# De eerstelijnszorgprofessional, haar team en hun netwerk



## Een evaluatie naar samenwerking in de eerstelijnszorg op basis van 'complex adaptieve systeem' theorie

*Versie: 24 september 2014*


Uitgevoerd door:

Afdeling Sociale Geneeskunde:

Niek Klazinga
Dionne Kringos
Thomas Plochg
Luuk Tubbing

EMGO+ Institute for Health and Care Research:

Hanneke Merten
Cordula Wagner

In opdracht van:

Programma Op Een Lijn

# Deel 1:

# Introductie & toelichting van het zelfevaluatiemodel

## 1. Aanleiding

Eerstelijnszorgprofessionals laten samenwerken in de eerstelijnszorg is geen doel op zich. Echter, samenwerking biedt vaak wel de mogelijkheid om beter aan te sluiten bij de soms complexe zorgbehoefte van patiënten, in het bijzonder die van chronisch zieken. De juiste zorg op de juiste plek, het juiste moment en door de juiste organisatie of zorgverlener kan tot veel winst leiden voor patiënten. Deze winst is niet alleen uit te drukken in een betere ervaren gezondheid, sneller herstel of een positievere ervaring, maar ook in een groter aanpassingsvermogen van patiënten en hun omgang met hun ziekte.

In de praktijk blijkt het echter vaak lastig om de gewenste samenwerking tot stand te brengen. En als het wel lukt, blijkt het vaak niet mogelijk om deze samenwerking te bestendigen en structureel te verankeren. Dit terwijl het belang van samenwerking steeds meer toeneemt, zie onderstaand kader. De bestaande (wetenschappelijke) kennis biedt ook onvoldoende houvast om inzicht te krijgen in de redenen waarom dit zo ingewikkeld is en hoe hiermee om te gaan.

**Kader 1: Uitdagingen voor de eerste lijn**

- 5,3 miljoen mensen hadden in 2011 een chronisch somatische of psychische aandoening, waarvan 1,9 miljoen mensen meerdere chronische aandoeningen hadden (RIVM Zorgbalans 2014)
- De uitgaven aan ouderenzorg nemen al jaren gestaag toe en vormden in 2013 met 18,2 miljoen EUR naast ziekenhuiszorg de grootste uitgavenpost in de zorg (RIVM Zorgbalans 2014)
- 8,4% van de beroepsbevolking was in juni 2014 werkeloos (CBS StatLine 2014)

De eerstelijnszorg in Nederland staat de komende jaren voor grote uitdagingen. De economische crisis, de epidemie van chronische ziekten en multimorbiditeit, de transitie van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag, de vergrijzing, mondigere patiënten, veranderingen in het verzekeringssysteem, etc. zijn allen van invloed op de eerstelijnszorg. Deze fundamentele veranderingen vragen om een eerstelijnszorg die zich continu weet aan te passen aan de veranderende behoeften van patiënten, de beschikbare middelen en nieuwe technologische ontwikkelingen. Dit noodzakelijke aanpassingsvermogen vraagt extra veel van de eerstelijns professionals, hun samenwerkingsverbanden en sociale netwerken.

In dit zelfevaluatiemodel kijken we naar samenwerking voor het verlenen van eerstelijnszorg als een *complex adaptief systeem (CAS)*. De eerste lijn kan beschouwd worden als een systeem die eerstelijnszorgdiensten produceert, met als drijvende kracht zorgverleners die in eerste instantie zelf de gezondheidsproblemen van hun patiënten zo goed mogelijk proberen te verhelpen dan wel te begeleiden. Samen eerstelijnszorgdiensten leveren, coördineren en afstemmen komt in die zin op de tweede plaats. Het lastige is bovendien dat eerstelijnszorgprofessionals niet alleen binnen hun eigen professionele netwerk succesvolle relaties opbouwen en onderhouden.

Zij moeten ook in staat zijn om succesvolle relaties en interacties tussen –tenminste vijf door ons onderscheiden- *deelsystemen* van lokale eerstelijnszorgsystemen te initiëren, te onderhouden en uit te bouwen om tot samenwerking te kunnen komen.

Dit vereist *inzicht* in elkaars taakopvattingen, werkwijzen, cultuur, belangen, organisatorische mogelijkheden etc., om vervolgens door wederzijdse afstemming tot een goede samenwerking te komen. Dit inzicht is vaak in onvoldoende mate aanwezig door de complexiteit van de diverse systemen waarbinnen een zorgprofessional moet functioneren.

## 2. Doel

Het zelfevaluatiemodel beoogt daarom de gebruiker *bewust* te maken van de *relaties en interacties* die zij met de vijf verschillende deelsystemen van het lokale eerstelijnszorgsysteem al dan niet heeft en al dan niet onderhoudt. Vanuit dit inzicht kan vervolgens vastgesteld worden welke praktische en haalbare stappen er gezet kunnen worden om de samenwerking in het eigen lokale eerstelijnszorg systeem te realiseren en te versterken.

Het is de bedoeling dat de tool wordt ingevuld door een groep professionals werkzaam in of betrokken bij de eerstelijnszorg (‘de gebruiker’) die een bestaande samenwerking willen verbeteren of juist nieuwe samenwerkingen willen aangaan rondom een specifieke patiëntengroep. Dit *gedeelde commitment* is een belangrijk uitgangspunt voor de toepassing van de tool. Denk bijvoorbeeld aan huisartsenpraktijken, regionale samenwerking, HAS, etc. Dit instrument kan als een eerste stap gebruikt worden om de samenwerking te typeren en te duiden, en kansen voor (versterking van de) samenwerking te identificeren (zie kader 2).

**Kader 2: De gebruiker heeft na invulling van de tool …**

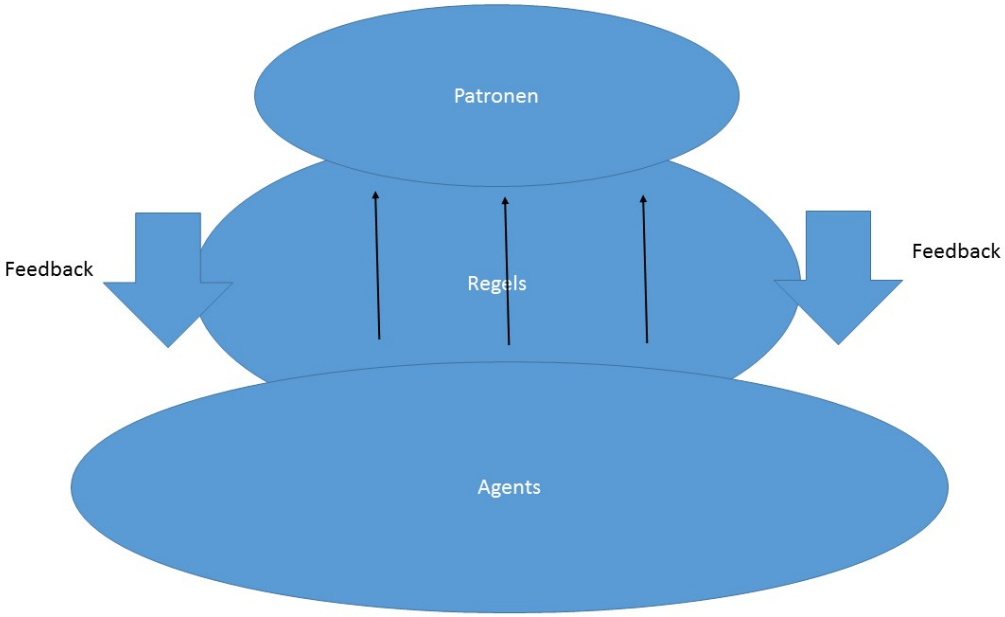
- ✓ Inzicht in haar lokale geïntegreerde eerstelijnszorgsysteem als *Complex Adaptief Systeem* (CAS)
- ✓ Inzicht in de daarin acterende *actoren*, hun onderlinge *interacties en relaties* die bepalend zijn voor het adaptieve vermogen van de subsystemen
- ✓ Inzicht langs welke *patronen* deze actoren doorgaans (=historisch gezien) op elkaar inwerken, en gezamenlijk de context en daarmee het adaptieve vermogen bepalen
- ✓ Bewustwording van de *mogelijkheden* die deze inzichten bieden voor het realiseren van samenwerking in het eigen lokale zorgsysteem

## 3. Complex adaptieve systeemtheorie

Complex adaptieve systeem theorie (CAS) wordt al langer toegepast in diverse velden, waaronder de medische biologie en geneeskunde. Voorbeelden hiervan zijn de toepassing bij de ontwikkeling van een nationaal gezondheidszorg systeem in de Verenigde Staten en bij epidemieën. CAS is een benadering die een stap verder gaat dan het denken in simpele oorzaak en gevolg effecten en wordt vaak toegepast bij problemen die moeilijk op te lossen zijn.

Vanuit de CAS-theorie is een gezondheidszorgsysteem een *dynamisch proces*. Eén waarbij de interacties en relaties van de verschillende systeemcomponenten tegelijkertijd elkaar beïnvloeden en het lokale zorgsysteem vormen en er geen centrale regie over het systeem is.

De *actoren*[1] in een systeem zijn allemaal componenten van het systeem, die handelen en interacteren met elkaar op een onvoorspelbare en ongeplande wijze volgens hun eigen (vaak ongeschreven) regels maar voor een gedeeld doel, namelijk: het verlenen van zorg aan de patiënt. Na verloop van tijd ontstaan er *patronen* die het handelen van de actoren beïnvloeden en het systeem zelf mede vormgeven (zie figuur 1). Deze *spontane ordening* heeft altijd een belangrijke rol gespeeld in de zorg en dit zal in de toekomst ook zo blijven. Dit komt onder meer door de voortdurende toename in diversiteit in actoren en de vooruitgang in kennis en kunde: de deelsystemen worden hiermee in toenemende mate complexer.




**Figuur 1:** Een versimpelde weergave van de componenten van een complex adaptief systeem.

*Bron:* The Health Foundation 2010.

[1] Actoren worden in Complex Adaptieve Systeem theorie vaak ‘ agents’ genoemd.

Kader 3 biedt een samenvatting van de voornaamste kenmerken van een complex adaptief systeem.

**Kader 3: Een complex adaptief systeem kenmerkt zich door de volgende aspecten:**

- een *groot aantal elementen interacteren* met elkaar op een dynamische wijze
- elk element in het systeem *wordt beïnvloed* door *en beïnvloedt* verscheidene andere systemen
- de interacties zijn *niet lineair* waardoor kleine veranderingen grote effecten kunnen hebben
- er zijn *onduidelijke systeem grenzen*
- er is een *constante stroming van activiteiten* om de organisatie van het systeem te handhaven
- het *verleden* verklaart mede het *huidige gedrag* van actoren
- elementen in het systeem zijn zich *niet bewust* van het gedrag van het systeem als geheel waardoor ze alleen reageren op wat lokaal beschikbaar of bekend is

Systemen zijn onderdeel van een bredere *context* (die uit vele *subsystemen* kan bestaan); als deze context verandert, zal het systeem mede moeten veranderen om passend te blijven/zijn. De veranderingen in het systeem beïnvloeden vervolgens weer de context van het systeem, welke zich weer zal aanpassen en visa versa. Dit leidt er toe dat er een *constante cyclus* ontstaat waarin het systeem zich aanpast aan de contextuele omgeving, en de contextuele omgeving zich weer zal moeten aanpassen in reactie op de veranderingen in het systeem. Idealiter is er sprake van een *leereffect* naar aanleiding van iedere verandering welke zal leiden tot *een continu evoluerend systeem en zijn omgeving* (‘co-evolutie’).

Systemen zijn tevens complex omdat ze veelal onderdeel uitmaken van een of meerdere andere systemen. Zo is een ziekenhuis met al z’n personeel en patiënten een systeem op zichzelf, maar maakt het ook onderdeel uit van een lokaal gezondheidszorg systeem, en op nationaal niveau van het totale gezondheidszorgsysteem. Het aanbrengen van *variatie en diversiteit binnen een systeem* kan een systeem krachtiger maken, en biedt mogelijkheden voor het creëren van nieuwe aanpassingen.

De wijze waarop actoren met elkaar *samenwerking en/of op elkaar reageren* is bepalend voor de overlevingskansen en *toekomstbestendigheid* van een systeem. De mate en wijze van samenwerking tussen actoren is daarmee van groter belang dan de individuele handelswijze van een actor.

Een ander kenmerk voor complex adaptieve systemen is dat ze *zichzelf organiseren*, door zich continu aan te passen en te anticiperen op veranderingen in de omgeving of binnen een systeem. Toepassen van complex adaptieve systeem theorie biedt een raamwerk voor het analyseren van actoren en hun onderlinge afhankelijkheden en relaties, om vervolgens patronen te ontdekken, die inzicht kunnen geven in mogelijkheden om je eigen systeem sterker te maken door zich passend te

evolueren. Daarnaast doet complex adaptieve systeem theorie recht aan de complexiteit van de realiteit, welke de toepasbaarheid van nieuwe inzichten vergroot.

## 4. Samenwerking in de eerstelijnszorg als complex adaptief systeem

Vanuit CAS theorie draait samenwerking in de eerstelijnszorg om de relaties en interacties die verschillende deelsystemen met elkaar hebben. Op grond van de bestaande kennis en inzichten maken wij onderscheid tussen de volgende vijftal deelsystemen, die vervolgens zullen worden toegelicht:

1. Patiënten en hun sociale netwerk
2. Zorgverleners en hun professionele netwerk
3. Institutionele/Organisatorische arrangementen
4. Zorgverzekeraars
5. Het bestuurlijk/politieke domein

### *Deelsysteem 1: Patiënten en hun sociale netwerk*

Het ultieme doel van samenwerking in de eerstelijnszorg is dat het leidt tot een betere gezondheid van (groepen van) patiënten. Deze gezondheid (en ziekte) van mensen wordt in belangrijke mate bepaald en ‘geproduceerd’ door de sociale netwerken en verbanden waarvan mensen deel uitmaken en waarin zij leven. De wijze waarop burgers/patiënten in hun sociale netwerk functioneren (en hoe dat ook hun gezondheid, vitaliteit en maatschappelijk participeren beïnvloedt), laat zich het beste begrijpen aan de hand van het begrip sociale cohesie.

Sociale cohesie wordt gekenmerkt door bijvoorbeeld veelvuldige (zorgzame) contacten, samenhang, samenwerking en solidariteit (iets voor elkaar over hebben). Door sociologen wordt sociale cohesie ook wel omschreven als 'kleefkracht'. Er zijn vele antwoorden gegeven op de vraag wat de samenleving bij elkaar houdt. Deze zijn samen te vatten als wederzijdse afhankelijkheid of eigenbelang, dwang of macht en gedeelde waarden en normen.

Sociale cohesie bestaat op micro- en macroniveau. Op microniveau zien we (sociale) cohesie binnen het gezin, de familie, de vriendenkring. Op een iets hoger niveau bestaat sociale cohesie binnen verenigingen, kerkgenootschappen, verenigingen, school en dergelijke. Binnen een dergelijke samenleving delen mensen dezelfde taal, geschiedenis, gewoonten enzovoort. Dat zorgt voor een zekere mate van sociale cohesie: men identificeert zich met elkaar en/of voelt zich verbonden.

Wanneer een patiënt omringd wordt door een grote mate van sociale cohesie, zal hij/zij een relatief groot absorberend vermogen hebben. Oftewel: beter in staat zijn om een deel van zijn/haar zorg-gerelateerde problemen buiten de professionele zorg op te vangen en/of beter in staat zijn om te gaan met langdurige zorg.

Wanneer een zorgverlener zicht heeft op de cohesie binnen het sociale netwerk van zijn/haar patiëntenpopulatie is het mogelijk om subgroepen te identificeren die baat kunnen hebben bij een geïntegreerd zorgaanbod dat wordt gefaciliteerd door samenwerking. Bij subgroepen kan gedacht worden aan: jeugd/GGZ/kwetsbare ouderen/preventie/chronisch zieken/mentale gezondheid/verloskunde moeder en kind zorg/mensen met dementie.

### *Deelsysteem 2: Zorgverleners en hun professionele netwerk*

Samenwerking is geen doel op zich maar noodzakelijk om patiëntgerichte eerstelijnszorg te kunnen leveren. De zorgbehoefte en zorgvraag van patiënten vragen steeds meer om de inbreng en kunde van diverse (professionele) zorgverleners. De wijze waarop deze relaties en interacties tussen verschillende (professionele) zorgverleners op de werkvloer doorgaans plaatvinden, laat zich het best begrijpen aan de hand van sociologische theorieën over professionalisering.

In de sociologie worden professionals gezien als zorgverleners die in belangrijke mate zelf controle kunnen uitoefenen over (de organisatie van) hun werk. Dat is functioneel omdat de aard van het werk zo complex is, dat ze vrijheidsgraden (lees: autonomie) nodig hebben om dat werk goed te kunnen doen. Als gevolg daarvan verkrijgen bepaalde zorgverleners en hun beroepsgenoten vanuit overheidswege de exclusieve zeggenschap (oftewel het monopolie) over een specifiek kennisdomein. Dit soort zorgberoepen noemen we professies.

Nu is het zo dat die kennisdomeinen onder invloed van nieuwe kennis, innovaties (o.a. medisch technische)  en concurrentie van (nieuwe) beroepsgroepen continu veranderen. Als gevolg daarvan treedt het fenomeen van professionele domeinstrijd op. (Nieuwe) beroepsgroepen proberen te professionaliseren (méér autonomie te verwerven) omdat het immers werk, prestige en inkomen garandeert. Bestaande professies proberen hun exclusieve zeggenschap juist te behouden. Dat schuurt en leidt tot onderlinge strijd.

Gevolg is dat multidisciplinaire samenwerking niet vanzelfsprekend is en continu om aandacht vraagt. Professionals/zorgverleners zitten er dubbel in omdat ze de exclusiviteit van hun expertise moeten zien te behouden ten overstaan van concurrerende (professionele) zorgverleners. De vuistregel is dat wanneer samenwerking leidt tot een verschuiving van domeinen, de samenwerking erg stroperig wordt, zo niet vastloopt.

### *Deelsysteem 3: Institutionele/Organisatorische arrangementen*

Eerstelijnszorgprofessionals zijn werkzaam in één of meerdere organisatorische verbanden. Deze kunnen verschillen van omvang en rechtsvorm. Denk bijvoorbeeld aan een gezondheidscentrum, zorggroep, solo/duopraktijk of een thuiszorgorganisatie. Daarnaast hebben ze te maken met Regionale OndersteuningsStructuren (ROS), huisartsenlaboratoria, GGD'en, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, et cetera.

De voorgenoemde organisatorische verbanden (instituten) kennen hun eigen logica en dynamiek. In de organisatiekunde omschrijft men een organisatie als een doelgerichte samenbundeling van kennis, vaardigheden en kracht van meerdere mensen die primair middelen en activiteiten aanwendt om te voorzien in de behoefte aan producten en/of diensten in haar omgeving. Dit doen ze enerzijds door producten en diensten continu te verbeteren zodat er vraag naar blijft. Anderzijds doen ze dit door de middelen en activiteiten zo efficiënt mogelijk in te zetten.

Gevolg is dat de organisatiebelangen van een eerstelijnszorgorganisatie niet vanzelfsprekend samenvallen met de individuele belangen van de daarin werkzame zorgprofessionals. Waar de organisatie zich met name richt op het intern verbeteren van de structuren en processen, worden zorgprofessionals toenemend geconfronteerd met situaties die op deze wijze niet op te lossen zijn. Zij zoeken vervolgens naar oplossingen buiten de bestaande regels om en gebruiken hierbij veelal hun informele contacten. Niet zelden leidt dit tot spanningen tussen bestuurders/managers en professionals. Deze ruis binnen een organisatie wordt dan vaak weer aangepakt door nieuwe regels

en toenemende controles. Dit maakt het nog moeilijker om het werk binnen de bestaande kaders uit te voeren en men gaat meer improviseren.

Daarnaast speelt dat de belangen van verschillende eerstelijnszorgorganisaties ook niet parallel lopen. Dit wordt verder versterkt in de huidige context van gereguleerde marktwerking. Naarmate eerstelijnszorgorganisaties meer onderling moeten concurreren, wordt samenwerking lastiger.

### *Deelsysteem 4: Zorgverzekeraars*

De betrokkenheid van de zorgverzekeraars is een voorwaarde voor samenwerking in de eerstelijnszorg. In theorie zijn zorgverzekeraars als volgt zichtbaar binnen de eerstelijnszorg:

- Het contracteren van eerstelijnszorg op de zorginkoopmarkt
- Het geven van sturing aan het lokale zorgsysteem
- Investeren in samenwerking binnen de eerstelijnszorg

Echter, het is niet vanzelfsprekend dat zorgverzekeraars deze sturende rol op zich nemen in de context van de werking van de huidige Zorgverzekeringswet. Dit heeft in de kern te maken met de wijze waarop zorgverzekeraars zich momenteel op de zorginkoopmarkt bewegen en of ze zich profileren als schadeverzekeraar dan wel als zorgverzekeraar.

Het huidige functioneren van de Zorgverzekeringswet (minder dan 10% van de verzekerden wisselt jaarlijks van zorgverzekeraar, gebrek aan kwalitatief goede stuur- en inkoopinformatie, professionaliteit van de zorginkoopteams) maakt dat de meeste zorgverzekeraars zich (noodgedwongen) meer opstellen als schadeverzekeraars dan als zorgverzekeraar. Dat betekent dat de focus meer ligt bij de verzekerdenmarkt en het zo efficiënt en kordaat mogelijk afhandelen van het declaratieverkeer dan de zorginhoudelijke aspecten en samenwerking.

De professionalisering van de zorginkoop wordt vervolgens niet als primaire prioriteit gezien. Dit heeft ook tot gevolg dat de interesse in samenwerking in de eerstelijnszorg daarmee relatief op de achtergrond blijft. Op dit moment lijkt dit de grondhouding onder zorgverzekeraars. Desalniettemin is zichtbaar dat zorgverzekeraars –afhankelijk van de specifieke regio- wat meer interesse krijgen om op samenwerking in de eerstelijnszorg te gaan sturen en in te zetten.

### *Deelsysteem 5: Het bestuurlijk/politieke domein*

De rol van het bestuurlijke domein (incl. landelijke overheid) en in het bijzonder de gemeente neemt in de eerstelijnszorg de komende jaren naar verwachting sterk toe.

Het lokaal bestuur (gemeenteraad, ambtelijk apparaat) had tot voor kort weinig van doen met de eerstelijnszorg. De relaties en interacties betroffen voornamelijk huisvesting en parkeerbeleid.
De gemeente is onder de Wet Publieke Gezondheid verantwoordelijk voor totstandkoming en continuïteit van de publieke gezondheidzorg, voor geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen en de samenhang tussen preventieve en curatieve zorg. Deze taken zijn belegd bij de GGD-en.
Daarnaast zijn er nog andere taken waarvoor de gemeenten verantwoordelijk kunnen zijn zoals de openbare geestelijke gezondheidzorg en sociaal medische indicatiestelling en advisering onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

Per 1 januari 2015 zullen velen taken van de nationale overheid onder meer rondom langdurige zorg, participatie en jeugd gedecentraliseerd worden naar de gemeente. Enerzijds biedt dit mogelijkheden om de zorg beter af te stemmen op de lokale situatie en daarmee kansen voor samenwerking met de diverse deelsystemen zoals eerder beschreven; anderzijds zijn deze taken nieuw voor de gemeente, waardoor ze in de regel weinig expertise en ervaring op dit terrein heeft.

## 5. Adaptief vermogen

Eerstelijnszorgprofessionals die tot samenwerking willen komen zullen merken dat ze in meerdere of mindere mate relaties onderhouden met de vijf deelsystemen en daarmee ook interacteren. De indruk is dat eerstelijnszorgprofessionals vooral gericht zijn op het professionele systeem en de institutionele/organisatorische arrangementen (deelsystemen 2 en 3). Het sociale netwerk van de patiënt, de zorgverzekeraars en de gemeenten opereren wat meer in de periferie. Uiteindelijk leidt het tot ordeningspatronen waarin samenwerking moeizaam tot stand komt en lastig lijkt te bestendigen.

De *ordeningspatronen* hebben gevolgen voor de individuele zorgprofessional en de organisatie waarin deze professional werkt. De patronen kunnen namelijk zowel *functioneel* als *disfunctioneel* zijn. De tot nu toe veel gehanteerde reactie op disfunctionele ordeningspatronen is het *formeel* vastleggen van de samenwerking in afspraken. Bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een nieuw protocol of een nieuwe richtlijn, het plannen van periodieke vergaderingen of het opzetten van uitgebreide projecten om bijvoorbeeld een ICT-infrastructuur voor informatie-uitwisseling op te zetten. Uiteraard zijn er situaties waarin een dergelijke aanpak een oplossing kan bieden. Maar helaas blijkt dat dergelijke initiatieven niet altijd een effectieve oplossing zijn.

Naast deze formele aanpak zijn er ook op het *informele vlak oplossingen* mogelijk om met deze (dis)functionerende ordeningspatronen om te gaan. Hiervoor is het belangrijk om inzicht te hebben in waarom het ordeningspatroon (dis)functioneel is en hoe u hier als professional mee omgaat. Een stroeve samenwerking kan bijvoorbeeld voortkomen uit een beperkte telefonische bereikbaarheid van een van de samenwerkingspartners. Inzicht in de onderliggende reden hiervoor en weten wanneer diegene wel te bereiken zou in een dergelijk geval een positieve invloed op de onderlinge samenwerking kunnen hebben. Vanuit dit inzicht kan vervolgens de stap gezet worden naar wat er nu gedaan kan worden om dit op informele wijze te onderling te regelen.

De veronderstelling is dat eerstelijnszorgprofessionals *relaties* moeten aanknopen en onderhouden *met alle vijf de deelsystemen* om tot vruchtbare samenwerking op lokaal niveau te kunnen komen. Het idee is dat de dynamische interacties die optreden (co-evolutie) dan op een bewustere manier gekanaliseerd worden in de richting van de gewenste samenwerking. Naarmate eerstelijnszorgprofessionals beter in staat zijn om dit te doen, neemt hun –wat wij noemen- *adaptief vermogen* toe. Anders gezegd: het adaptief vermogen van een lokaal eerstelijnszorgsysteem is groter naarmate de daarbinnen werkzame eerstelijnszorgprofessionals beter in staat zijn de complexe interacties te overzien en daar bewuster op kunnen inspelen.

# Deel 2:

# Het Zelf-Evaluatie Instrument:

# Huiswerkopdracht voorafgaand aan de workshop

***Individueel uitvoeren***

## Uitgangspunt

U gaat binnenkort deelnemen aan een workshop waarbij u gezamenlijk na gaat denken over hoe de samenwerking voor een specifieke patiëntengroep verbeterd kan worden. Omdat het van belang is om concreet over de samenwerking te kunnen spreken, kiest u samen voor een bepaalde patiëntengroep waarvoor u samenwerking belangrijk acht. Vul in het kader hieronder in over welke patiëntengroep het tijdens de workshop zal gaan. Houd deze groep bij de huiswerkopdracht in gedachten.

**Patiëntengroep:**

……

## Voorafgaand aan de opdracht kunt u zichzelf de volgende vragen stellen:

- Denkt u dat er meer behoefte is aan samenhang en afstemming rondom deze patiëntengroep?
- In hoeverre moet dit gestructureerd en/of juist spontaan plaatsvinden?

**Antwoord:**

## Netwerkanalyse [Individueel uitvoeren voorafgaand aan de workshop]

### Stap 1a : Selectie betrokken professionals

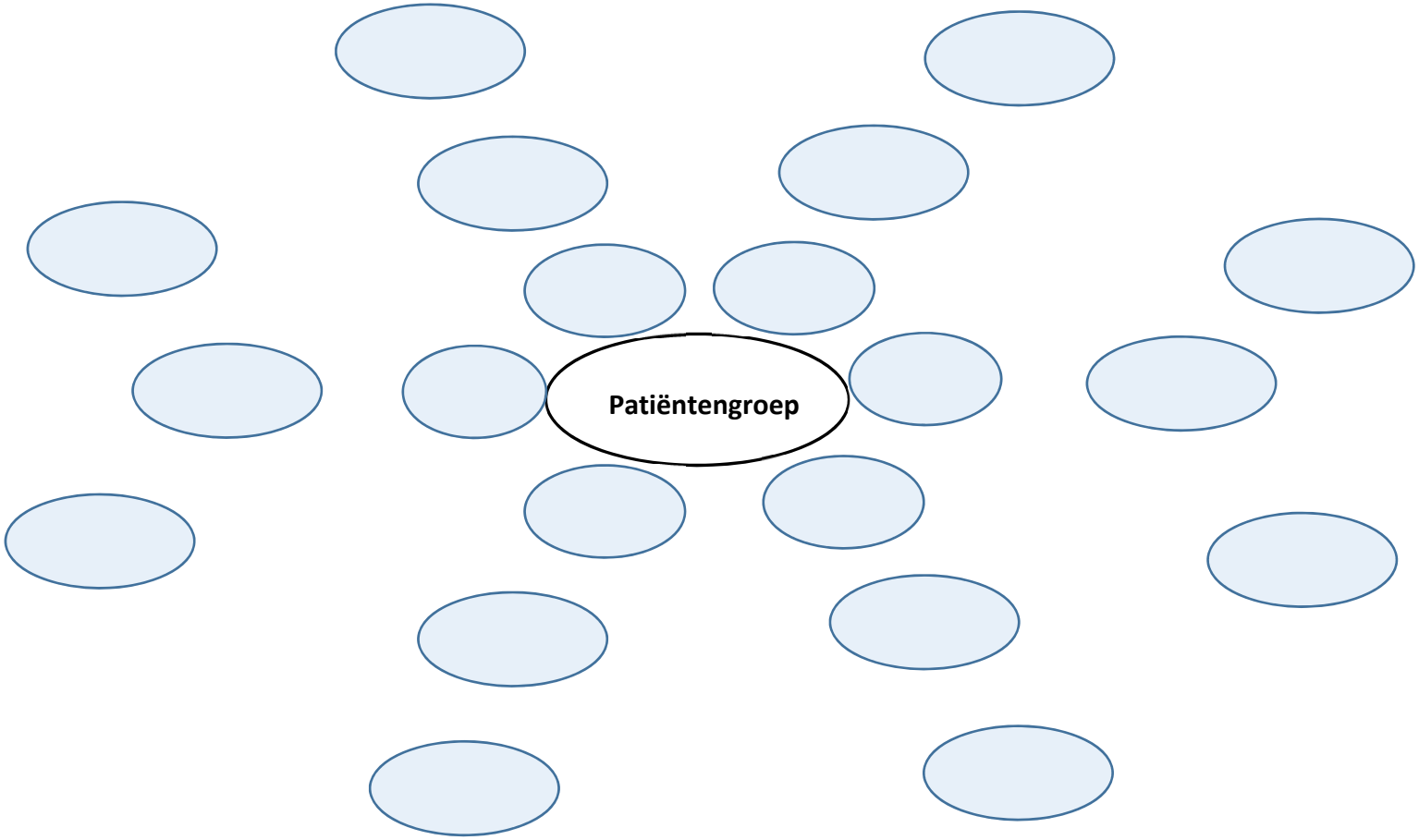
Omcirkel in onderstaande opsomming voor de gekozen patiëntengroep alle betrokkenen vanuit de eerstelijnszorg en welzijn die volgens u voor deze patiëntengroep van belang zijn. Beperk u hierbij niet tot bestaande samenwerkingsverbanden, maar probeer zo breed mogelijk te denken. Vul de opsomming zo nodig aan.

Huisarts / schuldhulpverlener / fysiotherapeut / oefentherapeut / verloskundige / logopedist / eerstelijnspsycholoog / apotheker / thuisverpleegkundige / wijkverpleegkundige / tandarts / arts infectieziekte bestrijding / psycholoog van een consultatiebureau / jeugdarts / maatschappelijk werker / sociaal psychiatrisch verpleegkundige / manueel therapeut / diëtist / welzijnswerkers / medisch specialist / …….

### Stap 1b : Positionering betrokken professionals

- Op de volgende pagina staat een voor gestructureerd netwerk rondom de patiëntengroep getekend.
- Positioneer de door u geselecteerde professionals (inclusief u zelf) schematisch in de lichtblauwe cirkels ten opzichte van de gekozen patiëntengroep. De afstand tot de patiëntengroep geeft de mate aan waarin deze zorgverlener volgens u van belang is voor deze patiëntengroep. Waar nodig, kunt u zelf cirkels toevoegen en/of leeglaten.
- Geef door middel van verbindende lijnen aan tussen welke zorgverleners er reeds samenwerking is. De relatieve afstand tussen de zorgverleners representeert de intensiteit van de samenwerking. Bij samenwerking kunt u bijvoorbeeld denken aan structureel formeel of informeel contact, afspraken over verantwoordelijkheden, standaarden, structureel uitwisselen van informatie, en structureel feedback geven.
- Geef in uw schema aan op welke wijze de zorgverzekeraar en het politiek systeem (veelal de gemeente) bij de zorg en ondersteuning voor deze patiëntengroep betrokken zijn. Door middel van een plus-teken, een min-teken of een plus/min-teken aan hoe tevreden u bent met de steun die u van de gemeente en zorgverzekeraar ondervindt ten behoeve van de zorg voor de geselecteerde patiëntengroep. Doe dit afzonderlijk voor beide partijen, en geef het onderscheid aan.

*Uw sociale netwerk schema:*



### Stap 1c : Organisatorische structuren rondom de professionals [individueel invullen]

Alle professionals waarmee u samenwerkt, werken binnen een bepaalde organisatieverband. Hierbij kunt u denken aan een thuiszorgorganisatie, een groepspraktijk, een zorggroep, een gezondheidscentrum etc. Geef per professional in uw schema op de vorige pagina aan binnen welke organisatorische structuur ze werkzaam zijn. Geef vervolgens aan tussen welke organisaties er samenwerkingsverbanden zijn (op bestuurlijk niveau) door middel van het trekken van lijnen. Zet vervolgens bij elke lijn een plus (positief) of min (negatief), waarmee u aangeeft hoe de samenwerking volgens u verloopt.

*Neem uw schema en bijbehorende antwoorden op de bovenstaande vragen mee naar de workshop. Dit zal als input voor de workshop dienen.*