorgverlener dient de mens in zijn geheel te bekijken (medisch, psychisch en sociaal), niet ziektegericht (van Weel, 2012; VVD et al., 2021; Walg, 2019). Artsen ondersteunen de beweging van gezondheidszorg gericht op ziekte naar gezondheidszorg gericht op gezondheid met daarbij aandacht voor een verbinding tussen zorg en welzijn (KNMG, 2021). Het ministerie van VWS stuurt op de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Het streven is (duurdere) zorg voorkomen, zorg verplaatsen naar zo goedkoop mogelijke zorg en zorg vervangen door goedkopere zorg (FMS & LHV, 2019). "Met de beweging 'juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP) wordt beoogd kwalitatief goede zorgverlening te bieden die tegemoet komt aan de groeiende en veranderende zorgvraag met waar mogelijk beperking van de kosten" (FMS & LHV, 2019, p. 7). Oftewel doelmatige en toegankelijke zorg dichtbij de patiënt (FMS, 2019). Huisartsen zijn als spil in het netwerk geschikt om hier een belangrijke rol in te spelen (van Dijk et al., 2016; van Dongen et al., 2019).

Om de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel beter te kunnen begrijpen, is het belangrijk om te weten hoe het Nederlandse zorgstelsel in elkaar zit. Zoals in de theorie beschreven, zorgt de infrastructuur idealiter voor het verlenen van kwalitatief goede huisartsenzorg. De infrastructuur is zelf geen bron van verstoringen en het liefst neutraliseert ze zelfs verstoringen van buitenaf. Als laatste zorgt ze voor voldoende regelcapaciteit binnen de organisatie. De infrastructuur is opgebouwd uit de structuur van de huisartsenzorg binnen het Nederlandse zorgstelsel, de mensen (HR) en de middelen (technologie). De volgende paragraaf geeft de structuur en de ervaren problemen van het Nederlandse zorgstelsel weer. De paragraaf erna bespreekt de HR. De laatste paragraaf gaat in op de technologie.

4.1 De structuur van het Nederlandse zorgstelsel en de huisartsenzorg

De verdeling van taken en verantwoordelijkheden, oftewel de mate van arbeidsdeling en de coördinatievorm, bepaalt de structuur van het Nederlandse zorgstelsel en de huisartsenzorg. Deze

structuur heeft invloed op de werkzaamheden van de huisarts. Eerst volgt de structuur van de huisartsenzorg binnen het Nederlands zorgstelsel en vervolgens de ervaren problemen.

4.1.1 De structuur van het Nederlandse zorgstelsel

In 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg: regelt concurrentie in de zorg, bescherming positie patiënt) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi, inmiddels vervangen door WTZa) ingevoerd. In 2007 is het Nederlandse zorgstelsel geïntroduceerd (Bijma, 2021; van den Maagdenberg, 2018; van Kleef et al., 2014). Het Nederlandse zorgstelsel bestaat sinds 2015 uit vier stelselwetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet Maatschappelijke Ordening (WMO), de Wet Langdurige Zorg (Wlz) en de Jeugdwet

(Kemp, 2016; Ministerie van Volksgezondheid, 2016; van Weel, 2017). “De Zvw is een wet die iedere Nederlander van een breed basispakket aan zorg verzekert en die de uitvoering overlaat aan private, elkaar beconcurrerende zorgverzekeraars en zorgaanbieders”

(Ministerie van Volksgezondheid, 2016, p. 3). Door deze wetten is er een zorgverzekeringsmarkt ontstaan, wat een vraag-gestuurd systeem is. In deze zorgverzekeringsmarkt zijn drie partijen: de burger, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar



Figuur 4.1 Het Nederlandse zorgstelsel (Ministerie van Volksgezondheid, 2016, p. 9)

(Ministerie van Volksgezondheid, 2016). Het doel van de marktwerking is de sturing te decentraliseren (de Vries et al., 2021). De overheid reguleert de zorgverzekeringsmarkt om marktfalen tegen te gaan en solidariteit en toegankelijkheid te garanderen (Loozen et al., 2016; Ministerie van Volksgezondheid, 2016; van Kleef et al., 2014). De zorgverzekeraar is onder andere verplicht te zorgen voor het leveren van basiszorg aan iedere verzekerde vanuit de basisverzekering (Ministerie van Volksgezondheid, 2016). De overheid bepaalt wat in het pakket van de basisverzekering zit en wat niet. Naast de basisverzekering bestaat een facultatieve aanvullende verzekering. Hierin zijn de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders vrij om over tarieven en afspraken te onderhandelen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders sluiten prestatiecontracten. De overheid houdt toezicht over de markt (Kroneman & de Jong, 2018; Ministerie van Volksgezondheid, 2016; van der Meulen, 2015). De overheid heeft gereguleerde marktwerking ingevoerd met het idee op deze manier de zorgkosten beheersbaar te houden. Zij kan de kosten beheersen door minder te vergoeden in de basisverzekering en/of het eigen risico te verhogen. Ze kan afspraken met zorgverleners maken over zorgbudgetten en zorgverzekeraars met zorgaanbieders laten onderhandelen over tarieven. Zij kan proberen het zorgsysteem efficiënter te maken (Maassen, 2017; Visser et al., 2012). Deze beheersing van kosten heeft ook nadelen. Het minder vergoeden in de basisverzekering beperkt de uitgaven, maar dit kan wel invloed hebben op de solidariteit en toegankelijkheid. Door met zorgverleners afspraken te maken over de inkomsten en uitgaven, geeft de overheid minder zorggeld uit. Hierdoor kunnen lange wachtlijsten en een gebrek aan innovatie ontstaan. Dit is niet wenselijk. Door het onderhandelen van de zorgverzekeraars kan de prijs per behandeling dalen, maar is het aantal behandelingen niet te beperken (Visser et al., 2012). Voor een goed bekostigingssysteem is het belangrijk om te zorgen voor een goede kwaliteit, kostenbewustheid, goede onderlinge coördinatie, ruimte voor innovatie en preventie van duurdere zorg (Eijkenaar & Schut, 2015).

In het Nederlandse zorgsysteem neemt de huisartsenzorg een centrale plek in. Een heleboel partijen zien de huisartsen als poortwachters in de (goedkope) eerstelijnszorg naar de (dure) tweedelijnszorg. Huisartsen stemmen hun zorg af op de individuele patiënt en kunnen veel duurdere zorg voorkomen. In 94% van de gevallen kan de huisarts de patiënt de zorg bieden die nodig is (LHV, InEen, et al., 2021).

De overheid financiert de huisartsenzorg vanuit de Zorgverzekeringswet. Slechts een klein deel (6%) van het totale budget van de gezondheidszorg gaat naar de huisartsenzorg. De huisarts zelf verdient goed (boven gemiddeld), maar wel minder dan de specialist (Bijma, 2021; de Jong et al., 2016;

Groenewegen et al., 2020; Huibers et al., 2017; Jansen, 2019; Kroneman & de Jong, 2018; Schäfer et al., 2016; van Klaveren, 2016; van Weel, 2012, 2017). Voor de financiering en de verantwoording van de geleverde zorg heeft de huisarts te maken met de overheid, de zorgverzekeraars en incidenteel met de patiënt (Ministerie van Volksgezondheid, 2016). Het financieringssysteem heeft invloed op de mate van arbeidsdeling en de daarbij horende verdeling van taken. Het beleid is gescheiden van de uitvoering. Het beleid bestaat uit het vastleggen van voorwaarden voor de huisartsenzorg in wet- en regelgeving door de overheid en in het vastleggen van voorwaarden in prestatiecontracten door zorgverzekeraars. De uitvoering is het leveren van afgesproken zorg door huisartsen. De overheid probeert te sturen op kosten en kwaliteit via de wet- en regelgeving en via (gereguleerde) marktwerking. De zorgverzekeraars sturen op kosten en kwaliteit door het afsluiten van prestatiecontracten. Door deze verdeling is het toezicht op de wet- en regelgeving en de gemaakte afspraken van belang. De overheid houdt toezicht over de zorgverzekeringsmarkt (Burgers, 2016; Hobma et al., 2016; Maassen, 2010; Meurs, 2014; Ministerie van Volksgezondheid, 2016; Oerlemans, 2018).

Het merendeel van de huisartsenzorg is voor patiënten verzekerde zorg. Patiënten hebben een basisverzekering en eventueel een aanvullende verzekering. Zorgverzekeraars kopen huisartsenzorg in. De huisartsenzorg is verdeeld in 3 segmenten: de basiszorg, de multidisciplinaire zorg en de innovatieve zorg. Voor segment 1, de basiszorg, heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) tarieven vastgesteld (inschrijf- en consult tarieven). Voor segment 2, de multidisciplinaire zorg, zijn de tarieven onderhandelbaar met de zorgverzekeraar via regionale huisartsenorganisaties (ketenzorg). Voor segment 3, de innovatieve zorg, zijn de tarieven ook vrij en onderhandelbaar met de zorgverzekeraar (bijvoorbeeld afspraken over bereikbaarheid, verwijzen of doelmatig voorschrijven) (Bijma, 2021; Kroneman & de Jong, 2018; NZA, 2021; Schut & Varkevisser, 2016). De Nederlandse Zorgautoriteit bepaalt welke zorg vrij contracteerbaar is (Kroneman & de Jong, 2018; LHV, 2019a).

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) vertegenwoordigt de belangen van de individuele huisartsen. Zij zet zich vooral in voor organisatorische zaken en behartigt de strategische positie van de huisartsenzorg en de huisartsen (Bijma, 2021; LHV, 2020a). Zij ondersteunt huisartsen, zodat “zij bevlogen hun werk kunnen doen en tijd hebben voor de patiënt” (LHV, 2022b, p. 1). Het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) zet zich in voor medisch-inhoudelijke zaken op wetenschappelijke basis (Evidence Based Medicine) en ontwikkelt onder andere diverse richtlijnen voor huisartsen. Ineen is de koepel van eerstelijnsorganisaties, zoals de huisartsenposten, de zorggroepen, gezondheidscentra en andere regionale huisartsenorganisaties (Bijma, 2021; LHV, 2020a).

Huisartsen hebben een maatschappelijke functie. Zij wegen als poortwachters van de eerste lijn zorgvuldig af welke zorg patiënten nodig hebben, zij verwijzen zo nodig voor specialistische zorg door naar de tweede lijn, naar de GGZ of naar het sociale domein. Zij proberen doelmatig om te gaan met de gezondheidskosten en zij coachen patiënten met chronische ziekten (Marshall, 2014; Schäfer et al., 2016). Binnen de huisartsenzorg hebben de laatste jaren grote veranderingen plaats gevonden. De overheid heeft het huidige zorgstelsel ingevoerd, huisartsen hebben huisartsenposten opgericht, de ketenzorg heeft zijn intrede gedaan en de huisarts gebruikt shared-decision making in zijn consultvoering (Berden, 2012; Bolhuis, 2014; Giesen et al., 2021; Groenewegen et al., 2020; Huibers et al., 2017; LHV & NHG, 2021; van Roermund, 2013; Visser et al., 2012). Daarbij is er ook sprake van een grotere belasting van de huisartsenzorg door de toename van complexe zorgvragen op basis van de vergrijzing, het langer thuis wonen van ouderen, meer patiënten met chronische ziekten en substitutie vanuit de tweede lijn (LHV, 2019a, 2022a; van den Brekel-Dijkstra et al., 2020). Voor een klein deel van het zorgbudget leveren huisartsen hun zorg aan een individu en staan ze in voor de collectieve belangen. Dat maakt een sterke eerste lijn nodig (Groenewegen et al., 2020; Jansen, 2019; Makkinje, 2019; van Weel, 2012, 2017).

Samenvatting

Het maken van beleid en het doen van de uitvoering is voor de huisartsenzorg gescheiden. Er is sprake van een centrale coördinatievorm (relatie overheid-huisartsen) en coördinatie via gereguleerde marktwerking (tussen huisartsen, zorgverzekeraars en patiënten). De wetgeving die van invloed is op de huisartsenzorg verdeelt de taken en verantwoordelijkheden. Het financieringssysteem heeft ook invloed. Het financieringssysteem is verdeeld in drie segmenten met diverse prestatiecontracten, afgesloten tussen huisartsen en zorgverzekeraars. De huisartsenzorg is dus opgesplitst in verschillende vormen van zorg en prestaties. Zij kent buiten de Zorgverzekeringswet, waar de financiering geregeld is, nog vele andere wetten die van invloed zijn. Hierdoor is er sprake van een hoge functionele concentratie.

4.1.2 Problemen binnen de structuur van het Nederlandse zorgstelsel

Iedereen wil goede zorg en dat hoeft ook niet duur te zijn (Kloeze, 2019; Visser et al., 2012). Diverse bronnen signaleren problemen in het huidige zorgstelsel. Patiënten weigeren zorg omwille van de kosten, ziekenhuizen gaan failliet en er zijn tekorten aan personeel en medicatie (Faber et al., 2013; Hendriks, 2019; Ministerie van Volksgezondheid, 2020; van den Berg et al., 2014). Deze problemen vinden hun oorsprong in de manier waarop het Nederlandse zorgstelsel is ingericht. “Het onderliggende principe is bepalend: scheiding van beleid en uitvoering, fragmentatie van verantwoordelijkheden, sturen op meetbare prestaties, met een fijnmazig stelsel van toezicht en verantwoording” (Meurs, 2014, p. 7). Huisartsen hebben een manifest opgesteld om hun onvrede te uiten over de structuur van het Nederlandse zorgstelsel.

De uitwerking van deze problemen is onderverdeeld in het Manifest, marktwerking en scheiding tussen beleid en uitvoering.

Manifest

In 2015 is door huisartsen een manifest opgesteld in verband met onvrede over de regeldruk en administratie die huisartsen dagelijks moesten verrichten en de ‘schijnonderhandelingen’ met de zorgverzekeraars. Zij riepen op tot het tonen van vertrouwen in de huisarts en hun professionaliteit en te stoppen met het verzamelen van onnodige data. Hieruit is HRMO (Het Roer Moet Om) opgericht (de Vries et al., 2021; Hendriks et al., 2015; Hobma et al., 2016; Karadarevic, 2018b; LHV & NHG, 2021; Schäfer et al., 2016; van Weel, 2017). In het belang van de patiënten en de populatie werd actiegevoerd. HRMO leidde tot het programma (Ont)Regel de Zorg, waarbij aandacht kwam voor onnodige bureaucratie. Er was vertrouwen in een goed vervolg via HGRO (Het Roer Gaat Om) (Burgers, 2016; Haarsma, 2018; Hobma et al., 2016; Schut & Varkevisser, 2016; van Weel, 2017). Dit was het begin van verandering en de huidige resultaten tegen de bureaucratie (HRMO, 2019). Inmiddels is er een nieuw manifest door HRMO uitgebracht, waarin nog steeds aandacht is voor de bureaucratie, maar waarin de HRMO vooral de fragmentatie in de zorg bespreekt. Het is een oproep om naar de behoeften van de mens te kijken in plaats van naar de verantwoordingseisen van het huidige stelsel. Door naar de behoeften van de mens te kijken zorgt men voor meer samenhang in de zorg waardoor beter samenwerken mogelijk is (HRMO, 2019; Kloeze, 2019; Walg, 2019). Huisartsen geven aan dat de huidige manier van aansturen leidt tot versnippering in de zorg en dat dit een nadeel is voor de benodigde samenwerking met andere zorgverleners om patiënten die complexe zorg nodig hebben te helpen. Deze groep mensen valt nu tussen wal en schip (HRMO, 2019). Ook vinden zij dat de verplichtingen volgend uit richtlijnen, praktijkaccreditatie, herregistratie, verzekeraars, zorggroepen en eisen van IGZ leiden tot een verhoogde werkdruk. Hierdoor staat de kwaliteit van huisartsenzorg verlenen onder druk (Bolhuis, 2014; de Vries et al., 2021; Hobma et al., 2016; LHV, NHG, et al., 2019).

Marktwerking

De gereguleerde marktwerking zou de zorg en de betaalbaarheid verbeteren (de Vries et al., 2021). De bedoeling is dat zorgverzekeraars sturen op kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid op basis

van selectieve contractering. Selectieve contractering is het afwegen van de zorgverzekeraars met welke zorgaanbieders zij prestatiecontracten sluiten en met welke niet (de Vries et al., 2021; van den Berg et al., 2014; van Kleef et al., 2014).

Marktwerving leidt tot concurrentie en een toename van de complexiteit van het stelsel. Bij concurrentie in de zorgmarkt zijn de verhoudingen tussen huisartsen en zorgverzekeraars van belang voor het afsluiten van de prestatiecontracten (de Vries et al., 2021; Kloeze, 2019). In de markt is het mogelijk dat zorgverzekeraars zorgaanbieders tegen elkaar uitspeelt. Dit heeft een negatief effect heeft op het onderling vertrouwen (Meurs, 2014). Voor een goede samenwerking is vertrouwen nodig (van der Pluijm et al., 2017). Marktwerving hindert de samenwerking (Kloeze, 2019).

Marktwerving met prestatiegerichte aansturing kan leiden tot de ervaring van zorgverleners dat ze alleen bezig zijn met 'productie verlenen' (SER, 2012). Daarnaast is het principe dat prestatiebetaling effect heeft op de kwaliteit tot nu toe niet aangetoond (Damoiseaux, 2009; Hobma, 2017; Hobma et al., 2016; Smeele, 2014).

In de praktijk stuit de marktwerving met het afsluiten van prestatiecontracten op problemen. Deze ervaren problemen hebben invloed op elkaar en staan niet los van elkaar. En die gevolgen hebben ook weer invloed op elkaar. Het leveren van prestaties via prestatiecontracten in een gereguleerde markt is afhankelijk van de machtsposities tussen de verschillende spelers en van het effect van prestatiegerichte aansturing. Zoals eerder genoemd is bij het meten van prestaties de eenduidigheid, meetbaarheid en herhaalbaarheid van de geleverde prestaties en de bekendheid van de gevolgen van management interventies van belang. Als het geen passend controle management systeem is, heeft dit effect op de prestaties (Hofstede, 1981; Schut & Varkevisser, 2016). Hieronder staat de uitwerking van de gevonden resultaten over de problemen met de positie tot de zorgverzekeraar en de problemen met het sturen op prestaties.

Verhouding huisarts-zorgverzekeraar

Over de machtsposities van de zorgverzekeraars en huisartsen zijn verschillende meningen. Sommigen vinden de machtspositie van de zorgverzekeraar groter, omdat zij een groot marktaandeel bezitten en onderhandelen tot hun kerntaak behoort. De huisartsen bestaan juist uit een heleboel kleine huisartsenondernemingen. En onderhandelen behoort niet tot hun kerntaak (Bolhuis, 2014; Hendriks et al., 2015; Kroneman & de Jong, 2018; Schut & Varkevisser, 2016). Aan de andere kant vinden anderen dat de macht van zorgverzekeraars helemaal niet groot is. Zorgverzekeraars kunnen alleen gebruik maken van hun macht door geen prestatiecontracten te sluiten. Als zij dat doen is de kans dat de patiënt wisselt van zorgverzekeraar groter, dan dat hij wisselt van huisarts. Dit komt omdat de huisarts een persoonlijke band heeft met de patiënt en de zorgverzekeraar een anonieme grote speler is (Loozen et al., 2016; Schut & Varkevisser, 2016). Ondanks de sterke positie van huisartsen, klagen huisartsen wel dat zij "alleen kunnen tekenen bij het kruisje" (Hendriks et al., 2015; Kroneman & de Jong, 2018). Aangezien zorgverzekeraars grote organisaties zijn, proberen zij hun contracten te standaardiseren en is afstemming met de individuele huisarts zeer beperkt (Hoekstra & Boekke, 2018; Loozen et al., 2016). Huisartsen geven ook aan dat er weinig onderhandelingsruimte is en dat dit een knelpunt is in het contracteerproces (Out & de Jong, 2017). De eisen waaraan het project volgens de zorgverzekeraar moet voldoen is voor individuele huisartsen vaak niet haalbaar. Daarnaast betaalt de zorgverzekeraar niet alle gelden bestemd voor de huisartsenzorg uit (LHV, 2019a; LHV, NHG, et al., 2021b). Zorggroepen geven aan dat contracten pas laat beschikbaar waren, er geen onderhandeling met de zorgverzekeraars mogelijk was over de bekostiging en dat er geen indexering heeft plaats gevonden (Hoekstra & Boekke, 2018; Out & de Jong, 2017). Volgens de LHV en Ineen komen zorgverzekeraars gemaakte afspraken niet na. Zorgverzekeraars zijn vooral gericht op de laagste zorgpremie in plaats van wat goed is voor de kwaliteit van zorg (InEen, 2021; LHV & NHG, 2021). Vanwege de problemen in het contracteerproces tussen de zorgverzekeraars en de huisartsen, heeft de NZa een taak erbij gekregen. De NZa controleert voortaan of de zorgverzekeraar de gemaakte afspraken nakomt (Kroneman & de Jong, 2018; LHV, 2019a). De overheid heeft, onder toezicht van de NZa, onderhandelingssteams voor

huisartsen opgericht om te onderhandelen over randvoorwaarden in het contract. Financiële afspraken maken mag niet (Bijma, 2021).

Problemen met prestaties

Het vaststellen en honoreren van de prestaties levert problemen op (Damoiseaux, 2009; Dijkstra & in 't Veld, 2009; Kroneman & de Jong, 2018; Masman et al., 2012; Oerlemans, 2018; Smeele, 2014; van Kleef et al., 2014). Door prestatie-indicatoren te benoemen, kunnen andere belangen dan de kernwaarden van huisartsen een rol gaan spelen (Burgers, 2016; Damoiseaux, 2009; Smeele, 2014; van Weel, 2017). De huidige systematiek zorgt voor prikkels, zoals de betaling per verrichting en niet-betaalde overlegtijd, die overbehandeling bevorderen. Hierdoor kunnen artsen minder tijd nemen voor de patiënt om uit te leggen dat bepaalde behandelingen niet nodig zijn. Ook kunnen artsen bepaalde onderzoeken laten verrichten om zich in te dekken tegen eventuele klachten bij de huidige externe verantwoording ('defensive medicine'). Dit gaat ten koste van de doelmatigheid (Berden, 2012; Dutrée & Plagge, 2015; Eijkenaar & Schut, 2015; Karadarevic, 2018b; Smeele, 2014; van Kleef et al., 2014; Visser et al., 2012).

Het kan in het belang van de patiënt zijn om bepaalde dingen wel of niet te doen, terwijl de prestatie-indicator juist het andere beloont. Er is geopperd om de richtlijnen van de huisartsen als prestatie-indicator te gebruiken. Huisartsen waren het hier niet mee is. Ten eerste zijn NHG-standaarden bedoeld als richtlijn. Afwijken van de richtlijn is mogelijk. De richtlijn als prestatie-indicator zorgt voor een dubbelrol van de richtlijnontwikkelaar. En ten tweede kan het ertoe leiden dat huisartsen handelen conform de richtlijn, terwijl het in het belang van de patiënt is er in dit geval juist vanaf te wijken (Goudswaard & Dijkstra, 2010).

Voor beleidsmakers en zorgverzekeraars is niet inzichtelijk wat precies kwalitatieve zorg verlenen inhoudt. Zij weten niet hoe ze de kwaliteit van de huisartsenzorg kunnen meten (Kroneman & de Jong, 2018; Maassen, 2010; Masman et al., 2012; Meurs, 2014). Huisartsen vinden dat de vastgelegde prestatie-indicatoren vaak de lading niet dekken. De arts-patiënt relatie is gebaseerd op vertrouwen en medische professionaliteit (Lambregtse, 2021a; van Weel, 2017). Dit is niet tot een meetbare indicator terug te brengen. Het vaststellen van prestatie-indicatoren die voor huisartsen niet overeenkomen met goede zorg verlenen, kan ertoe leiden dat huisartsen zich niet serieus genomen voelen. Zij geven aan dat "de zorgverzekeraars op de stoel van de huisarts gaan zitten" (de Vries et al., 2021; Hendriks et al., 2015). Een voorbeeld hiervan is het preferentiebeleid.

Zorgverzekeraars willen kosten besparen door geneesmiddelen te vervangen door andere tabletten met dezelfde werking en met dezelfde stof, maar van een ander merk. Dit wisselen van tabletten geeft onrust bij de patiënt en heeft mogelijk invloed op de therapietrouw (Leendertse et al., 2014). Dit uit zich in een daling van het vertrouwen van de huisarts in de zorgverzekeraar. Huisartsen geven over het algemeen aan weinig vertrouwen te hebben in zorgverzekeraars (de Vries et al., 2021; HRMO, 2019; Masman et al., 2012). Dit gevoel van wantrouwen kan weer invloed hebben op de professionele autonomie en motivatie (Smeele, 2014; van der Meulen, 2015).

Een ander nadeel bij het maken van prestatiecontracten is de tijdelijkheid van financiering, doordat de financiering op projectbasis is. Er is aan ieder project een begin en een eind. Dat maakt langetermijn-financiering onzeker en heeft een negatief effect op investeringen ter verbetering van de kwaliteit en zorgt ervoor dat innovaties uitblijven (Bolhuis, 2014; Lambregtse, 2021b, 2021c; LHV & NHG, 2021; LHV, NHG, et al., 2021b).

Vanwege het toenemend aantal verrichtingen, werd er gepleit voor uitkomstgerichte zorg, waarbij het voorkomen van onnodige zorg tot beperkingen van de zorgkosten zou leiden (Berden, 2012; de Bekker & van der Hijden, 2018; Dwarswaard & Trappenburg, 2012; Visser et al., 2012; VVD et al., 2021). Echter zoals hierboven beschreven is uitkomstbekostiging complex en ontbreekt het aan onderling vertrouwen tussen de partijen (Eijkenaar & Schut, 2015).

Scheiding beleid en uitvoering

Binnen het huidige Nederlandse zorgstelsel is een duidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering. Deze scheiding maakt de verdeling van verantwoordelijkheden en het toezicht hierop belangrijk (Meurs, 2014). De scheiding tussen beleid en uitvoering leidt tot regels die soms belemmerend werken op het niveau van de uitvoering. Aan de ene kant ervaart men soms te weinig sturing. Aan de andere kant moet men rekening houden met (te)veel inhoudelijke regels. Deze regels belemmeren de zorg aan de patiënt (Bröcking, 2017; Bukman, 2018; Karadarevic, 2018b). De overheid komt door het vragen van te veel verantwoording tegenover de professional te staan in plaats van samen te strijden voor kwalitatieve zorg. Dit is een groot nadeel (Burgers, 2016; de Vries et al., 2021). Een ander nadeel is dat regels, procedures en controle van de overheid en zorgverzekeraars leiden tot een focus op externe verantwoording in plaats van op huisartsenzorg met aandacht en betrokkenheid voor de patiënt (Bolhuis, 2014; Burgers, 2016; Dutrée & Plagge, 2015; Haarsma, 2018; Hobma et al., 2016; Karadarevic, 2018a, 2018b; Kloeze, 2019; Kodden, 2021; Loots et al., 2021; Meurs, 2014; Oerlemans, 2018; RVS, 2019; van Engelen & van der Wilt, 2018; Zuurmond & de Jong, 2010). In diverse onderzoeken is aangetoond dat huisartsen in Nederland relatief meer niet-patiënt gebonden taken uitvoeren dan huisartsen in andere Europese landen (Schäfer et al., 2016).

De hierboven genoemde scheiding tussen beleid en uitvoering en de controle die hierbij hoort, leidt tot te veel externe verantwoording. Deze manier van aansturen en de bijbehorende financieringsstructuur met verschillende soorten zorg, zorgen ervoor dat er fragmentatie optreedt, wat weer invloed heeft op de onderlinge samenwerking. Deze financieringsstructuur stimuleert samenwerken niet (Branbergen, 2012; Dutrée & Plagge, 2015; Jansen, 2019; Visser et al., 2012; Walg, 2019). Zorgcoördinatie is één van de kerntaken van huisartsen, waarbij huisartsen verantwoordelijk zijn voor de coördinatie naar de specialistische zorg of het sociale domein, maar niet voor de coördinatie binnen de specialistische zorg of in het sociale domein. Om deze coördinatie goed te kunnen vervullen is het belangrijk dat het doorverwijzen soepel verloopt en dat de vervolgzorg beschikbaar, vindbaar en passend is (LHV & NHG, 2021). Dit is momenteel niet zo. Huisartsen ervaren wachtlijsten, bureaucratie en verminderde kwaliteit van zorg (HRMO, 2019). Fragmentatie leidt tot verlies van het overzicht, waardoor meer coördinatie nodig is en waardoor er hiaten kunnen bestaan in de verdeling van taken. Dit leidt tot extra coördinatie-taken van zorgmedewerkers, meer stress en meer benodigde tijd voor het coördineren en besturen van de geleverde zorg. Hierdoor kan de geleverde kwaliteit van arbeid en zorg onder druk komen te staan (Nieuwkamp & Achterbergh, 2017). Huisartsen ervaren dat ze veel tijd kwijt zijn aan het coördineren van de zorg voor complexe patiënten (HRMO, 2019).

De vicieuze cirkel van verantwoording, regels, controle (tussen overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders) heeft invloed op het vertrouwen. De overheid en de zorgverzekeraars controleren de professional. Dit zegt iets over het vertrouwen in zijn deskundigheid, zijn prestaties en het nakomen van afspraken. Professionals geven dan ook veelvuldig aan dat het huidige zorgstelsel gebaseerd is op wantrouwen. Dit wantrouwen en de hoeveelheid bureaucratie leidt tot minder werkplezier en demotivatatie van professionals en soms tot uittreding uit de zorg (de Vries et al., 2021; Karadarevic, 2018b; Kodden, 2021; Meurs, 2014; Oerlemans, 2018). Regels zijn nodig om het speelveld te bepalen en ze kunnen zorgen voor een toename van kwaliteit. Tegelijkertijd zorgen ze voor beperkingen. Als er een basis van vertrouwen is tussen de partijen, kunnen de partijen de verantwoordelijkheden in overleg verdelen. Dan hoeft verantwoording en vastleggen in regels niet. Dit zal leiden tot een toename van de kwaliteit (Meurs, 2014; Oerlemans, 2018).

Samenvatting

Samengevat ervaren huisartsen problemen met de externe verantwoording en fragmentatie als gevolg van de scheiding tussen beleid en uitvoering en passend bij de prestatiegerichte aansturing. Deze externe verantwoording en fragmentatie zijn uitingen van de centrale coördinatievorm,

gecombineerd met coördinatie via gereguleerde marktwerking en de hoge functionele concentratie in de structuur van het Nederlandse zorgstelsel. Zoals al eerder beschreven, leveren de huidige organisatie van de huisartsenzorg, de verantwoordings-eisen en het product denken veel problemen op om de patiënt centraal te zetten in de zorg (HRMO, 2019; Lambregtse, 2021c; Muris & Damoiseaux, 2021; Oerlemans, 2018; van den Brekel-Dijkstra et al., 2020). Ook het wantrouwen in de professional, de wachtlijsten en de verminderde kwaliteit van zorg zijn hier gevolgen van. De oorzaken en gevolgen hebben invloed op elkaar en leiden tot een verhoogde werkdruk (Bolhuis, 2014; de Vries et al., 2021; Hobma et al., 2016).

4.2 Het HR-beleid binnen het Nederlandse zorgstelsel en de huisartsenzorg

Het HR-beleid zou zich moeten richten op de mensen die binnen de organisatie werken. De werknemers moeten in hun ogen zinvol bezig kunnen zijn en mogelijkheden hebben te werken aan het zinvolle doel van de organisatie. De sociotechniek is erop gericht een structuur te bouwen, waarbij er maximale ruimte is voor de ontwikkeling van de mens. Het benutten van het menselijk potentieel staat centraal in de organisatie. Mensen kunnen kiezen. Zij kunnen dingen doen in het kader van zingeving en zij kunnen op basis van normerende selectiviteit ander gedrag vertonen. Dit in tegenstelling tot computers. In een organisatie is volgens de sociotechniek de mens belangrijk (Nieuwkamp & Achterbergh, 2017).

Het HR-beleid uit zich in de kwaliteit van arbeid. Op het niveau van de medewerker is dit de mogelijkheid tot betrokkenheid, de mogelijkheid tot leren en ontwikkelen en de mogelijkheid te zorgen voor minder stress. (Kuipers & Kramer, 2002; Kuipers et al., 2018). Problemen in het HR-beleid uit zich in verzuim en verloop van personeel (Kuipers & Kramer, 2002; Kuipers et al., 2018).

Het zinvolle doel voor huisartsen is het verlenen van kwalitatieve huisartsenzorg (LHV, NHG, et al., 2019). De verwachting is dat de huisarts streeft naar het bereiken van het zinvolle doel. Het leveren van kwalitatieve huisartsenzorg zal zorgen voor betrokkenheid. De huisarts heeft hier mogelijkheden om te leren en te ontwikkelen voor nodig. Ook heeft de huisarts mogelijkheden om met stressfactoren om te gaan nodig. Om deze reden is het zinvol om te kijken hoe huisartsen zorgen voor kwalitatieve huisartsenzorg en hoe het staat met het verloop en verzuim in de huisartsenzorg.

4.2.1 Kwalitatieve huisartsenzorg

Huisartsen willen het goed doen voor de patiënt, vanuit hun eigen professionaliteit. Ze willen de patiënt de zorg geven die passend is en onnodige zorg, die de patiënt kan schaden, vermijden. Huisartsen ondersteunen dus doelmatige zorg (Berden, 2012; Damoiseaux, 2009; Dwarswaard & Trappenburg, 2012; FMS & LHV, 2019; LHV, 2022a; LHV, NHG, et al., 2019; van de Glind et al., 2020). Ook willen huisartsen integrale zorg leveren. Om dit te kunnen doen, hebben zij in de loop der jaren een eigen kwaliteitsbeleid ontwikkeld (LHV, NHG, et al., 2019).

Het kwaliteitsdenken heeft gezorgd voor verandering. Huisartsen stellen nu hoge eisen aan hun geleverde zorg. Zij zijn begonnen met het ontwikkelen van richtlijnen op wetenschappelijke basis, zoals de NHG-standaarden. Deze richtlijnen zijn bedoeld als naslagwerk voor huisartsen om hen te ondersteunen in hun dagelijkse zorg aan de patiënt. Zij dragen zeker bij aan een toename van de kwaliteit van het medisch handelen (Damoiseaux, 2009; Goudswaard & Dijkstra, 2010; Lambregtse, 2021c; LHV, 2022a). Bij deze goede kwaliteit hoort ook de bereikbaarheid van de huisarts, adequate registratie in het dossier, bijhouden van medicatie veranderingen, doelmatig voorschrijven en blijven qua inhoudelijke huisartsgeneeskundige kennis (LHV, 2019c). Om de competentie van de huisarts naar een hoger niveau te brengen, heeft de beroepsgroep de 5-jaarlijkse herregistratie ontwikkeld. Iedere huisarts is verplicht om minimaal 16 uur per week als huisarts te werken, 40 uur per jaar nascholingen te volgen, minimaal 50 uur per jaar avond-, nacht-, of weekenddiensten te doen, minimaal 2 uur per jaar deel te nemen aan externe kwaliteitsevaluatie (Farmacotherapeutisch Overleg (FTO), Diagnostisch Toets Overleg (DTO) of begeleide supervisie/intervisie) en deel te nemen

aan een visitatieprogramma van het NHG (Bijma, 2021; LHV, 2022a; Moll van Charante et al., 2002). Dit visitatieprogramma bestaat uit de NHG-praktijkaccreditering of het visitatieprogramma individueel functioneren (Dijkstra & in 't Veld, 2009; KNMG, 2019; LHV, 2022a). De praktijkaccreditatie gaat over de praktijkorganisatie, het medisch handelen en de patiëntervaring. Huisartsen geven aan dat ze deelname aan de praktijkaccreditatie fijn vinden, omdat het inzicht geeft in hun handelen (Goudswaard & Dijkstra, 2010; van Doorn-Klomberg et al., 2011). De kwaliteitscommissie van de NHG neemt patiëntenbeoordelingen over individuele huisartsen mee, omdat andere competenties van huisartsen, zoals communicatie en professionaliteit, de kwaliteit van zorg verbeteren (Damoiseaux, 2009). Voor de waarnemend huisartsen is sinds 2015 het visitatieprogramma individueel functioneren verplicht. Dit geldt ook voor de praktijkhoudend huisartsen die geen certificaat van de praktijkaccreditatie hebben. Voor de praktijkhoudend huisartsen, waarbij de praktijk gecertificeerd is, is deelname hieraan facultatief (Hobma et al., 2016; KNMG, 2019; NHG, 2019).

De kwaliteit van de huisartsenzorg is lastig te beoordelen. Prestatie-indicatoren zeggen niets over communicatieve vaardigheden en het winnen van vertrouwen, hiervoor is de mening van de patiënt belangrijk (Damoiseaux, 2009). Kwaliteit leveren betekent voor huisartsen meer dan zich houden aan richtlijnen en voldoen aan prestatie-indicatoren. Huisartsen hebben deze medisch-inhoudelijke richtlijnen wel, maar afstemming met de patiënt blijft voor hen essentieel (LHV, NHG, et al., 2019). Patiënten kunnen door het kennisverschil tussen huisarts en patiënt moeilijk beoordelen of de geleverde inhoudelijke kwaliteit goed is. Patiënten kunnen wel wat zeggen over de bejegening. De deskundigheid en betrokkenheid van huisartsen is belangrijk (Barnhoorn et al., 2021; Brabers et al., 2019; van der Meulen, 2015). Iedere huisartsenpost registreert klachten. De klachten blijken vooral te gaan over de medische inhoud (diagnose gemist of verkeerd) en de bejegening (bijvoorbeeld zich niet serieus genomen voelen, onprofessionele houding of verstoring in de vertrouwensband tussen arts en patiënt) (Barnhoorn et al., 2021; Rutten et al., 2018).

Daarnaast is de patiëntveiligheid een belangrijk onderdeel van kwaliteit. Het goed samenwerken van verschillende aanbieders, het werken conform de richtlijnen en het continue verbeteren door het melden en evalueren van incidenten heeft een positieve invloed op deze veiligheid (Eijssens, 2012). Het hebben van een overwerkte dokter met burn-out verschijnselen is daarentegen heel slecht voor de patiëntveiligheid (van den Brekel-Dijkstra et al., 2020).

Huisartsen willen graag goede huisartsenzorg aan hun patiënten verlenen. Daarbij is leren en verbeteren een onderdeel van hun kwaliteitsbeleid (Bijma, 2019b; Damoiseaux, 2009; LHV, 2019c; LHV, NHG, et al., 2019; van de Glind et al., 2020). Zinnvolle kwaliteitsverbetering geeft meerwaarde voor de patiënt en meer werkplezier voor de huisarts (LHV, NHG, et al., 2019). Het kwaliteitsbeleid van de huisartsen richt zich “op intrinsieke motivatie en inspiratie (in plaats van regels en controle) waarbij huisartsen samen leren aan de hand van spiegelinformatie, en naar behoefte gebruikmaken van beschikbare (regionale) ondersteuning” (LHV, NHG, et al., 2019, p. 4).

Huisartsen zullen hun medisch-inhoudelijke kennis, hun communicatie- en handelingsvaardigheden en hun inzichten in complexe situaties moeten blijven ontwikkelen. Daarnaast leren huisartsen in de opleiding hoe een professionele huisarts zich gedraagt en wat hun eigen manier is om huisarts te zijn. Dit “leerbaar zijn” (feedback kunnen ontvangen en aan de hand daarvan gedrag kunnen aanpassen) is een belangrijk item in de opleiding van de huisarts (Dijksman & Buis, 2021; van Braak et al., 2021; van der Gulden et al., 2020; van Roermund, 2013). Leren kan door onderling ervaringen uit te wisselen, door spiegelinformatie en feedback (Giesen et al., 2021; LHV, NHG, et al., 2019; Trietsch, 2017; van Groningen et al., 2021; van Roermund, 2013). Deze manieren van leren hebben effect op de professionele ontwikkeling van huisartsen (van Roermund, 2013). Goede arbeidsomstandigheden (keuze praktijkorganisatie, werkomgeving en collega's), blijvende ontwikkeling van kennis en vaardigheden met zorg voor het eigen welzijn zullen bijdragen aan een gemotiveerde huisarts (Peremans & Bastiaens, 2020).

Kwaliteitsverbeteringen zijn meestal complex en moeilijk vast te houden (Maassen, 2010). Een cultuur waarbij een fout de schuld is van een persoon, is bij leren en verbeteren een grote valkuil. Hierdoor ontstaan schaamte en stilzwijgen en een niet-leerbare houding. Een persoon mag een fout maken, omdat het maken van een fout een teken is dat de persoon probeert iets te veranderen en zich zo kan ontwikkelen. Als het voor de persoon gewoon is om een fout te mogen maken, ontstaat een leerbare cultuur. Deze leerbare cultuur draagt bij aan een hogere kwaliteit van zorg (van Engelen & van der Wilt, 2018). De huisarts is zelf degene die de kwaliteit levert. Om deze reden is het belangrijk te zorgen voor goede randvoorwaarden, zoals zekerheid omtrent de financiering, voldoende regelvermogen, mogelijkheden eigen capaciteiten in te zetten, ondersteuning van de omgeving en een adequate werk-privébalans (van de Glind et al., 2020).

Huisartsen willen kijken naar de hele mens en integrale zorg leveren. De professionele richtlijnen, het actieve cyclische kwaliteitsbeleid en de herregistratie-eisen dragen bij aan een betere kwaliteit van huisartsenzorg en competentere huisartsen. Echter de hoeveelheid eisen (tegelijk met andere verantwoordingseisen) ervaren huisartsen als belastend (Hobma et al., 2016; Maassen, 2010).

4.2.2 Verloop en verzuim binnen de huisartsenzorg

Als de kwaliteit van arbeid niet goed is, en er is marktwerking, dan is de verwachting dat huisartsen hun praktijk gaan verkopen. In 2018 was de reden om de huisartsenpraktijk te verkopen het pensioen van de praktijkhoudend huisarts en niet het switchen van baan (Kroneman & de Jong, 2018). Uit recentere cijfers blijkt dat er een hoge uitstroom van zorgverleners is (Schrijvers & Mouton, 2021). Europees gezien verlaten veel huisartsen de praktijk vanwege een burn-out (Peremans & Bastiaens, 2020). De registraties in Nederland laten een toename zien van huisartsen die uitvallen met een burn-out (van den Brekel-Dijkstra et al., 2020). Voor huisartsen die met pensioen gaan, is het vinden van een opvolger steeds lastiger. Voor huisartsen die hun eigen praktijk hebben is het moeilijker een andere huisarts te vinden die voor hen kan invallen, ondanks de toename van het aantal waarnemend huisartsen. De LHV signaleert een toenemend huisartsentekort (Bijma, 2019a; Lambregtse, 2021a; Nivel & Prisma, 2018).

Steeds minder jonge huisartsen kiezen voor een eigen huisartsenpraktijk. Zij vinden de bijbehorende verantwoordelijkheid te groot. Zorgverzekeraars verplichten praktijkhouders met hun contracten 24 uur per dag, 7 dagen per week verantwoording af te leggen voor de huisartsenzorg van de ingeschreven patiënten (Bijma, 2021; van de Goor, 2020). De diensten die daarbij horen vallen alleen onder de verantwoordelijkheid van de praktijkhouders en niet van de waarnemend huisartsen. Ander instanties die invloed hebben op de praktijkorganisatie, klachtenregistraties enzovoorts, stellen steeds hogere kwaliteitseisen aan de huisartsenpraktijk. Jonge huisartsen kiezen voor een gunstigere balans tussen werk en gezin. Als waarnemend huisarts is er werk genoeg en op die manier kunnen huisartsen zelf bepalen wanneer ze willen werken. Tegenwoordig willen de meeste jonge huisartsen (zowel mannen als vrouwen) een vierdaagse werkweek of parttime werken (Korteweg, 2020; van de Goor, 2020). Toch willen de meeste huisartsen zich op lange termijn wel vestigen in een eigen praktijk. Een vaste patiëntenpopulatie, een vertrouwensband met de patiënt en zeggenschap over de praktijk spelen hierbij een grote rol (LHV, 2021).

Het huisartsentekort neemt toe, net als het tekort aan doktersassistenten, triagisten, praktijkondersteuners en ander personeel (LHV, InEen, et al., 2021; LHV, NHG, et al., 2021b). Het samenwerken binnen de praktijk staat onder druk. Het merendeel van de huisartsen geeft aan dat er bij ziekte van een collega direct een probleem ontstaat in het verlenen van de huisartsenzorg aan de patiënt (Bijma, 2019a). De hoge werkdruk zorgt ervoor dat het opleiden van stagiaires moeilijk is. Over het algemeen ervaart het personeel wel tevredenheid over het werk in de huisartsenpraktijk. Zij vinden het fijn te werken in een klein team met meestal veel verantwoordelijkheid en autonomie. Toch is er, mede door de eisen aan het personeel (onder andere vastgelegd in contracten met de zorgverzekeraar) een tekort aan ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk (HRMO, 2019;

LHV, 2021, 2022b; LHV & NHG, 2021; LHV, NHG, et al., 2021b). Het is belangrijk te zorgen voor een lagere werkdruk voor huisartsen, zodat er minder huisartsen stoppen en tegelijkertijd is het belangrijk voldoende huisartsen op te leiden (Bijma, 2019a; LHV, 2021)

De verhoogde werkdruk is ook een probleem voor de huisartsen zelf. De toegenomen werkdruk leidt tot een overwerkte huisarts en een toenemend aantal huisartsen met een burn-out. Dit is niet wenselijk voor de beroepsgroep. Huisartsen met een burn-out hebben minder aandacht voor de patiënt, voor nascholing of praktijkorganisatie. Onder deze omstandigheden komt de kwaliteit van de huisartsenzorg voor de patiënt in gevaar (van den Brekel-Dijkstra et al., 2020). Huisartsenzorg verlenen is een dienst leveren. Een dienst wordt tegelijkertijd geproduceerd en geconsumeerd. Er zit geen tijd tussen, waardoor de kwaliteit hiervan altijd verschillend en subjectief is. Tijd is wat de huisarts nodig heeft om goede zorg te kunnen verlenen (Oerlemans, 2018). Huisartsen hebben deze tijd nodig om in contact met de patiënt te besluiten wat de meest passende zorg is voor die patiënt (LHV & NHG, 2021; LHV, NHG, et al., 2021b; van Dongen et al., 2019). In onderzoeken is aangetoond dat de zorg kwalitatief beter is voor de patiënt als de dokter tijd heeft. Het hebben van tijd vergroot ook het werkplezier van de huisarts (FMS & LHV, 2019; Lambregtse, 2021c). Steeds meer huisartsen vragen zorgverzekeraars om mee te kunnen doen aan een pilot voor Meer Tijd voor de Patiënt. Een structurele financiering is er (nog) niet (Lambregtse, 2021c).

Samengevat ervaren huisartsen een verhoogde werkdruk en is er sprake van een toename van burn-out van huisartsen, wat past bij een hoger verzuim. Een hoger verloop is nog niet aangetoond, alhoewel de LHV wel duidelijk een huisartsentekort en een tekort aan ondersteunend personeel signaleert. De structuur zou zich moeten richten op het ondersteunen van de huisarts om kwalitatieve huisartsenzorg te kunnen verlenen en het menselijk potentieel te benutten. De ervaren hoge werkdruk, het personeels- en huisartsentekort en het toenemend aantal huisartsen dat uitvalt met een burn-out duiden op problemen in het HR-beleid.

4.3 De technologie van het Nederlandse zorgstelsel en de huisartsenzorg

Wet- en regelgeving kadert de middelen die huisartsen ter beschikking hebben om huisartsenzorg te verlenen in. Het vormgeven en uitwisselen van dossiers is afhankelijk van de beschikbare ICT en de wetgeving hieromheen. De financiering van de huisartsen loopt niet meer alleen via de huisartsenpraktijk, maar is ook afhankelijk van regionale samenwerkingsverbanden van huisartsen. De technologie (middelen van de huisartsenzorg) bestaat onder andere uit wet- en regelgeving, de ICT en samenwerkingsverbanden. Zij staat hieronder uitgewerkt.

4.3.1 Wet- en regelgeving

Wet- en regelgeving kaderen de middelen die huisartsen ter beschikking hebben om zorg te verlenen in (Haarsma, 2018; Hendriks & Frederiks, 2019; Lambregtse, 2019a). Voor de uitvoering van de huisartsenzorg zijn andere wetten dan de Zorgverzekeringswet belangrijk. Huisartsen hebben in hun werk te maken met vele verschillende wetten: BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg; kwaliteitsregister professionals), WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst; rechten en plichten patiëntenzorg), Wkkgz (Wet kwaliteit klachten en geschillen Zorg; klachtenregeling), AVG (Algemene verordening gegevensbescherming; privacywet), DBA (Wet Deregulering Beoordeling Arbeidsrelatie; arbeidsrelatie tussen praktijkhoudend huisarts en waarnemend huisarts), WTZa (Wet toetreding zorgaanbieders; verplichtingen voor groepspraktijken), Wvm (Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling; meldcode huisartsen), Jeugdwet (regels over gemeentelijke verantwoordelijkheden jeugd), Wlz (Wet langdurige zorg; patiënten die langdurige zorg nodig hebben), Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning; voorzieningen, hulp en ondersteuning voor mensen met een beperking), Wzd (Wet zorg en dwang; dwangzorg, eventueel thuis van patiënten met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke

beperking) en Wvggz (Wet verplichte ggz; dwangzorg, eventueel thuis bij patiënten met psychische problemen) (Bijma, 2021; Haarsma, 2018; Hendriks & Frederiks, 2019; Lambregtse, 2019a).

In de literatuur is vooral geschreven over de beperkingen van de wetten. Uitvoering van de wetten leidt tot bureaucratie, hindert samenwerking tussen verschillende domeinen en geeft onduidelijkheid over verantwoordelijkheden (Haarsma, 2018; Hendriks & Frederiks, 2019; Lambregtse, 2019a). Aan de ene kant ervaart de professional beperking van de professionele vrijheid, doordat de wet- en regelgeving te veel inhoudelijke regels bevat. Aan de andere kant missen zorgverleners soms de centrale regie van het ministerie van VWS (Bröcking, 2017; Bukman, 2018). Regels, toezicht en controle geeft beperkingen (Meurs, 2014). Huisartsen ervaren beperkingen in de wet- en regelgeving op de zorgverlening.

Huisartsen zijn het eens dat de patiënt recht heeft op meer betrokkenheid en zeggenschap. Echter door de nieuwe AVG-wet is het verkrijgen van de toestemming van de patiënt een doel op zich. Het toestemming van de patiënt verkrijgen hindert de werkelijke kwaliteit en continuïteit van de zorg (LHV, NHG, et al., 2021b).

De nieuwe Wzd en de Wvggz is in principe gericht op meer rechten voor de patiënt. Psychiatrische patiënten en psychogeriatrische of verstandelijk beperkte patiënten werden vroeger onder dwang opgenomen in een instelling. Tot nu toe waren Artsen Verstandelijk Gehandicapten, psychiaters en specialisten Ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor het vaststellen en controleren van de noodzaak tot dwang. De nieuwe wetten maken dwangbehandeling van patiënten thuis mogelijk. In de uitwerking van de wet zitten heel veel details. Binnen deze wetten moeten zorgverleners zoveel verantwoording afleggen, met de daarbijhorende registratie, dat er nu al veel haken en ogen aan deze wetten zitten. Patiënten dreigen tussen wal en schip te vallen. Dit is in tegenstelling tot het doel van deze wetten (Hendriks & Frederiks, 2019; LHV, NHG, et al., 2021c).

Regels zijn nodig voor recht en veiligheid (Meurs, 2014). Zorgverleners hebben behoefte aan meer eenduidigheid over de digitaliseringseisen ter verbetering van de samenwerking. Huisartsen en specialisten ervaren de gebrekkige gegevensuitwisseling tussen de eerste en de tweede lijn als een obstakel in het zorgverleningsproces. Op dit vlak ontbreekt wetgeving. Huisartsen en specialisten vragen om deze duidelijkheid (LHV, InEen, et al., 2019; LHV, InEen, et al., 2021; LHV, NHG, et al., 2021b). In het kader van de marktwerking ontbreken wetten en regels op dit gebied. Het ontbreken hiervan geeft huisartsen de vrijheid om te kiezen met welke leverancier ze in zee gaan. De overheid heeft geen minimale ICT-vereisten opgesteld. Momenteel is goede digitale informatie- en gegevensuitwisseling beperkt. Dit heeft een negatieve invloed op de samenwerking en het verplaatsen van de zorg in het kader van 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek' (LHV, InEen, et al., 2019; LHV & NHG, 2021; LHV et al., 2018).

4.3.2 ICT

Huisartsen noteren hun bevindingen in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). ICT-bedrijven hebben verschillende HIS'en ontwikkeld (Schretlen, 2018). De ADEPD-richtlijn (Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntdossier) is bedoeld om meer eenduidigheid in het registreren te krijgen (Dijksman & Buis, 2021). De huisartsenposten werken weer met andere systemen HAPIS'. Huisartsen werken voor de ketenzorg samen met andere eerstelijns zorgverleners via KIS'en (LHV et al., 2018).

Patiënten hebben recht op inzage in hun eigen dossier. De bedoeling was dit te regelen via het Elektronisch Patiënten Dossier. In het kader van de privacy van de patiënt is de wet om dit mogelijk te maken niet goedgekeurd. Om goede zorg te kunnen leveren en in het kader van de patiëntveiligheid is onderlinge communicatie (zeker ten aanzien van medicatiegebruik) wel van belang (van der Lugt & Mensink, 2011). Via de AVG wet is geregeld dat uitwisseling van medische gegevens plaats kan vinden tussen zorgverleners in de regio als een patiënt expliciet toestemming heeft gegeven. Via het project OPEN (Online patiëntinzage eerstelijnszorg Nederland) is het in de regio's mogelijk gemaakt dat huisartsen onderling, met de HAP, apotheek en deels met medisch

specialisten gegevens kunnen delen. Hierin is ook geregeld dat patiënten zelf inzage hebben in hun dossier (Dijksman & Buis, 2021). Inzage in het eigen patiëntendossier helpt patiënten meer inzicht in hun gezondheid te verkrijgen en om het gesprek met de dokter aan te gaan (Kruithof et al., 2020). Inmiddels hebben de meeste patiënten wel toegang tot hun eigen dossier, zowel van de huisarts als bij de specialist. Alle HIS'en hebben het mogelijk gemaakt dat een patiënt via een app kan inloggen en zo online een afspraak kan maken, medicatie kan herhalen of een vraag kan stellen bij zijn eigen huisartsenpraktijk (Wegter, 2020).

Verder is de ontwikkeling van thuisarts.nl door de NHG als waardevol ervaren. Thuisarts.nl is een website voor patiënten, gebaseerd op de NHG-richtlijnen, om patiënten te ondersteunen om betrouwbare informatie over gezondheid makkelijk en snel te kunnen opzoeken (Spoelman et al., 2017; van Weel, 2017). Patiënten gebruiken thuisarts.nl veelvuldig voordat ze contact zoeken met de huisarts. Hierdoor is het aantal telefonische contacten met de huisartsenpraktijk afgenomen (Spoelman et al., 2017).

In de toekomst streeft de overheid naar een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) voor iedere burger, waarin mensen zelf hun medische gegevens kunnen inzien en beheren (LHV et al., 2018). Daarnaast is de bedoeling dat technologie steeds vaker de zorg ondersteunt. Dat kan ook (LHV et al., 2018; van de Glind et al., 2020). Het inzetten van veilige eHealth en AI (artificial intelligence), waarbij patiënten de keuze hebben zelf dingen op te zoeken, vragen te stellen, deel te nemen aan chatgroepen, met gezondheidsdevices zelf onderzoek te doen of data met zorgverleners te delen, zou deels het fysieke dokterscontact kunnen vervangen. Toch is het noodzakelijk dat de patiënt desgewenst makkelijk fysiek contact kan hebben met zijn eigen dokter. Ook het borgen van de randvoorwaarden in het kader van de AVG wet en de impact op het dagelijks werk in de huisartsenpraktijk zijn van belang (Bogaerts & Bijl, 2019; FMS & LHV, 2019; Korteweg, 2020; LHV & NHG, 2021; LHV et al., 2018; van de Glind et al., 2020; van de Goor, 2020).

De digitale toekomst van de huisartsenzorg richt zich op het moeiteloos informatie en gegevens met de patiënt uitwisselen. De digitale toekomst ondersteunt de huisarts digitaal met diagnostiek, monitoring en beslissingen. De samenwerking tussen zorgverleners kan verbeteren door de samenwerking van systemen te bevorderen, te voldoen aan de kwaliteitseisen en te zorgen voor keuzemogelijkheid tussen verschillende systemen. Dit zorgt voor het makkelijk uitwisselen van informatie en gegevens in het belang van de patiënt. Lokaal kan men kiezen welk systeem het beste past (Dijksman & Buis, 2021; LHV et al., 2018; van de Glind et al., 2020). Adequate digitalisering is ook nodig om de veranderde zorgvraag aan te kunnen. Deze digitale zorgvraag is passend bij netwerkgorg. Voor netwerkgorg is een goede organisatie en infrastructuur regionaal nodig (LHV et al., 2018). Hiervoor is desgewenst in een vooruitstrevende regio een regio-app beschikbaar (Wegter, 2020). Echter in vele regio's is het onderling digitaal communiceren tussen huisartsen en specialisten nog niet optimaal en dit dient wel te verbeteren om de samenwerking te verbeteren en de Juiste Zorg op de Juiste Plek te stimuleren (FMS, 2019).

Onderzoekers kunnen de vastgelegde data binnen een huisartsenpraktijk en andere zorgverleners gebruiken voor onderzoek naar bijvoorbeeld zinnige zorg tussen de eerste en tweede lijn. Klachten waarmee patiënten bij de huisarts komen zeggen vaak iets over de te verwachten successen van de behandeling in de tweede lijn. Onderzoek hiernaar loopt. Goede afstemming tussen zorgverleners, onderzoekers en overheid is belangrijk. Het belang van onderzoek doen om de zorg beter te maken, moet opwegen tegen de privacybelangen van de patiënt (Dijksman & Buis, 2021).

ICT kan huisartsen ondersteunen in hun zorg, zoals thuisarts.nl en dossier OPEN. PGO, onderzoeken met huisartsendata en regionale digitalisering ter verbetering van de samenwerking bieden mogelijkheden voor de toekomst. Huisartsen dienen te bewaken dat het inzetten van de mogelijkheden van technologie voor betere zorg aan de patiënt, ondersteunend is voor huisartsen.

De overheid, zorgverzekeraars of andere instanties mogen het geen doel op zich maken of een middel in het kader van de verantwoording. Huisartsen kunnen dit zelf deels beïnvloeden (Bukman, 2018; Dijksman & Buis, 2021; LHV et al., 2018; van de Glind et al., 2020).

4.3.3 Samenwerkingsverbanden van huisartsen

De huisartsgeneeskunde ontwikkelt zich steeds meer richting netwerkgeneeskunde en interprofessioneel samenwerken. Goede afstemming en samenwerking is van belang (HRMO, 2019; Lambregtse, 2021c; Muris & Damoiseaux, 2021; Oerlemans, 2018; van den Brekel-Dijkstra et al., 2020). Op kleinschalige basis leveren zorgverleners deze netwerkzorg al. Het uitgaan van de behoeften van de patiënt zelf en de coördinatie van de zorg tussen de betrokken zorgverleners levert internationaal een voorbeeld op (Runhaar, 2014). Van oudsher was de huisartsenzorg versnipperd door allemaal kleine zelfstandige praktijken. In de huidige tijd gaan huisartsen steeds meer samenwerken. Eerst samenwerkingen in Hagro verband. Later in huisartsenposten om de belasting van de diensten te verminderen (Bijma, 2021; Giesen et al., 2021; Verstappen & Hobma, 2002). Hierdoor nam de kwaliteit van de dienstverlening en de patiëntveiligheid toe en gingen zelfverwijzers naar de huisartsenpost in plaats van het ziekenhuis (Giesen et al., 2021). Vervolgens werkten huisartsen steeds meer samen in zorggroepen, aangezien huisartsen voor segment 2 zorg alleen op die manier geld kregen van de zorgverzekeraar (Kroneman & de Jong, 2018). Huisartsen werkten ook steeds meer samen met specialisten (Branbergen, 2012). Afstemming bij substitutie van de tweede naar de eerste lijn en afstemming over de ICT regionaal is belangrijk (Lambregtse, 2019c). Door de huidige maatschappelijke ontwikkelingen is er vanuit anderen (zorgverzekeraars, ziekenhuisbestuurders, gemeenten enz.) steeds meer behoefte om afspraken te maken op grotere schaal dan de individuele huisartsenpraktijk. Regionale huisartsenorganisaties ontwikkelen zich (Bijma, 2021; de Ruiter, 2018; Lambregtse, 2019c; LHV, 2019b; LHV, NHG, & InEen, 2020; LHV, NHG, et al., 2021a). Genoemde nadelen van samenwerking zijn het verlies van professionele autonomie door het geprotocolleerd werken en de lage betrokkenheid en anonimiteit van een grote organisatie. Vertrouwen en gemeenschappelijk belang is belangrijk voor een geslaagde samenwerking (de Ruiter, 2018; Giesen et al., 2021; van der Pluijm et al., 2017).

Bij samenwerking met stakeholders is het voornamelijk dat deze regionale huisartsen organisaties kunnen spreken namens de huisartsen in de regio. De regionale huisartsenorganisatie moet voldoen aan twee pijlers. Ten eerste moet de regionale huisartsenorganisatie de belangen van de huisartsen uit de regio vertegenwoordigen en ondersteunen. Dit doet ze door te zorgen dat huisartsen zichzelf herkennen en invloed hebben op deze regionale organisatie. Ten tweede dient de regionale huisartsenorganisatie ervoor te zorgen dat ze als regionale huisartsenorganisatie het mandaat heeft om namens de huisartsen afspraken te maken met externe stakeholders en kan fungeren als extern aanspreekpunt voor deze stakeholders (Bijma, 2021; Lambregtse, 2019c; LHV, 2019b; LHV, NHG, & InEen, 2020; LHV, NHG, et al., 2021a; van der Pluijm et al., 2017). Deze regionale huisartsen organisaties versterken de organisatiegraad van huisartsen (LHV, NHG, & InEen, 2020).

Naast het samenwerken hebben huisartsen, om hun werk goed te doen, ook ondersteuning van

andere zorgverleners nodig. Op het moment dat de vraag van de patiënt de kennis/expertise van de huisarts te boven gaat, moeten andere zorgverleners, die hierin wel kennis/expertise hebben, de zorg over kunnen nemen, zodat de verantwoordelijkheid niet bij de huisartsen blijft (Jansen, 2019; LHV, NHG, et al., 2021c; Peremans & Bastiaens, 2020). Toch ervaren huisartsen problemen met het doorverwijzen van (complexe) patiënten naar andere zorgverleners. Het doel is dat de huisarts indiceert welke zorg nodig is en de patiënt verwijst naar de juiste zorgverlener. In het huidige netwerk van de huisarts met de andere zorgverleners, loopt de huisarts tegen lange wachtlijsten, eisen van andere instanties, patiëntenstops en



personeelstekorten aan. Hierdoor komen er steeds meer welzijnsproblemen en GGZ-wachttijst problematieken op het bordje van de huisarts (Groenewegen et al., 2020; HRMO, 2019; Kleijne, 2022; LHV & NHG, 2021; LHV, NHG, et al., 2021b; van den Heijkant et al., 2018; van Dongen et al., 2019). Doordat de doorstroming van complexe patiënten niet soepel verloopt, krijgen deze patiënten niet de zorg die ze nodig hebben. Huisartsen vinden hun zorg niet altijd meer verantwoord, maar blijven wel verantwoordelijk. Uit loyaliteit naar de patiënt zal de huisarts zo goed en kwaad als het gaat voor de patiënt blijven zorgen. Deze manier van werken kost de huisarts tijd en frustratie. Dit gaat ten koste van de kwaliteit van zorg voor de patiënt (de patiënt valt tussen wal en schip), het werkplezier van de huisarts en de zorg voor andere patiënten (die bij de huisarts horen, maar er niet terecht kunnen, omdat de huisarts met complexere problematiek, die meer urgent is, maar niet bij hen hoort, bezig is) (HRMO, 2019; LHV & NHG, 2021; LHV, NHG, et al., 2021b).

Om hun dagelijks werk goed te kunnen doen, is het voor de huisarts belangrijk dat wet- en regelgeving hierbij passen. Het probleem waar de huisarts last van heeft, ligt soms op detailniveau van de wet, zoals bij de AVG-wet en soms door te weinig centrale regie, zoals bij de digitalisering van de zorg. Door andere wetgeving kan de overheid de overdracht naar andere zorgverleners verbeteren. Huisartsen wensen een betere digitalisering, met het makkelijk uitwisselen van patiëntgegevens, en betere en snellere toegang tot vervolgzorg. Vanwege maatschappelijke ontwikkelingen en de manier van aansturen is samenwerking in regionaal verband belangrijk. Het oprichten van een regionale huisartsenorganisaties is volop in ontwikkeling.

4.4 Samenvatting ervaren problemen met het Nederlandse zorgstelsel

Hierboven is uitgelegd hoe de structuur, HR en technologie van het Nederlandse zorgstelsel voor de huisartsenzorg eruitziet en de problemen die ze ervaren.

De ervaren problemen in de structuur van het Nederlandse zorgstelsel zijn de externe verantwoording bij de scheiding tussen beleid en uitvoering en de prestatiegerichte aansturing (de marktwerking en de financiering op basis van prestatiecontracten). De scheiding tussen beleid en uitvoering zorgt voor onduidelijkheden over verantwoordelijkheden en toezicht. De genoemde gevolgen van deze prestatiegerichte aansturing zijn het moeilijk meetbaar maken van kwaliteit in prestatie-indicatoren, de problemen met de rol van de zorgverzekeraar (het contracteerproces, de continue verantwoordelijkheid, vastgestelde, de lading-niet-dekkende prestatie-indicatoren door de zorgverzekeraar en de tijdelijkheid van projectfinanciering), de verleiding tot overbehandeling of handelen in eigen belang, de toename van de complexiteit, de innovatie die op problemen stuit en het ondergeschikte belang van de patiënt. De gevolgen van deze scheiding tussen beleid en uitvoering en de prestatiegerichte aansturing zijn wantrouwen, bureaucratie, wachtlijsten, lagere kwaliteit van zorg en fragmentatie. Deze gevolgen leiden tot problemen in de samenwerking en een verhoogde werkdruk.

De ervaren problemen in de HR zijn de belasting van de verantwoordings- en prestatie-eisen vanuit de overheid en de zorgverzekeraars, de herregistratie- en kwaliteitseisen van de eigen beroepsgroep, de hoge werkdruk, het tekort aan ondersteunend personeel en het huisartsentekort.

De ervaren problemen in de technologie zijn de beperkingen van wet- en regelgeving (met wetgeving die soms te veel over de inhoud gaat en op andere vlakken te weinig regie heeft), de fragmentatie van zorg en de daarbij horende problemen met digitalisering en samenwerking.

Deze ervaren problemen belemmeren de huisartsen hun werk te doen. Om hier mee om te gaan is regelcapaciteit nodig. De gevonden resultaten over de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel staan in hoofdstuk 5.

Hoofdstuk 5 Onderzoekresultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het bureauonderzoek over ‘de invloed van de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel op de intrinsieke motivatie van huisartsen’ uitgewerkt. De eerste paragraaf geeft de gevonden resultaten over de regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel weer. De tweede paragraaf toont de gevonden resultaten over de intrinsieke motivatie van huisartsen.

5.1 De externe regelcapaciteit van huisartsen

De resultaten over de externe regelcapaciteit van huisartsen zijn onderverdeeld in de externe strategische regelcapaciteit, de externe inrichtingsregelcapaciteit en de externe operationele regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel.

5.1.1 De externe strategische regelcapaciteit van huisartsen

Verstappen and Hobma (2002) zien de huisartsenorganisatie als een kennisintensieve organisatie, waarbij het belangrijk is om een visie te hebben om vrijblijvendheid te voorkomen. Een duidelijke visie kan professionals veel professionele ruimte geven. Op die manier zijn professionals bereid om verantwoording af te leggen (Verstappen & Hobma, 2002). De strategische regelcapaciteit is onder te verdelen in het stellen van doelen, de haalbaarheid, de controle op de realisatie hiervan en het aanpassen van de doelen aan de hand van veranderingen in de omgeving.

Het stellen van de doelen

De Landelijke Huisartsvereniging (LHV) heeft in 2019 onderzoek gedaan onder haar leden om te weten te komen welke waarden zij belangrijk vinden als huisarts. Hieruit zijn vier kernwaarden geformuleerd: persoonsgericht, medisch-generalistisch, continue en gezamenlijk. Daarbij zijn de kerntaken medisch-generalistische zorg, spoedeisende huisartsenzorg, terminaal-palliatieve zorg, preventieve zorg en zorgcoördinatie benoemd. Huisartsen gebruiken deze kernwaarden en kerntaken om richting te geven aan alle veranderingen die zich voordoen binnen de huisartsenzorg (Bont et al., 2020; Groenewegen et al., 2020; Lambregtse, 2019b, 2021a; LHV, 2022b; LHV & NHG, 2021; LHV et al., 2018; van der Horst & Dijkstra, 2019). Het doel van de huisartsenzorg is het leveren van kwalitatieve huisartsenzorg (vanuit de kernwaarden medisch-generalistisch, persoonsgericht, continue en gezamenlijk) afgestemd op de individuele patiënt (Bijma, 2019b; Dijkstra & in 't Veld, 2009; Hobma et al., 2016; LHV, 2019b, 2022a, 2022b; LHV & NHG, 2012, 2021; LHV et al., 2018; van Weel, 2012). Huisartsen geloven dat juist hun kernwaarden voor de patiënt het belangrijkste zijn, ook al is dit niet wetenschappelijk aangetoond (Jansen, 2019; LHV & NHG, 2021; LHV et al., 2018; van Engelen & van der Wilt, 2018; van Weel, 2017).

Voor alle medische problemen is de huisarts, voor andere problemen zijn andere zorgverleners. De kernwaarden persoonsgericht en continue, zorgen er wel voor dat de huisarts kijkt naar de persoonlijke en sociale context van de patiënt, maar niet dat de huisarts dit alleen oplost. De huisarts werkt daarvoor samen met het praktijkteam en met andere zorgverleners (Lambregtse, 2019b). Daarnaast heeft persoonsgerichte continue zorg bewezen meerwaarde voor de patiënt (Bont et al., 2020). Het persoonsgericht werken van de huisarts zorgt ervoor dat de zorg beter is afgestemd op de wensen van de patiënt (van Dongen et al., 2019). Huisartsen hebben met hun persoonsgerichte benadering ook interesse voor het dagelijks leven van patiënten. Huisartsen kunnen met verschillende situaties, patiënten en onzekerheden omgaan. Zij zijn intrinsiek gedreven om hun werk goed te doen en trots op hun werk (Peremans & Bastiaens, 2020). “Huisartsen willen nu en in de toekomst doen waar ze goed in zijn: het bieden van patiëntgerichte, bewezen effectieve huisartsenzorg” (LHV, NHG, et al., 2021b). Huisartsen hebben een belangrijke taak in het signaleren, doorverwijzen en samenwerken met andere professionals. Huisartsen zijn verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie van de huisartsenzorg (LHV & NHG, 2021). Huisartsen hebben zelf een document

geformuleerd wat zij onder het basisaanbod huisartsenzorg verstaan vanuit hun kernwaarden en kerntaken, waar ze verantwoordelijk voor zijn en wat daarbij de randvoorwaarden zijn (LHV, NHG, InEen, et al., 2020).

Haalbaarheid

Uit bovenstaande blijkt dat huisartsen vrij zijn om zelf hun doelen te stellen. De haalbaarheid van het doel 'het leveren van kwalitatieve huisartsenzorg (vanuit de kernwaarden medisch-generalistisch, persoonsgericht, continue en gezamenlijk) afgestemd op de individuele patiënt' is wel afhankelijk van het systeem waarin huisartsen werken en dus afhankelijk van de structuur van het Nederlandse zorgstelsel.

Huisartsen vallen onder de Zorgverzekeringswet, waarbij gereguleerde marktwerking is afgesproken. Huisartsen sluiten prestatiecontracten met zorgverzekeraars (Ministerie van Volksgezondheid, 2016; van Kleef et al., 2014). Dit betekent dat ook de overheid en de zorgverzekeraars doelen hebben. Voor de overheid is kwaliteit belangrijk, maar toegankelijkheid ook. De toegankelijkheid is gerelateerd aan de solidariteit en aan doelmatigheid. Doelmatigheid zorgt voor het niet verhogen van de zorgpremie voor de individuele burger. De overheid streeft ernaar om de zorgkosten laag te houden, zodat de zorg voor iedere burger toegankelijk blijft. Doelmatigheid is voor de overheid belangrijker dan voor de huisarts (Kloosterman, 2011; Ministerie van Volksgezondheid, 2016; van der Meulen, 2015). De huisarts is juist door zijn patiëntgerichtheid en de marktwerking minder doelmatig (Dwarswaard & Trappenburg, 2012; Wammes et al., 2013). De zorgverzekeraar heeft als doel ook kwaliteit en doelmatigheid van zorg na te streven. De zorgverzekeraar moet vooral zorgen dat er genoeg verzekerden voor de desbetreffende zorgverzekeraar kiezen. De zorgverzekeraar zal vooral sturen op de keuzes van de verzekerde. Aangezien de kwaliteit heel moeilijk transparant te maken is, kiezen verzekerden ook vooral op basis van de premie en stuurt de zorgverzekeraar vooral op kosten (de Vries et al., 2021; InEen, 2021; Masman et al., 2012). De tegengestelde belangen kunnen ervoor zorgen dat de haalbaarheid van het doel van de huisartsen in gevaar komt.

Controle op de realisatie en het aanpassen van doelen

Ook de controle op de realisatie van het doel is afhankelijk van de huisartsen zelf, de zorgverzekeraars en de overheid. Huisartsen hebben een intern kwaliteitsbeleid en herregistratie-eisen, gericht op de realisatie van het doel van de huisartsen.

Naast de controle van de beroepsgroep op de realisatie van hun doel, vindt ook nog controle vanuit de overheid en vanuit de zorgverzekeraars plaats. Hier ondervinden huisartsen problemen.

Huisartsen zeggen dat de externe verantwoording afleidt van het daadwerkelijk zorg verlenen aan de patiënt. Huisartsen willen wel verantwoorden in het belang van de patiënt, maar vinden verantwoorden om te verantwoorden zinloos (HRMO, 2019; Karadarevic, 2018b; van Weel, 2017).

Huisartsen geven aan dat door de focus op de externe verantwoording het vertrouwen in de huisarts geschaad is en het belang van de patiënt ondergeschikt is. Daarbij ervaren ze problemen in de vorm van bureaucratie en een toegenomen werkdruk (Bolhuis, 2014; de Vries et al., 2021; Hobma et al., 2016; Karadarevic, 2018b; Meurs, 2014; Oerlemans, 2018).

Ook geven zij aan dat bij de huidige manier van financieren bepaalde prikkels in het zorgstelsel onnodige zorg belonen. Verder lijkt de laagst onderhandelde prijs belangrijker dan kwaliteit. Concurrentie en onderling wantrouwen hinderen de samenwerking (de Bekker & van der Hijden, 2018; de Vries et al., 2021; HRMO, 2019; Lemmens et al., 2017; LHV & NHG, 2021). Huisartsen hebben ervaren dat het meten van prestatie-indicatoren op deze manier, de medische professionaliteit beïnvloedt, wat weer leidt tot een afname van de intrinsieke motivatie (de Vries et al., 2021; Dutrée & Plagge, 2015; Haarsma, 2018; Hobma et al., 2016; Karadarevic, 2018b; Kloeze, 2019; Kodden, 2021; Meurs, 2014; Oerlemans, 2018; van Weel, 2017; Walg, 2019; Zuurmond & de Jong, 2010).

Daarbij leidt de fragmentatie van wetgeving en financiering van het huidige Nederlandse zorgstelsel tot belemmering van de samenwerking. Hierdoor blijven huisartsen langer verantwoordelijk voor

complexe patiënten, wat niet goed is voor de patiënt, niet goed is voor de huisarts en niet goed is voor de hele huisartsenzorg (HRMO, 2019; LHV, 2022b; LHV & NHG, 2021; LHV, NHG, InEen, et al., 2020).

Uit bovenstaande blijkt dat de controle van de overheid en zorgverzekeraars huisartsen belemmert om hun doel te bereiken. Huisartsen willen deze controle door overheid en zorgverzekeraars graag veranderen. Zij hebben hiertoe een poging gedaan met hun actie HRMO. Dit heeft tot op heden nog niet het gewenste resultaat. Huisartsen kunnen de controle door de overheid en de zorgverzekeraars niet aanpassen. Huisartsen kunnen wel via landelijke organisaties hun inbreng geven aan het ministerie van VWS en via de regionale organisaties in gesprek gaan met de zorgverzekeraars (InEen, 2021; KNMG, 2021; LHV & NHG, 2021; Ministerie van Volksgezondheid, 2020).

Resultaten strategische regelcapaciteit

Het doel van de huisartsenzorg is het leveren van kwalitatieve huisartsenzorg (vanuit de kernwaarden van huisartsen) afgestemd op de individuele patiënt. Echter bovenstaande laat zien dat huisartsen wel zelf doelen kunnen stellen, maar een beperkte invloed hebben op de haalbaarheid van het doel en beperkt zijn in de controle en het aanpassen van de controle door de overheid en zorgverzekeraars. Kortom, de strategische regelcapaciteit is beperkt.

5.1.2 De externe inrichtingsregelcapaciteit van huisartsen

Als het doel is om kwalitatieve huisartsenzorg (vanuit de kernwaarden van huisartsen) afgestemd op de individuele patiënt te leveren, dan ondersteunt de inrichting van de organisatie huisartsenzorg dit doel. Het doel van het inrichtingsregelen is het bereiken van het doel en het zo nodig aanpassen van de inrichting, zodat mensen werkzaam binnen die organisatie het vastgestelde doel willen en kunnen bereiken (Achterbergh & Vriens, 2010).

Huisartsen willen. Momenteel ervaren huisartsen verschillende problemen (=verstoringen) in het bereiken van hun doel. De bedoeling van de infrastructuur van het Nederlandse zorgstelsel is, buiten het doel kwalitatieve huisartsenzorg verlenen, ook het omgaan met verstoringen. Dit omgaan met verstoringen kan door verstoringen te dempen en de regelcapaciteit te versterken.

Het dempen van verstoringen door elimineren en neutraliseren

Het dempen van verstoringen kan op drie manieren: elimineren, neutraliseren of de infrastructuur aanpassen. Hieronder volgen zeven voorbeelden over (on)mogelijkheden van huisartsen om te elimineren/neutraliseren. Het betreft voorbeelden ten aanzien van de verhoogde werkdruk, het huisartsen- en personeelstekort, de externe verantwoording, de prestaties met de prestatiecontracten, de fragmentatie, de ICT en de wetgeving.

1. Verhoogde werkdruk

De verhoogde werkdruk heeft vele oorzaken, zoals de toename van taken, de toename van complexiteit, de toename van externe verantwoording en de toename van bureaucratie. Daarnaast hebben huisartsen in Nederland relatief veel ingeschreven patiënten per praktijk, en is er een forse toename van personeel binnen de huisartsenpraktijk (Kroneman & de Jong, 2018; Schäfer et al., 2016). Huisartsen kunnen deze grote hoeveelheid oorzaken niet wegnemen. Huisartsen kunnen de hoge werkdruk dus niet zelf elimineren.

Een andere manier om met de verhoogde werkdruk door toegenomen taken, om te gaan, is zorgen voor meer huisartsen en ondersteunende personeelsleden. Het aantal waarnemend huisartsen en de verschillende disciplines ondersteunend personeel zijn de laatste jaren toegenomen (Kroneman & de Jong, 2018; LHV, 2022a; Nivel & Prisma, 2018; Smit, 2011). Dus met meer personeel en waarnemend huisartsen is geprobeerd de toegenomen werkdruk te neutraliseren.

2. Huisartsen- en personeelstekort

Momenteel is er een tekort aan ondersteunend personeel en aan huisartsen, waardoor het aanvankelijk opgeloste probleem niet meer geneutraliseerd is en een nieuw probleem (het huisartsen- en personeelstekort) zich voor doet (HRMO, 2019; Lambregtse, 2021a; LHV, NHG, et al., 2021b; Nivel & Prisma, 2018). Twee mogelijkheden kunnen dit nieuwe probleem neutraliseren: De eerste mogelijkheid is meer huisartsen en ondersteunend personeel opleiden. Het uitbreiden van opleidingsplaatsen voor huisartsen zorgt ervoor dat er meer huisartsen afstuderen. De overheid kan het opleiden van ondersteunend personeel faciliteren door voldoende stageplaatsen te creëren en door het subsidieproces voor stages te vereenvoudigen (LHV, 2022b; LHV, NHG, et al., 2021b). De andere mogelijkheid is zich richten op het behouden van huisartsen en andere professionals in de zorg. Dit kan door huisartsen te leren beter voor zichzelf te zorgen, zodat er minder huisartsen uitvallen (van den Brekel-Dijkstra et al., 2020). Ook spelen ontwikkelingsmogelijkheden, nadruk op het werkplezier en het creëren van gunstige organisatie omstandigheden een rol (LHV, 2022b). Het stimuleren van een adequaat personeelsbeleid helpt om medewerkers te behouden (LHV, 2022b; LHV, NHG, et al., 2021b). Om het huisartsen- en praktijkmedewerkerstekort te neutraliseren is meer instroom en minder uitstroom nodig. Om dit voor elkaar te krijgen is, is medewerking aan de overheid gevraagd (LHV, NHG, et al., 2021b).

3. Externe verantwoording

Huisartsen willen graag de patiënt centraal stellen in hun zorg. Zij voelen zich de laatste jaren belemmerd door een toenemende vraag voor externe verantwoording en de fragmentatie binnen het Nederlandse zorgstelsel. Via de acties van HRMO is aandacht gevraagd voor de bureaucratie. Hierdoor is een deel van het probleem, “de eindeloze stroom aanvragen, machtigingen en verklaringen die alleen maar meer wordt” (Hendriks et al., 2015, p. 9) voor een groot deel geëlimineerd. Echter de onderliggende problemen, de externe verantwoording, de problemen met het stelsel (de rol van de zorgverzekeraar, de marktwerking en de financiering) de problemen met gegevensuitwisselingen tussen zorgverleners en de problemen met de samenwerkingen door de fragmentatie in het huidige zorgstelsel, zijn nog niet opgelost (HRMO, 2019). Huisartsen hebben geprobeerd dit te elimineren door hun actie Het Roer Moet OM. Tot nu toe slechts met beperkt effect.

De externe verantwoording kost tijd, waardoor er minder tijd is voor de patiënt. Huisartsen willen de complexere patiëntenzorg blijven bieden. Zij willen helpen om wachtlijsten te voorkomen door het gesprek aan te gaan met de patiënt. Daarbij komt dat ze op deze manier hun eigen werkplezier behouden (LHV, 2022a; LHV, NHG, et al., 2021b). Hiervoor vragen zij meer tijd voor de patiënt. Om dit te kunnen doen hebben zij wel zekerheid van lange termijn financiering, adequate digitale gegevensuitwisseling en een stevig praktijkteam nodig (LHV, 2022a, 2022b; LHV, NHG, et al., 2021b). Het inzetten van Meer Tijd voor de Patiënt met een adequate financiering, soepele digitale gegevensuitwisseling en een stevig praktijkteam is een manier om ervoor te zorgen dat de verstoring ‘De externe verantwoording kost tijd, waardoor er minder tijd is voor de patiënt’ te neutraliseren (Lambregtse, 2021c; LHV & NHG, 2021; LHV, NHG, et al., 2021b).

Duidelijk is dat huisartsen zorg willen leveren aan de patiënt met een goede kwaliteit. Om vrijblijvendheid te voorkomen en kwaliteit te borgen komen steeds meer kwaliteitseisen van extern, met alle gevolgen van dien (Verstappen & Hobma, 2002). In de loop der jaren is er binnen de beroepsgroep een verschuiving opgetreden van verantwoording afleggen naar verantwoording nemen door actief kwaliteitsbeleid (Damoiseaux, 2009; LHV, NHG, et al., 2019). De laatste jaren is er gewerkt aan een duidelijke visievorming om duidelijk te maken waar huisartsen voor staan. De beroepsgroep probeert een proactieve rol te nemen om externe verantwoordingseisen te voorkomen (Lambregtse, 2019b; Loots et al., 2021). Het eigen verantwoording nemen en zelf kwaliteitseisen opstellen voor de beroepsgroep is een poging de externe verantwoording te neutraliseren.

4. De prestaties met de prestatiecontracten

Hoofdstuk 4 benoemt de problemen in het vaststellen van prestatie-indicatoren en problemen in het contracteerproces met de zorgverzekeraars (Masman et al., 2012; Out & de Jong, 2017). Zo lang het Nederlandse zorgstelsel gebaseerd is op gereguleerde marktwerking blijft dit. Huisartsen kunnen de problemen met de prestatiecontracten niet elimineren. Huisartsen hebben dit probleem wel bespreekbaar gemaakt. Hierdoor heeft de NZa een controletaak erbij gekregen (LHV, 2019a). Dit is een vorm van neutraliseren.

5. De fragmentatie

Huisartsen hebben in hun rol als poortwachter andere zorgverleners nodig. Zij hebben veel last van de fragmentatie (HRMO, 2019). Huisartsen krijgen van hun belangenvereniging LHV het advies om binnen hun regionale organisatie een regioplan op te stellen en deze af te stemmen op de lokale situatie, waarbij logische samenwerkingsverbanden voorop staan. Het advies is dit liever te doen in samenspraak met de zorgverzekeraar en eventueel gecombineerd met een regionaal project Meer Tijd Voor de Patiënt of een project regionale digitalisering (LHV, 2020c; LHV, NHG, et al., 2021a; Nivel, 2021). Dit is een manier om de bestaande fragmentatie te neutraliseren.

6. De ICT

Er is geen wet- en regelgeving ten aanzien van de digitalisering. De LHV heeft zelf minimumeisen geformuleerd waaraan de ICT moet voldoen. Hierdoor heeft de individuele huisarts minder last van het ontbreken van wet- en regelgeving op dit gebied (LHV et al., 2018). Ook dit is een vorm van neutraliseren.

7. De wetgeving

Een ander voorbeeld van dempen door te neutraliseren is de actie van de LHV bij de invoering van de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Huisartsen ervaren al een hoge werkdruk. Met deze nieuwe wetten zou de huisarts hier ook een rol in kunnen spelen. Voor de huisarts betekent dat een taakverzwaring. Het gaat om een specifieke patiëntenpopulatie, waarvan de LHV vindt dat deze groep patiënten niet onder medisch-generalistische zorg vallen en waar specifieke competenties voor nodig zijn. Dit behoort volgens de LHV, niet tot het takenpakket van de huisarts. De LHV heeft dit duidelijk kenbaar gemaakt. Hierdoor zijn de huisartsen niet als verantwoordelijke aangesteld in deze wetten (Hendriks & Frederiks, 2019; Lambregtse, 2019a; LHV, NHG, et al., 2021c). Kortom, het is huisartsen niet gelukt om de invoering van deze wetten te voorkomen (elimineren). Het is huisartsen wel gelukt om niet verantwoordelijk te zijn voor de dwangzorg van deze patiënten thuis (dus in dit geval is de verstoring gedempt door hem te neutraliseren).

Samenvattend kunnen de huisartsen, de hoge werkdruk, het huisartsen- en personeelstekort, de externe verantwoording, de prestaties met prestatiecontracten, de fragmentatie, de problemen met digitalisering en wetgeving niet elimineren. De overheid of de zorgverzekeraars zouden dat (deels) wel kunnen. Huisartsen kunnen deze verstoringen vaak wel neutraliseren. Hier hebben ze meestal medewerking van de overheid voor nodig.

Het dempen van verstoringen door de infrastructuur aan te passen

De infrastructuur van het Nederlandse zorgstelsel zou ervoor moeten zorgen dat huisartsen kwalitatieve huisartsenzorg (vanuit de kernwaarden van huisartsen) afgestemd op de individuele patiënt kunnen leveren. Nu huisartsen klagen dat ze de patiënt niet centraal kunnen zetten en dat de werkdruk de kwaliteit beïnvloedt, moeten de huisartsen de infrastructuur aanpassen. De resultaten geven de (on)mogelijkheden van huisartsen aan om de structuur (de mate van arbeidsdeling en de coördinatievorm), de mensen en de middelen van de huisartsenzorg binnen het Nederlandse zorgstelsel, aan te passen.

Structuur

Een van de grootste verstoringen is de externe verantwoording en de prestatiegerichte aansturing. Om dit te voorkomen is het nodig dat huisartsen zelf invloed hebben op de coördinatie en functionele concentratie van het Nederlandse zorgstelsel.

De beweging HRMO en de overleggen van huisartseninstanties met de overheid en zorgverzekeraars hebben geen andere structuur bewerkstelligd. De huisartsenzorg in zijn geheel, streeft wel naar een structuur die hen meer ondersteunt in hun doel 'kwalitatieve huisartsenzorg leveren vanuit de kernwaarden afgestemd op de individuele patiënt'. Regelcapaciteit om verstoringen door de structuur in de toekomst te voorkomen heeft de huisarts niet.

HR

De hoge werkdruk en het huisartsentekort duiden op problemen in de HR. Dit willen huisartsen graag aanpassen, maar dit kunnen zij niet zelf.

Technologie

De fragmentatie die tot problemen in de samenwerking leidt, de onduidelijke wetgeving en beperkte mogelijkheden tot het digitaal uitwisselen van gegevens, zijn problemen in de technologie. Huisartsen zien dit graag anders. Huisartsen zijn beperkt om er iets aan te doen.

Huisartsen hebben beperkte mogelijkheden om de infrastructuur aan te passen. Zij kunnen hun stem laten horen via acties zoals HRMO, via landelijke belangenverenigingen in het overleg met het ministerie van VWS en via regionale huisartsenorganisaties in het overleg met zorgverzekeraars. Huisartsen willen de infrastructuur wel aanpassen, zodat zij de wensen van de huisartsen beter ondersteunt en kwalitatieve zorg centraal staat. Zij hebben echter geen invloed op de structuur van het Nederlandse zorgstelsel. Dit betekent dat huisartsen verstoringen niet kunnen elimineren en ook de infrastructuur niet kunnen aanpassen. Zij kunnen wel neutraliseren, meestal alleen in overleg met de overheid of de zorgverzekeraar.

Het versterken door het toevoegen van regelcapaciteit

Huisartsen versterken hun regelcapaciteit door het toevoegen van een passief blok en door het toevoegen van actieve regelcapaciteit. Het versterken door het toevoegen van een passief blok is de mogelijkheid iets te regelen waardoor het doel 'kwalitatieve huisartsenzorg verlenen' geen hinder meer ondervindt van verstoringen. Het versterken door actief te regelen is de mogelijkheid om regelcapaciteit toe te voegen. Regelcapaciteit toevoegen zorgt voor meer mogelijkheden om met fouten in het huisartsenzorgverleningsproces om te gaan en het zorgt voor meer mogelijkheden om iets te regelen ter voorkoming van de verstoring.

Toevoegen passief blok

Het toevoegen van het passief blok komt erop neer dat huisartsen mogelijkheden hebben te elimineren of te neutraliseren. Op veel gebieden, zoals wetgeving, externe verantwoording, aanpassingen in het stelsel enzovoorts, hebben huisartsen anderen nodig om mogelijkheden toe te voegen om te kunnen elimineren of neutraliseren. Deze anderen zijn dan de overheid of zorgverzekeraars. Dit betekent dat huisartsen maar beperkte mogelijkheden hebben om zelf een passief blok toe te voegen.

Toevoegen actieve regelcapaciteit

Het versterken door actieve regelcapaciteit toe te voegen betekent dat huisartsen mogelijkheden tot actief regelen creëren, waardoor ze bepaalde dingen zelf kunnen regelen, die ze voorheen niet zelf konden regelen. Bijvoorbeeld, huisartsen lopen tegen wachtlijsten aan en blijven verantwoordelijk voor de patiënt. Om dit op te lossen en te voorkomen zou het fijn zijn als huisartsen voortaan zelf kunnen bepalen hoe lang de patiënt maximaal kan wachten. Het toevoegen van de regelcapaciteit 'zelf de wachttijd bepalen' is een vorm van versterken door actieve regelcapaciteit toe te voegen. In werkelijkheid kan de huisarts dat niet.

Resultaten inrichtingsregelcapaciteit

De externe inrichtingsregelcapaciteit voor huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel is beperkt. Huisartsen zijn afhankelijk van de overheid en zorgverzekeraars om verstoringen te elimineren. Zij hebben wel mogelijkheden om verstoringen op een bepaalde manier te neutraliseren. Huisartsen hebben geen mogelijkheden de infrastructuur van het Nederlandse zorgstelsel aan te passen. Zij kunnen alleen in overleg met de overheid en zorgverzekeraars een passief blok of actieve regelcapaciteit toevoegen. Dit kunnen ze niet zelf.

5.1.3 De externe operationele regelcapaciteit van huisartsen

De operationele regelcapaciteit van huisartsen is de regelcapaciteit van huisartsen in het primaire proces, oftewel in het leveren van kwalitatieve huisartsenzorg vanuit de kernwaarden afgestemd op de individuele patiënt. Dit is het regelen in het directe contact met en voor de patiënt.

De ervaren problemen in directe relatie tot de patiënt zijn het tijdsgebrek voor de complexe zorgvraag en de beperkte toegankelijkheid in de rest van de zorgketen. Er dient meer tijd voor de patiënt te komen en de samenwerking met andere zorgverleners dient te verbeteren (Groenewegen et al., 2020). Huisartsen kunnen hier mee omgaan door hun operationele regelcapaciteit. Deze bestaat uit het passief blok en uit actief regelen.

Passief blok

Het passief blok is dat er iets is geregeld waardoor het zorg verlenen van de patiënt er geen last meer van heeft. Voor de huisartsen is het niet meer hoeven schrijven van de vele briefjes een voorbeeld van een succesvol passief blok.

Het project Meer Tijd voor de Patiënt is ook een voorbeeld van een passief blok. Huisartsen die hieraan deelnemen hebben meer tijd voor de Patiënt (ervaren geen tijdsgebrek meer).

Huisartsen zijn in deze voorbeelden wel afhankelijk van de overheid of zorgverzekeraar om een passief blok te kunnen instellen (zie inrichtingsregelcapaciteit).

Actief regelen

Het actief regelen is het herstellen of oplossen van een fout in het zorgproces of het voorkomen daarvan. Dat betekent dat als er iets misgaat tijdens het leveren van kwalitatieve huisartsenzorg vanuit de kernwaarden afgestemd met de individuele patiënt, de huisarts direct actie onderneemt om dit ongedaan te maken of te zorgen dat het niet weer gebeurt. Hieronder vier voorbeelden van actieve regelcapaciteit van huisartsen op operationeel niveau:

1. Vrijblijvendheid werd vroeger wel gezien als een probleem van een professional en ook gesignaleerd bij huisartsen (Verstappen & Hobma, 2002). Ook werd gezien dat het gebruik van 'verkeerde' prestatie-indicatoren door zorgverzekeraars en overheid niet hebben geleid tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg (Burgers, 2016; van Weel, 2017). Huisartsen hebben toen zelf het initiatief genomen hun kwaliteit te verbeteren door het opzetten van richtlijnen gebaseerd op wetenschappelijke artikelen, door herregistratie-eisen in te voeren en door actief kwaliteitsbeleid in te zetten op basis van leren en ontwikkelen (Hobma et al., 2016). De verstoring 'kwaliteitsverschil tussen individuele huisartsen' wil de beroepsgroep zelf ook niet. De herregistratie-eisen en het kwaliteitsbeleid doen actief iets aan het kwaliteitsverschil tussen huisartsen. Zo voorkomt men vrijblijvendheid van de professional. Het zelf opzetten van herregistratie-eisen en een actief kwaliteitsbeleid voor de hele beroepsgroep zijn voorbeelden van actieve regelcapaciteit.
2. De werkdruk van huisartsen is al jaren een probleem. Aanvankelijk waren huisartsen in staat om dit probleem op te lossen, door het inhuren van waarnemers en het opleiden van personeel (Kroneman & de Jong, 2018). Hiermee werd het acute probleem opgelost. Dit is een vorm van actieve regelcapaciteit.

3. Om de werkdruk te verlagen, die deels veroorzaakt werd door de vele diensten van de huisartsen, hebben zij zelf huisartsenposten opgericht (Giesen et al., 2021). Het oprichten van huisartsenposten is ook een voorbeeld van actieve regelcapaciteit.
4. Huisartsen ondervinden problemen met het doorverwijzen van complexe patiënten. De vele voorbeelden in het boekje 'Patiënt tussen wal en schip' HRMO (2019) getuigen ervan dat huisartsen het probleem waar ze voorstaan zo goed mogelijk oplossen met de patiënt, waardoor de patiënt over het algemeen nog acceptabele zorg krijgt. Dit gaat wel ten koste van de huisarts zelf en zet de huisartsenzorg in zijn geheel onder druk (HRMO, 2019). De directe zorgverlening aan de patiënt staat over het algemeen nog niet onder druk. Alhoewel dit door personeelsschaarste in sommige regio's al wel het geval is (Bijma, 2019a). De operationele actieve regelcapaciteit van de huisarts lost, tot nu toe, het probleem van de patiënt redelijk op.

Resultaten operationele regelcapaciteit

De operationele regelcapaciteit is goed. Het inzetten van het passief blok (in overleg met zorgverzekeraars of overheid (zie inrichting) vindt plaats. De actieve regelcapaciteit van huisartsen op operationeel niveau is goed.

5.1.4 Resultaten externe regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel

Samengevat bestaat de externe regelcapaciteit van huisartsen uit strategische, inrichtings- en operationele regelcapaciteit. Huisartsen kunnen zelf hun doelen stellen. Ze hebben weinig invloed op de haalbaarheid en controle en hebben vooral te maken met controle van anderen. Ze hebben slechts beperkte invloed om de controle van de overheid en zorgverzekeraars aan te passen. De inrichtingsregelcapaciteit van huisartsen is beperkt. Zij zijn afhankelijk van de overheid en zorgverzekeraars om verstoringen te elimineren en te neutraliseren. Huisartsen hebben geen mogelijkheden de infrastructuur van het Nederlandse zorgstelsel aan te passen. Zij kunnen alleen in overleg met de overheid en zorgverzekeraars een passief blok of regelcapaciteit toevoegen, dit kunnen ze niet zelf. Op operationeel niveau zijn zij voor een passief blok afhankelijk van de overheid en zorgverzekeraars. Op dit niveau hebben ze wel veel actieve regelcapaciteit.

5.2 De intrinsieke motivatie van de huisarts

Als laatste volgen de resultaten over de intrinsieke motivatie van huisartsen. Regelcapaciteit heeft invloed op de motivatie. In de literatuur spreekt men in het algemeen over de intrinsieke motivatie van de professional en van de huisarts. De intrinsieke motivatie is verder onderverdeeld in competentie/meesterschap, verbondenheid/zingeving en autonomie.

5.2.1 De intrinsieke motivatie: algemeen, competentie en verbondenheid

De bevindingen uit de literatuur over de intrinsieke motivatie van de professional en de huisarts in het bijzonder staan als eerste vermeld. Vervolgens volgen de gevonden resultaten over competentie/meesterschap en verbondenheid/zingeving.

Intrinsieke motivatie van huisartsen in het algemeen

Een professional beheerst de vaardigheden behorend bij zijn beroep, verbindt zich moreel aan de normen en waarden die bij de beroepsgroep horen, werkt zelfstandig en heeft discretionaire ruimte nodig (Zuurmond & de Jong, 2010). Professionals in de zorg handelen conform hun professionele standaard, waardoor zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren in overeenstemming met de waarden en normen geldend binnen de beroepsgroep (LHV, NHG, et al., 2019). Professionals stellen de mens centraal en daar is maatwerk voor nodig (Walg, 2019). Professionals neigen zich te conformeren aan de normen van de beroepsgroep, in plaats van aan de normen van de organisatie waar ze voor werken (van Roermund, 2013; Zuurmond & de Jong, 2010). Zonder controle kunnen er problemen ontstaan (handelen in eigen belang, niet bewaken van financiële grenzen, perverse

prikkels), echter traditionele, bureaucratische controle leidt tot nog meer ontwijkend gedrag en afhaken van professionals. Zij zorgen ervoor dat de passie en betekenisgeving van hun professie verdwijnt (Zuurmond & de Jong, 2010).

Huisartsen zijn professionals. Zij hebben het nodig zeggenschap te hebben over hun werkzaamheden en hoe zij de patiënt willen benaderen. Zij horen niet van bovenaf opgelegd te krijgen hoe ze zich moeten gedragen. Zij hebben andere coördinatiemechanismen nodig, die ervoor zorgen dat er een grotere openheid ontstaat om de eigen professionele vaardigheden en kennis te toetsen en zich te ontwikkelen, zonder huisartsen hierop af te rekenen (Verstappen & Hobma, 2002). Kwalitatieve huisartsenzorg leveren is de drijfveer van de huisarts om de zorg voor de patiënt alsmaar te verbeteren. Deze intrinsieke motivatie van de huisarts is heel belangrijk (Bijma, 2019b). Huisartsen doen dit werk omdat ze graag andere mensen willen helpen (Kleijne, 2019a; Peremans & Bastiaens, 2020; Walg, 2019). Ze willen de patiënt van goede zorg voorzien en voelen zich trots over hun vak (Lambregtse, 2019b; Peremans & Bastiaens, 2020). De afwisseling, de zelfstandigheid en de vertrouwensband met patiënten maken dat ze gemotiveerd hun werk doen (LHV, 2021, 2022b; Ouendag, 2010; van Zalinge, 2008). “Werkmotivatie is de sleutel naar succes en prestatie” (Kodden, 2021, p. 17).

Momenteel staat de huisartsenzorg onder druk. Huisartsen ervaren de werkdruk als hoog, met daarbij tekorten van personeel en huisartsen (Boeke & Hoekstra, 2018; LHV, 2022b). Een hoge werkdruk heeft een negatieve invloed op de intrinsieke motivatie van huisartsen (Ouendag, 2010). Huisartsen maken zich zorgen over hun eigen welzijn (Peremans & Bastiaens, 2020). De bureaucratie, de omgang met de zorgverzekeraar, het ervaren ‘productiegevoel’ en het huisartsentekort hebben een negatieve invloed op de intrinsieke motivatie (Bolhuis, 2014; Ouendag, 2010; SER, 2012; van den Brekel-Dijkstra et al., 2020). Meestal gaat een afname van autonomie, ondersteuning en ontwikkeling vooraf aan het gevoel van een verhoogde werkdruk (Hoedeman & van Rhenen, 2014).

Huisartsen hebben een sterke intrinsieke motivatie en zijn van nature consciëntieus. Zij hebben de neiging de lat hoog te leggen en over hun eigen grenzen te gaan (Boeke & Hoekstra, 2018; van den Brekel-Dijkstra et al., 2020; van Engelen & van der Wilt, 2018). De cultuur die binnen de beroepsgroep van artsen heerst is niet klagen en doorgaan, een hoge arbeidsethos, waardoor (huis)artsen nog verder over hun grenzen gaan (Bolhuis, 2014; Kleijne, 2019a; van Engelen & van der Wilt, 2018). Onzekerheid of het idee om niet goed genoeg te zijn en alles te moeten kunnen, zorgt dat huisartsen doorgaan tot het echt niet meer gaat en een burn-out het gevolg is (Bolhuis, 2014; Kleijne, 2019a; van den Brekel-Dijkstra et al., 2020). Het frequent voorkomen van burn-out binnen een beroepsgroep is niet alleen een probleem van de professional zelf, maar ook een signaal dat de ruimte voor het welzijn en de persoonlijke groei van zorgverleners onder druk staat door problemen in de cultuur en organisatiestructuur (Kleijne, 2019a; Kodden, 2021; van den Brekel-Dijkstra et al., 2020; van Engelen & van der Wilt, 2018).

Buiten de arbeidsethos in de artsencultuur, lijkt het ook zo te zijn dat huisartsen weinig compassie hebben met een zieke collega (Schretlen, 2018). Het onderzoek van van Zalinge (2008) toont aan dat zorgen over de belemmering van de continuïteit van het huisartsenvak door feminisering, niet terecht zijn. Wel dat hoogopgeleide vrouwen vaker moeheidsklachten ervaren bij werken onder hogere tijdsdruk dan mannen (Knoers, 2010).

Huisartsen zorgen voor anderen, maar slecht voor zichzelf. De veranderingen in het vak maken het omgaan met de bijkomende emoties belangrijk. Het klassieke ‘even diep ademhalen en weer doorgaan’ is niet de oplossing. Om dit probleem binnen de beroepsgroep te tackelen is er veel aandacht voor intervisie en supervisie gekomen (Bolhuis, 2014). Artikelen geven aan dat het belangrijk is om de emotionele belasting van het huisartsenwerk en de hoge verantwoordelijkheid die erbij hoort te erkennen en een cultuur van onderlinge verbondenheid te creëren. Om het werkplezier te behouden is waardering van anderen en voor anderen van belang. Ook de afwisseling

van de taken en het zelf invloed hebben op de taken, de zingeving en vooral goede zelfzorg, rekening houdend met de eigen waarden en het eigen gevoel van competentie en autonomie, spelen een rol (Bolhuis, 2014; van de Glind et al., 2020; van den Brekel-Dijkstra et al., 2020; van Engelen & van der Wilt, 2018). Autonomie, competentie en feedback leiden tot een hogere intrinsieke motivatie (Ouendag, 2010).

Huisartsen vinden zelfstandigheid één van de mooie kanten van het huisartsen vak en willen dus zelf kunnen beslissen hoe ze hun praktijkvoering doen. Daarbij hoort het vertrouwen dat ze hiermee goede zorg voor de patiënt willen bewerkstelligen, en dus geen onnodige verantwoording hierover hoeven af te leggen (LHV & NHG, 2021). Het werken volgens protocollen, gebaseerd op Evidence Based richtlijnen, gericht op resultaten gaat ten koste van de empathie en de persoonsgerichtheid. Hier voelen zowel de patiënt als de huisarts zich niet prettig bij en het leidt tot slechtere zorg (Marshall, 2014; van den Brekel-Dijkstra et al., 2020). De huidige manier van verantwoording afleggen en de daarbij toegenomen werkdruk kan leiden tot een afname van de autonomie, waardoor de betrokkenheid en verantwoordelijkheid van professionals afneemt en zij in hun werk het minimale doen, andere werkzaamheden (zoals managementfuncties, accreditende functies) gaan doen, vervroegd met pensioen gaan of uitvallen met een burn-out (Oerlemans, 2018). Een extrinsieke motivator als geld bleek een slechte motivator te zijn. Echter erkenning, waardering en positieve feedback waren wel externe motivatoren in de publieke sector (van Kasteel, 2017). Huisartsen vinden dat het huidige zorgstelsel teveel stuurt op geld in plaats van op kwaliteit (de Vries et al., 2021). Ook vakmanschap, het onderhouden van relaties en autonomie hebben invloed op de werkbeleving en de werkkwaliteit van de huisarts (van de Glind et al., 2020). Deze invloeden komen overeen met competentie, verbondenheid en autonomie, de kenmerken van intrinsieke motivatie.

Intrinsieke motivatie: competentie/meesterschap

Het vast stellen van specifieke doelen door de zorgverzekeraar, zoals voorkeursgeneesmiddelen, leidt tot het gevoel “de zorgverzekeraar op de stoel van de huisarts” (HRMO, 2019; Marselis, 2015). Professionals als de huisarts voelen aan dat kwaliteit van zorg niet te meten is (Oerlemans, 2018). Dit toch doen, door bijvoorbeeld een consulttijd van tien minuten te hanteren, leidt tot beschadiging van het vertrouwen in de huisarts als professional en ook tot minder werkplezier en minder bezieling (HRMO, 2019; Karadarevic, 2018b; Marselis, 2015).

Medische professionaliteit is belangrijk voor huisartsen. Het competentieprofiel van de huisarts bestaat uit de competenties: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit (Dijkstra & in 't Veld, 2009; LHV et al., 2016). Huisartsen vinden het de ultieme uitdaging met weinig middelen de juiste diagnose te stellen. Zij zijn er voor de patiënt en zien zichzelf als coördinator van de zorg voor de patiënt, waarvoor ze samenwerken met andere zorgverleners. Zij vinden communicatievaardigheden belangrijk en zoeken een evenwicht tussen de wensen van de patiënt en de richtlijnen passend bij hun medische professionaliteit (Peremans & Bastiaens, 2020). Aan deze medische professionaliteit willen zij blijven werken door deelname aan nascholingen en door op de hoogte blijven van wetenschappelijke richtlijnen. Zij willen ook werken aan hun persoonlijke ontwikkeling (Loots et al., 2021; Peremans & Bastiaens, 2020). Het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep en de herregistratie-eisen richten zich op deze wens tot continue ontwikkeling (Damoiseaux, 2009; Dijkstra & in 't Veld, 2009; LHV, NHG, et al., 2019). De opleiding voor huisartsen besteedt veel aandacht aan de kwalitatieve vaardigheden en kennis, maar ook aan de socialisatie en wie de persoon van de huisarts zelf is. Veel huisartsen beginnen na hun studie vooral met werken om het werk als huisarts onder de knie te krijgen. Later is er de nieuwe uitdaging van praktijkorganisatie en weer later ontwikkelen huisartsen zich met nevenfuncties, verdieping of verbreding (LHV, 2021). Mogelijk is de wens steeds nieuwe uitdagingen aan te gaan een reden dat de kaderhuisartsopleidingen zo populair zijn (Bolhuis, 2014). De mogelijkheden voor opleiding, nascholing en ontwikkeling op diverse gebieden zorgen

ervoor dat huisartsen kunnen voldoen aan hun behoefte competentie (LHV, 2021). Een groter gevoel van competentie en autonomie leidt ook tot een lagere werkdruk (Ouendag, 2010).

Concluderend is competentie/meesterschap belangrijk voor huisartsen. Zij willen zich blijven ontwikkelen als medisch professional. Hier zijn binnen de beroepsgroep ook mogelijkheden voor. Als externen zich te veel gaan bemoeien welke prestatie-indicatoren voor competentie staan, dan doet dit tekort aan het streven naar groei en ontwikkeling die de huisarts eigen is en zet dit het gevoel van medische professionaliteit onder druk. Dit beïnvloedt de intrinsieke motivatie negatief.

Intrinsieke motivatie: verbondenheid/zingeving

Momenteel zegt slechts een klein deel van de huisartsen met bezieling naar de huisartsenpraktijk te gaan (Marselis, 2015). Toch is de intrinsieke motivatie van de huisarts om te handelen in het belang van de patiënt de motivator om dit werk te gaan doen (LHV, NHG, et al., 2019). Huisartsen werken vooral samen met de patiënt. Goede huisartsenzorg verlenen aan de patiënt en een langdurige relatie aangaan/opbouwen met de patiënt is een van de innerlijke drijfveren van de huisarts. Dit gevoel van verbondenheid komt ook terug in de kernwaarde continue. Deze persoonlijke continuïteit zorgt voor wetenschappelijk bewezen betere zorg aan de patiënt (Bijma, 2019b; Bont et al., 2020). Kwaliteit van de zorg zit in de niet-meetbare factoren. Een gevoel van verbondenheid tussen arts en patiënt is kwaliteit. Om dit te creëren is aandacht voor de patiënt, (com)passie en tijd nodig (Oerlemans, 2018).

Huisartsen doen het werk uit hun verbondenheid met de patiënt. Het hulp verlenen aan de patiënt is hun zingeving. Als huisartsen door externe omstandigheden het gevoel hebben, de patiënt niet of onvoldoende te kunnen helpen, doet dit iets met hun zingeving. Het gevoel de patiënt onvoldoende te kunnen helpen (zoals diverse voorbeelden van HRMO (2019) in het boekje Patiënt tussen wal en schip) heeft een negatieve invloed op de intrinsieke motivatie.

5.2.2 Intrinsieke motivatie: autonomie

Een professional zoals de huisarts heeft discretionaire ruimte nodig (Zuurmond & de Jong, 2010). Door de verantwoordingseisen en de bijbehorende registratie staat deze discretionaire ruimte onder druk (Kloeze, 2019). Het sturen op uitkomsten geeft minder autonomie, meer externe controle en het geeft de mogelijkheid eigen inkomsten te prioriteren, wat slecht is voor de medische professionaliteit (Smeele, 2014). Door deze sturing kan er een reactieve manier van werken ontstaan. Huisartsen voldoen aan de wensen en plichten van anderen, maar het leveren van kwalitatieve huisartsenzorg komt in het gedrang. Dit is een aantasting van de professionele autonomie (Loots et al., 2021). Huisartsen hebben vrijheid en autonomie nodig voor hun werkplezier (Peremans & Bastiaens, 2020). Autonomie op het werk bestaat uit regie hebben op de vier terreinen van het werk: wat mensen doen (taak), wanneer ze het doen (tijd), hoe ze het doen (techniek) en met wie ze het doen (team).

Intrinsieke motivatie Autonomie (taak)

Het primaire proces wat huisartsen doen is het leveren van kwalitatieve huisartsenzorg (vanuit de kernwaarden van huisartsen) afgestemd op de individuele patiënt. Er is een toename van het takenpakket van de huisartsen door verschillende oorzaken. De medische kennis is toegenomen. De nieuwe of herziene NHG-standaarden leggen meer taken bij de huisarts en adviseren minder te verwijzen. Er is een toename van kwaliteitseisen van de eigen beroepsgroep en een toename van taken door de externe verantwoording (Bolhuis, 2014; Hobma et al., 2016; LHV, 2022a; Moll van Charante et al., 2002; van der Horst & Dijkstra, 2019). De versterking van de poortwachtersrol van de huisarts en de stelselwijzigingen in de jeugdzorg, GGZ en ouderenzorg hebben hier ook aan bijgedragen (Bont et al., 2020; LHV, 2022a; Schäfer et al., 2016; van der Horst & Dijkstra, 2019). Maatschappelijke veranderingen, achterstandsproblematiek en vergrijzing hebben hier mede invloed op (Bont et al., 2020; LHV, 2022a; Moll van Charante et al., 2002). Daarnaast is er substitutie van de

tweede naar de eerste lijn, is de ligduur in het ziekenhuis verkort, wonen ouderen langer thuis en behandelen huisartsen door de ketenzorg meer mensen met een chronische aandoening in de eerste lijn (Kroneman & de Jong, 2018; LHV, 2022a; van der Horst & Dijkstra, 2019). Door de toename van al die taken is het aantal medewerkers werkzaam in de huisartsenpraktijk uitgebreid, met daarbij een toename van taken behorend tot de praktijkorganisatie (Kroneman & de Jong, 2018; LHV, 2022a; Schäfer et al., 2016). Daarbij komt dat in Nederland een relatief hoog aantal patiënten per huisartsenpraktijk staat ingeschreven (Schäfer et al., 2016).

Naast de toename van taken is er ook een toename van zorgvraag (LHV, 2022a). Daarbij is er vaker sprake van complexe en sociale problematiek (Bolhuis, 2014; LHV, 2022a; van der Horst & Dijkstra, 2019). Ook is de persoonsgerichte preventie erbij gekomen, evenals de zorg voor zieken thuis en voor mensen met lichte geestelijke problematiek (Kroneman & de Jong, 2018; LHV, 2022a; LHV & NHG, 2021). Huisartsen stemmen meer af met andere zorgverleners en overleggen vaker met anderen (familie, mantelzorgers, zorgverzekeraars, gemeenten, AMW, wijkverpleging) over de zorg (Bolhuis, 2014; LHV, 2022a). Tegenwoordig spelen ze ook een rol in de ramphulpverlening, ze nemen taken over van de specialisten en zorgen vaker zelf voor de chronisch zieken (Goudsmit & Hanegraaf, 2011; LHV, 2022a; LHV & NHG, 2021). Verder spelen huisartsen een belangrijke rol in de palliatieve zorg en euthanasie (LHV, 2022a). De coördinatietaken voor complexe patiënten zijn erbij gekomen. Bij complexere problemen is het fijn als de huisarts kijkt naar alle factoren die invloed kunnen hebben op de gezondheid binnen het netwerk van de patiënt en dient de huisarts de patiënt te benaderen volgens complexiteit denken (LHV, NHG, InEen, et al., 2020; Stolper et al., 2019). Dit en het samen beslissen zorgen ervoor dat de huisarts meer tijd per patiënt nodig heeft (HRMO, 2019; LHV, NHG, et al., 2021b).

Bij de toename van de taken en de zorgvraag is de werkdruk voor huisartsen opgelopen (Boeke & Hoekstra, 2018; Schäfer et al., 2016). Deze hoge werkdruk heeft weer invloed op de kwaliteit van de huisartsenzorg. Om een duidelijker beeld te krijgen wat voor huisartsen belangrijk is in hun werk, hebben huisartsen een onderzoek gedaan naar wat zij tot hun kerntaken vinden behoren. 'Mijn patiënten en hun context kennen', 'goede medische zorg leveren voor zieke mensen', 'aanspreekbaar zijn voor klachten, problemen en vragen van alle mensen', 'het vak met plezier uitoefenen in een goede balans met privé', 'verbondenheid tonen met de patiënt en diens context', 'patiënten ervaren continuïteit in de huisartsenzorg' en 'toegankelijk zijn voor alle mensen' scoorden het hoogst. Huisartsen waren het ook eens over taken die ze er niet bij vonden horen: 'eerste aanspreekpunt zijn voor mensen met vragen over sociale problematiek', 'primaire (universele) populatiegerichte preventietaken uitvoeren', 'reguliere huisartsenzorg bieden buiten kantooruren', 'bijdragen aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden in mijn wijk of dorp' en 'adviseren over gezondheid en leefstijl tijdens alle consulten' (Bont et al., 2020). Ook burgers geven aan dat ze preventie en eerste aanspreekpunt voor vragen over sociale problematiek niet als kerntaak van de huisarts beschouwen (Brabers et al., 2019). Later zijn hieruit de kernwaarden en kerntaken geformuleerd (LHV, NHG, InEen, et al., 2020).

Huisartsen hadden aanvankelijk geen invloed op het aantal taken wat naar hen toe kwam. Huisartsen hebben nu duidelijk gemaakt welke taken wel bij hun takenpakket horen en welke taken niet. Dit helpt de individuele huisarts keuzes te maken welke taken hij/zij uitvoert. De landelijke huisartsenverenigingen helpen om de toestroom van nog meer taken te voorkomen (zoals bij het eerdergenoemde voorbeeld over de nieuwe wetgeving Wzd en Wvvggz). Individuele huisartsen hebben weinig invloed op welke taken wel of niet bij hun huisartsenzorg horen. De autonomie op het gebied taak is begrensd.

Intrinsieke motivatie Autonomie (tijd)

Artsen werken vaker over en hebben meer onregelmatige werktijden (waarbij ze in de nacht en in het weekend werken), dan de gemiddelde Nederlander. Bovendien hebben ze veel verantwoordelijkheid en ervaren ze het vak als emotioneel zwaar (van Twillert, 2017).

Praktijkhoudend huisartsen zijn door hun contract met de zorgverzekeraars vierentwintig uur per dag, zeven dagen per week verantwoordelijk voor het organiseren van huisartsenzorg (Bijma, 2021; van de Goor, 2020). Dit heeft invloed op de werk-privé balans (van de Goor, 2020). Praktijkhoudend huisartsen zijn vanwege deze contracten verantwoordelijk voor de diensten op de huisartsenpost. Door de diensten op de huisartsenpost is het aantal uren dienst wel afgenomen in vergelijking met de situatie ervoor (Giesen et al., 2021). Fulltime werkende huisartsen werken gemiddeld 57-60 uur per week, parttime werkende huisartsen 44 uur per week (LHV, 2022a; van de Goor, 2020; Versteeg et al., 2018). Nederlandse huisartsen werken relatief veel uren, meer dan de Europese collega's. Het aantal uren patiëntencontact is ongeveer gelijk aan andere Europese huisartsen, maar het aantal afgelegde visites en het aantal uren niet-patiënt gebonden werkzaamheden zijn hoger (Schäfer et al., 2016).

Huisartsen geven aan wel langdurig contact met dezelfde patiëntenpopulatie te wensen, maar tegelijkertijd flexibel en parttime te willen werken, vaak vanwege gezinsverantwoordelijkheden (Bont et al., 2020; Korteweg, 2020; LHV, 2021; Peremans & Bastiaens, 2020; van de Goor, 2020; van den Brekel-Dijkstra et al., 2020; van Zalinge, 2008). Huisartsen willen genoeg geld verdienen voor een comfortabel leven, voor hen is inkomen niet het belangrijkste. Vrije tijd en tijd voor het gezin zijn zeker zo belangrijk. De manier van werken en de invloed die ze hierop hebben (de organisatie) is ook van belang, belangrijker dan het aantal uren werk (Peremans & Bastiaens, 2020).

Huisartsen geven aan continuïteit in de huisartsenzorg te wensen. Alleen zijn huisartsen niet eensgezind over de uitwerking van continuïteit. Wat betreft de diensten in de avond-, nacht en weekenduren zouden de praktijkhouders graag willen zien dat de diensten naar rato verdeeld worden over alle huisartsen. De waarnemend huisartsen denken hier over het algemeen anders over. Binnen de beroepsgroep bestaat vanwege de toegenomen werkdruk en het huisartsentekort discussie over de inrichting hiervan, vooral over de spoedzorg in de nacht (Bont et al., 2020). Er zijn verschillende scenario's voor de spoedzorg overdag geopperd: huisartsen blijven zelf de spoedzorg van 'hun' patiënten leveren, huisartsen werken overdag meer samen om de spoedzorg op te vangen, de spoedzorg gaat overdag ook via de huisartsenpost of huisartsen leveren geen spoedzorg meer (Rutten & Giesen, 2018). Ook verschilden de huisartsen van mening over de beschikbaarheid voor de terminaal-palliatieve zorg. In de toekomstvisie huisartsenzorg van de LHV in 2012 was het streven dat de praktijkhoudend huisarts minimaal drie dagen per week beschikbaar is voor patiëntenzorg. Deze mening werd lang niet door alle huisartsen gedeeld (Bont et al., 2020; LHV & NHG, 2012).

Huisartsen vinden dat ze teveel werk hebben en dat ze te weinig tijd voor het werk hebben (van den Brekel-Dijkstra et al., 2020). Huisartsen nemen geen tijd om te reflecteren op het werk en de praktijkorganisatie (Bijma, 2019a). Een andere valkuil is dat efficiëntie gepaard gaat met het benutten van iedere minuut werktijd. Door de technologie is het mogelijk om altijd beschikbaar te zijn en in 'loze tijd' nog steeds nuttig bezig te kunnen zijn, bijvoorbeeld het tussendoor beantwoorden van e-mails. Daarnaast heeft het registreren als valkuil dat het systeem verplichte handelingen oplegt. Deze valkuilen kunnen leiden tot stress. Ook kan ICT invloed hebben op het contact met patiënten of collega's en daardoor leiden tot minder verbondenheid met anderen (van de Glind et al., 2020).

Huisartsen willen tijd hebben voor de kern van hun vak en dat is het patiëntencontact (LHV, 2022b). HRMO heeft onderzoek gedaan naar de tijd die het kost om complexe patiënten te verwijzen naar andere zorgverleners. Het rond bellen waar een complexe patiënt terecht kan of invullen van de benodigde papieren kost een huisarts gemiddeld 3 uur per week (HRMO, 2019). Huisartsen kunnen de tijd die ze aan het verwijzen van complexe patiënten of aan technologie spenderen niet gebruiken

voor het directe patiëntencontact. Terwijl juist meer tijd nemen voor de patiënt bewezen effectief is om goede zorg te verlenen (Bont et al., 2020).

Individuele huisartsen hebben door hun keuze wel praktijkhouder of geen praktijkhouder enige invloed op de eigen tijdsinvulling van het werk. Praktijkhoudend huisartsen zijn verantwoordelijk voor de continue huisartsenzorg en kunnen beperkt hun eigen tijd indelen. Waarnemend huisartsen hebben wel invloed op de hoeveelheid werk, maar niet op de praktijkorganisatie en zijn daardoor ook beperkt in het indelen van hun tijd. De conclusie hieruit is dat de autonomie op het gebied tijd begrensd is.

Intrinsieke motivatie Autonomie (techniek)

Huisartsen denken na hoe ze het werk als huisarts willen vormgeven en hoe dat eruitziet in de toekomst. De meeste huisartsen wensen een vaste patiëntenpopulatie en een zelfstandige manier van werken. Wel zitten er verschillen in de wensen omtrent het takenpakket, de praktijksoort en de praktijklocatie. Alle huisartsen zijn gemotiveerd en vinden een goede patiëntenzorg het belangrijkste (LHV, 2020b). Huisartsen ervaren het plezier in hun werk als indicator voor kwaliteit (Bolhuis, 2014; LHV, 2020b). Huisartsen willen kwalitatieve huisartsenzorg verlenen vanuit de kernwaarden, afgestemd op de individuele patiënt. Dat betekent dat huisartsen dat willen doen door de zorg rondom de patiënt centraal te zetten. De huidige manier van verantwoorden heeft invloed op dit centraal zetten van de patiënt. De huisarts heeft het gevoel dat de huidige aansturing zijn aandacht verplaatst naar het verantwoorden in plaats van het zorg verlenen. Dit is niet zoals de huisarts wil werken (Loots et al., 2021). Huisartsen willen het liefst een drie tot vierdaagse werkweek, een duo- of kleine groepspraktijk met maximaal vier huisartsen, een vertrouwensband met de patiënt, een vaste patiëntenpopulatie en invloed op de praktijkorganisatie (LHV, 2021). Voor huisartsen is het belangrijk om zelf te kiezen hoe ze werken, met wie en in welke omgeving. Persoonlijke inspraak in de praktijkorganisatie en financiering vinden ze belangrijk. Ze willen flexibiliteit, oftewel de mogelijkheid om zelf keuzes te kunnen maken hoe ze het werk inrichten (Peremans & Bastiaens, 2020).

Hoe huisartsen hun kernwaarden persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk en hun kerntaken vormgeven mogen ze zelf invullen. Huisartsen werken zowel in de opleiding als in hun carrière als huisarts hard aan het blijven ontwikkelen van hun competenties en professionaliteit (Damoiseaux, 2009; van den Brekel-Dijkstra et al., 2020). Huisartsen hebben deze ontwikkeling ook nodig (Peremans & Bastiaens, 2020). Via een persoonlijk ontwikkelingsplan staat de opleiding stil bij factoren die stress uitlokken en wat beschermende factoren zijn (van den Brekel-Dijkstra et al., 2020). Nadien volgen huisartsen intervisie/supervisie en is er het visitatieprogramma individueel functioneren als herregistratie-eis (Bolhuis, 2014; Damoiseaux, 2009; KNMG, 2019). Voor de huisarts is blijvende ontwikkeling van professionele vaardigheden en de huisarts als persoon belangrijk (Peremans & Bastiaens, 2020).

In de kerntaken zit een spanningsveld tussen persoonsgericht en gezamenlijk, die kan iedere huisarts anders invullen. Bij het verlenen van kwalitatieve huisartsenzorg vanuit de kernwaarden, afgestemd op de individuele patiënt is de afstemming tussen de autonomie van de huisarts en samenwerking belangrijk (LHV, 2020b). Naar samenwerking is onderzoek gedaan op huisartsenposten. De organisatie, kwaliteit en veiligheid van de huisartsenspoedzorg is verbeterd. Een aantal huisartsen ervaren wel dat zij een deel van de professionele autonomie hebben ingeleverd (Giesen et al., 2021). Een andere manier van samenwerken biedt de technologie. De voordelen zijn dat er meer vrijheid is om op een andere manier en een zelfgekozen moment te kunnen samenwerken. Een nadeel kan zijn dat het vervreemdend kan werken door routinematige taken, minder onderling contact en een toename van de snelheid van werken (van de Glind et al., 2020). Ook voor de patiënt biedt technologie het voordeel van meer autonomie, maar tegelijkertijd het nadeel van een grote

mogelijkheid aan informatie waarvan de interpretatie moeilijk in te schatten is en dit tot onnodige onrust kan leiden (Kruithof et al., 2020). Huisartsen willen persoonsgericht werken vanuit hun kernwaarden en hebben hiervoor nodig dat de werkdruk afneemt, er meer tijd voor de patiënt is en dat zij, in plaats van administratie of verantwoording, ondersteuning van de technologie en financiering ervaren, zodat de samenwerking beter gaat (LHV, 2021; LHV, NHG, et al., 2021c).

Hoe de huisarts het werk wil inrichten is voor de huisarts vooral een afweging tussen de belangen van de patiënt en de mogelijkheden die ze zelf hebben. Ze willen daar zelf invloed op uitoefenen. In de samenwerking is het dus belangrijk steeds de professionele autonomie en het belang van kwalitatieve huisartsenzorg tegen elkaar af te wegen. Met het huidige Nederlandse zorgstelsel zijn huisartsen niet helemaal vrij om te kiezen hoe ze hun werk inrichten. Huisartsen zijn nu veel tijd kwijt aan verplichtingen in het kader van de externe verantwoording. Zij voelen zich beperkt in de samenwerking met anderen.

Intrinsieke motivatie Autonomie (team)

De huisarts werkt samen met collega's en praktijkmedewerkers als team in de huisartsenpraktijk. De praktijkhoudend huisarts heeft invloed op het team, want is als werkgever zelf verantwoordelijk voor de samenstelling en aansturing hiervan (Bijma, 2021). Huisartsen ervaren echter wel beperkingen door de tekorten op de arbeidsmarkt voor ondersteunend personeel en huisartsen en door contractuele voorwaarden met de zorgverzekeraar (LHV & NHG, 2021). Een waarnemend huisarts heeft geen invloed op het ondersteunend team, maar kan wel zelf kiezen in welke huisartsenpraktijk hij/zij wil werken (Bijma, 2021). Naast de samenwerking in het team van de huisartsenpraktijk werkt de huisarts samen met andere zorgverleners (Bijma, 2021; Jansen, 2019). Als poortwachter werkt de huisarts samen met de personen in het netwerk rondom de patiënt. Als professional werkt hij samen met de zorgverleners in het netwerk rondom de praktijk, met andere huisartsen in huisartsenorganisaties en met specialisten. Hiervoor is de vaardigheid interprofessioneel samenwerken nodig (Jansen, 2019; LHV, NHG, et al., 2021c; Peremans & Bastiaens, 2020). Maar bovenal werkt de huisarts samen met de patiënt. "Wederzijds vertrouwen en respect staan centraal" (Peremans & Bastiaens, 2020, p. 4). Huisartsen willen niet voor niets vooral hun tijd aan patiëntenzorg besteden. Juist de menselijke interacties met de patiënten en hun waardering zorgen voor een hoger welbevinden van huisartsen en beschermt hen tegen een burn-out (Bolhuis, 2014; Peremans & Bastiaens, 2020).

De praktijkhoudend huisarts is als zelfstandig ondernemer vrij om het eigen team samen te stellen, maar ervaart beperkingen door tekorten en voorwaarden van zorgverzekeraars. De autonomie op het taakgebied team is matig.

5.2.3 Resultaten autonomie

In de literatuur is geschreven over extrinsieke en intrinsieke prikkels. Huisartsen zijn intrinsiek gemotiveerd om hun werk te doen. Deze intrinsieke motivatie is belangrijk voor het werk als huisarts. Door de hoge werkdruk, de bureaucratie en de verantwoording aan derden staat de intrinsieke motivatie van de huisarts onder druk. Huisartsen wensen sturing op kwaliteit in plaats van geld als motivator. Zij hebben meer aan erkenning, waardering en positieve feedback. Dit komt overeen met de bevindingen in de literatuur. In de literatuur staat dat prestatiegerichte beloningen als geld een negatieve invloed hebben op de motivatie en dat positieve feedback en effectieve prestaties een positieve invloed hebben op de motivatie.

In de literatuur werd ook aangegeven dat intrinsieke motivatie leidt tot een toename van de kwaliteit en extrinsieke motivatie leidt tot een toename van kwantiteit. In hoofdstuk 4 werd aangegeven dat huisartsen een afname van de kwaliteit ervaren door de externe verantwoording en dat zorgverzekeraars een toename van verrichtingen ervaarden door het belonen van verrichtingen. Dit duidt op het gebruik van externe prikkels door het Nederlandse zorgstelsel om de huisartsen aan te

sturen. Ook het stellen van specifieke doelen door de zorgverzekeraar of het belonen van specifieke verrichtingen door de overheid kan ervoor zorgen dat huisartsen zich aangetast voelen in het vertrouwen in hun competentie als huisarts, wat een negatief gevolg heeft op het werkplezier en de bezieling. Dit past niet bij de wens van huisartsen om intrinsiek gemotiveerd hun werk te doen en kan zelfs leiden tot een afname van de motivatie.

Motivatie is onder te verdelen in competentie/meesterschap, verbondenheid/zingeving en autonomie op het gebied van taak, tijd, techniek en team.

Als huisartsen intrinsiek gemotiveerd willen zijn, is het belangrijk dat zij voldoende competentie hebben. Hier zijn het al eerdergenoemde kwaliteitsbeleid en de herregistratie-eisen van huisartsen op gericht. De behoefte van huisartsen om zich te ontwikkelen ziet men als streven naar meesterschap. Het doel om goede zorg aan de patiënt te verlenen past binnen de competentie van de huisarts en het streven naar meesterschap. Echter het stellen van specifieke doelen van derden zorgt voor aantasting van de medische professionaliteit. De huisarts streeft immers zelf al naar kwaliteit. Een prestatie-indicator hieraan vastplakken is niet nodig. De prestatie-indicator dekt voor de lading van kwaliteit niet. Toch prestatie-indicatoren gebruiken voor kwaliteit zorgt voor aantasting van de competentie en het streven naar meesterschap en leidt tot een afname van de intrinsieke motivatie van de huisarts.

Voor huisartsen is het hulp verlenen aan de patiënt, hun zingeving. Om dit te doen is de huisarts niet alleen verbonden aan de patiënt, maar ook aan het team en de medische professie. Op het moment dat huisartsen, door externe omstandigheden, niet de zorg kunnen verlenen aan de patiënt die in hun ogen nodig is, kan dit een negatieve invloed hebben op hun motivatie.

Huisartsen hebben autonomie nodig voor hun medische professionaliteit. Alle veranderingen in de laatste jaren hebben ervoor gezorgd dat hun autonomie op het gebied van taak, tijd, techniek en team is verminderd. De autonomie op het gebied van taak, tijd, techniek en team is beperkt als gevolg van de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel en hier heeft de individuele huisarts geen invloed op. Concluderend is er sprake van een afname van de autonomie van de individuele huisarts, wat leidt tot een afname van de intrinsieke motivatie van de huisarts.

Hoofdstuk 6 Analyse en aanbevelingen

In dit onderzoek is gekeken naar de externe regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel en de invloed hiervan op de intrinsieke motivatie van de huisarts op het gebied van de autonomie. Dit is het hoofdstuk met de analyse en de conclusie. Hieruit volgen aanbevelingen.

Tenslotte de beperkingen van het onderzoek.

6.1 Analyse en conclusie

In dit gedeelte vindt de analyse van de resultaten van het onderzoek plaats, met hierbij de conclusie. De invloed van het New Public Management op de huisartsenzorg is ook beschreven.

6.1.1 Het Nederlandse zorgstelsel en de motivatie van huisartsen

Het doel van de huisartsenzorg is het leveren van kwalitatieve huisartsenzorg (vanuit de kernwaarden medisch-generalistisch, persoonsgericht, continue en gezamenlijk) afgestemd op de individuele patiënt.

Om dit te realiseren ervaren huisartsen problemen op strategisch niveau. Zij kunnen weliswaar zelf hun doelen stellen, maar zijn voor de haalbaarheid en de controle op de realisatie afhankelijk van de overheid en de zorgverzekeraars. De ervaren externe verantwoording, de prestatiegerichte aansturing met prestatiecontracten, de fragmentatie, de verhoogde werkdruk en de problemen in de samenwerking met andere zorgverleners, hebben invloed op het te bereiken doel. Huisartsen proberen wel invloed te hebben door in gesprek te gaan, hun mening in te brengen en zelf actief te zorgen voor competente huisartsen en een lerend kwaliteitsbeleid, maar zij hebben geen regelcapaciteit om de controle van de overheid en zorgverzekeraars aan te passen. Hun externe strategische regelcapaciteit is beperkt.

Huisartsen ervaren ook problemen op inrichtingsniveau. De ervaren externe verantwoording, de prestatiegerichte aansturing met prestatiecontracten, de fragmentatie, de hoge werkdruk en de problemen in de samenwerking met andere zorgverleners beïnvloeden de manier van werken van huisartsen. De infrastructuur zou ervoor moeten zorgen dat deze verstoringen verdwijnen of dat huisartsen er geen hinder van ondervinden en huisartsen hun doel bereiken. Echter in dit geval zorgt de infrastructuur zelf voor verstoringen. Huisartsen kunnen deze verstoringen niet zelf elimineren. Zij kunnen ook de infrastructuur niet aanpassen. Huisartsen kunnen wel verstoringen neutraliseren met toestemming van de overheid en/of zorgverzekeraars. Om een passief blok in te zetten of extra regelcapaciteit toe te voegen zijn huisartsen afhankelijk van de overheid en zorgverzekeraars. De externe inrichtingsregelcapaciteit van huisartsen is beperkt.

De hoge werkdruk en de moeizame samenwerking met andere zorgverleners verstoren het primaire proces. Dit zijn problemen op operationeel niveau. Huisartsen hebben baat bij het inzetten van een passief blok, maar zijn hiervoor afhankelijk van de overheid of zorgverzekeraars. Omgaan met de verstoring lukt wel, aangezien de huisarts genoeg actieve regelcapaciteit heeft op operationeel niveau.

Binnen het Nederlandse zorgstelsel ervaren huisartsen een beperkte regelcapaciteit. Zij kunnen wel doelen stellen en op operationeel niveau actief regelen. Zij hebben echter geen invloed op de haalbaarheid, de controle en aanpassing van doelen, de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel en vooral geen invloed op de benodigde aanpassingen van dit Nederlandse zorgstelsel. Dit heeft invloed op de intrinsieke motivatie van huisartsen. Huisartsen ervaren beperkingen in hun gevoel van competentie/meesterschap, in hun gevoel van verbondenheid met de patiënt, hun zingeving en in hun gevoel van autonomie op het gebied van taak, tijd, techniek en team.

De beperkingen van de externe regelcapaciteit hebben dus invloed op de intrinsieke motivatie van huisartsen. De conclusie van dit onderzoek luidt:

De externe regelcapaciteit van huisartsen binnen het Nederlandse zorgstelsel is beperkt en dat heeft een negatieve invloed op de autonomie (en de intrinsieke motivatie) van de huisarts.

Bij het invoeren van het Nederlandse zorgstelsel was de verwachting van de overheid dat er minder wachtlijsten en minder bureaucratie zou zijn en meer doelmatigheid en kwaliteit. Deze vier doelen komen overeen met de doelen van de huisartsen.

De marktwerking zou leiden tot een toename van efficiëntie en transparantie. Dit bedoelde effect op de efficiëntie en transparantie is beperkt. Nog steeds is de kwaliteit van de geleverde zorg niet transparant te maken en de fragmentatie heeft een negatieve invloed op de efficiëntie.

Huisartsen vinden dat de gereguleerde marktwerking niet geleid heeft tot verbetering van de zorg en betaalbaarheid (de Vries et al., 2021). De huisarts werkt in een netwerk waarbij vertrouwen en samenwerking in het professionele belang zijn, maar waar prestatie management en financiële beloningen realiteit zijn (Hendriks & Van Gestel, 2017).

De huidige inrichting van het Nederlandse zorgstelsel zorgt, door de verhoogde werkdruk en de prestatie-indicatoren met prestatiecontracten, voor minder doelmatigheid. Huisartsen hebben geen tijd om een zorgvuldige afweging te maken en ondervinden prikkels in het huidige stelsel om juist meer zorg te verrichten (Dwarswaard & Trappenburg, 2012; Goudswaard & Dijkstra, 2010; LHV, 2022a; Oerlemans, 2018; van den Brekel-Dijkstra et al., 2020; Walg, 2019; Zuurmond & de Jong, 2010). Huisartsen ervaren door de fragmentatie van de zorg binnen het huidige Nederlandse zorgstelsel dagelijks problemen met doorverwijzen door lange wachtlijsten bij andere zorgverleners en veel bureaucratie bij het overdragen naar andere vormen van zorg (HRMO, 2019).

Huisartsen maken zich zorgen over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Zij vinden dat het extern verantwoordend resulteert in afleiding van waar het echt om gaat: de patiënt centraal en zorg voor die patiënt. Dit heeft invloed op de kwaliteit voor de individuele patiënt (LHV, InEen, et al., 2019; Loots et al., 2021; Oerlemans, 2018). Huisartsen zien de externe verantwoording, de prestatiegerichte aansturing met prestatiecontracten, de fragmentatie, de verhoogde werkdruk en de problemen in de samenwerking met andere zorgverleners als een bedreiging voor de kwaliteit van de huisartsenzorg. Zij vinden het nodig de organisatiestructuur en cultuur aan te passen (Verstappen & Hobma, 2002; Walg, 2019; Zuurmond & de Jong, 2010). Het aanpassen van de organisatiestructuur kan zorgen voor realisatie van de visie en de doelen van de huisartsenzorg (Verstappen & Hobma, 2002).

De doelen van de overheid, meer doelmatigheid en kwaliteit, minder wachtlijsten en bureaucratie, bij de invoer van het Nederlandse zorgstelsel zijn niet bereikt.

6.1.2 New Public Management en de huisartsenzorg

In het theorie hoofdstuk is gesproken over de invloed van het New Public Management. New Public Management gaat ervan uit dat een resultaatgerichte cultuur leidt tot betere prestaties van de publieke organisaties. Het Nederlandse zorgstelsel streeft naar uitkomstgerichte zorg. Het Nederlandse zorgstelsel belooft prestaties. Dit past bij de NPM-gedachte.

Deze invloed is ook in de huisartsenzorg terug te vinden. Het reguleren van de overheid door te bepalen welke zorg in de basisverzekering valt en aan welke voorwaarden huisartsen moeten voldoen, past bij strategische centralisatie. De hele wet- en regelgeving, die soms tot op inhoudelijk detail is uitgewerkt, past bij strategische centralisatie. Dit past bij de NPM-gedachte.

Aan de andere kant worden soms de grote lijnen gemist en wordt het overgelaten aan de markt, bijvoorbeeld in het kader van digitale samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Huisartsen en zorgverzekeraars sluiten prestatiecontracten. Het uitonderhandelen van de prestatiecontracten,

waarbij de zorgaanbieder zelf bepaalt welke zorg hij levert en het overlaten aan de markt passen bij operationele decentralisatie (en een terugtrekkende overheid). Dit past bij de NPM-gedachte. Bij marktwerking zijn er voor de uitonderhandeling van prestatiecontracten geen regels of procedures. In het Nederlandse zorgstelsel is er gereguleerde marktwerking. Hierbij zijn twee zaken niet in overeenstemming met de NPM-gedachte: ten eerste zijn er op sommige gebieden wel regels of procedures voor de zorgverzekeringsmarkt. En ten tweede zijn er in het kader van de JZOJP steeds meer samenwerkingsafspraken geformuleerd. Dit past niet bij concurrentie en marktwerking.

De literatuur benoemt de vernauwing van de focus tot vastgelegde prestaties als een nadeel van NPM. Huisartsen ervaren dit. Zij geven aan dat ze meer bezig zijn met verantwoorden, dan met het verlenen van kwalitatieve huisartsenzorg voor de patiënt.

Een ander genoemd nadeel van NPM is de scheiding tussen beleid en uitvoering. De beperkte strategische en inrichtingsregelcapaciteit van huisartsen is hier een uiting van. Zij kunnen alleen op strategisch of inrichtingsniveau iets veranderen als er toestemming van de overheid is. Er is een duidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering.

En het laatste nadeel van NPM is de type II mismatch van Hofstede. Het controle management past niet bij de activiteiten. Het Nederlandse zorgstelsel stuurt door prestaties vast te stellen en te controleren, wat past bij een routinecontrole systeem. Hiervoor moeten de activiteiten eenduidig, de uitkomsten meetbaar, de effecten van management interventies bekend en de activiteiten repetitief zijn. Dit is voor de huisartsenzorg niet het geval. Huisartsen beschrijven dezelfde problemen in de huisartsenzorg, die ook in de literatuur beschreven staan. Huisartsen ervaren minder kwaliteit van zorg, huisartsen kunnen gedemotiveerd raken, ze kunnen handelen in eigen belang, ze ervaren afrekening op niet-de-lading-dekkende prestatie-indicatoren en ze hebben veel last van bureaucratie. Kortom, dit onderzoek laat de nadelen van NPM ook zien in de huisartsenzorg.

In het Nederlandse zorgstelsel is dus sprake van een resultaatgerichte aansturing. Het gebruikte controle managementsysteem past niet bij het werk als huisarts. De overheid en de zorgverzekeraars gebruiken de prestaties niet als richting, maar als doel op zich. Ook hebben huisartsen niet altijd inspraak in de afgesproken doelen. Volgens Hofstede (1981) is het beter als de doelstellingen niet eenduidig en de uitkomsten niet meetbaar zijn, om te kiezen voor het politieke controle systeem of 'de vuilnisbak'. Hier zijn de resultaten minder voorspelbaar, maar leiden uiteindelijk stapsgewijze verbeteringen in een lerende organisatie tot een betere kwaliteit. Huisartsen proberen met hun kwaliteitsbeleid wel een structuur te ontwikkelen waarbij huisartsen de prestaties als richting gebruiken en waarbij het continu leren centraal staat. Echter de infrastructuur van het Nederlandse zorgstelsel met de daarbij horende fragmentatie beperkt de huisartsen om hun doel 'kwalitatieve huisartsenzorg leveren, vanuit de kernwaarden medisch-generalistisch, persoonsgericht, continu en gezamenlijk, afgestemd op de individuele patiënt' te bereiken.

6.2 Aanbevelingen

De doelen van de overheid en de huisartsen lijken overeen te komen: kwalitatieve, doelmatige zorg zonder wachtlijsten en bureaucratie. Deze doelen zijn, in de ogen van de huisartsen, niet bereikt. Hieronder volgt een schets van de ideale wereld, vervolgens wat de huidige wensen van huisartsen zijn volgens de literatuur, daarna volgen de aanbevelingen en als afsluiting de meest urgente acties.

6.2.1 De ideale wereld

In de ideale wereld is iedereen in Nederland erop gericht het zinvolle doel te bereiken en streeft men naar zoveel mogelijk intrinsieke gemotiveerde mensen binnen organisaties. De structuur van iedere organisatie ondersteunt dit streven.

Intrinsieke motivatie huisartsen

Huisartsen zijn intrinsiek gemotiveerd om hun zinvolle doel 'kwalitatieve huisartsenzorg leveren vanuit de kernwaarden medisch-generalistisch, persoonsgericht, continu en gezamenlijk, afgestemd op de individuele patiënt', te bereiken. Om hun intrinsieke motivatie te behouden zorgen huisartsen voor continue ontwikkeling van hun competentie. Zij blijven zich ontwikkelen, leren van hun fouten en streven naar meesterschap. De focus is het leveren van kwalitatieve huisartsenzorg volgens hun medische professionaliteit. Door de huidige herregistratie-eisen en kwaliteitseisen vanuit de beroepsgroep hebben huisartsen genoeg mogelijkheden aan hun competentie te werken. Door dit als een lerende cyclus vorm te geven, blijft de competentie van huisartsen continu in ontwikkeling. Dit heeft een positieve invloed op het vertrouwen dat wat huisartsen doen ook passend is binnen de medische professionaliteit.

Kwaliteit betekent niet oneindige zorg. Dit zou namelijk de toegankelijkheid en dus de kwaliteit beïnvloeden. Kwaliteit betekent de zorg leveren conform de professionele standaard.

Huisartsen verbinden zich langdurig aan een specifieke patiëntenpopulatie en aan een team zorgverleners, om integrale zorg aan die populatie te leveren. Het streven naar hun zinvolle doel, met daarbij het centraal zetten van de patiënt, geeft huisartsen voldoening en zingeving. Dit bevordert ook de verbondenheid van huisartsen met de patiënten. Eventuele controle zal zich richten op de belangen van de patiënt. Huisartsen vinden het normaal om te worden aangesproken, als zij niet hebben gehandeld in het belang van de patiënt.

Om dit te kunnen doen, moeten de randvoorwaarden om te kunnen handelen in het belang van de patiënt wel aanwezig zijn. Oftewel huisartsen moeten voldoende autonomie hebben om te kunnen handelen in het belang van de patiënt. De wet- en regelgeving mag het handelen in het belang van de patiënt niet beperken. Voldoende ICT-ondersteuning is nodig om te kunnen handelen in het belang van de patiënt. Huisartsen hebben voldoende autonomie om zelf invloed uit te oefenen. Zij bepalen zelf wat wel/niet bij hun taak hoort, wanneer ze werken, hoe ze hun werk willen inrichten en met wie ze werken. Dit alles tegen de achtergrond, dat het bijdraagt aan het bereiken van het zinvolle doel. Huisartsen zijn gebaat bij hun professionele autonomie. Meer autonomie betekent sturen op betrokkenheid.

De overheid

De overheid 'stuurt' de zorg aan op basis van vertrouwen en betrokkenheid van de professional. De wens van de burger staat centraal. De overheid houdt rekening met de professionaliteit van professionals. De overheid stopt met het controleren van professionals. Zij neemt de professionele standaard als uitgangspunt wat betreft kwaliteit en het medisch tuchtrecht houdt hier controle op. De overheid en huisartsen werken samen op basis van vertrouwen. Als er vertrouwen is, kunnen de overheid en de huisartsen onderling afspraken maken over verantwoordelijkheden. Dit kunnen huisartsen ook met andere zorgverleners en professionals in het sociale domein. De overheid geeft kaders op hoofdlijnen in hun wet- en regelgeving. Zij laat de inhoudelijke uitwerking aan professionals over.

Bij sturen op professionele autonomie is er kans op vrijblijvendheid. Om dit te voorkomen is het wel belangrijk dat de huisartsen verantwoording afleggen over hun geleverde diensten. Huisartsen leggen verantwoording af door continue bezig te zijn met het verbeteren van hun geleverde zorg, door kwaliteit leveren te zien als een lerend proces. Aansturing vindt dan plaats met waardering en feedback aan huisartsen en erkenning voor de geleverde werkzaamheden en erkenning voor de ervaren problemen. De feedback (van patiënten, samenwerkingspartners, beleidsmakers) en de ervaren problemen zijn leidend voor verbeteringen. Huisartsen streven naar kwalitatieve huisartsenzorg. Huisartsen formuleren zelf prestatie-indicatoren. Deze prestatie-indicatoren geven de richting waarin huisartsen zich ontwikkelen. Zij zijn geen doel op zich! Het continue verbeteren

van de kwaliteit is het streven. Dat houdt in aansturing met feedback aan huisartsen en erkenning wat voor de patiënt belangrijk is, geen individuele geldelijke beloningen. Huisartsen gebruiken geld om investeringen te doen ter verbetering van de kwaliteit.

Deze manier van aansturen en verantwoording afleggen zal leiden tot een toename van de intrinsieke motivatie van huisartsen, meer betrokkenheid en een betere kwaliteit van zorg.

De structuur

De huidige structuur vormt een belemmering voor het nastreven van het zinvolle doel van huisartsen. In de ideale wereld hebben huisartsen wel inspraak om de infrastructuur van het Nederlandse zorgstelsel aan te passen. Huisartsen kunnen verstoringen veroorzaakt door het Nederlandse zorgstelsel elimineren of neutraliseren.

Het allerbelangrijkste verschil tussen de huidige structuur en de gewenste structuur is het opheffen van de scheiding tussen beleid en uitvoering, of in ieder geval die zo klein mogelijk maken. Dat betekent wet- en regelgeving over de grote lijnen, heldere kaders, heldere verantwoordelijkheden, allen in het kader van het beoogde doel. De huisartsen, die samen met andere zorgverleners kwalitatieve zorg verlenen, zorgen voor de inhoudelijke uitwerking van de wetten, niet de markt. Deze uitwerking gebeurt op basis van onderling vertrouwen.

De structuur is gericht op een lage functionele concentratie. Dat betekent dat zoveel mogelijk dezelfde zorgaanbieder de zorg levert. De zorgaanbieder en de ondersteunende structuur zorgen voor zo min mogelijk overdracht momenten. De overheid ondersteunt deze overdrachtmomenten maximaal, omdat ieder overdracht- of communicatiemoment foutgevoelig is. Dus de structuur ondersteunt de samenwerking, zowel wat de betreft de ICT, wet- en regelgeving als financieel.

Het HR-beleid dient gericht te zijn op ondersteuning van de intrinsieke motivatie van huisartsen en ondersteunend personeel. Dit betekent dat de hele structuur erop gericht is in het belang van de patiënt te handelen. Hier sluit het huidige kwaliteitsbeleid en de herregistratie-eisen van de beroepsgroep al op aan.

De overheid geeft de wet- en regelgeving en ICT-vorm in het belang van de burger.

Huisartsen krijgen in de ideale wereld meer mogelijkheden iets aan te passen in de infrastructuur van het Nederlandse zorgstelsel. Zij krijgen ook mogelijkheden om een passief blok toe te voegen, waardoor de huisartsenzorg minder last heeft van bepaalde verstoringen. Er komen meer mogelijkheden voor huisartsen om invloed uit te oefenen en dus fouten te voorkomen. Oftewel huisartsen krijgen mogelijkheden problemen bespreekbaar te maken en oplossingsrichtingen te bedenken en in te voeren, ter voorkoming van fouten in de toekomst.

In het directe patiëntencontact hebben huisartsen de tijd die nodig is voor de individuele patiënt en kunnen zij bij complexe problemen direct doorverwijzen naar een gespecialiseerde zorgverlener. Huisartsen hebben in deze situatie minder tijd nodig voor te complexe problematiek, waardoor huisartsen meer ruimte hebben voor andere patiënten. Dit stimuleert huisartsen om het goede te doen voor de individuele patiënt en dit heeft weer een positief effect op de intrinsieke motivatie van huisartsen. Huisartsen willen het doel 'kwalitatieve huisartsenzorg verlenen vanuit de kernwaarden, afgestemd op de individuele patiënt' bereiken. Dit doen huisartsen door huisartsenzorg te leveren die voor de patiënt meerwaarde heeft en waarbij de professionele richtlijnen richting geven (voor doelmatigheid en kwaliteit). Huisartsen hebben tijd voor de patiënt.

De zorgverzekeraar

De vraag is of de zorgverzekeraars op deze manier hierbij betrokken dienen te blijven.

Ten eerste is in de ideale wereld de scheiding tussen beleid en uitvoering minimaal. Op moment dat hier een derde partij ('de zorgverzekeraar') tussen zit, creëert dit een grotere scheiding. Ten tweede zorgt de marktwerking voor steeds verschillende zorgaanbieders. Deze wisselende, verschillende zorgaanbieders belemmeren het samenwerken, het leren en het verbeteren van de kwaliteit.

Als de zorgverzekeraars betrokken blijven, dienen zij ook te sturen in het belang van betere kwaliteit van zorg voor de patiënt/verzekerde, op basis van professionele richtlijnen. Zij stoppen met controleren. Zorgverzekeraars stellen geen prestatie-indicatoren op. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars en professionals op basis van vertrouwen samenwerken. Controle en vertrouwen gaan niet samen! Als er vertrouwen is, dan kunnen zorgverzekeraars en huisartsen in onderling overleg afspraken maken over de verdeling van verantwoordelijkheden. Zorgverzekeraars gaan ook voor kwalitatieve zorg. Zij hebben wel invloed hoeveel geld zij beschikbaar (kunnen) stellen. Zij financieren geen individuele zorgverleners. Zorgverleners verdienen een royaal basisinkomen. Zorgverzekeraars investeren gelden in nieuwe ideeën (met gezamenlijke voorwaarden en een duidelijk doel). Het continue proces streven naar het doel, hiervan leren, nieuwe doelen creëren en doelen aanpassen is wat de zorgverzekeraar financiert.

In de ideale wereld zit de zorgverzekeraar niet tussen de huisartsen en de overheid. Dan financiert de overheid professionals direct met een royaal basisloon. De overheid stelt continue gelden beschikbaar voor projecten. Dit zijn integrale projecten, met meerdere professionals. De professionele standaard is uitgangspunt voor beleid. De samenwerking is op basis van vertrouwen. De professionals verdelen de verantwoordelijkheden in onderling overleg. Iedere professional heeft een eigen royaal basisloon. De overheid faciliteert de samenwerking en het project via wet- en regelgeving op hoofdlijnen, financieel en zorgt voor voldoende ICT-ondersteuning.

6.2.2 De huidige wensen in de literatuur

In de literatuur is al veel geschreven over mogelijke verbeteringen in de toekomst. De Amerikaanse wetenschapper Berwick onderscheidt drie tijdperken: het tijdperk van de professionele autonomie, het tijdperk van de externe verantwoording en het tijdperk van 'the Moral Era'. Om naar dit laatste tijdperk over te gaan heeft hij een lijst gewenste veranderingen opgesteld. Deze lijst veranderingen komt aardig overeen met de lijst veranderingen die de HRMO heeft opgesteld (Bijma, 2019b; Burgers, 2016; LHV, NHG, et al., 2019).

The Moral Era	HRMO
Verminder verplichte metingen	Reduceer het aantal indicatoren in de huisartsen- en ketenzorg
Stop met complexe individuele (financiële) prikkels	Stop met prestatiebeloning van individuele huisartsen
Focus op kwaliteit in plaats van opbrengst	Vervang het marktdenken door kwaliteitsdenken
Laat het professionele privilege varen	Streef naar professionele verantwoordelijkheid in plaats van professionele autonomie
Gebruik kennis over kwaliteitsverbetering	Besteed meer aandacht aan intervisie als onderdeel van de kwaliteitscyclus
Streef naar volledige transparantie	Werk mee aan inzicht in kwaliteit van de huisartsenpraktijk
Blijf beleefd en beschuldig niet	Blijf constructief en in dialoog met alle partners in de zorg
Luister naar patiënten en naasten	Geef exclusieve aandacht aan de patiënt en lever persoonsgerichte zorg
Verwerp hebzucht	Streef naar kleinere praktijken en redelijke bekostiging van de huisartsenzorg

Tabel 6.1. Negen aanbevelingen voor 'the moral era' en HRMO-koers (Burgers, 2016)

Het uitgangspunt van de huisartsenzorg is het leveren van kwalitatieve huisartsenzorg (vanuit de kernwaarden medisch-generalistisch, persoonsgericht, continue en gezamenlijk) afgestemd op de individuele patiënt. Huisartsen willen geen taakdifferentiatie, maar juist aandacht voor de hele mens. De aandacht van de huisarts zal de patiënt sneller en beter helpen (LHV & NHG, 2021). Professionals geven aan dat kwaliteit van zorg vaak niet te meten is in indicatoren en dat kwaliteit leveren een tijdsinvestering kost (Oerlemans, 2018). Om dit te bereiken hebben de huisartsen tijd nodig, zodat de belangen van de patiënt weer centraal staan en de huisarts tijd heeft om het wel of niet inzetten van vervolgzorg zorgvuldig met de patiënt af te wegen (Dwarswaard & Trappenburg, 2012; Walg, 2019). Huisartsen hebben aangegeven dat zij adequate financiering en meer tijd voor de patiënt de belangrijkste punten vinden in het overleg met de zorgverzekeraars (Hoekstra & Boekee, 2018). Er lopen in het land diverse pilots voor Meer Tijd Voor de Patiënt, gefinancierd door de zorgverzekeraar. Bij deze pilots moeten huisartsen wel aan de eisen van de zorgverzekeraar voldoen (Lambregtse, 2021c; Nivel, 2021).

Uitkomstgerichte financiering op kwaliteit is gewenst. Hiervoor is investeren in de continue ontwikkeling van de competentie en het professioneel gedrag van huisartsen belangrijk. Richtlijnen en regels zijn ter stimulatie van die kwaliteit. Zij zijn geen doel op zich (Berden, 2012; Bos, 2019; de Vries et al., 2021; Karadarevic, 2018b; Oerlemans, 2018; Zuurmond & de Jong, 2010). Volgens de LHV is “Het denken in productie, uitkomst en toetsen” niet goed voor de zorg aan de hele mens en de samenwerkingen die hiervoor nodig zijn. De LHV wil het productiedenken afschaffen (LHV & NHG, 2021, p. 9).

Een manier van de overheid om kwaliteit belangrijker te maken is het stimuleren van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Hierbij levert de zorgaanbieder die dit het best en goedkoopst kan doen, de zorg. Het financieren van overleg, advisering aan elkaar en het beschikbaar stellen van kennis en kunde is gewenst (FMS, 2019). Om dit voor elkaar te krijgen is het nodig dat de structuur in de zorg zich meer richt op samenwerken en vertrouwen in het zorgnetwerk en in de professional. In onderling vertrouwen kunnen zorgverleners integrale zorg leveren (de Vries et al., 2021; Dutrée & Plagge, 2015; Hobma et al., 2016; HRMO, 2019; Jansen, 2019; Kodden, 2021; van Weel, 2012).

Het verschuiven van zorg gericht op ziekte naar zorg voor de eigen gezondheid, en de verbeteringen aan ons zorgstelsel die hiervoor nodig zijn, leiden naar een wijkgerichtere aanpak met aandacht voor de gehele mens (Dutrée & Plagge, 2015; Lemmens et al., 2017; van Weel, 2017; VVD et al., 2021; Walg, 2019). Hierbij is samenwerking tussen zorg en welzijn en samenwerking tussen de zorgverleners onderling van belang. Om dit te realiseren zijn het uitwisselen van (digitale) gegevens en financiering die kwaliteit beloont, cruciaal (Berden, 2012; Lemmens et al., 2017; Schrijvers & Mouton, 2021; Zuurmond & de Jong, 2010).

Huisartsen willen, in verband met de forse taakuitbreidingen van de huisartsen in de laatste jaren, niet meer taken en verantwoordelijkheden (Boekee & Hoekstra, 2018; LHV, NHG, et al., 2021c). Huisartsen vragen minder bureaucratie, herstel van het vertrouwen in de professionele zorg van de huisarts, meer vrijheid en regelruimte voor de professionals, meer ruimte voor samenwerking en meer tijd voor de patiënt (Hobma et al., 2016; HRMO, 2019; InEen, 2021; Kleijne, 2022; Kloeze, 2019; LHV, 2022a; LHV, NHG, et al., 2019). Samenwerking over de domeinen heen is onontkoombaar (Korteweg, 2020; van Weel, 2012; VVD et al., 2021; Walg, 2019). Ineen vraagt het ministerie van VWS om een duidelijk beleid ten aanzien van regionale investeringen die de samenwerking bevorderen en de ICT regionaal ondersteunen (InEen, 2021). Hierbij is lange termijn zekerheid ten aanzien van financiering gewenst (nu vaak kortdurende contracten met zorgverzekeraars waardoor investeren in innovaties uitblijft). Huisartsen vragen een andere rol van de zorgverzekeraar, zonder marktwerking in de basishuisartsenzorg, organisatie en infrastructuur. Ook blijft aandacht voor de lange termijn visie op welzijn nodig en aandacht voor uitbreiding van de opleidingsmogelijkheden voor huisartsen en personeel om de huisartsenzorg te ontlasten (Lambregtse, 2021b; LHV & NHG, 2021; LHV, NHG, et al., 2021b, 2021c).

Samengevat ervaren huisartsen problemen met de verantwoording, waardoor het vertrouwen in de professionals geschaad is, de belangen van de patiënt ondergeschikt zijn en de bureaucratie toeneemt. De vraag van de huisartsenorganisaties is het stelsel te vereenvoudigen, te zorgen voor passende financiering en de mogelijkheden tot adequate gegevensuitwisseling en samenwerking te bevorderen (LHV, InEen, et al., 2019; LHV, InEen, et al., 2021).

6.2.3 Aanbevelingen naar aanleiding van dit onderzoek

Om de overgang van de huidige situatie naar de ideale wereld te realiseren zijn er veranderingen nodig. Hieronder de beschrijving van acht aanbevelingen:

1. Zowel de overheid als huisartsen streven naar kwalitatieve zorg, op basis van de mens die centraal staat. De kwaliteit berust op medische professionaliteit van huisartsen. Kwaliteit is leidend, niet de kosten. Het tuchtrecht controleert op de medische professionaliteit.
2. Zowel de overheid als huisartsen streven naar een toename van de intrinsieke motivatie van zorgverleners. Het streven naar het zinvolle doel van de professional zal leiden tot meer efficiëntie, dan het sturen op prestatie-indicatoren met geldelijke beloningen. Doordat huisartsen handelen in het belang van de patiënt en hierbij kwalitatieve zorg nastreven, neemt de zingeving van huisartsen toe. Hierdoor blijft de intrinsieke motivatie van huisartsen hoog en de kwaliteit van de huisartsenzorg goed.
3. De overheid werkt samen met huisartsen en andere professionals op basis van vertrouwen. Om kwalitatieve huisartsenzorg te verlenen zijn wel regels nodig. Duidelijke regels bepalen de grenzen van wat wel en niet bij de huisartsen hoort. Dat maakt de zorg veiliger. Te veel regels beperken de autonomie. De overheid legt regels op hoofdlijnen vast in wetten. De daarbijbehorende kaders zorgen voor duidelijkheid en voorkomen vrijblijvendheid. De overheid maakt geen inhoudelijke uitwerkingen van de wetten. Hierdoor krijgen huisartsen ruimte voor hun professionele autonomie en verantwoordelijkheid.
4. De overheid heeft direct overleg met huisartsen. Huisartsen hebben inspraak op het beleid en de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel ten aanzien van de huisartsenzorg. Deze constructie verkleint de scheiding tussen beleid en uitvoering.
5. De zorgverzekeraar krijgt een andere rol. De zorgverzekeraar zorgt voor haar verzekerden. Zij kan gelden beschikbaar stellen voor continue projecten ter verbetering van de kwaliteit van zorg. De zorgverzekeraar stelt geen prestatie-indicatoren op voor huisartsen en zij controleert de huisartsen niet.
6. De overheid, de huisartsen en andere professionals verdelen de verantwoordelijkheden in onderling overleg. Vertrouwen vormt de basis bij de samenwerking tussen de partijen. Het vaststellen van prestatie-indicatoren met de bijbehorende controle, heeft de overheid vervangen door het maken van afspraken op basis van professionele verantwoording. Door het nemen van professionele verantwoordelijkheid groeit het vertrouwen. Huisartsen geven en ontvangen feedback, waarderen en erkennen elkaar en andere professionals en werken gezamenlijk aan het oplossen van problemen.
7. Huisartsen werken op basis van vertrouwen samen met andere zorgverleners en professionals in het sociale domein, aan integrale zorg. Zij maken onderling afspraken over de verantwoordelijkheden en de inhoudelijke uitvoering. Er is geen marktwerking.
8. Alle zorgprofessionals, ook huisartsen, ontvangen een royaal basisloon. Daarnaast zorgt de overheid (eventueel via de zorgverzekeraar) voor een continue financiering van projecten ter verbetering van de kwaliteit van de zorg. Huisartsen stellen voor deze projecten zelf doelen vast, bekijken de haalbaarheid, controleren op de realisatie en stellen de doelen bij. De doelen worden gebruikt als richting voor het project en zijn geen doel op zich! De overheid financiert niet meer per verrichting en per individuele zorgverlener.

6.2.4 Urgente acties

De wijzigingen die nodig zijn om naar de ideale wereld te komen, zijn nog groot. De meeste urgentie zit in het behouden van de professional de huisarts. De huisartsenzorg staat onder druk. De intrinsieke motivatie van huisartsen kan behouden blijven door te zorgen dat de huisarts kwalitatieve huisartsenzorg kan verlenen vanuit de kernwaarden afgestemd op de individuele patiënt. Hiervoor is meer tijd voor de patiënt en een soepele overdracht van de huisarts naar andere zorgverleners onontbeerlijk.

Een oproep aan alle beleidsmakers:

Zorg ervoor dat regels, procedures, papierwerk enzovoort wijkt voor het belang van de patiënt. Zorg dat de patiënt belangrijker is dan papier! Alleen dan kan de huisartsenzorg overeind blijven.

De overheid kan huisartsen helpen. Op de lange termijn door wijzigingen in het stelsel en de financiering. Dit is uitgewerkt in de aanbevelingen. Op korte termijn door regionale samenwerking en onderling overleg tussen zorgverleners te belonen. Dit is uitgewerkt in de meest urgente acties.

De meest urgente acties op korte termijn:

- Overheid, behoudt de medische professionaliteit van de huisarts en het bijbehorende tuchtrecht. Behoudt het huidige kwaliteitsbeleid en de herregistratie-eisen van de beroepsgroep.
- Overheid, zorg voor een betere samenwerking tussen professionals. Voor het bevorderen van deze samenwerkingen zijn diverse urgente acties nodig:
 - De overheid zorgt voor voldoende tijd voor de individuele patiënt.
 - De overheid zorgt voor voldoende mogelijkheden voor goede communicatie/overdracht van de zorg.
 - De overheid zorgt dat de ICT ondersteunend is. Landelijk gezien dient de ICT zich dusdanig te ontwikkelen dat de systemen verplicht patiëntveilige onderlinge communicatie mogelijk maken, zodat gegevensuitwisseling makkelijk en veilig plaats kan vinden.
 - De overheid zorgt dat de financiën niet belemmerend zijn.
 - De overheid zorgt dat de wet- en regelgeving niet belemmerend is.
 - De overheid zorgt voor voldoende financiële middelen.
 - De overheid bepaalt de grenzen van een regio. Nu hanteren verschillende instanties andere grenzen. Dit bemoeilijkt de samenwerking.
- Overheid en andere partijen, stop met het opleggen van nog meer taken aan huisartsen.
- Overheid, zorg voor meer tijd voor de patiënt voor alle huisartsen!
- Overheid, laat professionele verantwoording leidend worden!

Kortom, de aanbevelingen zijn het Nederlandse zorgstelsel dusdanig aan te passen, zodat de scheiding tussen beleid en uitvoering vermindert en de functionele concentratie verlaagt. Dit kan door samenwerking belangrijker te maken dan marktwerking. Geef huisartsen inspraak in de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel en hoe ze haar doelen kan controleren.

Zorg als overheid voor wet- en regelgeving op de hoofdlijnen en laat de inhoudelijke uitwerking over aan professionals. Zorg voor financiering die zich richt op kwaliteit, waarbij prestatie-indicatoren als richting worden gebruikt. Dit zal invloed hebben op het eerherstel van de professional. Professionals kunnen dan samenwerken op basis van onderling vertrouwen. Zorgverleners kunnen op deze manier complexe problemen makkelijker op maat oplossen. Bij dit alles staat de mens centraal. Op koers naar een intrinsiek gemotiveerde huisarts!

6.3 Beperkingen onderzoek

Deze literatuurstudie is gedaan op basis van secundaire data. Dat betekent dat deze data voor andere doeleinden verzameld is, dan waarvoor het is gebruikt. Hierdoor kunnen er

interpretatiefouten in zitten. Dit is zoveel mogelijk geprobeerd te voorkomen door het operationalisatie schema aan te houden.

Daarnaast is dit onderzoek uitgevoerd door één onderzoeker en ook geïnterpreteerd door één onderzoeker. Hierdoor kan het zijn dat er met een bepaald gekleurde bril gekeken is naar de resultaten. Om deze reden zijn meningen en nieuws niet meegenomen in de analyse. De onderzoeker heeft zoveel mogelijk objectieve feiten, die gevonden zijn in de bronnen verwerkt.

In de hoofdstukken vier en vijf zijn de resultaten beschreven die gevonden zijn in de literatuur. Aan het begin en aan het eind van de paragrafen is vaak een inleiding of een conclusie geformuleerd, op basis van de gegevens van de literatuur. Deze interpretatie van de weergegeven resultaten is wel afhankelijk van de onderzoeker en kan deels gekleurd zijn door de bril van de onderzoeker. Door steeds de referenties bij de resultaten te zetten, is duidelijk waar de resultaten gevonden zijn en is het gevonden resultaat door iedere lezer na te gaan in de bronnen. Door steeds de conclusie aan het eind van een paragraaf te zetten zonder referentie erachter, is duidelijk dat dit een interpretatie van de onderzoeker is.

In de zoekactie is alleen gezocht op Nederlandstalige literatuur, aangezien het onderzoek zich richt op de Nederlandse situatie. Dat betekent dat Engelstalige literatuur met data uit Nederland gemist zou kunnen zijn. Ook kan het zijn dat onderzoeken in andere landen wel op bepaalde gebieden overeen kunnen komen met Nederland, waardoor hier ook aanvullende informatie gemist kan zijn.

Om de validiteit te verhogen is het nuttig dit onderzoek te gebruiken als basis om alsnog een kwantitatief onderzoek te starten onder alle huisartsen om de gevonden resultaten van dit onderzoek te bevestigen of te weerleggen.

Een laatste beperking van het onderzoek is dat er nu voornamelijk problemen van de infrastructuur zijn benoemd en de regelcapaciteit omtrent deze problemen in de infrastructuur, omdat dit de focus van het onderzoek was. Wellicht zijn er nog andere problemen die buiten de scope van dit onderzoek zijn gevallen.

Literatuurlijst

- Achterbergh, J., & Vriens, D. (2010). *Organizations. Social systems conducting experiments*. (Springer, Ed. 2 ed.). <https://doi.org/10.1007/978-3-642-14316-8> (2009)
- Achterbergh, J., & Vriens, D. (2011). Kwaliteit, structuur en maatschappelijk verantwoord organiseren.
- Artseneed, C. H. (2019). Nederlandse artseneed. *Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: Utrecht*, 1-32. (VSNU)
- Barnhoorn, P., Essers, G., Nierkens, V., Numans, M., van Mook, W., & Kramer, A. (2021). Ik wil serieus genomen worden. *Huisarts en wetenschap*, 64(12), 10-15.
- Beauchamp, T. L. (2019). A Defense of universal principles in biomedical ethics. In *Biolaw and Policy in the Twenty-First Century* (pp. 3-17). Springer.
- Berden, B. (2012). Houdbare zorg: niet zonder ons! *Huisarts en wetenschap*, 55(12), 558-561.
- Bijma, B. (2019a). Huisartsentekort: Diverse oorzaken vragen een brede aanpak. *de Dokter*, 10(1), 8-11.
- Bijma, B. (2019b). Werken aan kwaliteit sluit aan bij onze drijfveren. *de Dokter*, 10(3), 20-22.
- Bijma, B. (2021). *LHV-handboek Een eigen praktijk*.
- Boekee, S., & Hoekstra, H. (2018). *Meer tijd voor de patiënt. Uitkomsten onderzoek LHV*.
- Bogaerts, G., & Bijl, S. (2019). Digitale dokter, dichterbij dan je denkt. *Zorgvisie ICT*, 20(4), 22-25.
- Bolhuis, A. (2014). Wie zorgt er voor de huisarts? *Huisarts en wetenschap*, 57(12), 636-637.
- Bont, J., Maarsingh, O., Kraaijeveld, K., & van der Horst, H. (2020). Hoe denken huisartsen over de kernwaarden en kerntaken van de huisartsgeneeskunde? *Huisarts en wetenschap*, 63(10), 21-26.
- Borleffs, J. (2008). Medische professionaliteit in de geneeskunde opleiding. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 27(1), 1-4.
- Bos, W. J. W. (2019). *Vragend weten, herwaardering van uitkomsten van zorg* [Leiden University].
- Bouwman, M. (2021). *Het zorgstelsel ontrafeld. Zin en onzin in het Nederlandse zorgstelsel*. (S. M. BV, Ed.). Bohn Stafleu van Loghum.
- Brabers, A., de Jong, J., de Wit, N., & Meijman, B. (2019). Burgers over kernwaarden en kerntaken huisarts. *Huisarts en wetenschap*, 62(10), 23-28.
- Branbergen, D. (2012). Vloeiend tussen eerste en tweede lijn. *Medisch Contact*, 67(17), 1048-1050.
- Bröcking, B. C. (2017). Evaluatie van de Jeugdwet. *Jeugdbeleid*, 11(4), 203-211.
- Bukman, B. (2018). Er moet balans zijn tussen privacy en bescherming van gegevens. *Zorgvisie ICT*, 19(3), 16-19.
- Burgers, J. (2016). Op koers naar een nieuw tijdperk. *Huisarts en wetenschap*, 59(6), 257-257.
- Cerasoli, C. P., Nicklin, J. M., & Ford, M. T. (2014). Intrinsic motivation and extrinsic incentives jointly predict performance: a 40-year meta-analysis. *Psychol Bull*, 140(4), 980-1008. <https://doi.org/10.1037/a0035661>
- Damoiseaux, R. (2009). Visitation-eis herregistratie schept ongelijkheid. *Huisarts en wetenschap*, 52(5), 257-258.
- de Bekker, P., & van der Hijden, E. (2018). In de zorg voelt de winst van de een nu als het verlies van de ander. *Beleid en Maatschappij*, 45(1), 80-95.
- De Bruijn, H. (2003). Output steering in public organizations: about the use of a product approach and a process approach. *Managerial Auditing Journal*.
- de Jong, J., Korevaar, J., Kroneman, M., van Dijk, C., Bouwhuis, S., & de Bakker, D. (2016). Substitutiepotentieel tussen eerste-en tweedelijns zorg. *Utrecht, NIVEL*.
- de Ruiter, S. (2018). Zorgen we er samen voor?
- de Vries, H., Muris, J., Evers, S., van der Horst, H., & Cheung, K. L. (2021). Marktwerving in de huisartsenzorg: veel ruimte voor verbetering. *Huisarts en wetenschap*, 64(9), 10-15.
- Deci, E. L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of personality and social psychology*, 18(1), 105.

- Deci, E. L. (1972). Intrinsic motivation, extrinsic reinforcement, and inequity. *Journal of personality and social psychology*, 22(1), 113.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1980). The empirical exploration of intrinsic motivational processes. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 13, pp. 39-80). Elsevier.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 182.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2013). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.
- Dijksman, T., & Buis, P. (2021). Met hun EPD-gegevens zitten huisartsen op een goudmijn. *Huisarts en wetenschap*, 1-4.
- Dijkstra, R., & in 't Veld, K. (2009). Visitatie: kans of bedreiging. *Huisarts en wetenschap*, 52(5), 249.
- Dutrée, M., & Plagge, H. (2015). Regels bedreigen wijkverpleegkundige. *Skipr*, 8(4), 40-42. (Bohn Stafleu van Loghum)
- Dwarswaard, J., & Trappenburg, M. (2012). De huisarts en de tijdgeest. *Huisarts en wetenschap*, 55(11), 504-508.
- Eijkenaar, F., & Schut, E. (2015). Hoe uitkomstbekostiging in de zorg kan slagen. *Economisch-Statistische Berichten*, 100(4710), 308-311.
- Eijssens, E. (2012). Zorg voor veilig. *Bijblijven*, 28(3), 12-18.
- Faber, M., van Loenen, T., & Westert, G. (2013). International Health Policy Survey 2013, Commonwealth Fund. *Nijmegen: IQ healthcare*.
- FMS. (2019). Neem belemmeringen voor juiste zorg op de juiste plek weg. *Medisch Contact*, 74(49), 1.
- FMS, & LHV. (2019). *Handreiking 'Implementatie Juiste zorg op de juiste plek'*.
- Frey, B. S. (1997). On the relationship between intrinsic and extrinsic work motivation. *International journal of industrial organization*, 4(15), 427-439.
- Frey, B. S., Homberg, F., & Osterloh, M. (2013). Organizational control systems and pay-for-performance in the public service. *Organization studies*, 34(7), 949-972.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational behavior*, 26(4), 331-362.
- Garnett, J. L., Marlowe, J., & Pandey, S. K. (2008). Penetrating the performance predicament: Communication as a mediator or moderator of organizational culture's impact on public organizational performance. *Public administration review*, 68(2), 266-281.
- Giesen, P., Smits, M., Verstappen, W., Kant, J., Sluiter, A., & Rutten, M. (2021). De opbrengst van 20 jaar huisartsenposten. *Huisarts en wetenschap*, 64(6), 23-26.
- Goudsmit, P., & Hanegraaf, M. (2011). Huisartsen oefenen met rampenplan. *Medisch Contact*, 66(7), 383-385.
- Goudswaard, A., & Dijkstra, R. (2010). Van richtlijnen, de dingen die niet voorbijgaan. *Huisarts en wetenschap*, 53(1), 51-54.
- Grafton, J., Lillis, A. M., & Widener, S. K. (2010). The role of performance measurement and evaluation in building organizational capabilities and performance. *Accounting, Organizations and society*, 35(7), 689-706.
- Groenewegen, P., Schäfer, W., Schellevis, F., & Boerma, W. (2020). Kernwaarden van Nederlandse huisartsen in internationaal perspectief. *Huisarts en wetenschap*, 63(7), 57-61.
- Haarsma, L. (2018). Regeldruk en (on) zinnige administratie. *Vakblad Sociaal Werk*, 19(4), 37-38.
- Hendriks, A. (2019). Kroniek van het gezondheidsrecht. *Nederlands Juristenblad*, 94(15), 1099-1115.
- Hendriks, A., & Frederiks, B. (2019). 'De Wet Bopz houdt op te bestaan'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2019(163: D4505).
- Hendriks, P., van den Buijs, S., Kan, J., & Donner, M. (2015). *Help! De dokter...* (Vol. 1). multicopy.nl/haarlem. <https://www.hetroermoetom.nu/pdf/Help-de-dokter.pdf>

- Hendriks, W., & Van Gestel, N. (2017). The emergence of hybrid professional roles: GPs and secondary school teachers in a context of public sector reform. *Public Management Review*, 19(8), 1105-1123.
- Henri, J.-F. (2006). Organizational culture and performance measurement systems. *Accounting, Organizations and society*, 31(1), 77-103.
- Hobma, S. (2017). Effecten 'belonen van kwaliteit' zeer gering. *Huisarts en wetenschap*, 60(5), 242-242.
- Hobma, S., Verstappen, W., & Wensing, M. (2016). Het roer is om, maar waar gaan we naartoe? *Huisarts en wetenschap*, 59(10), 447-450.
- Hoedeman, R., & van Rhenen, W. (2014). Maak werknemer met werkstress zelfredzaam. *Medisch Contact*(31/32), 1510-1512.
- Hoekstra, H., & Boeke, S. (2018). *Zorgcontracting - Rapportage* (H-2017.2909.4318-1).
- Hofstede, G. (1981). Management control of public and not-for-profit activities. *Accounting, Organizations and society*, 6(3), 193-211.
- Hoggett, P. (1991). A new management in the public sector? *Policy & Politics*, 19(4), 243-256.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public administration*, 69(1), 3-19.
- HRMO. (2019). *Patiënt tussen wal en schip*. multicopy.nl.
- Huber, M., van den Brekel-Dijkstra, K., & Jung, H. P. (2021). Positieve Gezondheid en de kernwaarden van de huisartsenzorg. In *Handboek Positieve Gezondheid in de huisartspraktijk* (pp. 44-69). Springer.
- Huibers, L., Smits, M., Christensen, M. B., Moth, G., & Giesen, P. (2017). Huisartsenposten in Nederland en Denemarken: een vergelijking. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 95(6), 254-257.
- InEen. (2021). *Reactie InEen op discussienota Zorg voor de Toekomst*. https://ineen.nl/wp-content/uploads/2021/02/210130-InEen_reactie-discussienota-Zorg-voor-de-toekomst.pdf
- Jansen, E. P. (2008). NPM: Cybernetics and Styles of Dealing with Performance Information—Do Performance Measures Matter? *Local Government Studies*, 34(1), 39-60.
- Jansen, M. (2019). De huisarts: van eenpitter naar netwerkregisseur voor sociaal-medische zorg en leefstijlondersteuning. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 97(1), 3-4.
- Karadarevic, A. (2018a). De organisatie op de schop. *Skipr*, 11(9), 12-17.
- Karadarevic, A. (2018b). Weg met de regelgekte. *Skipr*, 11(2), 10-15.
- Kemp, V. (2016). *De bekostiging van de huisartsenzorg*
- Kleijne, I. (2019a). Cowboyethiek in krankzinnige werkomgeving. *Medisch Contact*, 74(7), 14-16.
- Kleijne, I. (2019b, 28 oktober 2019). Huisartsen zoeken via Kamer aandacht voor te hoge werkdruk. *Medisch Contact*. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/huisartsen-zoeken-via-kamer-aandacht-voor-te-hoge-werkdruk.htm>
- Kleijne, I. (2022). Ik wil dat Den Haag zich bewust is van de kracht van huisartsen [28 januari 2022]. 77(4), 14-16.
- Kloeze, J. (2019). Onuitroeibare bureaucratie. *Zorgvisie*, 49(5), 22-27.
- Kloosterman, R. (2011). Solidariteit in de gezondheidszorg. *Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek*.
- KNMG. (2007). Medische professionaliteit. *Utrecht: april*(KNMG Manifest).
- KNMG. (2019). *Huisartsen* / [KNMG knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/herregistratie/herregistratie-eisen-1/herregistratie-eisen-perspecialismegroep/huisartsen-1.htm](https://knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/herregistratie/herregistratie-eisen-1/herregistratie-eisen-perspecialismegroep/huisartsen-1.htm)
- KNMG. (2021). *Reactie KNMG op Discussienota Zorg voor de Toekomst*. (20210129).
- Knoers, N. V. (2010). Werkgerelateerde vermoeidheid bij oudere hoogopgeleide vrouwen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154, A1973.
- Kodden, B. (2021). Out of control. Persoonlijke groei als voorwaarde voor effectief leiderschap.
- Korteweg, L. (2020). Huisartsenzorg 2030: van praktijk naar platform? *Huisarts en wetenschap*, 63(12), 65-66.

- Kroneman, M., & de Jong, J. (2018). Is de huisarts een financiële underdog? In *De dokter en het geld* (pp. 151-167). Springer.
- Kruithof, N., Spreeuwenberg, M., Kleijckers, S., Bruls, B., & Bloemen-van Gurp, E. (2020). Zorgen om online inzage in het eigen patiëntendossier. *Huisarts en wetenschap*, 63(12), 62-64.
- Kuipers, H., & Kramer, E.-H. (2002). Het mensbeeld in de sociotechniek. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 18(1), 54-69.
- Kuipers, H., van Amelsvoort, P., & Kramer, E.-H. (2018). *Het nieuwe organiseren, alternatieve voor de bureaucratie* (Derde, volledig herziene druk ed.). Acco. (2010)
- Lambregtse, C. (2011). Wanneer is het genoeg? LHV komt in actie tegen toenemende bureaucratie. *de Dokter*, maart 2011, 18-21.
- Lambregtse, C. (2019a). De huisarts gaat niet over dwangzorg thuis *de Dokter*, 10(1).
- Lambregtse, C. (2019b). Dit zijn onze (nieuwe) kernwaarden. *de Dokter*, 10(1), 24-28.
- Lambregtse, C. (2019c). Regionale samenwerking is 'hot'. *de Dokter*, 10(1), 29-31.
- Lambregtse, C. (2021a). Nieuwe initiatieven in de huisartsenzorg: Bedreiging of kans? . *de Dokter*, 12(6), 8-13.
- Lambregtse, C. (2021b). Uitvoering hoofdlijnenakkoord gaat in de versnelling. *de Dokter*, 12(3), 30-35.
- Lambregtse, C. (2021c). Waarom het nu de tijd is om een pilot te starten. *de Dokter*, 12(1), 26-29.
- Leendertse, A., Oron, U., & Schobben, F. (2014). Generieke geneesmiddelen: regels en realiteit. *Huisarts en wetenschap*, 57(3), 138-141.
- Lemmens, L. C., Drewes, H. W., Lette, M., & Baan, C. A. (2017). Populatiegerichte aanpak voor verbinding van preventie, zorg en welzijn. *Ned Tijdschr Geneesk*, 161(D849), D849.
- Levesque, C., Copeland, K. J., & Sutcliffe, R. A. (2008). Conscious and nonconscious processes: Implications for self-determination theory. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 218.
- LHV. (2019a). *Samenvatting Onderhandelaarsakkoord huisartsenzorg*.
- LHV. (2019b). *Visie regionale samenwerking en organisatievorming*.
- LHV. (2019c). *Werken aan kwaliteit*. <https://www.lhv.nl>
- LHV. (2020a). *Deze huisartsenorganisaties werken voor mij*.
- LHV. (2020b). *Het gewenste carrièrepad van de huisarts in kaart gebracht* <https://www.lhv.nl>
- LHV. (2020c). *Leidraad voor samenwerking en contractering huisartsenzorg op regionaal niveau*.
- LHV. (2021). *Het gewenste carrièrepad van huisartsen* https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/09/LHV_factsheet_Gewenste-carrièrepad-huisarts_Hoe-wil-de-huisarts-dokteren.pdf
- LHV. (2022a). *De huisarts kan meer voor minder patiënten betekenen* www.lhv.nl/product/lhv-factsheet-de-huisarts-kan-meer-betekenen-voor-minder-patienten
- LHV. (2022b). *LHV prioriteitenplan 2022* <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/01/LHV-Prioriteitenplan-2022.pdf>
- LHV, HO, & NHG. (2016). *Competentieprofiel van de huisarts*.
- LHV, InEen, & FMS. (2019). *Inbreng AO Medisch Zorglandschap*. (AR/1911022). Onderwerp: inbreng Regeerakkoord 2021 - huisartsenzorg, 290412 3 (2021).
- LHV, & NHG. (2012). *Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022*. <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/06/Kerndocument-toekomstvisie.pdf>
- LHV, & NHG. (2021). *Reactie LHV/NHG op discussienota Zorg voor de Toekomst*. https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/07/reactie_lhv_nhg_op_de_discussienota_zorg_voor_de_toekomst_31_januari_2021.pdf
- LHV, NHG, & InEen. (2018). *Visie Digitalisering huisartsenzorg*.
- LHV, NHG, & InEen. (2019). *Kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg*. https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/04/kwaliteitsbeleid_web_def.pdf
- LHV, NHG, & InEen. (2020). *Handreiking voor structurele samenwerking in de wijk*.

- LHV, NHG, & InEen. (2021a). *Bouwstenen en randvoorwaarden voor het inrichten van samenwerking in de regio*.
- LHV, NHG, & InEen. (2021b). *Inbreng landelijke huisartsenorganisaties voor begrotingsdebat VWS oktober 2021*. Retrieved from <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/10/211015-reactie-landelijke-huisartsenorganisaties-tbv-begrotingsdebat-VWS.pdf>
- LHV, NHG, & InEen. (2021c). *Reactie LHV/InEen/NHG op beleidsreactie inzake NZa-rapport MGZ*.
- LHV, NHG, InEen, & VPHuisartsen. (2020). *Toekomst Huisartsenzorg – Kerntaken in de praktijk*.
- Loots, C., Van Es, J., Philipoom, M., & Bont, J. (2021). Medisch leiderschap als fundament van de opleiding. *Huisarts en wetenschap*, 1-4.
- Loozen, E., Varkevisser, M., & Schut, E. (2016). Goede zorginkoop vergt gezonde machtsverhoudingen.
- Maassen, H. (2010). De nieuwe attitude van de dokter. *Medisch Contact*, 65(38).
- Maassen, H. (2017). Kosten van de zorg. *Medisch Contact*, 72(10), 20-23.
- Makkinje, A. (2019). *De burger-huisartsrelatie in een veranderende samenleving*
- Marselis, D. (2015). De sleutel naar je carrière. *Arts in Spe*, 24-25.
- Marshall, M. (2014). Re-thinking the role of general practice. *Huisarts en wetenschap*, 57(11), 580-581.
- Masman, W., Verheij, R., & de Jong, J. (2012). De relatie tussen huisarts en zorgverzekeraar.
- Meurs, P. (2014). Van regeldruk naar passende regels. *Vertrouwen, veerkracht, verantwoordelijke vrijheid*. Den Haag: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2016). *Het Nederlandse zorgstelsel*. Den Haag
- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2020). *Discussienota Zorg voor de toekomst*. Den Haag
Retrieved from www.rijksoverheid.nl
- Moll van Charante, E., Delnoij, D., Ijzermans, C., & Klazinga, N. (2002). Van spelverdeler tot speelbal? De veranderende rol en positie van de Nederlandse huisarts.
- Moynihan, D. P., & Pandey, S. K. (2005). Testing how management matters in an era of government by performance management. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15(3), 421-439.
- Muris, J., & Damoiseaux, R. (2021). Een academische houding moet je leren. *Huisarts en wetenschap*, 1-3.
- NHG, F. (2019). Doe jij aan reflectie als het niet hoeft? *Huisarts en wetenschap*, 62(3), 1.
- Nieuwkamp, B., & Achterbergh, J. (2017). Vermogens en rollen: over kwaliteit van de arbeid en zorg in organisatienetwerken. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 33(2).
- Nivel. (2021). *Meer tijd voor de Patiënt: Geleerde lessen voor uitrol en structurele verankering*
- Nivel, & Prisma. (2018). *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*.
- NZA. (2021). *Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021*. Retrieved from http://puc.overheid.nl/doc/PUC_315836_22
- Oerlemans, W. (2018). Zorg is géén product. *Medisch Contact*, 73(11), 22-24.
- Otley, D. (2003). Management control and performance management: whence and whither? *The British Accounting Review*, 35(4), 309-326.
- Ouendag, M. (2010). *Intrinsieke motivatie en job satisfaction van huisartsen. Over de factoren die van invloed zijn op werkmotivatie en werktevredenheid*
- Out, K. E., & de Jong, J. D. (2017). Het perspectief van zorggroepen en gezondheidscentra op onderhandelingen en contracten met zorgverzekeraars. *Utrecht Nivel*.
- Pedersen, L. B., Hvidt, E. A., Waldorff, F. B., & Andersen, M. K. (2021). Burnout of intrinsically motivated GPs when exposed to external regulation: A combined panel data survey and cluster randomized field experiment. *Health Policy*, 125(4), 459-466.
- Peremans, L., & Bastiaens, H. (2020). Werktevredenheid van Europese huisartsen. *Huisarts en wetenschap*, 63(7), 75-81.
- Pink, D. (2010). *Drive: de verrassende waarheid over wat ons motiveert*. Business Contact.

- Pless, S., Dessers, E., & Van Hootegem, G. (2016). Organisatiemodellen voor geïntegreerde zorg. Probleemanalyses en-oplossingen vergeleken van Klinische Zorgpaden, Lean, Relationele Coördinatie en Moderne Sociotechniek.
- Pollitt, C. (2003). *The essential public manager*. McGraw-Hill Education (UK).
- Pronk, P. (2015). Er zit nog muziek in de zorgmarkt voor huisartsen. Interview met Tijs Jansen van stichting Beroepseer. *Dialog*, 4, 12-17.
https://beroepseer.nl/images/stories/documenten/er_zit_nog_muziek_in_de_zorgmarkt_vo_or_huisartsen_medz_no4_augustus2015.pdf
- Rawsthorne, L. J., & Elliot, A. J. (1999). Achievement goals and intrinsic motivation: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 3(4), 326-344.
- Runhaar, P. (2014). Kennis en kunde gaan de grens over. *Skipr*, 7(11), 10-17.
- Rutten, M., & Giesen, P. (2018). Toekomstscenario's voor de spoedzorg overdag. *Huisarts en wetenschap*, 61(6), 51-53.
- Rutten, M., Kant, J., & Giesen, P. (2018). Wat kunnen we leren van calamiteiten op de huisartsenpost? *Huisarts en wetenschap*, 61(6), 39-42.
- Ruwaard, S., & de Boer, L. (2018). Nederlands zorgstelsel werkt goed maar is nog niet uitontwikkeld. *Medisch Contact*. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/nederlands-zorgstelsel-werkt-goed-maar-is-nog-niet-uitontwikkeld.htm>
- RVS. (2019). *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoord voor goede zorg*.
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: examining reasons for acting in two domains. *Journal of personality and social psychology*, 57(5), 749.
- Ryan, R. M., Mims, V., & Koestner, R. (1983). Relation of reward contingency and interpersonal context to intrinsic motivation: A review and test using cognitive evaluation theory. *Journal of personality and social psychology*, 45(4), 736.
- Schäfer, W., van den Berg, M., & Groenewegen, P. (2016). De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. *Huisarts en wetenschap*, 59(3), 94-101.
- Schretlen, I. (2018). Dubbele zorg om de zorg: visie van een arts die ook patiënt is. In *Wat is er met de dokter gebeurd?* (pp. 65-79). Springer.
- Schrijvers, G., & Mouton, R. (2021). Alles draait om samen-werking in de regio. *Zorgvisie*, 51(2), 38-41.
- Schut, E., & Varkevisser, M. (2016). Hebben zorgverzekeraars te veel macht? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160(51-52).
- SER. (2012). Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. *Downloaded February*, 22, 2017.
- Smeele, I. (2014). Positieve ervaringen met pay for performance. *Huisarts en wetenschap*, 57(6), 328-328.
- Smit, M. (2011). Spanning in de huisartsenpost. *Medisch Contact*, 66(43), 2610-2612.
- Spekle, R. F., & Verbeeten, F. H. (2014). The use of performance measurement systems in the public sector: Effects on performance. *Management Accounting Research*, 25(2), 131-146.
- Spoelman, W., Bonten, T., de Waal, M., Drenthen, T., Smeele, I., & Nielen, M. (2017). De invloed van Thuisarts. nl op het zorggebruik. *Huisarts en wetenschap*, 60(6), 260-263.
- Stolper, E., Van Royen, P., Uleman, J., & Rikkert, M. O. (2019). Complexer dan huisartsgeneeskunde kun je het niet krijgen. *Huisarts en wetenschap*, 62(11), 10-15.
- Trietsch, J. (2017). Leren huisartsen van feedback in DTO-FTO-groepen? *Huisarts en wetenschap*, 60(11), 599-602.
- Valentijn, P. (2019). De kloof tussen strategie en executie van geïntegreerde zorg. *Skipr*, 12(1), 50-52.
- Valentijn, P. P. (2015). *Rainbow of chaos: A study into the theory and practice of integrated primary care* (Publication Number ISBN: 978-94-91602-40-5) Tilburg University]. Ede.
- van Braak, M., Biesta, G., & Veen, M. (2021). Waartoe leiden wij op? *Huisarts en wetenschap*, 1-3.
- van de Glind, I., van de Ven, G., & Sollie, A. (2020). Technologisering: een brede blik op werk loont. *Huisarts en wetenschap*, 63(12), 60-61.

- van de Goor, R. (2020). Huisartsenzorg 2030: huisarts-to-go of huisarts-to-stay? *Huisarts en wetenschap*, 63(12), 69-70.
- van den Berg, M., de Boer, D., Gijsen, R., Heijink, R., Limburg, L., & Zwakhals, S. (2014). Zorgbalans 2014: De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg.
- van den Brekel-Dijkstra, K., Cornelissen, M., & van der Jagt, L. (2020). De dokter gevloerd. *Huisarts en wetenschap*, 63(7), 40-43.
- Van den Broeck, A., Howard, J. L., Van Vaerenbergh, Y., Leroy, H., & Gagné, M. (2021). Beyond intrinsic and extrinsic motivation: A meta-analysis on self-determination theory's multidimensional conceptualization of work motivation. *Organizational Psychology Review*, 20413866211006173.
- van den Heijkant, G., Koenen, N., Verhagen, A., & Bindels, P. (2018). Kromliggen doet pijn. *Huisarts en wetenschap*, 61(7), 33-35.
- van den Hombergh, P., van Doorn-Klomberg, A., Campbell, S., Wensing, M., & Braspenning, J. (2016). Patient experiences with family medicine: a longitudinal study after the Dutch health care reforms in 2006. *BMC family practice*, 17(1), 1-8.
- van den Maagdenberg, F. (2018). Ondernemers in de zorg: disruptieve vernieuwers of financiële cowboys? In *De dokter en het geld* (pp. 177-190). Springer.
- van der Gulden, R., Tromp, F., Greijn, C., & Thoonen, B. (2020). Het individueel opleidingsplan: prul of praal? *Huisarts en wetenschap*, 63(9), 32-34.
- van der Horst, H., & Dijkstra, R. (2019). Woudschoten 2019. *Huisarts en wetenschap*, 62(9), 19-22.
- van der Lugt, J., & Mensink, G. (2011). Volgend jaar zullen we strenger zijn.... *SynthesHis*, 10(2), 4-7.
- van der Meulen, C. (2015). *De relatie tussen medische professionals en zorgverzekeraars: Een kwestie van vertrouwen*
- van der Pluijm, I., Masterthesis, M., & voor Zorgbestuur, E. C. (2017). De huisarts en de zorggroep.
- van Dijk, L., Bouvy, M., de Bakker, D., van der Burgt, S., & Floor-Schreudering, A. (2016). Samenwerking tussen huisarts en openbaar apotheker: stand van zaken en mogelijkheden voor de toekomst. *Utrecht: NIVEL*, 1-61.
- van Dongen, J., van Bokhoven, L., Goossens, W., Daniëls, R., van der Weijden, T., & Beurskens, S. (2019). Steeds complexere zorg vraagt om teamwerk. *Huisarts en wetenschap*, 62(11), 60-63.
- van Doorn-Klomberg, A., Kirschner, K., Bouma, M., Wensing, M., & Braspenning, J. (2011). Ervaringen met de NHG-Praktijkaccreditering®. *Huisarts en wetenschap*, 54(7), 360-365.
- van Engelen, B., & van der Wilt, G. (2018). Leeswijzer. Wat is er met de dokter gebeurd? In *Wat is er met de dokter gebeurd?* (pp. 3-18). Springer.
- van Groningen, J., van der Winden, D., Slottje, P., van Dijk, N., & Bont, J. (2021). Effectief spiegelen in de praktijk, wat werkt? *Huisarts en wetenschap*, 64(4), 10-15.
- van Kasteel, C. (2017). *Het basisinkomen en arbeidsmotivatie: waarom werken we?*
- van Klaveren, K.-J. (2016). *Het onafhankelijkheidssyndroom: Een cultuurgeschiedenis van het naoorlogse Nederlandse zorgstelsel*. Wereldbibliotheek.
- van Kleef, R., Schut, E., & van de Ven, W. (2014). Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?
- van Kollenburg, A. J. C. (2003). Taakgroepen: duurzaam verbeteren? Tien jaar praktijkervaring met sociotechnisch organiseren. <https://doi.org/10.6100/IR564709>
- van Luijk, S., van Mook, W., & van Oosterhout, W. (2009). Het leren en toetsen van de professionele rol. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 28(3), 107-118.
- van Roermund, T. (2013). Eigen overtuiging leidend bij groepsbegeleiders. *Huisarts en wetenschap*, 56(12), 622-625.
- van Twillert, M. (2017). Arbeidsbelasting artsen dubbel zo groot: TNO-onderzoek wijst op groot verschil met andere werknemers. *Medisch Contact*, 72, 18-21.
- van Veen-Dirks, P. (2010). Different uses of performance measures: The evaluation versus reward of production managers. *Accounting, Organizations and society*, 35(2), 141-164.
- van Weel, C. (2012). De huisarts van de toekomst. *Huisarts en wetenschap*, 55(11), 500-503.

- van Weel, C. (2017). De toekomst van de huisartsgeneeskunde revisited. *Huisarts en wetenschap*, 60(9), 456-459.
- van Zalinge, E. (2008). Vrouwelijke huisartsen, een slag apart? *Huisarts en wetenschap*, 51(8), 458-461.
- Verbeeten, F. (2005). New Public Management bij Nederlandse overheids- en non-profit organisaties: stand van zaken. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, 79, 19.
- Verbeeten, F. H., & Speklé, R. F. (2015). Management control, results-oriented culture and public sector performance: Empirical evidence on new public management. *Organization studies*, 36(7), 953-978.
- Vermaak, H. (1997). Men zegt dat professionals niet te managen zijn. *Nijenrode Management Review*, 7, 12-27.
- Verstappen, W., & Hobma, S. (2002). De Nederlandse huisartsen: een kennisintensieve organisatie? *Huisarts en wetenschap*, 45(11), 614-615.
- Versteeg, S., Vis, E., Velden, L., & Batenburg, R. (2018). De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018: en een vergelijking met 2013.
- Visser, M. (2015). Management control, verantwoording en leren in publieke organisaties: Een kritische analyse.
- Visser, M., & Den Bakker, J. (2018). Management control in de zorg: Een kritisch essay. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, 92, 47.
- Visser, M., Schouteten, R., & Dijkers, J. (2019). Controlling the courts: New Public Management and the Dutch judiciary. *Justice system journal*, 40(1), 39-53.
- Visser, S., Westendorp, R., Cools, K., Kremer, J., & Klink, A. (2012). Kwaliteit als medicijn Aanpak voor betere zorg en lagere kosten. In: Booz &.
- Vogel, R., & Hattke, F. (2018). How is the use of performance information related to performance of public sector professionals? Evidence from the field of academic research. *Public Performance & Management Review*, 41(2), 390-414.
- Vos, H. (2019). Huisarts en complexe zorgvraag. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 97(1), 20-22.
- Vosselman, E. (2002). Van 'management control' naar 'performance management'. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, 76, 438.
- Vosselman, E. (2007). De dokter als economisch medicus: van autonoom arts tot aanbieder op een markt. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, 81, 54.
- Vosselman, E. (2016). Accounting, accountability, and ethics in public sector organizations: Toward a duality between instrumental accountability and relational response-ability. *Administration & Society*, 48(5), 602-627.
- VVD, D66, CDA, & ChristenUnie. (2021). *Coalitieakkoord 2021 – 2025*.
- Walg, C. (2019). Een andere kijk op gezondheid en zorg. *Bijblijven*, 35(8), 59-69.
- Wammes, J., Verhoef, L., Westert, G., Assendelft, P., Jeurissen, P., & Faber, M. (2013). Onnodige zorg in de Nederlandse gezondheidszorg, gezien vanuit het perspectief van de huisarts. *Nijmegen: Celsus*.
- Wegter, H. (2020). De regionale huisartsenapp. *Huisarts en wetenschap*, 63(12), 1.
- Wessels, K., & Kraaijeveld, K. (2017). Zo werkt de huisartsenzorg. De Argumentenfabriek. www.zowerktdezorg.nl
- Wienen, J. (2019). *Het leiden van professionals: leiderschap en vervreemding in de zorg en het onderwijs*
- Zuurmond, A., & de Jong, J. (2010). De professionele professional. *De andere kant van het debat over ruimte voor professionals*.

Bijlagen