



JAN VAN ES INSTITUUT

Op weg naar populatiegerichte zorg

white paper, februari 2012





Inhoud

Voorwoord	3
Waarom populatiegerichte zorg?	4
Uitgangspunten van geïntegreerde eerstelijnszorg	6
Stappen naar geïntegreerde eerstelijnszorg	9
Diffusiecurve	9
Lessen vanuit de literatuur	10
Vormen en mate van integratie	11
Vormen van integratie	11
Fasen van integratie	12
Uitwerking integratievormen	12
Organisatorische integratie	13
Normatieve integratie	15
Functionele integratie	16
Professionele integratie	17
Klinische integratie	18
Patronen van integratie	19
Tot slot	20
Jan van Es Instituut	21



Voorwoord

Geïntegreerde populatiegerichte eerstelijnszorg wordt gezien als een van de oplossingen voor de problemen in de zorg. Echter: hoe kun je deze zorg het beste organiseren? Het vergt inzet op een groot aantal onderdelen om te komen tot samenhang. Dat blijft niet alleen beperkt tot de eerstelijnszorg. De groeiende zorgvraag vereist integratie van de klassieke domeinen: preventie, zorg en welzijn. Dat is tegelijk de basis voor geïntegreerde, populatiegerichte zorg. De mens als één geheel, in zijn totale context, niet opgedeeld in partjes.

Dat betekent dat de populatie richtinggevend is voor het zorgaanbod. Dat zal in een achterstandswijk in een grote stad anders zijn dan in een dorp op de Veluwe. Voor een wijk met veel ouderen anders dan een Vinex-wijk. Maatwerk staat voorop. Gebaseerd op een aantal algemeen geldende uitgangspunten. In samenhang met vroegopsporing, preventie, zelfmanagement. Maar ook met aanpalende sectoren, zoals welzijn, de gemeente, thuiszorg e.d.



De populatie is richtinggevend voor het zorgaanbod

Populatiegerichte zorg omvat dus zeer veel facetten, in de diepte en in de breedte. Deze uitgave gaat in op een klein deel: het waarom van populatiemanagement en veranderkunde, evenals op bouwstenen voor samenwerking. Want juist die samenwerking is de basis voor het bieden van populatiegerichte zorg.

Het Jan van Es Instituut zet zich onder andere in voor een goede wisselwerking tussen wetenschap en praktijk van geïntegreerde eerstelijnszorg. Daarom hebben we besloten tot het uitgeven van een aantal white papers over actuele zaken in de eerstelijnszorg. Dit boek is de eerste in de reeks. Wij hopen dat u het met interesse leest en dat het bijdraagt aan verdere verdieping van uw kennis.

Marc Bruijnzeels,
directeur Jan van Es Instituut



Waarom populatiegerichte zorg?

Samenhangende, geïntegreerde zorg verlaagt de kosten en verbetert de kwaliteit van zorg. Een geïntegreerde eerste lijn vormt hiervan de ruggengraat. Samenhang in de zorg moet leiden tot een geïntegreerd zorgaanbod, dat aansluit op de behoefte van de populatie.

Dat was het uitgangspunt van minister Klink in zijn streven naar “een dynamische eerstelijnszorg” en van minister Schippers die het benoemt als “zorg en ondersteuning in de buurt” en “basiszorg”. Beiden onderschrijven de visie dat met een meer samenhangend zorgaanbod dicht bij huis, de zorg kwalitatief verbetert en doelmatiger wordt. Dit betekent: meer kwaliteit voor minder geld. Dit uitgangspunt is omarmd in meerdere westerse landen. Zoals in de VS met de accountable care organisations (ACOs), in het Verenigd Koninkrijk met steeds weer veranderingen in de NHS (GP-led commissioning) en in delen van Duitsland (Kinsingertal). In de internationale literatuur wordt gesproken over de Triple Aim: verlaging van kosten, meer kwaliteit en tevredener patiënten.

Voor Nederland is dit beleid niet nieuw. In de jaren zestig en zeventig kwamen er stimuleringsmaatregelen voor totstandkoming van multidisciplinaire gezondheidscentra. Deze zijn veelal gerealiseerd in grootschalige nieuwbouwwijken, evenals in een aantal achterstandswijken. Maar in de meeste gebieden kwam de integratie van de eerstelijnsgezondheidszorg niet echt op gang.

De-fragmentatie

De eerstelijnszorg bestaat veelal uit monodisciplinaire bedrijven en is nog steeds gefragmenteerd. Dat verandert echter de laatste jaren. De complexiteit van de zorgvragen neemt toe, mede vanwege de vergrijzing, de sterke stijging van chronisch zieken, de multiculturele samenleving, mondiger patiënten, geavanceerde ICT en medische technologie. Er wordt een krachtig beroep gedaan op eerstelijnsprofessionals om meer te integreren. Tegelijk wordt gestreefd naar substitutie van de tweedelijnszorg naar de eerste lijn. De tijd van solistisch werken is voorbij.



De tijd van solistisch werken is voorbij



Waarom populatiegerichte zorg?

Door de toegenomen zorgvraag, capaciteitsproblemen, politieke druk en dankzij stimulering in financiering en ondersteuning zoeken eerstelijnsprofessionals elkaar steeds meer op. Ze maken gebruik van elkaars kennis, vaardigheden en middelen. Het aantal samenwerkingsverbanden op één locatie neemt sterk toe, in de vorm van o.a. gezondheidscentra, HOED'en, A-HOED'en en groepspraktijken voor fysiotherapie en verloskunde. De samenwerking varieert van huisvesting onder één dak tot echte samenhang in het zorgaanbod. Daarnaast ontstaat er steeds meer samenwerking in netwerken en strategische allianties. Voor gestructureerde chronische zorg volgens de zorgstandaarden zijn er inmiddels ruim 100 zorggroepen. Deze zijn voornamelijk georganiseerd voor diabetes mellitus 2, soms aangevuld met cvr (cardiovasculair risiciomanagement) en/of copd. Een enkele zorggroep organiseert de zorg voor nog meer aandoeningen, zoals depressie of dementie.

Inspanning

Deze ontwikkelingen leiden tot grote inspanningen in de eerstelijnszorg. Er is sprake van veel differentiatie. De uitdaging is om te komen tot geïntegreerde eerstelijnszorg die afgestemd is op de behoeften van de populatie. De bewoners in een wijk, dorp of regio. Het kan ook een specifieke populatie betreffen, gebaseerd op een gezamenlijke factor. Bijvoorbeeld Turkse mensen die naar de Turkse huisarts gaan. Lang niet altijd zijn de geografische grenzen gelijk aan de grenzen van een zorgpopulatie. De inspanning is om af te stemmen op de behoeften van een populatie waarvoor de zorgverlening de zorg verleend. Dat hoeven zeker niet per se alle inwoners van een bepaald gebied te zijn.

Hoge urgentie

Zowel voor samenwerking als voor integratie bestaat er geen duidelijke definitie. De literatuur toont veel verschillende theorieën en concepten, waarbij de samenhang en de toepassing op de eerstelijnszorg ontbreekt. Het gebrek aan theoretische samenhang maakt de toepassing van het begrip 'geïntegreerde eerstelijnszorg' in de praktijk lastig. Echter: komen tot geïntegreerde eerstelijnszorg die populatiegericht werkt, heeft hoge urgentie. Deze white paper biedt u inzicht in de stappen die nodig zijn. Deze zijn toepasbaar in de solistische praktijk, in samenwerkingsverbanden waar structureel wordt samengewerkt en alle tussenliggende varianten. Want integratie kan klein beginnen en altijd verder worden uitgebouwd.



Uitgangspunten van geïntegreerde eerstelijnszorg

Er bestaat geen eenduidige definitie voor het begrip geïntegreerde eerstelijnszorg. Integratie wordt veelal gebruikt als kapstokbegrip, waarbij vele varianten en vormen mogelijk zijn. Dat leidt tot een grote variatie in profilering van gezondheidscentra en samenwerkingsverbanden. Maar ook in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Op basis waarvan kunnen zorgverleners zich profileren, zorgverzekeraars hun zorg inkopen, burgers de zorg vergelijken en gemeenten partnerships aangaan met de eerste lijn?

Een nadere afbakening is nodig. De eerste lijn vangt gezondheidsklachten op, als onderdeel van het gezondheidszorgsysteem. Gezondheid wordt meestal gedefinieerd in drie dimensies:

1. fysieke gezondheid
2. psychische gezondheid
3. sociale gezondheid

In de optiek van de geïntegreerde eerstelijnszorg moet de zorg voor alle dimensies in eerste instantie binnen de eerste lijn worden opgevangen en zo volledig mogelijk en in samenhang worden georganiseerd. Op een moderne wijze en gericht op de populatie. Zodat de wijkbewoner een vloeiend proces van zorg en dienstverlening ervaart.

De uitgangspunten van de eerste lijn als goed geoutilleerd extramuraal systeem zijn in de literatuur goed beschreven. De vijf kernwaarden zijn:

I Mensgericht

Mensgerichtheid sluit nauw aan bij de generalistische aanpak van de ooit zo bedoelde huisartsgeneeskunde. De focus op de continuïteit van zorg levenslang, met aandacht voor de mens in haar eigen sociale systeem en de-medicalisering. De huisarts heeft daarvoor verbindingen nodig met andere eerstelijnswerkers, zoals wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werk, apothekers, diëtisten en psychologen. In de afgelopen 20 jaar was de focus in de eerste lijn afgedreven van deze generalistische, meer holistische aanpak. Zij is sterk ziektegeoriënteerd geraakt. Dit is gestimuleerd door de evidence based medicine beweging, de standaarden en dientengevolge de bekostiging per diagnose. Dat leidt tot het behandelen van de mens in partjes. Dit is desastreus voor de doelmatigheid, zoals de explosie van kosten toont in met name de tweede lijn als gevolg van behandeling en bekostiging van de partjes. De uitdaging is om deze beweging te keren. Zorgverleners in de eerste lijn moeten de mens zien als geheel en plaatsen in de eigen context.

Geef de kernwaarden vorm in een moderne organisatie



Uitgangspunten van geïntegreerde eerstelijnszorg

2 Poortwachtersfunctie

In ons land fungeert de eerste lijn als poortwachter naar de meer specialistische zorg, zoals ziekenhuizen en tweedelijns-ggz. Traditioneel zijn huisarts en verloskundige het eerste contact. Zij gaan zorgvuldig om met eventuele doorverwijzingen naar vervolgzorg. Sinds enkele jaren kan de burger rechtstreeks naar diverse eerstelijnszorgverleners, zoals de fysiotherapeut. Deze uitbreiding van entrepunten vraagt om meer afstemming en coördinatie tussen alle betrokken eerstelijnszorgverleners. De poortwachtersfunctie vraagt in de moderne tijd om herijking. In de VS en Engeland wordt een duidelijke verantwoordelijkheid bij de eerste lijn gelegd voor de vervolgzorg die zij initieert. Actief tracking en tracing van mensen die zijn verwezen naar andere zorgverleners, voor diagnostiek, behandeling en begeleiding is een expliciete indicator voor de kwaliteit van de eerstelijnszorg in deze landen. In Nederland is de verwijzkaart uit het zorgproces verdwenen, een materiële controle op de ratio van de vervolgzorg bestaat niet en interne doorverwijzingen binnen de tweede lijn leiden tot belachelijk veel gedeclareerde dbc's per verwijzing. Populatiemanagement vraagt ook om aandacht voor de gang van de patiënt door het totale gezondheidszorgsysteem.

3 Een vervlochten allesomvattend aanbod

Met de term “comprehensiveness” wordt bedoeld dat de eerste lijn álle zorg en hulpverlening moet aanbieden, voor de individuele patiënt en voor de gehele patiëntenpopulatie. Op alle gebieden: fysiek, psychisch en sociaal. Dat betekent dat samenwerking een absolute ‘must’ is. Binnen de eerstelijnszorg, maar ook met welzijn, gemeente, tweede lijn e.d. Gezondheidscentra, zorggroepen en netwerkorganisaties zijn noodzakelijk om deze diversiteit en omvang van zorg samenhangend te kunnen organiseren. Voor geïntegreerde eerstelijnszorg moet het noodzakelijke aanbod worden bepaald en daarnaar moet worden gehandeld. De mogelijkheden van de eigen organisatie moeten worden vastgesteld in samenhang met de mogelijkheden van de andere organisaties die zorg verlenen aan dezelfde populatie. Op basis van dit inzicht dienen betrokken zorgverleners met elkaar plannen te maken op basis van gedeelde uitgangspunten over de zorgverlening en na te streven gezondheidsdoelen. De noodzakelijke samenhang in de zorg voor de populatie om betere gezondheidsuitkomsten te realiseren, leidt dan automatisch tot een samenwerking tussen de verschillende gezondheidszorgorganisaties. Indien deze samenwerking ontbreekt, is er vrijwel nooit sprake van een vervlochten aanbod. Er resteert dan hooguit een verwijssysteem, waarbinnen de patiënt/consument zijn eigen weg moet vinden, ongeacht diens competenties.



Uitgangspunten van geïntegreerde eerstelijnszorg

4 Goede coördinatie

Een volledig aanbod is niet voldoende. Het moet ook worden gecoördineerd. Niet alleen tijdens de ziekteperiode. Het aanbod moet de gezondheidsbehoeften van de burger voor een langere periode omvatten. Binnen de fysieke gezondheidscomponent had de huisartsenzorg een ondersteunende rol bij de coördinatie. Dat is met de komst van interprofessionele samenwerking uitgebreid: die coördinerende rol kan bv. ook liggen bij de praktijkverpleegkundige of specialistisch verpleegkundige. Helaas is de coördinatie bij een combinatie met de psychische zorg, sociale zorg en thuiszorg doorgaans ver te zoeken. Bij multimorbiditeit speelt dit nog sterker. Uit wetenschappelijk onderzoek en praktijkkennis blijkt dat een goedgecoördineerde zorg veel gezondheidswinst en doelmatigheid oplevert. Het Chronic Care Model biedt goede handvatten. Afgeleid zijn er diverse instrumenten om deze coördinatie te bereiken. Deze instrumenten kunnen veel vormen aannemen, van zorgplannen, ICT-oplossingen tot integrale casemanagers. De ingezette instrumenten zijn vooral een keuze geleid door de competenties en voorkeuren van arts en patiënt. De behoefte van de patiënt is vooralsnog niet leidend hierbij. Een belangrijke eerste stap lijkt dat zorgverleners zich bewust worden dat ze gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor het leveren van samenhangende mensgerichte zorg. Dit impliceert meer verantwoordelijkheid voor het zorgproces dan uitsluitend het eigen stukje expertise.

5 Populatiefocus

Een goed geïntegreerde eerste lijn sluit aan bij de behoeften van de populatie. Daarvoor is inzicht in de gezondheidssituatie nodig. Op het gebied van gezondheidsgedragingen, ziekte en wensen van de praktijkpopulatie. Daarop kan het gezondheidsbeleid in de wijk worden afgestemd. Het is niet eenvoudig om deze gegevens adequaat te verwerven en te combineren. Toch is het essentieel: een “one size fits all”-systeem is niet houdbaar. Dat doet geen recht aan de mensgerichte benadering van de eerste lijn. Niet elke populatie heeft dezelfde noden en behoeften. Vraag en aanbod moeten op elkaar zijn afgestemd. Inzicht in de vraag is mogelijk met instrumenten als de VAAM, de Wijkscan, Verwijskompas, data vanuit de GGD, gemeente e.d. Deze verzamelen en combineren is nog niet eenvoudig. Maar wel noodzakelijk voor een passend zorgaanbod. Duidelijk is ook dat een beschrijving van de noden van de populatie in public health-termen niet voldoende is. Inzicht in de eigen praktijkpopulatie in relatie tot de public health informatie, aangevuld met gegevens over de kosten van de zorg leiden tot een meer toegespitst populatiebeleid. Een gedifferentieerd aanbod van zorg, afgestemd op de behoeften van de populatie, vraagt om een populatiegerichte attitude van de eerste lijn.

De uitdaging is om deze vijf kernwaarden vorm te geven in een moderne organisatie, die past bij de populatie.

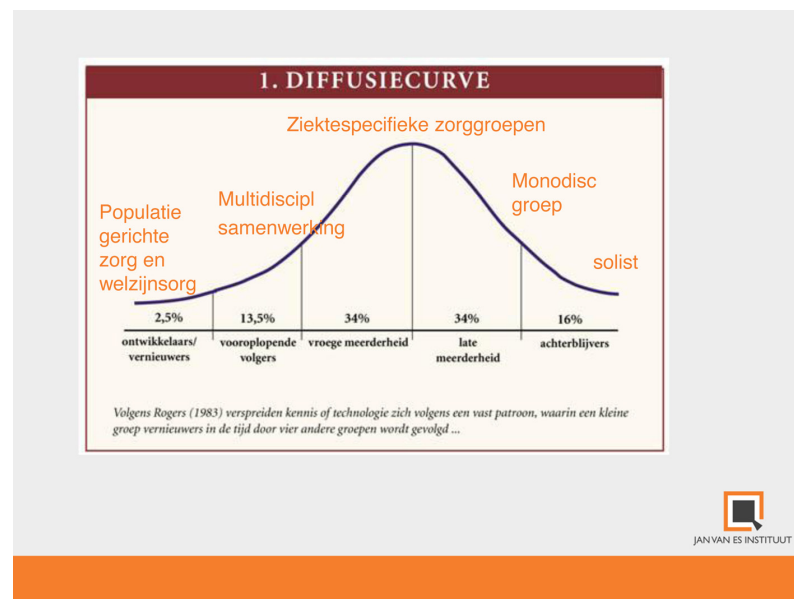


Stappen naar geïntegreerde eerstelijnszorg

Om populatiegerichte zorg te kunnen leveren, moet er eerst sprake zijn van een goede samenwerking in de eerste lijn. Dat is een basisvereiste. Zoals gezegd zoeken eerstelijnsprofessionals elkaar steeds meer op. De vorming van nieuwe samenwerkingsverbanden is een worsteling. Het is uitermate ingewikkeld om met professionals van verschillende disciplines verder te komen. Samenwerking binnen de eerste lijn kent vele variatievormen.

Diffusiecurve

Vanuit de diffusietheorie van Rogers¹ verloopt de verspreiding van innovaties volgens een bepaald patroon. Dit geldt ook voor de totstandkoming van geïntegreerde eerstelijnszorg, zo blijkt uit de praktijk. Vanuit deze terminologie zijn de verschillende stadia van geïntegreerde eerstelijnszorg als volgt te karakteriseren:



Hoe kun je toch verder komen? Dat wisselt sterk per plek op de curve.

- *Vernieuwers* worden vooral geleid door intrinsieke motivatie. Ze zoeken samen met de belangrijkste stakeholders naar nieuwe wegen. Goede research en development zijn hierbij essentieel.
- *De meerderheid* wordt gestimuleerd door prikkels van buitenaf. Zoals structurele financiering, opleiding en strategische ondersteuning.
- *Achterblijvers* hebben een stok achter de deur nodig. Als ze niet willen innoveren, rest niet anders dan sterke maatregelen, zoals korten op inschrijftarief, aanscherpen van kwaliteitseisen en overstap van patiënten.

¹ Zie: http://nl.wikipedia.org/wiki/Innovatietheorie_van_Rogers



Stappen naar geïntegreerde eerstelijnszorg

Lessen vanuit de literatuur

Naast samenwerking is integratie van belang om met elkaar een geïntegreerde eerste lijn neer te zetten. Vanuit de wetenschappelijke literatuur over geïntegreerde zorg komt een aantal lessen naar voren. Deze lessen zijn vooral bedoeld voor professionals die in hun directe omgeving aan de slag willen met geïntegreerde zorg. Deze lessen gelden voor alle samenwerkingsvarianten: ketenzorgaanpak, verbinding zorg/welzijn of meerdere eerstelijnsdisciplines.

Les 1: eenduidige omschrijving

“Geïntegreerde zorg” is een containerbegrip. Er bestaan diverse definities en deze benadrukken allemaal een ander aspect. Het is daarom van belang om eerst met elkaar goed te omschrijven wat een ieder verstaat onder geïntegreerde zorg en onder de eigen doelstelling.

Les 2: maatwerk

“Geïntegreerde zorg” is afhankelijk van setting, context en populatie. Geïntegreerde zorg in Den Haag is niet hetzelfde als in Drenthe. Maatwerk in organisatie, gebaseerd op de lokale omstandigheden en de populatie, is noodzakelijk.

Les 3: onderken “framing”

De invulling van het begrip “geïntegreerde zorg” wordt vaak gedaan vanuit persoonlijke perspectieven. Het gedrag dat zorgverleners vervolgens tonen, wordt vaak hierdoor bepaald. Onderkenning van dit zgn. framing is essentieel. Het niet-onderkennen van dit proces van framing bij de samenwerkingspartners is een valkuil voor het slagen.

Les 4: Kleine stapjes

Accepteer dat totstandkoming van geïntegreerde zorg een langdurend en intensief proces is. Dit moet met kleine stapjes voorwaarts worden gerealiseerd.



Geïntegreerde eerstelijnszorg komt tot stand door kleine stapjes voorwaarts



Vormen en mate van integratie

Ondanks dat integratie een containerbegrip is, zijn er toch verschillende vormen van integratie aan te duiden. Tevens lijkt integratie een bepaalde fasering te doorlopen. Om verdere stappen te kunnen zetten, is het nodig dit te onderkennen.

Integratie kan altijd verder worden doorontwikkeld

Vormen van integratie

In de literatuur worden de volgende vijf vormen van integratie onderscheiden²:

1. *Klinische integratie*
coördinatie van informatie/interprofessionele communicatie en zorgverlening, en integratie van patiëntenzorg in enkelvoudig proces, onafhankelijk van tijd, setting en discipline.
2. *Professionele integratie*
georganiseerde netwerken van professionals, waarin het delen van en elkaar aanspreken op de professionele deskundigheid plaatsvindt.
3. *Normatieve integratie*
ontwikkelen en onderhouden van een gedeelde missie, visie, waarden en cultuur tussen organisaties, professionele groepen en individuen.
4. *Functionele integratie*
coördinatie van back-office en ondersteunende functies door alle onderdelen heen.
5. *Organisatorische integratie*
coördinatie van structuren, governance systemen en relaties tussen organisaties.

Deze vijf vormen staan overigens nooit los van elkaar, er bestaat onlosmakelijk onderling verband. Bij inzet op meer integratie kunt u niet het één uitwerken en het ander laten. In het volgende hoofdstuk komen deze vormen uitgebreid aan bod.

2 Kodner, 2009



Vormen en mate van integratie

Fasen van integratie

Naast de verschillende vormen van integratie worden er in de literatuur ook verschillende stappen van integratie omschreven. Deze komen sterk overeen met de fasen van samenwerken, zoals beschreven in de diffusiecurve van Rogers. Het betreft de mate waarin de integratie heeft plaatsgevonden. De volgende fasen zijn te onderscheiden:

- *Segregatie*
zorgorganisaties werken volledig solistisch. Het systeem is gefragmenteerd. Dit betreft monodisciplinaire, solistische zorgaanbieders.
- *Afstemming*
zorgaanbieders werken gepland of op ad-hoc basis samen, met belangrijke systeembeperkingen. Voorbeelden zijn HOED'en, groepspraktijken en bedrijfsverzamelgebouwen (al dan niet geformaliseerd).
- *Coördinatie*
meer gestructureerde, netwerkmachtige arrangementen, met duidelijke mechanismes om communicatie, informatie-overdracht, verwijzingen, coördinatie etc. te faciliteren. Bijvoorbeeld zorggroepen en gecoördineerde gezondheidscentra.
- *Volledige integratie*
een "nieuwe" entiteit die verantwoordelijkheden, hulpmiddelen en financiering garandeert binnen één organisatie of netwerk om het gehele continuüm van zorg te leveren. Sterk doorontwikkelde georganiseerde eerstelijnsorganisaties zijn hiervan een voorbeeld.

De intensiteit van samenwerking c.q. integratie lijkt voor te komen bij alle verschillende vormen van integratie. Integratie kan namelijk altijd verder worden doorontwikkeld. Waarbij de juiste intensiteit wordt bepaald door de behoefte van de populatie.



Van segregatie tot volledige integratie



Uitwerking integratievormen

De verschillende vormen van integratie hebben elk hun eigen karakteristieken en aandachtspunten. Deze staan hieronder verder uitgewerkt. Zo is voor iedere praktijk of samenwerking duidelijk welke volgende stappen nodig zijn om te komen tot geïntegreerde eerstelijnszorg.

Organisatorische integratie



Samenwerking tussen organisaties maakt het mogelijk verschillende diensten te integreren. Samenwerkingsverbanden tussen organisaties en de mate waarin ze hun diensten integreren, worden omschreven als “organisatie-integratie”. Dit omvat een breed scala van samenwerkingsverbanden tussen organisaties. Variërend van ‘los’ naar ‘strak’: van informele samenwerkingsverbanden tot formele joint venture-overeenkomsten, waar vermogen wordt gedeeld.

Succesvolle samenwerking en integratie tussen organisaties is moeilijk, omdat iedere organisatie zijn autonomie behoudt. Niemand heeft de controle. Er is sprake van gezamenlijke besluitvorming, waarbij de partijen een duurzame relatie willen aangaan. De duur daarvan is echter onduidelijk. Dit maakt samenwerking en integratie een complex proces.

De strategie van het samenwerkingsverband lijkt de vorm van integratie te bepalen. Een duidelijke strategie is noodzakelijk om de doelen van de samenwerking te realiseren. Daarbij moet de behoeften van een populatie en de kwaliteit van het totale zorgaanbod centraal staan. Tevens moeten kosteneffectiviteit, schaalvoordelen en efficiëntie een



Uitwerking integratievormen

prominente plek krijgen binnen de gezamenlijke strategie. De complexiteit van de populatie bepaalt welke governance-structuren noodzakelijk zijn voor de besturing van de samenwerking.

JVEI-definitie organisatorische integratie

Samenwerkingsverbanden tussen organisaties die gezamenlijk formele governance³-systemen omvatten.

Centraal staan de formele inrichting van het samenwerkingsverband:

- Juridische vorm
- Financiële afspraken
- Strategie
- Besluitvorming en managementstructuur
- Exclusiviteit

³ Met governance wordt bedoeld: 'het samenhangend geheel van het besturen van een organisatie, het toezicht daarop en de verantwoording over het beleid, het bestuur en het toezicht' (Commissie Health care governance, 1999: 11)



Uitwerking integratievormen

Normatieve integratie



Normatieve integratie betreft de informele bouwstenen van een samenwerkingsverband en integratie. Dat wil zeggen: het gaat daarbij om het sociale proces. Een gedeelde visie, missie en cultuur is het essentiële fundament voor integratie en samenwerking. De gezamenlijke visie en missie geven de stip op de horizon aan en de weg die de partijen gezamenlijk zullen bewandelen. Dit is een bindmiddel bij de samenwerking en integratie. Het is van belang dat partijen deze sociale normen echt delen. Dat lukt alleen als ze ook hun eigen belangen om te komen tot samenwerking en integratie herkennen. Betrokkenen moeten de focus op het eigen zorgaandeel verruilen voor een focus op het continuüm van zorg. Dat is lastig, omdat de eigen cultuur jarenlang de norm is geweest. Die cultuuromslag is dus geen vanzelfsprekendheid. Medewerkers moeten het niet van bovenaf opgelegd krijgen, ze moeten echt worden betrokken in het proces.

JVEI-definitie normatieve integratie:

Ontwikkeling en onderhouden van gedeelde missie, visie, waarden en cultuur tussen organisaties, professionele groep en individuen.

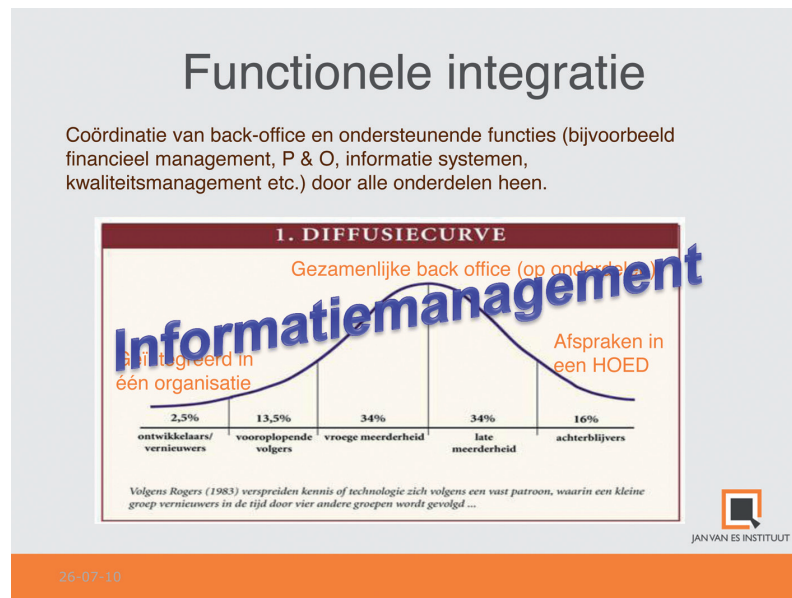
Centraal staan de informele inrichting van het samenwerkingsverband:

- Cultuur (kleuren organisatie/ mensen – verandermanagement)
- Visie/ missie



Uitwerking integratievormen

Functionele integratie



De functionele integratie omvat alle ondersteunende processen. Managementinformatie en procesbeschrijvingen moeten worden gedeeld. Alleen op deze wijze kunnen alle delen van het zorgcontinuüm gecoördineerd worden aangestuurd. Denk daarbij o.a. aan kwaliteits-, financieel en human resource management.

Geïntegreerde informatiesystemen zijn essentieel voor een goede functionele integratie. Deze moeten data aanleveren ten behoeve van het primaire proces en het management. Eveneens is integratie van kwaliteitsprocessen tussen organisaties noodzakelijk, om de kwaliteit continu te kunnen beoordelen, bewaken en verbeteren. Voor de GEZ (module geïntegreerde eerstelijnszorg) is het uitgangspunt dat de backoffice “lean and mean” zorg draagt voor alle beheersmatige activiteiten die noodzakelijk zijn voor de geïntegreerde zorgverlening.

JVEI-definitie functionele integratie:

De mate waarin de niet-zorggerichte taken, back-offices en ondersteunde activiteiten worden gecoördineerd tussen organisaties.

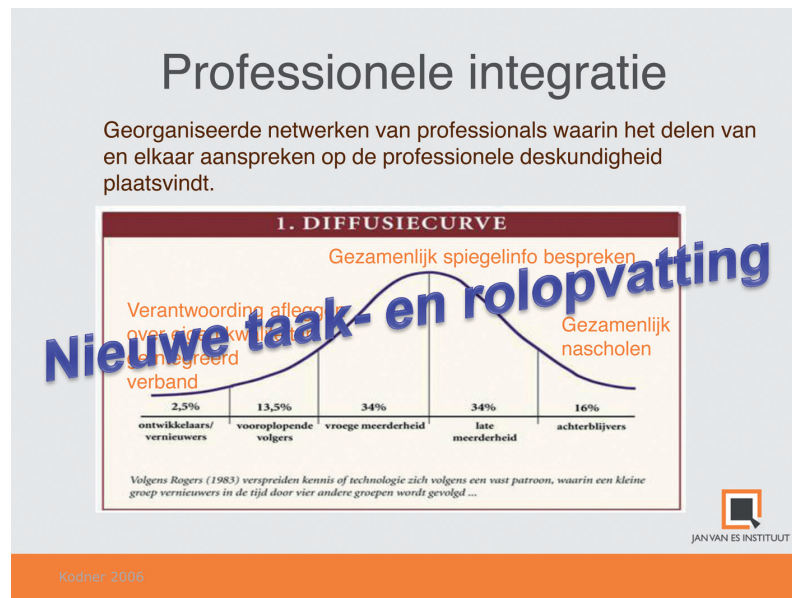
Centraal bij functionele integratie staan :

- Human resource management
- Financieel management
- Informatiesystemen: klinische, financiële, kwaliteits- en populatiedata
- Kwaliteitsverbetering en -borging
- Ondersteunende diensten



Uitwerking integratievormen

Professionele integratie



Verbondenheid van professionals aan het systeem is essentieel om ze mee te krijgen in de 'integratie'-ontwikkeling. Dat betreft zowel een economische als een facilitaire binding. Tevens dienen ze bereid te zijn om gezamenlijk zorginhoudelijke en financiële verantwoordelijkheid te dragen voor het continuüm van zorg. Dit houdt in dat verschillende professionals in samenwerking met elkaar de zorg voor een bepaalde populatie gaan realiseren. De term multidisciplinaire samenwerking valt dus binnen het kader van professionele integratie.

JVEI-definitie professionele integratie:

Georganiseerde samenwerkingsverbanden tussen verschillende professionals, die op basis van gezamenlijk afspraken (functies en competenties) de mensgerichte zorg (voor een bepaalde populatie) realiseren en de verantwoordelijkheid daarvoor dragen.

Centraal bij professionele integratie staan :

- Economische binding
- Facilitaire binding
- Verantwoordelijkheid delen



Uitwerking integratievormen

Klinische integratie



Klinische integratie is het primaire proces van integratie. De coördinatie van het continuüm van zorg binnen het systeem staat daarbij centraal. Deze wordt beïnvloed door de structuur van het systeem, de ontwerpprocessen en de diverse integratiemechanismen, zoals gezamenlijke protocollen en richtlijnen. Centraal bij klinische integratie staan de interactieprocessen tussen professionals en patiënten. Het gaat om mensgerichte zorg. Zorg die is afgestemd op de individuele behoefte van de patiënt op lichamelijk, geestelijk en sociaal gebied. Indien een patiënt meerdere gezondheidsproblemen heeft, is integraal casemanagement noodzakelijk. Waar mogelijk moet de burger zoveel mogelijk empowered worden om de eigen zorgcoördinatie te kunnen realiseren.

JVEI-definitie klinische integratie:

Integratie van mensgerichte zorg en coördinatie van de diensten van zorg in hetzelfde proces in de tijd, plaats en disciplines.

Centraal staan de processen op gebied van klinische integratie:

- Protocollen
- Richtlijnen
- Gedeeld elektronisch patiëntendossier
- Programmering en planning
- Case- en diseasemanagement



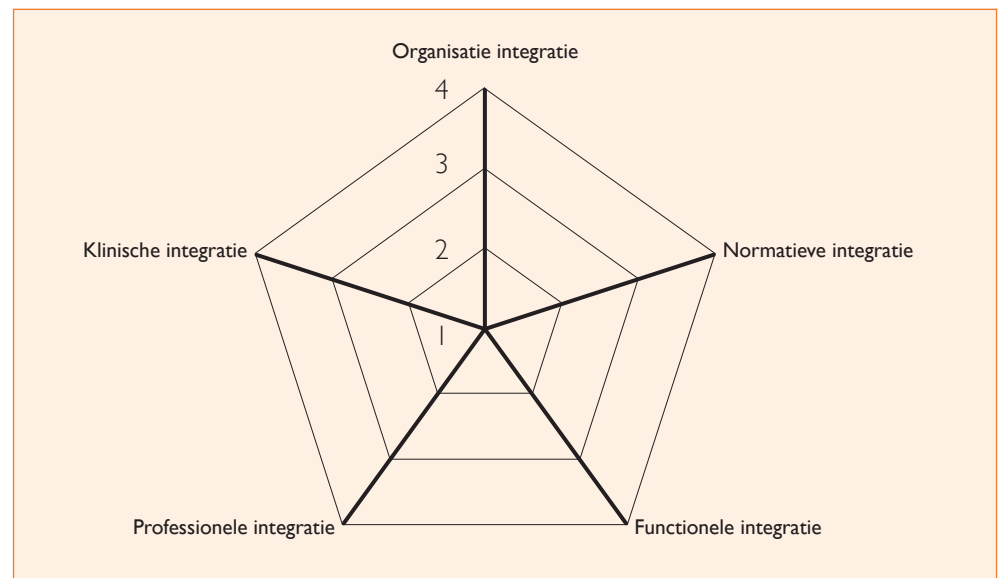
Patronen van integratie

Hoe verhouden de fasen van integratie zich ten opzichte van de integratievormen? Het door het Jan van Es Instituut ontwikkelde model voor integratie maakt het mogelijk de verschillende vormen en patronen van integratie inzichtelijk te maken..

Deze patronen kunnen inzicht geven in de organisatievormen die nodig zijn voor een geïntegreerd (eerstelijns)zorgsysteem, passend bij de lokale behoeften van een populatie. Met daarbij het mogelijke verbeterpotentieel op korte termijn. Want integratie kan altijd verder worden ontwikkeld.

Per vorm van integratie kan dus voor iedere praktijk en voor ieder samenwerkingsverband de bestaande mate van integratie en innovatie worden bepaald. Variërend van segregatie tot volledige integratie.

1. Segratie
2. Afstemming
3. Coördinatie
4. Volledige integratie





Tot slot

Hoe meer integratie, hoe beter populatiegerichte zorg kan worden vormgegeven. De bestuurlijke uitdaging van de komende jaren is daarom de processen te realiseren op alle dimensies van integratie. Dat is complex en vergt aanpak op een groot aantal onderdelen. Met deze white paper hoopt het Jan van Es Instituut u op weg te helpen. Als u aan de slag gaat met verdere integratie, is het van belang om voortdurend aandacht te schenken aan de vijf genoemde integratievormen.

Er valt nog veel meer te zeggen over populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg. Zeer veel meer. Echter: deze white paper leent zich niet voor het verder uitdiepen van dit thema. Dan wordt het een vuistdik boekwerk.

De uitdaging voor de komende jaren: meer integratie

Verdiepingsleergang populatiegericht geïntegreerde eerstelijnszorg

Wilt u er meer weten over populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg? Het Jan van Es Instituut kan u daarbij helpen. Met achtergrondinformatie en met deskundigheidsbevordering. Zo organiseren we het de verdiepingsleergang populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg. Gericht op directeurs, bestuurders en uitvoerders van zorggroepen, (koepels van) gezondheidscentra en eerstelijnsamenwerkingsverbanden. Een leergang waar de vele aandachtspunten aan bod komen. Een aantal experts treden op als gastspreker:

In de leergang krijgen deelnemers in acht dagdelen een groot aantal bouwstenen aangereikt.:

1. het wat en waarom van populatiemanagement en veranderkunde
2. epidemiologie van de populatie en de mogelijkheden van een wijk- en praktijkscan
3. wet- en regelgeving (wie is waarvoor verantwoordelijk in een populatiegericht samenhangend zorgaanbod?)
4. financiering van populatiemanagement: experimenten in Nederland en daarbuiten
5. de beleidscontext
6. het netwerk van gezondheidsvoorzieningen in de eigen omgeving: hoe stuur ik erop en krijg ik het juiste aanbod voor mijn populatie?
7. bouwstenen voor samenwerking
8. relatie populatiegerichte zorg en doelmatigheid

Interesse? Meldt u dan aan voor de komende verdiepingsleergang bij het Jan van Es Instituut. Kijk op www.jvei.nl



Jan van Es Instituut

Het Jan van Es Instituut richt zich specifiek op de organisatie van de geïntegreerde eerste lijn.

Het is een onafhankelijk expertisecentrum dat een brug slaat tussen wetenschap en praktijk. Het richt zich op het continu verzamelen, verrijken en verspreiden van kennis over de organisatie van de geïntegreerde eerstelijns- en wijkgerichte gezondheidszorg. Doel is het bereiken van een betere samenhang in de zorg. Met het oog op het verkrijgen van betere uitkomsten voor patiënt, professional en samenleving.

We leveren een bijdrage aan het verspreiden van bestaande en nieuwe kennis, gebaseerd op wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek. Ervaringen uit de praktijk worden vertaald naar nieuwe kennisvragen. De gegenereerde kennis wordt praktisch vertaald in instrumenten voor zorgaanbieders, inkopers van zorg, beleidsmakers en patiënten/consumenten.

Het Jan van Es Instituut wil:

- de wisselwerking tussen wetenschap en praktijk van geïntegreerde eerstelijns- en wijkgerichte zorg verbeteren
- de academische basis van geïntegreerde eerstelijns- en wijkgerichte zorg vergroten
- kennis over proces van geïntegreerde eerstelijns- en wijkgerichte zorg verwerven en verspreiden

Het onderzoeksdomein van onze organisatie omvat twee grote lijnen:

1. Organisatie van het zorgproces van geïntegreerde eerstelijnszorg
(welke organisatievormen en werkwijzen in de eerste lijn leiden tot betere en kosteneffectievere zorg voor de patiënt?)
2. Samenhang en inrichting van zorg op lokaal niveau
(hoe kunnen de zvw, Wmo, awbz, wpg het beste op elkaar worden afgestemd ?)

Contact

Jan van Es Instituut
Randstad 2145-a
1314 BG Almere
T. 036 – 7670360
E. info@jvei.nl
I. www.jvei.nl

