

# Opschaling eerstelijnsinnovatie ve

De overheid stuurt al een aantal jaren op innovaties in de eerstelijnszorg als een manier om kosten te besparen, zonder dat dit leidt tot verschraving van de kwaliteit van zorg. Om innovaties op te kunnen zetten, wordt een bepaalde mate van vrijheid in het werk van de zorgverlener nodig geacht. Tegelijkertijd klinkt er al jaren kritiek over de toegenomen regel- en administratiedruk die ervaren wordt door zorgmedewerkers. De spanning tussen vrijheid en regeldruk staat centraal in recent onderzoek van Stijn Hogervorst, onderzoeker bij het instituut voor Gezondheidseconomie & Doelmatigheidsonderzoek van de VU, naar de ervaren ruimte van eerstelijnsmedewerkers bij het opzetten van zorginnovaties.

Bij het opstarten van een initiatief ervaren zorgverleners voldoende ruimte, maar in de opschalingsfase lopen zij vaak tegen belemmeringen aan waardoor initiatieven stranden. Een oplossing kan liggen in meer samenwerking tussen eerstelijnsorganisaties onderling én meer samenwerking tussen eerste lijn en zorgverzekeraars. Deze samenwerking moet echter niet onderschat worden: het is een proces van onderhandeling en afstemming, waarbij zowel zorgverlener als zorgverzekeraar water bij de wijn zal moeten doen.

## Problemen bij opschaling

Het onderzoek van Hogervorst beschrijft een grote verscheidenheid aan kleinschalige innovaties in de eerstelijnszorg<sup>1</sup>. Deze innovaties worden veelal door praktijkmedewerkers uitgedacht en uitgevoerd binnen één praktijk. Denk aan een wandel-, dieet- of mindfulness groepje. Niet elke zorgmedewerker heeft de ambitie om zijn of haar innovatie op te schalen, maar wanneer dit wél het geval was, liepen zorgmedewerkers vaak tegen drie verschillende problemen aan: onderhandelen over financiering, schotten tussen domeinen en een gebrek aan organisatievaardigheden.

Zo zagen eerstelijnsmedewerkers een systematische borging van een initiatief als een voorwaarde voor opschaling. In vrijwel alle gevallen in het onderzoek

gaat dit om financiering. Financiering vanuit een zorgverzekeraar gaat via een uitgebreid onderhandelingstraject. Dit traject wordt door individuele zorgmedewerkers als te tijdrovend en niet transparant ervaren en zorgverzekeraars gaan dit traject vaak niet in met een in-

tenaren elkaar niet opzoeken bij opschaling: er is zelden contact. Tot slot ervaren eerstelijnsmedewerkers een gebrek aan organisatie- en onderhandelingsvaardigheden die nodig zijn voor opschaling. Zo gaven zij aan moeite te hebben met het schrijven van subsidieaanvragen en

*Innovaties op de scheidslijn van zorg en welzijn zijn lastig te financieren*

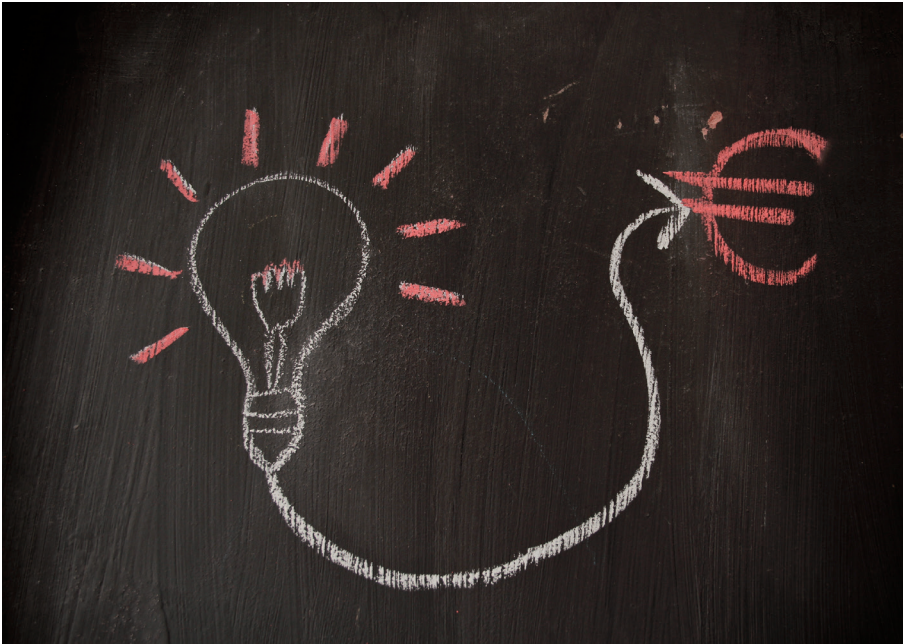
dividuele praktijk. Daarnaast worden er schotten tussen het medische en sociale domein ervaren. Kleinschalige innovaties, zoals wandelgroepen, hebben vaak invloed op beide domeinen, maar vanwege de verkokering blijven vragen rondom verantwoordelijkheden en financiering liggen. Zo ervaren zorgmedewerkers dat zorgverzekeraars huiverig zijn om een innovatie op de scheidslijn van zorg en welzijn te financieren – zoals een wandelgroep – omdat het geen typische eerstelijnszorg en niet bewezen kosteneffectief is. Dit is erg lastig voor kleinschalige initiatieven, omdat deze te klein zijn om effectiviteit aan te tonen. Tevens blijkt uit het onderzoek dat eerstelijnsmedewerkers en gemeenteam-

het organiseren van overleggen met financiers. Veel zorgmedewerkers zagen deze taken als oneigenlijke taken en beschouwden deze als een extra belasting bovenop hun zorgtaken.

## Schaalgrootte kan helpen

Het onderzoek laat daarentegen ook voorbeelden zien van zorgmedewerkers die in de opschalingsfase meer succes hadden. Opvallend was dat deze zorgmedewerkers vrijwel allen samenwerkingen zijn aangegaan met partijen zoals koepelorganisaties, centrummanagers of ander ondersteunend personeel. Deze partijen konden de organisatie- en onderhandelings taken van opschaling voor hun rekening nemen, voor inte-

# reist water bij de wijn



*Systematische borging van een initiatief in de vorm van financiering is voor veel eerstelijnsmedewerkers een voorwaarde voor opschaling.*

gratie van zorg- en welzijnsorganisaties zorgen of verbindingen aangaan met andere zorginstellingen waardoor de schaalgrootte toeneemt. Het uitbesteden van deze taken kan nuttig zijn, aangezien de ervaren uitdagingen bij opschaling – onderhandelen over financiering, het overbruggen van schotten tussen domeinen en organisatievaardigheden – spelen op het organisatie- en beleidsniveau. De eerstelijnsmedewerker werkt (met name) op uitvoeringsniveau en heeft moeite met invloed uitoefenen op het organisatie- en beleidsniveau. Vanuit een samenwerkingsverband van eerstelijnszorgorganisaties kan makkelijker over financiering en taakverdeling over domeinen heen onderhandeld en afgestemd worden met zorgverzekeraars en eventuele andere financiers. Een samenwerkingsverband vormt dan een duidelijk aanspreekpunt voor financiers en kan organisatie- en regelwerk uit handen nemen van eerstelijnsmedewerkers van verschillende organisaties. Dit is belangrijk, want in de huidige context

blijven innovaties kleinschalig en tijdelijk van aard. Hierdoor kunnen andere organisaties of praktijken niet leren van de innovaties die elders ontstaan.

Maar het proces van samenwerken met zorg- en welzijnsorganisaties onderling en van de eerste lijn met financiers moet niet onderschat worden. Samenwerking om tot opschaling te komen is een proces waarbij verschillende belangen met elkaar kunnen botsen. Zo laat het onderzoek van Hogervorst zien dat er onder sommige eerstelijnsmedewerkers weerstand heerst tegen samenwerking met andere partijen. Uit angst om hun autonomie te verliezen, houden zij hun zorginitiatief liever kleinschalig. Er kan ook een bepaalde weerstand tegen samenwerking, in de vorm van financiering, verwacht worden vanuit zorgverzekeraars. In eerder onderzoek van de Celsus Academie en het Talma Instituut wordt besproken dat het investeren in zorginnovaties een spanning met zich meebrengt tussen het stimuleren van zorginnovatie ter verbetering van de

zorg enerzijds en het beperken van innovaties die niet doelmatig zijn anderzijds<sup>2</sup>.

## Doelmatigheid

Doelmatigheid gaat over een balans tussen de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg<sup>3,4</sup>. Wanneer een innovatie bijvoorbeeld zorgt voor een betere kwaliteit van zorg maar extreem duur is, komt de doelmatigheid van een innovatie in gevaar. De grenzen van kosteneffectiviteit zijn contextafhankelijk: wat houdt de innovatie in, wat zijn de beoogde effecten en wat zijn de kosten? Deze kunnen niet algemeen bepaald worden. Dit heeft te maken met de kleine schaalgrootte en het multidisciplinaire karakter van de meeste innovaties. Zo is het naïef om te verwachten dat een wandelgroep met diabetes na een paar maanden al statistisch significante Hb1ac verschillen zal opleveren, maar brengt de wandelgroep naast deze 'harde' uitkomstmaten ook sociale cohesie, participatie en groepsbinding. Ook kan een innovatie op papier tot besparingen leiden, maar in de praktijk juist duurder uitpakken door zogenoemde 'opvulzorg'. De uren die vrijkomen door een innovatie worden dan opgevuld met andere zorg, waardoor er meer zorg geleverd wordt dan vóór de innovatie. Dit risico op hogere kosten maakt zorgverzekeraars afwachtend in het investeren in opschaling<sup>3</sup>.

## Mogelijkheden versus eisen

Er kunnen, in het kort, twee risico's voor zorgverzekeraars geïdentificeerd worden bij het investeren in kleinschalige innovaties. Zorgverzekeraars kunnen investeren in innovaties die uiteindelijk alleen geld kosten en niet voldoende verbetering opleveren. Of zij kunnen besluiten om niet te investeren in een innovatie omdat er te weinig informatie over de mogelijke effecten beschik-



*Het is naïef om te verwachten dat een wandelgroep met diabetes na een paar maanden statistisch significante HbA<sub>1c</sub> verschillen oplevert, maar de wandelgroep levert ook sociale cohesie, participatie en groepsbinding op.*

baar is. Maar daardoor wordt opschaling überhaupt onmogelijk en kunnen initiatieven ook niet doorontwikkelen om het beoogde effect te behalen. Het is vooralsnog in de literatuur niet bekend hoe deze paradoxale situatie het beste aangepakt zou kunnen worden<sup>2</sup>. Hogervorst's onderzoek laat zien dat eerstelijnsmedewerkers financiële ondersteuning nodig achten voor opschaling, maar vaak niet in staat zijn om doelmatigheid van hun kleinschalige initiatief in kaart te brengen. De mogelijkheden van de zorgmedewerkers en de eisen van de zorgverzekeraars staan opschaling van innovatie in de weg. Hoe kan de spanning tussen deze partijen overbrugd worden?

Van zorgverleners mag verwacht worden dat ze kunnen aantonen dat hun innovatie het waard is om opgeschaald te worden. Koepelorganisaties zouden hier een belangrijke rol bij kunnen spelen. Vanuit hun rol als vertegenwoordiger van verschillende zorgaanbieders kunnen zij bemiddelen tussen de verschillende belangen van de zorgverzekeraar en eerste lijn en de organisatorische taken die bij opschaling komen kijken uit handen nemen van de zorgverleners. Wanneer de eerstelijnsmedewerkers zich verplaatsen in het perspectief van de zorgverzekeraar, kunnen zij begrijpen dat een inves-

tering in een onzekere innovatie voor hen bovengenoemde risico's met zich meebrengt. Van zorgverzekeraars mag verwacht worden dat er een visie ontwikkeld wordt op doelmatigheid van kleinschalige innovaties, gezien het aantonen van kosteneffectiviteit niet altijd haalbaar is. In een tijd waarin meer aandacht is voor multidisciplinaire samenwerking en preventie, is enkel kosteneffectiviteit geen passend principe meer. Idealiter speelt de koepelorganisatie ook een ac-

tieve rol in het ontwikkelen van haalbare standaarden vanuit eerstelijns perspectief. Zo zouden koepelorganisaties en zorgverzekeraars zich bezig kunnen houden met vragen zoals: Wat zijn mogelijk onbedoelde effecten bij opschaling van een innovatie? Welke institutionele voorwaarden zijn hierbij noodzakelijk? Welke partijen hebben welke taken en verantwoordelijkheden? Wie draagt de financiering, wie voert de innovatie uit? Wie heeft hier voor- en nadeel bij?<sup>3</sup>

## Conclusie

Kortom, opschaling van innovaties is afhankelijk van het omgaan met de verschillende belangen en risico's. Van beide kanten mag verwacht worden dat er water bij de wijn gedaan wordt. Zorgverleners zouden bereid moeten zijn hun innovaties over te dragen aan koepelorganisaties om zo de kans op doorontwikkeling te vergroten, ondanks een verlies aan autonomie. Zorgverzekeraars zouden nieuwe manieren van het beoordelen van kleinschalige innovaties moeten ontwikkelen, waarin meer erkenning is voor onzekerheid in de beginfasen van een nieuwe ontwikkeling. <<

### Tekst:

Stijn Hogervorst, onderzoeker Vrije Universiteit Amsterdam, departement Gezondheidswetenschappen, instituut voor Gezondheidseconomie & Doelmatigheidsonderzoek  
Yvonne La Grouw, promovendus, Vrije Universiteit Amsterdam, departement Sociologie, Talma Instituut  
Foto's: Thinkstock

## Samenwerking is nodig om innovaties op te schalen

### Bronnen

- Hogervorst, S. (2017) Een klein initiatief voor een praktijk, maar een grote stap voor de zorg. Een studie naar de ervaringen van zorgmedewerkers bij het opzetten van kleinschalige zorginitiatieven in de Nederlandse eerstelijnszorg. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Abma, I., Ten Hove, K., Ranke, S., Rovers, M., Adang, E., Jeurissen, P. & Van der Wees, P. (2016) Doelmatige innovatie in de zorg. Celsus Academie voor Betaalbare Zorg/Talma Instituut.
- Borst, R., Hommerson, M., Jurriens, M., Kok, M. & Van Wieringen, M. (2016) Talma uitgave: 'Faciliteren van innovatie.' Talma Instituut, Vrij Universiteit Amsterdam.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. Health affairs, 27(3), 759-769.