

# Waardecreatie door integratie van

Het realiseren van betere kwaliteit, betere gezondheid en lagere kosten vraagt om constructieve samenwerkingsrelaties over de hele keten van preventie, zorg en welzijn. Dit betekent dat de uitgangspunten en risico's voor de organisatie van de zorg van de toekomst veranderen.

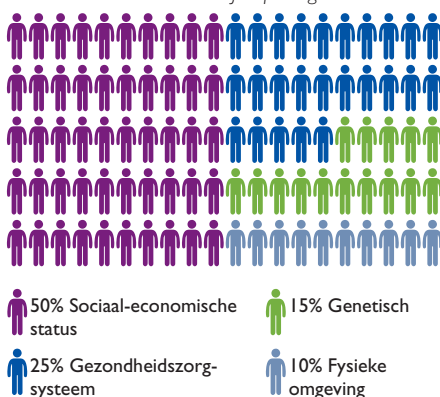
Het klassieke kwaliteitsdenken is ontoereikend om de complexe zorgvraag voor mensen met meervoudige gezondheidsaandoeningen efficiënt te beantwoorden. De verregaande biomedische oriëntatie en bijbehorende ziektespecifieke zorgstandaarden en prestatie-indicatoren hebben geleid tot versnipperde financieringsstructuren, organisatiemodellen, (medische) beroepsgroepen en bovenal hogere transactiekosten<sup>1</sup>. De zorg van de toekomst moet zich veel meer richten op het creëren van waarde voor de individuele patiënt met complexe en meervoudige gezondheidsaandoeningen<sup>2</sup>.

Zowel vanuit de individuele bottom-up als vanuit een populatiegerichte top-down benadering is het belangrijk dat de inrichting van de waardeketen is afgestemd op de behoefte van de mens en niet alleen op zijn of haar ziekte. William Osler had dit in 1904 al door: "Het is belangrijker te weten welke soort patiënt de ziekte heeft, dan welke soort ziekte de patiënt heeft" (zie ook figuur 1). Vanuit dit bio-psychosociale economische perspectief op gezondheid is waardecreatie in de zorg een multidimensionaal concept waarop veel factoren van invloed zijn, zoals: somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige, spirituele, sociale en economische factoren. In dit verband spreken we over de mensgerichte waardeketen: het totaal aan activiteiten en diensten dat gericht is op het maximaliseren van de gezondheid en de ervaren kwaliteit van zorg per gespenderde euro.

## Organisatie integraal zorgaanbod

Het realiseren van een mensgerichte waardeketen vraagt een brede blik op

Figuur 1  
Factoren die van invloed zijn op de gezondheid



Gebaseerd op:  
Canadian Institute of Advanced Research (2012)

gezondheid en een integrale aanpak, die vele disciplinaire, organisatorische en wettelijke kaders doorkruist. Dit vraagt andere competenties van de betrokken zorgverleners en organisaties, zoals kun-

nen redeneren vanuit gezondheid en waarden, kunnen samenwerken buiten disciplinaire en institutionele kaders, bewustzijn van eigen grenzen wat betreft expertise, een preventie-blik en netwerkvaardigheden. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de gezondheidszorg wordt beschouwd als een complex adaptief systeem, wat impliceert dat het zich aan (lokale) omstandigheden kan aanpassen. Deze zienswijze staat haaks op het huidige Tayloriaanse efficiency- en standaardisatie-gedachtengoed, dat ervan uitgaat dat we de zorg als een machine kunnen organiseren. Dit leidt in de praktijk tot differentiatie en is ontoereikend voor mensen met meervoudige gezondheidsproblemen. Tabel 1 geeft een overzicht van de tegenstellingen tussen het Tayloriaanse en complexiteitsdenken.

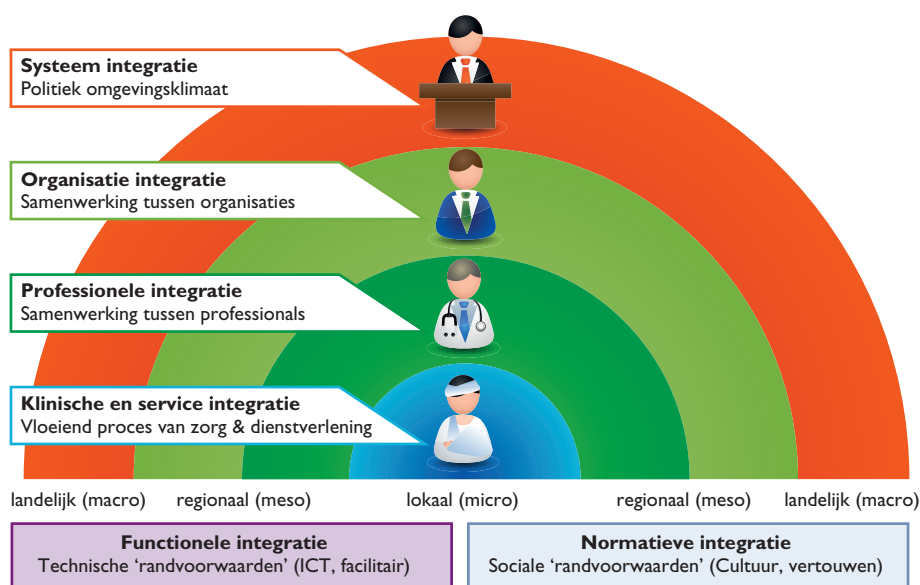
Tabel 1: Tegenstelling Tayloriaans versus complexiteit perspectief

|                                   | Tayloriaans perspectief   | Complexiteit perspectief   |
|-----------------------------------|---|--|
| <b>Wetenschappelijk paradigma</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Reductionisme, determinisme</li> <li>Lineaire relaties</li> <li>Newtoniaanse fysica</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Holisme, inter-determinisme</li> <li>Non-lineaire relaties</li> <li>Quantum fysica</li> </ul>   |
| <b>Type kennis</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Controleerbaar en voorspelbaar door ontleding van de elementen</li> <li>Focus op gemiddelde</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Niet voorspelbaar, maar mogelijk te begrijpen door patroon herkenning</li> <li>Focus op variatie</li> </ul>                               |
| <b>Waarde filosofie</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Efficiëntie (markt macht, kosten/ risico's)</li> <li>Focus op input</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Veerkracht (leren, innovatie, ondernemerschap)</li> <li>Focus op output</li> </ul>  |
| <b>Organisatie principes</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Angelsaksisch</li> <li>Gedrag wordt top-down bepaald</li> <li>Hiërarchie</li> <li>Command &amp; control</li> <li>Contractueel</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Rijnlands</li> <li>Gedrag ontstaat bottom-up</li> <li>Heterarchie</li> <li>Bonus &amp; malus</li> <li>Persoonlijke verbintenis</li> </ul> |
| <b>Voorbeeld zorgorganisaties</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verticale sturingsmechanismen</li> <li>Ketenzorg</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Horizontale sturingsmechanismen</li> <li>Wijkgerichte zorg</li> </ul>   |

Gebaseerd op: Valentijn (2015)



Figuur 2: Regenboogmodel voor geïntegreerde zorg



Gebaseerd op: Valentijn et al. (2013 & 2015)

### Afstemmingsprocessen

Om een integraal zorgaanbod gericht op meerdere dimensies van gezondheid te realiseren, is afstemming “achter de schermen” nodig tussen verschillende professionals en organisaties. Deze afstemming “achter de schermen” staat bekend als geïntegreerde zorg. Het Regenboog Model voor Geïntegreerde Zorg (RMGZ) laat zien dat deze afstemmingsprocessen complementaire rollen vervullen op drie niveaus: op het micro-niveau van klinische integratie, op het mesoniveau van professionele- en organisatie-integratie, en op het macroniveau van systeemintegratie (zie figuur 2).

Hoe dit in de praktijk leidt tot betere kwaliteit, betere gezondheid, en lagere kosten is aan de ene kant afhankelijk van de prevalentie van gezondheidsrisico's in een specifieke populatie. Het RMGZ laat ook zien dat zowel “harde” functionele als “zachte” normatieve integratiemechanismen belangrijk zijn om een integraal zorgaanbod in de praktijk te implementeren. Recent onderzoek in Nederland toont aan dat constructieve normatieve samenwerkingscondities van essentieel

belang zijn om verschillende stakeholders zoals professionals, managers en beleidsmakers succesvol de zorg achter de schermen te laten afstemmen<sup>3</sup>. Internationale *best practices* laten zien dat functionele ondersteuningsmechanismen, zoals goed op elkaar afgestemde data- en informatiesystemen over de hele keten, een basisvereiste zijn om betere ervaren kwaliteit, betere gezondheid, en lagere kosten te realiseren<sup>4</sup>. In Nederland zijn deze functionele randvoorwaarden voornamelijk onvoldoende ontwikkeld over de hele keten, waardoor waardecreatie door integratie van zorg nog veelal een beleidsmatige ambitie blijft.

### Stappen voor maximalisering

De komende jaren zijn de volgende stappen nodig voor het maximaliseren van gezondheid en ervaren kwaliteit van zorg per gespendeerde euro.

Ten eerste is het nodig om zorguitkomst-, kosten- en kwaliteitsdata over de hele keten te combineren zodat patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars inzicht krijgen in de mensgerichte waardeketen.

Ten tweede zijn er meer zorgprogramma's nodig die specifiek gericht zijn op realisering van betere gezondheid en ervaren kwaliteit van zorg per gespendeerde euro over de hele keten van preventie, zorg en welzijn. Dit vraagt om ondernemerschap van lokale zorgaanbieders die samen met partners in de regio ook financieel risico willen lopen voor het al dan niet halen van zorguitkomsten en kostenbesparingen. Uiteraard is contractinnovatie bij de zorgverzekeraar nodig voor het realiseren van de nodige doelmatigheid- en kwaliteitsprikkels<sup>5</sup>.

Beleidsmakers dienen zich te realiseren dat het draait om de *couleur locale*: op lokaal niveau is beleidsvrijheid nodig voor veldpartijen om de optimale vorm en schaal van zorg te organiseren die past bij de lokale populatiecomplexiteit. Samenvattend: het realiseren van betere kwaliteit, betere gezondheid, en lagere kosten vraagt lokaal maatwerk en een mensgerichte en waardegedreven visie van alle verantwoordelijke partijen. <<

Pim Valentijn, onderzoeker Jan van Es Instituut en PhD candidate Tranzo

- 1 Kodner (2009) & WHO (2008)
- 2 Ploch (2013)
- 3 Valentijn (2015)
- 4 Burns (2012) en Evans (2013)
- 5 Chernew (2011), Song (2012) & Hildebrandt (2010)

## Congres Waardecreatie door integratie van zorg

Op woensdag 16 december organiseert het Jan van Es Instituut samen met Tranzo ter gelegenheid van de promotie van Pim Valentijn het congres Waardecreatie door integratie van zorg. Het congres staat in het teken van het creëren van betere gezondheid, beter ervaren zorg en lagere kosten door het integreren van zorg. Deelname aan het congres is kosteloos. Meer info, zie [www.jvei.nl](http://www.jvei.nl)