

Vijf leidende eerstelijnspr

In de afgelopen periode is druk gespeculeerd over de nieuwe vormen van bekostiging. Populatie-bekostiging is daarbij het toverwoord om de kostenexplosie in vooral curatieve en verpleeghuis-zorg te beteugelen. De minister heeft deze discussie sterk gestimuleerd door in haar brief van oktober 2011 een aantal experimenten aan te kondigen. Marc Bruijnzeels beschrijft vijf principes die bij het inrichten van geïntegreerde zorgverlening voor een populatie nodig zijn.

PRINCIPE 1 Populatiemanagement

Populatie Health Management (PHM) zoals het in de literatuur wordt genoemd, kent verschillende definities. Ik hanteer er twee:

“de coördinatie van zorgverlening voor een populatie om klinische en financiële uitkomsten te verbeteren, door disease, case en demand management” (McGraw Hill 2002).

“de technische onderneming die een verscheidenheid van individuele, organisatorische en culturele interventies gebruikt ter verbetering van de morbiditeitspatronen en zorggebruik van gedefinieerde populaties” (Hillman 2008).

Deze beide definities benadrukken dat populatiemanagement meer is dan een optelsom van een aantal ziektespecifieke interventies. PHM behelst de coördinatie van interventies op verschillende niveaus gericht op een gedefinieerde populatie om zowel morbiditeit en zorggebruik van individuen en groepen te beïnvloeden ten einde klinische en financiële uitkomsten te verbeteren. De nadruk in deze definitie ligt wat mij betreft op het begrip ‘coördinatie’. Deze coördinatie van interventies voorkomt dat allerlei individuen en organisaties met de beste bedoelingen vanuit eigen ambities, doelstellingen en belangen zorgverlening aan dezelfde populatie aanbieden.



JAN VAN ES INSTITUUT



PRINCIPE 2 Geïntegreerde Zorg

Om deze coördinatie te bereiken introduceer ik als tweede principe geïntegreerde zorg (GZ). Het is een containerbegrip dat te veel definities kent. Bij de ontrafeling ervan onderscheiden wij verschillende dimensies van geïntegreerde zorg, waarbij de wetenschappelijke literatuur aangeeft dat het noodzakelijk is om aan ALLE dimensies invulling te geven om een meer effectieve GZ-organisatie te bereiken. Het betreft het geheel aan activiteiten om de organisatie-ontwikkeling te stimuleren. De verschillende dimensies zijn in eerdere Eerstelijnsartikelen en het White Paper over populatiemanagement uitvoering besproken. Ik volsta hier met het Figuur 1. dat deze dimensies samenvat.

Intensieve GZ is zeker niet nodig voor de hele gedefinieerde populatie.

PRINCIPE 3 Risic stratificatie

Zoals ook blijkt uit de PHM definities, onderscheiden we case, disease en demand management. Dit brengt me op het derde principe: risic stratificatie. Dit is het startpunt in een regio of populatie. Inventariseer eerst vanuit epidemiologische en demografische gegevens waar de belangrijkste uitdagingen in de gedefinieerde populatie zitten. Deze populatie kan geografisch (buurt, wijk), organisatorisch (praktijkpopulatie), leeftijd- of ziektespecifiek (ouderen of chronisch zieken) zijn afgebakend. Gebruik hiervoor de eerder beschreven wijk- en praktijkscans. Deze risic stratificatie leidt tot het inzicht dat voor ca 70% van de populatie demand management noodzakelijk is, waarbij het beïnvloeden (lees: afremmen) van de zorgvraag centraal staat. Ca 20% van de populatie heeft een vorm van disease

incipes!

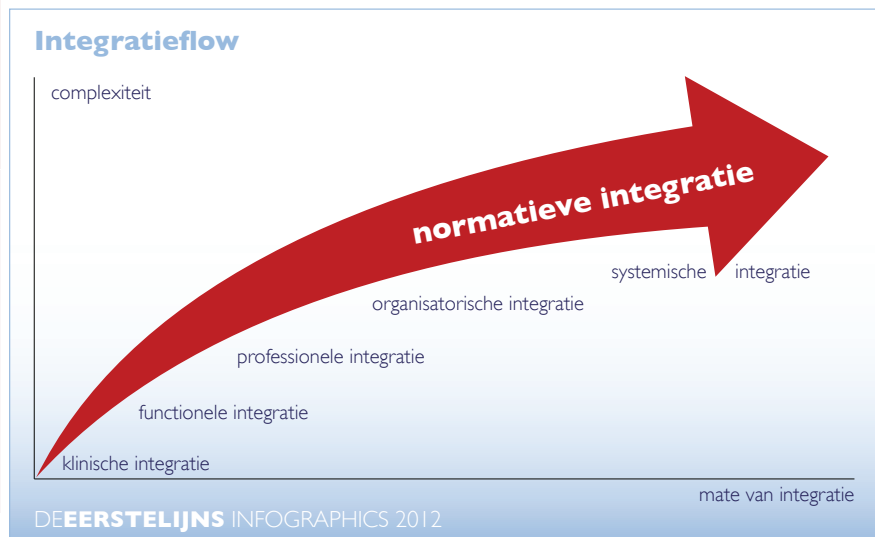
Populatiemanagement gaat over de coördinatie van interventies teneinde klinische en financiële uitkomsten te verbeteren.
(Fotografie Hans Oostrum)



management nodig en maximaal 10% heeft case management nodig. Momenteel wordt het grootste deel van de beschikbare middelen besteed aan case en disease management; dat is de bekende reactieve geneeskunde waarbij de zorg in actie komt als de ziekte zich heeft geopenbaard. In succesvolle experimenten in het buitenland (Kaiser Permanente, Kinzingtal) is rigoureuus gekozen voor verschuiving van middelen naar demand management (die overigens zijn vrijgespeeld nadat men de coördinatie van disease en case management heeft versterkt).

PRINCIPE 4 Visie op substitutie

Deze successen in het buitenland brengen me op het vierde principe: de visie op substitutie. Substitutie betekent het veranderen, verplaatsen of vervangen van zorg. Zorg op de juiste plek is daarbij essentieel. Substitutie gaat



Figuur 1: De mate van integratie in zes dimensies afgezet tegen de complexiteit.
Bron: Valentijn P et al (2012) Understanding integrated care: a conceptual framework to provide coherence to research, IJIC, forthcoming.

over meer zorg lager in de piramide aanbieden. Dat betekent veel aandacht voor taakherschikking en competentie ontwikkeling. Substitutie gaat gepaard met het herverdelen van de financiële middelen, echter wel op een zodanige wijze dat de zorg doelmatiger wordt. Twee belangrijke belemmeringen zijn (1) de organisatie via echelonnering, die maakt dat elke echelon een eigen bedrijfseconomische doelstelling nastreeft en (2) het onderscheid tussen het generalistische (gezond, tenzij) en het specialistische (ziek, mits) paradigma. Beide belemmeringen versterken en verdiepen de scheidslijn tussen specialist en huisarts, ziekenhuis en eerste lijn: substitutie vraagt om zorginhoudelijke én financieel-economische integratie.

PRINCIPE 5 Klinisch Leiderschap

Om deze principes in de eigen omgeving in te kunnen zetten is de aanwezigheid van het vijfde principe noodzakelijk: klinisch leiderschap. De uitdagingen in de zorg zijn dusdanig dat het niet volstaat om met een managerial aanpak de noodzakelijke veranderingen aan te brengen. Uit de literatuur en succesvolle praktijken blijkt dat klinisch leiderschap een essentiële voorwaarde is om de professionals in de organisatie anders te laten werken. Die organisaties

waar een klinisch leider aan het roer staat, presteren gemiddeld tien procent beter dan organisaties zonder klinisch leider. Veranderingen in de zorg komen voort uit de peer-to-peer overdrachtsmomenten tussen de professionals. Het klinisch professionele kader dient de veranderingen te omarmen en door te voeren. Klinische leiders zijn personen met ervaring in het primaire proces van zorgverlening, die door de groep worden geaccepteerd als leider. Dit leiderschap moet wel verdiend worden. Naast de formele positie zijn de reputatie, natuurlijke autoriteit en samenstelling van het netwerk belangrijke hulpbronnen om als klinisch leider succesvol te functioneren. Alom wordt inmiddels beaamd dat het klinisch leiderschap in de eerste lijn versterkt mag worden. Competentie ontwikkeling voor talenten is daarbij een eerste opgave. Als een organisatie, een samenwerkingsverband of een regio zich dus verder wenst te ontwikkelen in de richting van een optimaal ingericht extramuraal geïntegreerde zorgverlening, dient men bovenstaande principes te hanteren. Zorg ervoor dat in de regio de beschikbare ondersteuningsmiddelen samengebracht worden voor die klinische leiders, opdat daarmee de kansen op succes worden vergroot.

Marc Bruijnzeels