

De uitdaging van integraal organiseren in de geboortezorg

Bevorderende en belemmerende factoren bij het realiseren van Integrale Geboortezorgorganisaties



“The only thing that will redeem mankind is cooperation”

Bertrand Russell - 1950

Student: Emma Zwaveling
Datum: 12 april 2024
Opleiding: Master of Health and Business Administration
Opleidingsinstituut: Erasmus Centrum voor Zorgbestuur
Thesisbegeleider: Prof. dr. Richard Janssen
Tweede beoordelaar: Prof. dr. ir. Kees Ahaus

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting.....	4
Management Summary.....	5
Lijst van afkortingen	6
1. Inleiding	7
1.1 Doelstelling	9
1.2 Vraagstelling.....	9
1.3 Wetenschappelijke relevantie	10
1.4 Maatschappelijke relevantie	10
2. Theoretisch kader	11
2.1 Modellen voor integrale zorg	11
2.1.1 Rainbow Model for Integrated Care.....	11
2.1.2 Development Model for Integrated Care.....	13
2.2 Keuze conceptueel model.....	14
3. Methode en onderzoeksopzet	15
3.1 Type onderzoek	15
3.1.1 Keuze onderzoeksobjecten	15
3.2. Onderzoeksmateriaal, wijze van dataverzameling en analyse.....	16
3.2.1 Literatuurstudie.....	16
3.2.2 Kenmerkenvragenlijst bestaande IGO's	16
3.2.3 Twee focusgroepen en interviews met vertegenwoordigers Annature en HJGC.....	16
3.2.4 Validatiesessie met brede vertegenwoordiging vanuit het veld.	17
3.3 Kwaliteit van het onderzoek.....	18
4. Resultaten deel 1: literatuurstudie en IGO-vragenlijst	19
4.1 Resultaten literatuurstudie: ontwikkeling IGO's in Nederland	19
4.1.1 Wetenschappelijke literatuur IGO's.....	19
4.1.2 Beleidsevaluaties Experiment integrale geboortezorg.....	21
4.1.3 Toekomst van IGO's.....	22
4.2 Resultaten IGO-vragenlijst: huidige situatie	23
5. Resultaten deel 2: focusgroepen en interviews	25
5.1 Casestudies Annature en HJGC: belemmerende en bevorderende factoren.....	25
5.1.1 Microniveau van klinische integratie	26
5.1.2 Mesoniveau van professionele en organisatorische integratie.....	29
5.1.3 Macroniveau van systeemintegratie	33
5.1.4 Functionele en normatieve integratie	35

5.2	Validatiesessie: consolideren en stimuleren	37
5.2.1	Consolideren van IGO's	37
5.2.2	Stimuleren van IGO's	38
6.	Conclusie, discussie en aanbevelingen	40
6.1	Conclusie	40
6.1.1	Welke vormen van IGO's zijn er nu in Nederland?	40
6.1.2	Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij het vormen van IGO's?	40
6.1.3	Hoe kunnen IGO's, eenmaal tot stand gekomen, worden behouden?	42
6.1.4	Op welke wijze kan de realisatie van IGO's worden gestimuleerd?	42
6.1.5	Beantwoording hoofdvraag	43
6.2	Discussie	45
6.2.1	Bijdrage van de studie	45
6.2.2	Sterktes en zwaktes van de onderzoeksaanpak	47
6.3	Aanbevelingen voor wetenschap en praktijk	48
7.	Literatuurlijst	50
	Bijlage 1 – Protocol systematische zoekmethode	54
	Bijlage 2 – Itemlijst focusgroepen en interviews 21 factoren RMIC	56
	Bijlage 3 – Codeboom bevorderende en belemmerende factoren	58
	Bijlage 4 – Codeboom consoliderende en stimulerende factoren	60
	Bijlage 5 - Geïnccludeerde artikelen systematische zoekmethode per onderzoeksvraag	61

Managementsamenvatting

In 2017 is het ‘Experiment integrale bekostiging van de geboortezorg’ geïntroduceerd door het Ministerie van VWS. Door het oprichten van een Integrale Geboortezorgorganisatie (IGO), bestaande uit alle geboortezorgpartijen in een regio, konden vanaf dat moment de verschillende onderdelen van de geboortezorg gezamenlijk gecontracteerd worden in één integraal bekostigingscontract. Het doel van het experiment was de samenwerking tussen de geboortezorgpartijen verbeteren door de bekostiging integraal vorm te geven, met betere gezondheidsuitkomsten, patiëntervaringen en efficiëntie als gevolg. Integrale bekostiging zou resulteren in betere risico-inschatting en intercollegiaal overleg, betere patiëntervaringen door continuïteit van zorg gedurende de zwangerschap en meer doelmatigheid door minder dubbele diagnostiek, declaraties en behandeling, ten opzichte van de huidige gefragmenteerde monodisciplinaire bekostiging binnen een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV).

Na zeven jaar is gebleken dat het oprichten van IGO's niet eenvoudig is. Ook bestaat er landelijk geen consensus dat integrale bekostiging uitgevoerd door IGO's de juiste weg voorwaarts is. Het resultaat van het experiment is dat er in 2024 in 7 geboortezorgregio's IGO's actief zijn, naast 68 VSV's. Tegelijkertijd zijn er in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) afspraken gemaakt over het borgen van de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Een oplossingsrichting in het IZA is het stimuleren van intensievere, integrale en regionale samenwerking. Deze ontwikkelingen zijn de aanleiding van dit onderzoek. Het doel van dit onderzoek is leren wat bevorderende en belemmerende factoren zijn bij de totstandkoming van IGO's, op basis waarvan lessen getrokken kunnen worden voor bredere integrale zorg initiatieven zoals beschreven in het IZA. Daarnaast beoogt het onderzoek inzicht te geven in hoe deze bevorderende factoren gestimuleerd kunnen worden en op welke wijze integrale zorg initiatieven duurzaam geborgd kunnen worden. De hoofdvraag van het onderzoek luidt: *‘Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn aan de orde bij het realiseren, consolideren en stimuleren van Integrale Geboortezorgorganisaties?’*

Om de onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen te beantwoorden is een collectieve casestudie uitgevoerd waarbij twee IGO's zijn geselecteerd als onderzoeksobject, IGO Haga Juliana Geboortecentrum (HJGC) in regio Den Haag en IGO Annature in regio Breda. Het theoretisch kader van het onderzoek is het Rainbow Model of Integrated Care (RMIC). Dit model is ontwikkeld om integrale zorg initiatieven te analyseren en evalueren en wordt toegepast in wetenschap en praktijk. Het onderzoek bestaat uit vijf stappen, een literatuurstudie waarbij met een systematische zoekmethode literatuur over IGO's is onderzocht, een IGO-kenmerken vragenlijst uitgezet onder de huidige IGO-bestuurders, twee focusgroepen met respectievelijk het dagelijks bestuur van het HJGC en de directie van Annature, aanvullende interviews met sleutelfiguren van HJGC en Annature en tot slot een validatiesessie met een brede groep experts binnen de geboortezorg.

Het onderzoek resulteert in een overzicht van de IGO literatuur, waarbij 26 artikelen zijn geïnccludeerd, net als een overzicht van de kenmerken van de zeven actieve IGO's. Daarnaast heeft het onderzoek een overzicht van de bevorderende en belemmerende factoren opgeleverd die aan de orde zijn bij het realiseren, consolideren en stimuleren van IGO's. De factoren zijn geclusterd in zes thema's gekoppeld aan de verschillende niveaus van het RMIC. De factoren zijn voorzien van concrete voorbeelden vanuit de HJGC en Annature context bruikbaar voor andere regio's om van te leren. De resultaten leveren een bijdrage aan de wetenschappelijke literatuur over IGO's en alternatieve bekostigingsmodellen in de zorg, en daarmee aan het politieke debat over de toekomst van integrale bekostiging en IGO's in Nederland. Ook is het RMIC model empirisch getoetst voor de geboortezorg waarmee de bruikbaarheid is toegenomen. De belangrijkste bijdrage van dit onderzoek is door middel van de bestudering van de twee casestudies kennis opdoen die relevant is voor andere (geboortezorg)regio's en landelijk beleid voor het opzetten, behouden en stimuleren van integrale zorg initiatieven.

Management Summary

In 2017, the 'Experiment on Integrated Funding of Maternity Care' was introduced by the Ministry of Health, Welfare and Sport. By establishing an 'Integrale Geboortezorgorganisatie' (IGO), consisting of all maternity care parties in a region, the various components of maternity care could be collectively contracted in one integrated funding contract from that moment on. The goal of the experiment was to improve collaboration among maternity care parties by shaping funding integrally, resulting in better health outcomes, patient experiences, and efficiency. Integrated funding was expected to lead to better risk assessment and intercollegial consultation, improved patient experiences through continuity of care during pregnancy, and greater efficiency by reducing duplicate diagnostics, claims, and treatments compared to the current fragmented monodisciplinary funding within the maternity care regions.

After seven years, it has been found that establishing IGOs is not straightforward. There is also no national consensus that integrated funding executed by IGOs is the right way forward. The result of the experiment is that in 2024, there are active IGOs in 7 maternity care regions, alongside 68 VSVs. At the same time, agreements have been made in the 'Integraal Zorg Akkoord' (IZA) to ensure the accessibility, quality, and affordability of care. A solution proposed in the IZA is to focus on more intensive, integrated, and regional collaboration. These developments are the motivation for this research. The aim of this research is to understand the facilitating and inhibiting factors in the establishment of IGOs, based on which lessons can be drawn for broader integrated care initiatives as described in the IZA. Additionally, the research aims to provide insight into how these facilitating factors can be promoted and how integrated care initiatives can be sustainably secured. The main question of the research is: *'What facilitating and inhibiting factors are relevant in realizing, consolidating, and promoting IGOs?'*

To answer the research question and associated sub-questions, a collective case study was conducted, involving two IGOs selected as research objects: IGO Haga Juliana Birth Center (HJGC) in the The Hague region and IGO Annature in the Breda region. The theoretical framework of the research is the Rainbow Model of Integrated Care (RMIC). This model is developed to analyze and evaluate integrated care initiatives and is applied in both science and practice. The research consists of five steps: a literature review examining literature on IGOs using a systematic search method, a survey on IGO characteristics distributed among current IGO administrators, two focus groups with the respective executive boards of HJGC and the management of Annature, additional interviews with key figures from HJGC and Annature, and finally a validation session with a broad group of experts in maternity care.

The research results in an overview of IGO literature, including 26 articles, as well as an overview of the characteristics of the seven active IGOs. Additionally, the research has provided an overview of the facilitating and inhibiting factors relevant in realizing, consolidating, and promoting IGOs. These factors are clustered into six themes linked to the different levels of the RMIC. The factors are accompanied by concrete examples from the HJGC and Annature contexts, useful for other regions to learn from. The results contribute to the scientific literature on IGOs and alternative funding models in healthcare, as well as to the political debate on the future of integrated funding and IGOs in the Netherlands. Additionally, the RMIC model has been empirically tested for maternity care, increasing its usability. The main contribution of this research is to gain knowledge relevant to other (maternity care) regions and national policy for establishing, maintaining, and promoting integrated care initiatives through the study of the two case studies.

Lijst van afkortingen

ACM = Autoriteit Consumenten en Markt

ALV = Algemene Leden Vergadering

BUZZ-II = Bekostigen Uitkomsten Zorg (van de) Zwangere II

CPZ = College Perinatale Zorg

COMPLETE = Connecting Obstetric, Maternity, Pediatric and Preventive chiLd hEalTh carE

DMIC = Development Model for Integrated Care

EPD = Elektronisch Patiëntendossier

GB = Geboortezorgberaad

HJGC = Haga Juliana Geboortecentrum

ICHOM = International Consortium for Health Outcomes Measurement

IGO = Integrale Geboortezorgorganisatie

IZA = Integraal Zorgakkoord

JGZ = Jeugdgezondheidszorg

KIC = Keten incident- en complimentencommissie

KNOV = Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

KSV = Kraamzorg Samenwerkingsverband

VOICE = Variation in the Organisation of Integrated CarE

VSV = Verloskundig Samenwerkingsverband

MDO = Multidisciplinair Overleg

MHBA = Master of Health and Business Administration

Ministerie van VWS = Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

MSB-A = Medisch Specialistisch Bedrijf Amphia

N.A.Z. = Nederlandse Artikelendatabank voor de Zorg

NVOG = Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

NZA = Nederlandse Zorgautoriteit

PREMs = Patient-Reported Experience Measures

RIVM = Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

RMIC = Rainbow Model of Integrated Care

VCB&O = Verloskundigen Coöperatie Breda & Omgeving

ZIG = Zorgstandaard Integrale Geboortezorg

1. Inleiding

Nederland kent een uniek geboortezorgstelsel ten opzichte van de rest van Europa. In geen ander Europees land ligt de nadruk zo sterk op fysiologische begeleiding, met een centrale rol voor de eerstelijnsverloskundige en kraamzorg. In principe wordt de zwangere begeleid door een eerstelijnsverloskundige en alleen overgedragen naar de klinisch verloskundige of gynaecoloog in het ziekenhuis als dit medisch noodzakelijk is. Nederland is vrijwel het enige land waar vrijwillig thuis wordt bevallen. In de praktijk wordt het merendeel van de zwangere vrouwen uiteindelijk toch overgedragen naar de tweedelijns vanwege complicaties, een verhoogd risico op complicaties of een pijnstillingsverzoek. In 2022 bevielden 168.838 vrouwen, van hen bevield 26,9% in de eerste lijn en 72,8% in de tweedelijns (Perined, 2023). Ook de zorg na de bevalling in Nederland is uniek, de eerste acht dagen wordt het gezin ondersteund door een kraamverzorgende.

Ondanks het hoge niveau van de gezondheidszorg in Nederland waren er in de afgelopen decennia zorgen over de kwaliteit van de geboortezorg. Voor 2009 stierven er in Nederland relatief veel baby's na de geboorte. Ondanks dat het perinatale sterftecijfer in de vijftig jaar ervoor sterk was gedaald, lieten de cijfers zien dat Nederland relatief slecht presteerde ten opzichte van andere landen (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009). Een opvallende en ongewenste conclusie gezien de goede gezondheidsvoorzieningen in Nederland. Dat is reden dat de toenmalige minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) Ab Klink een externe stuurgroep zwangerschap en geboorte heeft ingesteld, met de opdracht: *“Breng voor 1 januari 2010 een advies aan mij uit met concrete en realistische voorstellen om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren, zodat waar mogelijk de perinatale sterfte en morbiditeit kan worden teruggedrongen.”* Het rapport van deze stuurgroep is de basis voor integrale samenwerking in de geboortezorg. De stuurgroep adviseerde dat alle geboorteprofessionals en netwerk moeten vormen voor een zo gezond en veilig mogelijke zorg rond zwangerschap en geboorte. Goede samenwerking in het geboortezorgnetwerk wordt gezien als een randvoorwaarde voor veilige zorg (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009). Dit advies resulteerde in de verplichting voor elke regio om een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) op te richten, vastgelegd in de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG). Een VSV is een regionaal netwerk waarin eerstelijnsverloskundigen, regionaal actieve kraamzorgorganisaties, gynaecologen en andere geboortezorgprofessionals werkzaam in het ziekenhuis of de regio gezamenlijk het kwaliteitsbeleid rondom de uitvoering van de zorg rondom de zwangerschap en geboorte vaststellen (College Perinatale Zorg (CPZ), 2020). De mate van organisatie verschilt sterk per VSV, maar over het algemeen zijn het 'lichte' vormen van samenwerking waarbinnen de eigen organisaties, of vakgroepen, leidend zijn.

Een stap verder richting de gewenste integrale samenwerking in de geboortezorg, is de introductie van het 'Experiment integrale bekostiging van de geboortezorg' in 2017 door het Ministerie van VWS. Dit betekende dat alle onderdelen van de geboortezorg gezamenlijk gecontracteerd konden worden in één integraal bekostigingscontract. Deze nieuwe bekostiging vereiste ook een nieuwe organisatievorm. Om integraal geboortezorg in te kopen was een intensievere en meer formele organisatievorm vereist: de Integrale Geboortezorgorganisatie (IGO). Hier zijn de verschillende zorgaanbieders in de geboortezorg, verloskundigen, gynaecologen, kraamzorg, en het ziekenhuis, ondergebracht in één integrale organisatie. De IGO is verantwoordelijk voor het leveren en coördineren van geboortezorg in een regio. Er wordt een integraal bekostigingscontract gesloten tussen de IGO en een zorgverzekeraar. Hierin worden afspraken gemaakt over een vrij onderhandelbaar integraal tarief voor negen deelprestaties, ingedeeld in prenatale, natale of postnatale fase. Daarnaast worden afspraken gemaakt over kwaliteitseisen van zorg en de verantwoordingsinformatie voor de verzekeraar. De IGO levert de zorg zelf of sluit overeenkomsten met zorgaanbieders.

Het doel van het experiment was de samenwerking tussen de geboortezorgpartijen verbeteren door de bekostiging en contractering integraal vorm te geven, met betere gezondheidsuitkomsten,

patiëntervaringen en efficiëntie als gevolg (Struijs, de Bruin-Kooistra, Heijink & Baan, 2016). Integrale bekostiging zou resulteren in betere risico-inschatting en intercollegiaal overleg, betere patiëntervaringen door continuïteit van zorg gedurende de gehele zwangerschap en meer doelmatigheid door minder dubbele diagnostiek, declaraties en behandeling (Struijs, de Vries, van Dorst, Over & Baan, 2018). De aanleiding was volgens Struijs et al. (2018) het gegeven dat de huidige gefragmenteerd monodisciplinaire bekostiging binnen de VSV's, doelmatige samenwerking, coördinatie en afstemming tussen de verschillende professionals leek te belemmeren. Bij monodisciplinaire bekostiging declareert elke geboortezorgprofessional of -organisatie voor het eigen aandeel geleverde zorg binnen het traject van zwangerschap en geboorte. Uit onderzoek van Perdok et al. (2016) en Warmelink et al. (2017) blijkt dat er voorafgaand aan het experiment grote verdeeldheid bestaat onder geboortezorgprofessionals over hoe de geboortezorg het beste georganiseerd kan worden, met name tussen de eerstelijnsverloskundigen en gynaecologen. Deze beroepsgroepen hebben van oudsher een andere visie op goede geboortezorg en niet altijd vertrouwen in elkaars expertise. Cronie, Rijnders, Jans, Verhoeven & de Vries (2018) en de Vries et al. (2018) bevestigen dat de samenwerking tussen de geboortezorgpartijen in Nederland op dat moment suboptimaal is en een negatief effect heeft op de kwaliteit van zorg. Lips, Molenaar en Schuitmaker-Warnaar (2020) laten zien dat er bereidheid is om de samenwerking te verbeteren, maar dat met name systemische belemmeringen (financieel, juridisch, organisatorisch) dit in de weg staan. Het Nederlandse geboortezorglandschap kent in 2024 68 VSV's en zeven actieve IGO's.

Een van deze IGO's is Annature in de regio Breda, waar de onderzoeker als bedrijfsmanager Vrouw-Moeder-Kind van het Amphia ziekenhuis directielid van is. Binnen Annature werken de kraamzorg, eerstelijnsverloskundigen, ziekenhuis en vakgroep gynaecologen intensief samen. Voor de negen deelprestaties ontvangen de partners een integraal tarief waar alle zorgactiviteiten geleverd door de verschillende partners onder vallen (bundelbekostiging). Daarnaast onderhandelt Annature zelf met de zorgverzekeraar over de hoogte van de tarieven. De jaarlijkse inkomsten worden verdeeld over de partners aan de hand van een vast percentage in plaats van het aantal verrichtingen. Hiermee is een gezamenlijke verantwoordelijkheid ontstaan voor de zwangeren in de regio. Door het wegnemen van de productieprikkel en een intensievere meer gelijkwaardige samenwerking, is de verwachting dat de gemeten en ervaren kwaliteit toeneemt (de Vries, Scheefhals, Exel en Struijs, 2022). Dit blijkt uit een recent verschenen artikel van Hermans et al. (2024) waarin wordt aangetoond dat integrale geboortezorg in Zuidwest-Nederland leidt tot een afname van aantal vroeggeboortes en een te laag geboortegewicht. Daarnaast werken alle collega's binnen de IGO Annature vanuit één integraal patiëntendossier in het elektronisch patiëntendossier (EPD) en hebben daarmee inzicht in alle benodigde patiëntinformatie wat een positief effect heeft op de kwaliteit van zorg. Deze vorm van samenwerken maakt het tevens mogelijk om integrale projecten te realiseren en zorg te verschuiven van de tweede- naar de eerstelijns, vanwege de afwezigheid van perverse prikkels. Uiteindelijk moet de verdeelsystematiek aansluiten bij waar de inspanning wordt geleverd en waar de kosten worden gemaakt. Vanuit de IGO besluiten de partners samen in een integrale directie hoe en waar de meeste waarde wordt gecreëerd tegen de laagste kosten. Binnen Annature zijn er inmiddels meerdere zorgverschuivingen geïmplementeerd waarbij de eerstelijns een grotere rol krijgt ten opzichte van de tweedelijns. Dit zijn onder andere de zorgpaden zwangerschapsdiabetes en pijnstillingsverzoek (BUZZ-II, 2023).

Annature wordt landelijk genoemd als goed voorbeeld op het gebied van integrale zorg en regionale samenwerking. Ondanks dat het in de Breda regio goed lijkt te werken is er geen landelijke consensus dat elke VSV over zou moeten gaan in een IGO, ondanks de verwachte voordelen (De Vries et al., 2022). Dit blijkt onder andere uit het gegeven dat er tot op heden maar zeven actieve IGO zijn, waarbij een achtste regio de IGO weer heeft ontbonden. Uit de monitor onderzoeken van het RIVM en de NZA blijkt dat er zorgen zijn over de administratieve belasting van het vormen van een IGO (Struijs et al., 2018; Struijs et al., 2020; de Vries et al., 2022; NZA, 2020). De verwachting is dat er daarnaast in veel regio's politieke, culturele en samenwerkingsaspecten een rol spelen. De aanhoudende discussie maakt dat Ministerie van VWS geen besluit neemt over verplichte ingang van IGO's, terwijl de NZA eerder adviseerde om dit per 2028 te implementeren als enige reguliere bekostiging. Dit onderzoek is erop

gericht de Nederlandse IGO-context beter te begrijpen en te leren waarom het oprichten van integrale organisaties zoals IGO's weerbarstig is in de praktijk.

1.1 Doelstelling

Het voorzichtige overheidsbeleid rondom de implementatie van IGO's is opmerkelijk gezien de tendens in het huidige zorglandschap juist ligt op regionalisering en intensievere integrale samenwerking over de domeinen van zorg heen. In 2023 is het Integraal Zorgakkoord (IZA) (VWS, 2023) gesloten waarbij voor het eerst de partijen in de zorg gezamenlijk één akkoord hebben gesloten, in plaats van aparte akkoorden voor de verschillende domeinen van zorg. Het belangrijkste doel van het IZA is om de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid te vergroten door als partners samen te werken en gezamenlijk plannen te maken hoe op regionaal niveau de zorg het beste geleverd kan worden. Het vormen van IGO's sluit naadloos aan bij deze transitie. In het IZA staat daarnaast de opdracht voor regio's om ketensamenwerking vorm te geven met alle partijen die zorg en ondersteuning leveren binnen de eerste 1000 dagen van een kind. Uit onderzoek blijkt dat de eerste 1000 dagen cruciaal zijn voor de lichamelijke, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling met impact op latere gezondheid, educatie, arbeid en participatie aan de samenleving (Roseboom et al. 2001; Rosenboom, Painter, Abeelen, Veenendaal & de Rooij, 2011). Deze beweging, die kansrijke start wordt genoemd, bevat naast de geboortezorg partijen ook de Jeugdgezondheidszorg, Gemeenten, Huisartsen en Kindergeneeskunde. Dit betekent dat de integrale samenwerking niet alleen nodig is binnen de geboortezorg maar breder bij alle partners die betrokken zijn bij kansrijke start.

Uit de omvangrijke hoeveelheid beschikbare literatuur over integrale zorg is bekend dat het kan bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit, efficiëntie (doelmatigheid) en de toegankelijkheid van zorg voor patiënten (Baxter et al., 2018). Het is echter ook bekend dat de totstandkoming van succesvolle integrale zorg initiatieven een complex en veelzijdig vraagstuk is (Hughes, Shaw & Greenhalgh, 2020). Om deze vraagstukken beter te begrijpen zijn er verschillende modellen ontwikkeld om integrale zorg initiatieven te onderzoeken en evalueren. Met uitzondering van een aantal monitorrapporten gepubliceerd door het RIVM en de NZA, is er nog beperkt wetenschappelijk onderzoek gedaan naar IGO's in Nederland, aangezien het een relatief jong vakgebied is sinds de oprichting in 2017.

Gezien de maatschappelijke opgave om meer integraal samen te werken in de regio, niet alleen binnen de geboortezorg, maar ook met alle partijen betrokken bij kansrijke start, is het nodig integrale samenwerking beter te begrijpen. Het doel van dit onderzoek is door het bestuderen van de Nederlandse IGO-context, aan de hand van een gevalideerd model voor integrale zorg, te leren wat belemmerende en bevorderende factoren zijn bij de realisatie van integrale zorg initiatieven. Daarnaast moet het onderzoek inzicht geven hoe deze bevorderende factoren gestimuleerd kunnen worden en op welke wijze integrale zorg initiatieven duurzaam geborgd kunnen worden. De bijdrage van het onderzoek is daarmee tweeledig: de resultaten kunnen ten eerste bijdrage aan het versnellen van de overgang van VSV's naar IGO's in meer regio's en ten tweede bijdragen bij het vormen van de regionale ketensamenwerking kansrijke start die volgens het IZA in elke regio opgezet moet worden.

1.2 Vraagstelling

Op basis van de probleemstelling en doelstelling is de hoofdvraag van dit onderzoek:

Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn aan de orde bij het realiseren, consolideren en stimuleren van Integrale Geboortezorgorganisaties?

Deelvragen bij deze hoofdvraag zijn:

1. Welke vormen van IGO's zijn er nu in Nederland?
2. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij het vormen van een IGO?
3. Hoe kunnen IGO's, eenmaal tot stand gekomen, worden behouden?
4. Op welke wijze kan de realisatie van IGO's worden gestimuleerd?

1.3 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek kan een bijdrage leveren aan de (wetenschappelijke) kennis over een specifieke vorm van integrale samenwerking in de geboortezorg in Nederland, de IGO. Ondanks de omvangrijke hoeveelheid internationale literatuur over integrale zorg, is het vakgebied van IGO nog beperkt onderzocht met uitzondering van monitoronderzoek van het RIVM en de NZA (Struijs et al., 2018; Struijs et al., 2020; de Vries et al., 2022; NZA, 2020). Deze rapporten concluderen ten eerste dat er meer onderzoek nodig is om de effecten van IGO's op gezondheidsuitkomsten, uitgaven en patiënttevredenheid in kaart te brengen, en ten tweede naar de redenen waarom de totstandkoming van IGO's zo complex lijkt te zijn. Dit onderzoek geeft inzicht in deze tweede vraag en levert daarmee een bijdrage met de kennis over specifiek IGO's. Deze kennis kan vervolgens gegeneraliseerd worden naar ander soort integrale samenwerkingsinitiatieven en andere sectoren zoals kansrijke start. Tot slot biedt dit onderzoek een empirische verdieping voor het Rainbow Model of Integrated Care (RMIC), dat is ontwikkeld om integrale zorg initiatieven te analyseren en evalueren. Hierbij ontstaat nieuwe kennis over de specifieke IGO context in Nederland op basis van een gevalideerd model.

1.4 Maatschappelijke relevantie

Gezien de maatschappelijke opgave die Nederland heeft onderstreept in het IZA, wordt integraal samenwerken de komende jaren enkel belangrijker. De nadruk ligt steeds meer op gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgorganisaties om kwalitatief hoogwaardige zorg voor cliënten en patiënten in een regio toegankelijkheid en doelmatig te houden. De overtuiging is dat enkel door beter en intensiever samen te werken dit gerealiseerd kan worden (IZA, 2023). Dit geldt voor de geboortezorg, voor het domein van kansrijke start, maar ook voor andere vormen van regionale samenwerking zoals de spoedzorg. Het is des te belangrijker om te begrijpen hoe integrale samenwerkingsinitiatieven succesvol tot stand komen, en welke factoren dit mogelijk in de weg staan. Zo kunnen professionals, beleidsmakers en bestuurders aan de slag met het realiseren van meer integrale zorg initiatieven in Nederland om een bijdrage te leveren aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

2. Theoretisch kader

Om te komen tot een conceptueel kader voor dit onderzoek is het van belang inzicht te krijgen in welke modellen er bestaan om integrale samenwerking, en de verschillende begrippen die daarbij centraal staan, te duiden. Dit hoofdstuk biedt inzicht in twee modellen die in de literatuur over integrale zorg modellen naar voren komen en sluit af met een uiteenzetting welk model het meest passend is om de realisatie van IGO's in Nederland te analyseren en evalueren om uiteindelijk de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

2.1 Modellen voor integrale zorg

In tegenstelling tot wetenschappelijke literatuur over IGO's in Nederland is de internationale literatuur over integrale zorg omvangrijk. Om zicht te krijgen op relevante literatuur over integrale zorg en beschikbare modellen om integrale zorginitiatieven te evalueren, is gezocht naar systematic reviews.

In 2020 is een systematic review gepubliceerd waarin de volgende definitie wordt gehanteerd: *“Integrale zorg is een breed concept dat wordt gebruikt om een set verbonden klinische, organisatorische en beleidsmatige veranderingen te beschrijven, die gebruikt worden om de dienstverlening (zorgverlening) te verbeteren op het gebied van efficiëntie, patiëntervaringen en uitkomsten”* (Hughes et al., 2020). Uit dit onderzoek blijkt dat er door de veelheid aan verschillende integrale zorg initiatieven geen consensus bestaat over wat het is (ontologie) en hoe we het kunnen onderzoeken en beter kunnen begrijpen (epistemologie). De onderzoekers concluderen dat het integreren van medische en sociale zorg systemen een veelzijdig en complex vraagstuk is.

Ondanks de complexiteit van het vraagstuk bestaat er een brede overtuiging onder beleidsmakers dat integratie van zorg over de verschillende lijnen heen essentieel is voor het verbeteren van de kwaliteit, efficiëntie (doelmatigheid) en de toegankelijkheid van zorg voor patiënten. Dit wordt bevestigd in een andere systematic review naar de effecten van integrale zorg (Baxter et al., 2018). De onderzoekers concluderen dat geïntegreerde zorg concepten patiënttevredenheid, kwaliteit van zorg en toegankelijkheid van zorg vergroten, maar de effecten op het gebied van kostenbesparing onduidelijk blijven.

Een onmisbaar concept binnen integrale zorg is het ontwikkelen van zorgketens, ook wel zorgpaden genoemd. Zorgketens zijn vormen van samenwerking gericht op het faciliteren van de samenwerking binnen het primaire proces, de ondersteunende diensten en het management, om te komen tot een bestuurbaar, doelmatig en kwalitatief hoogwaardig integraal aanbod voor cliënten en patiënten (Fabricotti, 2007). Het ontwikkelen van zorgketens is in lijn met het onderzoek van Hughes et al. (2020) niet eenvoudig. Het is niet duidelijk welke structuren hiervoor het meest geschikt zijn, en het samenwerken over verschillende domeinen is complex vanwege de verschillen in culturen, werkwijzen en belangen (Fabricotti, 2007).

2.1.1 Rainbow Model for Integrated Care

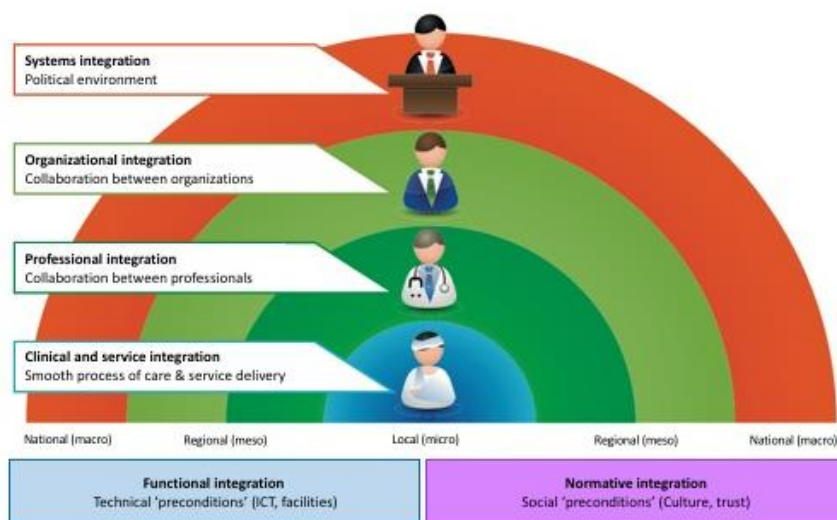
Inmiddels zijn er verschillende conceptuele modellen ontwikkeld om integratie van zorg beter te begrijpen. Pim Valentijn en collega's hebben zo'n model ontwikkeld dat nu breed is geaccepteerd en wordt toegepast in wetenschap en praktijk. Het RMIC helpt onderscheid maken in de plek, het bereik en de scope van verschillende integratie initiatieven in een specifieke context (Valentijn, Schepman, Opheij & Bruijnzeels, 2013).

Het RMIC identificeert drie dimensies van integratie, het microniveau van klinische integratie, het mesoniveau van organisatorische en professionele integratie en het macroniveau, van systeemintegratie. Het microniveau gaat over samenhang in het primaire proces van zorgverlening individuele patiënten, oftewel de mate waarin de zorg gecoördineerd wordt verleend over de grenzen van professionals, organisaties en sectoren (Shortell, Gillies & Anderson, 1994). Valentijn et al. (2013) definiëren klinische

integratie als de coördinatie van persoonsgerichte zorg in een specifieke zorgketen (tijd, plaats, discipline). Op het mesoniveau is er ten eerste professionele integratie, een netwerk van professionals zowel binnen als buiten de organisatie. Een partnerschap tussen professionals gebaseerd op gedeelde competenties en verantwoordelijkheden om continue en gelijkgerichte zorg te leveren aan een bepaalde populatie (Valentijn et al. 2013). Ten tweede spreekt het mesoniveau over organisatie-integratie. Dit betekent de mate waarin dienstverlening wordt georganiseerd in één integrale zorgketen. Het gaat om structuurmechanismen zoals contracten, strategische allianties, kennis, netwerken, fusies en gemeenschappelijk bestuur om samenhangende continue zorgverlening te kunnen bieden (Kodner, 2009). Tot slot is er op het macroniveau systeemintegratie. Systeemintegratie gaat over de mate van integratie tussen verschillende zorgdomeinen met bijbehorende wetgeving en financiering, bijvoorbeeld de tweedelij (medisch specialistische zorg), eerstelij (verloskundige zorg, kraamzorg) en de nulde lijn (sociaal domein, jeugdgezondheidszorg). Kodner (2009) stelt dat systeemintegratie zorgt voor hogere kwaliteit van zorg, hogere patiënttevredenheid en meer efficiëntie. In de praktijk is in veel gevallen sprake van fragmentatie op systeemniveau (Stange, 2009).

Naast de drie domeinen en vier soorten van integratie introduceren Valentijn, Biermann en Bruijnzeels (2016) twee begrippen om de integratie verder te classificeren: functionele en normatieve integratie, ook wel functionele en normatieve randvoorwaarden genoemd. Functionele integratie kan alle vier de vormen van integratie stimuleren met 'harde' organisatiemechanismen zoals financieel management, HR-instrumenten, personeelsplanning, kwaliteitsbeleid en informatiemanagement (Billings & Malin, 2006). De andere randvoorwaarde, normatieve integratie, is minder tastbaar maar niet minder belangrijk. Het gaat over de meer 'zachte' organisatiemechanismen zoals het ontwikkelen en onderhouden van een gemeenschappelijk referentiekader (gedeelde missie, visie, waarden en cultuur) tussen organisaties en professionals. Beide begrippen zijn versnellers voor verbinding op het micro-, meso- en macroniveau (Valentijn et al. 2013, 2016). Vervolgens zijn er verschillende empirische onderzoeken uitgevoerd om een taxonomie te ontwikkelen voor het model (Valentijn et al, 2015a; Valentijn et al, 2015b). Deze onderzoeken hebben geleid tot 21 hoofdkenmerken die belangrijk zijn voor het realiseren van integrale zorg initiatieven, verdeeld over de zes domeinen van het RMIC. Deze 21 factoren zijn de basis voor dit onderzoek en komen aan bod in hoofdstuk 3. Onderstaand figuur toont een weergave van het RMIC.

Rainbow Model of Integrated Care (RMIC)



Based on: Valentijn et al. (2013 & 2016)

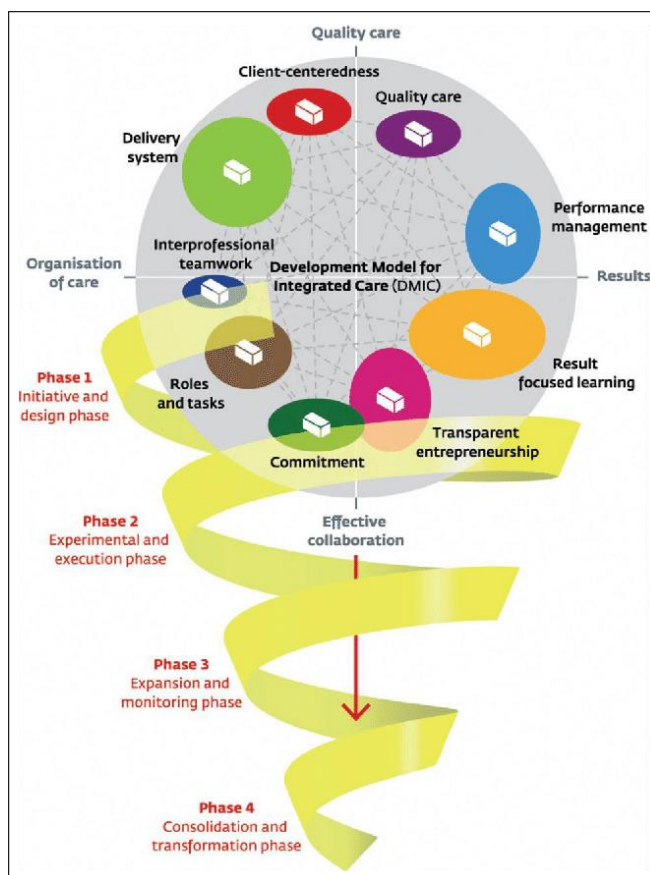
Figuur 1. RMIC

2.1.2 Development Model for Integrated Care

In het bestuderen van de literatuur over integrale zorg komt een ander model naar voren. In een onderzoek van Minkman, Ahaus, Fabricotti, Nabitz en Huijsman (2009) wordt een kwaliteitsmanagementmodel ontwikkeld voor integrale zorg. Door een combinatie van een literatuurstudie, een Delphi studie waarin 175 sleutelementen zijn geprioriteerd door experts en concept mapping is een multidimensionaal model ontwikkeld. Het resultaat is een model dat toepasbaar is voor integrale zorg initiatieven van verschillende patiëntcategorieën, waarbij sleutelementen zijn ingedeeld in negen categorieën. Het doel van het model is integrale zorg initiatieven evalueren en verbeteren. Het model wordt gevalideerd in meerdere empirische onderzoeken en krijgt uiteindelijk de titel: Development Model for Integrated Care (DMIC) (Minkmann, Vermeulen, Ahaus & Huijsman, 2011). De 9 dimensies van integrale zorg zijn:

1. Patient and client centeredness
2. Delivery system
3. Performance management
4. Quality care
5. Result focused learning
6. Interprofessional teamwork
7. Roles and tasks
8. Commitment
9. Transparent entrepreneurship

Onderstaand figuur toont een schematische weergave van het DMIC.



Figuur 2. DMIC

2.2 Keuze conceptueel model

Hoewel beide modellen geschikt zouden zijn om de Nederlandse IGO-context te onderzoeken wordt in dit onderzoek gekozen om gebruik te maken van het RMIC. Na bestudering lijkt dit model het meest compleet en het biedt de benodigde verdieping door de verschillende lagen van integratie en de normatieve en functionele randvoorwaarden. Het model is empirisch getoetst in meerdere landen en binnen verschillende patiëntcategorieën (Valentijn et al., 2016; Valentijn, et al., 2017). Daarnaast is het model reeds gebruikt in de geboortezorg in de vorm van een gevalideerde vragenlijst, de VSV-integratiemeter, nu ook wel de VSV-spiegel genoemd (Boesveld et al., 2017). Het model biedt de onderliggende basis voor een vragenlijst om de mate van integratie in een VSV te onderzoeken, die wordt aangeboden door het CPZ. De reden dat niet wordt gekozen voor het DMIC model is het feit dat dit een eendimensionaal model is met negen hoofdkenmerken. Het RMIC biedt met de verschillende dimensies en introductie van normatieve en functionele randvoorwaarden naar verwachting meer diepgang. Het risico van dit onderzoek is dat het resulteert in een algemeen lijstje van factoren die integrale samenwerking bevorderen en belemmeren. Door een meer gelaagd model te gebruiken en daarmee de resultaten te categoriseren binnen de verschillende dimensies hopen we dit te voorkomen.

In dit onderzoek worden voor twee IGO's, één waarbij sprake is van een werkende integrale organisatie, en één waarbij de integrale organisatie weer is losgelaten, onderzocht aan de hand van het RMIC. In de vorm van focusgroepen met afvaardiging van beide casussen worden de sleutelementen binnen de verschillende dimensies van het RMIC geprioriteerd en voorzien van context. Met voorbeelden uit de praktijk worden de abstracte elementen uit het model geladen en bruikbaar voor andere regio's. Op deze manier helpt het RMIC om te onderzoeken wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn bij de totstandkoming van IGO's, op welke wijze die bevorderende factoren gestimuleerd kunnen worden en wat er nodig is om IGO's te consolideren.

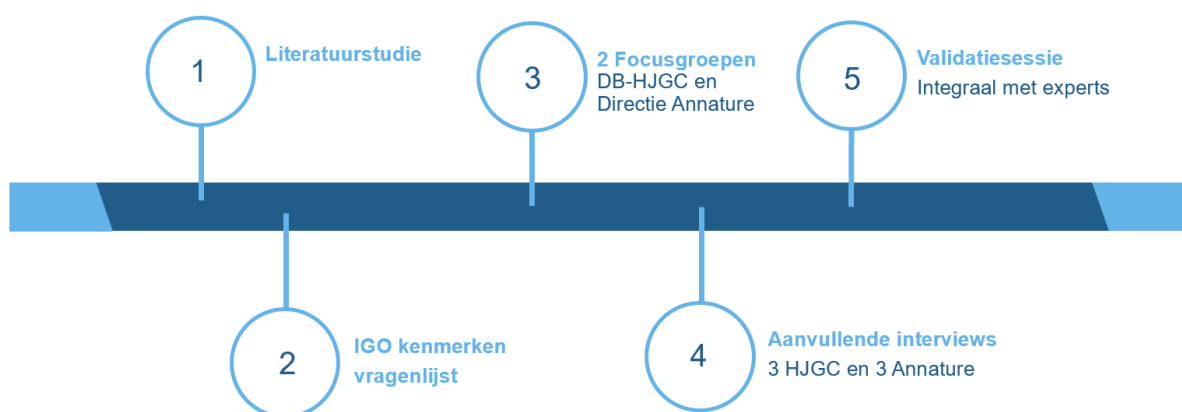
3. Methode en onderzoekopzet

Dit onderzoek beoogt antwoord te geven op de hoofdvraag: ‘Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn aan de orde bij het realiseren, consolideren en stimuleren van IGO’s?’. Om de hoofdvraag te beantwoorden is gekozen voor een specifieke onderzoeksmethode. In dit hoofdstuk wordt beschreven wat het type onderzoek is, welke methode voor dataverzameling is gekozen, wat de daarvoor benodigde databronnen zijn, hoe de data is geanalyseerd en hoe de kwaliteit van het onderzoek is gewaarborgd.

3.1 Type onderzoek

Het centrale onderzoeksdesign in dit onderzoek is een casestudy. Een casestudy is een onderzoek dat een bepaalde case of meerdere cases als studieobject neemt. In dit geval is er sprake van een collectieve casestudy waarbij twee cases worden onderzocht om uitspraken te doen over een groep cases, om zo een bijdrage te leveren aan een breder onderzoeksdomein (Mortelmans, 2020). De reden dat is gekozen voor een casestudy-design is vanwege de ambitie om met dit onderzoek meer dan algemene bevorderende en belemmerende factoren voor integraal organiseren op te leveren. Deze zijn immers al veelvuldig onderzocht, zo ook met het RMIC (Valentijn et al., 2013; Valentijn et al., 2015) of DMIC (Minkmann et al., 2011). Door twee cases als onderzoeksobject te nemen en in detail uit te werken worden de verhalen achter de algemene factoren in kaart gebracht, die andere regio’s en sectoren verder kunnen helpen met het oprichten en behouden van integrale zorg initiatieven.

Ondanks dat het zwaartepunt van het onderzoek ligt op twee cases is ook een bredere populatie onderzocht. Het onderzoek kent daarbij vijf stappen. Middels literatuuronderzoek is eerst het geboortezorglandschap en de ontwikkeling van IGO’s in kaart gebracht. Vervolgens is met behulp van een beknopte vragenlijst de kenmerken van de zeven actieve IGO’s in kaart gebracht, om er achter te komen welke vormen van IGO’s er in Nederland zijn. Daarna verdiept het onderzoek door twee cases in detail uit te werken door middel van focusgroepen en interviews. Tot slot zijn de resultaten gevalideerd en verwerkt in een validatiesessie met experts om uitspraken te doen over een bredere populatie. Het onderzoekdesign is schematisch weergegeven in onderstaand figuur.



Figuur 3. Onderzoekdesign

3.1.1 Keuze onderzoeksobjecten

Voor dit onderzoek zijn twee IGO’s geselecteerd als onderzoeksobject. Dit zijn de IGO Annature en de IGO Haga Juliana Geboortecentrum (HJGC) die inmiddels weer is ontbonden. Deze twee IGO’s zijn geselecteerd omdat het twee uitersten zijn. Annature is een vergevorderde IGO als het gaat om integrale organisatie waarbij de ervaringen positief zijn. De betrokken geboortezorgpartijen zijn overtuigd van de positieve effecten van de IGO op de kwaliteit van zorg, patiënttevredenheid en doelmatigheid. Het

HJGC aan de andere kant heeft ervoor gekozen om de IGO in 2021 weer te ontbinden omdat er onvoldoende steun was van betrokken partijen om mee verder te gaan. De verwachting is dat deze verschillende voorbeelden in het bijzonder goed inzicht kunnen geven in de bevorderende en belemmerende factoren bij het tot stand komen, behouden en stimuleren van IGO's.

3.2. Onderzoeksmateriaal, wijze van dataverzameling en analyse

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is er met behulp van verschillende methodes onderzoeksmateriaal verzameld in de verschillende onderzoeksfases zoals weergegeven in figuur 3.

3.2.1 Literatuurstudie

Het onderzoek begint met een exploratieve bestudering van de beschikbare literatuur over de Nederlandse geboortezorg, VSV's en IGO's. Aan de hand van de literatuur is het geboortezorglandschap en de opkomst van de IGO's in kaart gebracht. Gezien het beperkte aanbod van wetenschappelijke literatuur over IGO's in Nederland is een systematische zoekmethode toegepast, om zo een compleet beeld te hebben van de literatuur over dit specifieke onderwerp. Op basis van de onderzoeksvraag is een protocol opgesteld met selectiecriteria waar artikelen aan moeten voldoen, weergegeven in Bijlage 1. Op basis van de selectiecriteria is met verschillende zoekwoorden gezocht binnen meerdere databases. Er is gebruik gemaakt van de online bibliotheek van de Erasmus Universiteit, Google Scholar, PubMed, Invert en N.a.z.. Per geïncludeerd artikel is weergegeven voor welke onderzoeksvraag het relevant is, waarbij het zwaartepunt ligt op de eerste deelvraag. De literatuurstudie is ook gebruikt om de topiclijst te ontwikkelen voor de IGO-kenmerkenvragenlijst. Het RMIC is verder bestudeerd om de topiclijst voor de focusgroepen en aanvullende interviews op te stellen.

3.2.2 Kenmerkenvragenlijst bestaande IGO's

Enkel op basis van de literatuur is het niet mogelijk om alle specifieke kenmerken van de bestaande IGO's in kaart te brengen. Factoren die interessant zijn voor dit onderzoek zijn onder andere de manier waarop de samenwerking is vormgegeven, de juridische organisatievorm en de gehanteerde governance. Struijs et al. (2018) hebben aangetoond dat bij de eerste zes IGO deze elementen kunnen verschillen. Deze verschillen of overeenkomsten geven mogelijk input voor belemmerende, bevorderende, stimulerende en consoliderende factoren van integrale zorg initiatieven. Daarom is gekozen om als vooronderzoek een inventarisatie te doen onder de IGO's in Nederland om de kenmerken van deze organisaties te beschrijven. Vanwege de betrokkenheid van de onderzoeker bij IGO Annature is er toegang tot de contactgegevens van de huidige IGO bestuurders. Op deze manier is het haalbaar om de informatie via een korte inventariserende vragenlijst op te halen. De vragenlijst is digitaal opgesteld via Google Forms en via email verspreid aan de bestuurders van de zeven actieve IGO's. De resultaten zijn verwerkt in een tabel waarin de kenmerken per IGO worden beschreven.

3.2.3 Twee focusgroepen en interviews met vertegenwoordigers Annature en HJGC

Een focusgroep is een strak georganiseerde sessie met meerdere deelnemers met als doel in korte tijd een grote hoeveelheid data verzamelen (Mortelmans, 2020). Er is gekozen voor een focusgroep in plaats van losse face-to-face interviews omdat de laatste vorm individuele meningen ophaalt, die de resultaten mogelijk te subjectief maken. In een focusgroep wordt duidelijk of de deelnemers het met elkaar eens kunnen worden over de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren en is daarom meer passend in dit onderzoek. Voor beide IGO's is een focusgroep georganiseerd in de vorm van een digitale sessies van anderhalf uur. De onderzoeker heeft opgetreden als moderator bij de focusgroepen. Daarnaast is een mede MHBA-student aangesloten ter ondersteuning. Zo is geborgd dat er geen belangrijke informatie is gemist. De respondenten zijn gekozen aan de hand van 'purposive sampling' waarbij specifieke respondenten met opzet worden uitgekozen (Mortelmans, 2020). Het selectiecriteria is de directie of dagelijks bestuur van de twee gekozen IGO's. Deze professionals zijn het meest intensief betrokken en hebben daarom de meeste kennis over het oprichten en ontbinden van de IGO's. Bij Annature is sprake van een directie, bij HJGC van een dagelijks bestuur. De volgende functies zijn vertegenwoordigd:

- Directeur bedrijfsvoering (alleen bij Annature)
- Gynaecoloog
- Eerstelijnsverloskundige
- Betrokken manager van verloskunde in het ziekenhuis
- Kraamverzorgende
- Kraamhotel (alleen bij HJGC)

Aanvullend op de twee focusgroepen zijn interviews uitgevoerd. Met name omdat bleek dat de huidige bestuurders en directieleden niet allemaal betrokken waren vanaf het begin. Voor beide cases zijn drie aanvullende interviews gehouden met professionals die bij de start betrokken waren. Dit zijn:

- Toenmalige onafhankelijk directeur HJGC
- Eerstelijnsverloskundige HJGC
- Externe adviseur betrokken bij ontvlechting HJGC
- Eerstelijnsverloskundige Annature
- Geboortezorgberaad lid (en eerstelijnsverloskundige) Annature
- Gynaecoloog Annature

De deelnemers zijn benaderd vanuit het netwerk van de onderzoeker. Alle benaderde participanten hebben meegewerkt aan het onderzoek. Op basis van RMIC is een topiclijst opgesteld. De focusgroepen en interviews bestonden uit twee delen. Een eerste deel waarin plenair de deelnemers werd gevraagd een tijdslijn de schetsen van de ontwikkeling van de IGO met bevorderende en belemmerende factoren en een tweede deel specifiek gericht op de 21 factoren van het RMIC. Hierbij is een vertaalslag gemaakt van de betekenis van de factoren voor de geboortezorg, weergegeven in Bijlage 2. Deze vertaalslag is gevalideerd met twee peerreviews door een medeonderzoeker van de VOICE-studie, die ook gebruik maakt van het RMIC, en een mede MHBA-student tevens werkzaam in de geboortezorg. Voorafgaand aan de focusgroepen en interviews hebben de deelnemers een informatiebrief ontvangen met de lijst van 21 kenmerken en de vraag welke factoren voor de specifieke context van HJGC of Annature het meest van belang zijn geweest. Op deze manier vindt een verdieping en validatie plaats van de factoren in het RMIC. De focusgroepen zijn met toestemming van de deelnemers opgenomen en vervolgens getranscribeerd. De resultaten van de focusgroep en interviews zijn vervolgens abductief geanalyseerd. Bij abductieve analyse wisselen inductie en deductie elkaar af. Dit houdt in dat de data enerzijds open (inductief) zijn gecodeerd naar belemmerende en bevorderende factoren en anderzijds deductief vanuit de 21 factoren vanuit het RMIC. Vervolgens is data axiaal en selectief gecodeerd om te clusteren en patronen te ontdekken. De factoren die uit deze analyse naar voren zijn gekomen zijn geclusterd in thema's, passend binnen de domeinen van het RMIC: het microniveau van klinische integratie, het mesoniveau van professionele of organisatorische integratie, het macroniveau van systemische integratie, functionele integratie en normatieve integratie. Voor het coderen van de transcripten is gebruikt gemaakt van Atlas.ti. De codeboom die ten grondslag ligt aan de analyse is toegevoegd als Bijlage 3. Daarnaast is er op basis van de focusgroepen een algemene beschrijving van de cases Annature en HJGC opgesteld. Deze beschrijvingen zijn ter validatie schriftelijk teruggelegd aan de focusgroepen om te controleren op feitelijke onjuistheden.

3.2.4 Validatiesessie met brede vertegenwoordiging vanuit het veld.

Tot slot is er een validatiesessie, tevens in de vorm van een focusgroep, georganiseerd. Het doel van deze sessie is enerzijds de opgehaalde informatie vanuit de verschillende onderzoeksmethodieken toetsen en anderzijds data verzamelen voor de beantwoording van de derde en vierde deelvraag over de wijze waarop IGO-realisatie behouden en gestimuleerd kan worden. In een digitale sessie van anderhalf uur zijn de voorlopige resultaten van het onderzoek getoond aan vertegenwoordigers van HJGC en Annature en experts in het veld. Hierbij is gekeken of de resultaten herkenbaar zijn en of aanscherping of verdieping nog nodig is. Het belangrijkste onderdeel van de validatiesessie is de discussie over de implicaties, geleerde lessen en adviezen voor de geboortezorgsector en andere integrale zorg initiatieven zoals kansrijke start. Er waren zestien deelnemers aanwezig namens de volgende partijen:

- Afvaardiging van dagelijks bestuur HJGC

- Afvaardiging van directie Annature
- Afvaardiging van Bestuursraad Amphibia
- Afvaardiging Ministerie van VWS
- Afvaardiging Federatie van VSV's
- Afvaardiging van drie zorgverzekeraars
- Betrokken onderzoekers van twee lopende ZonMw studies naar integrale geboortezorg: de VOICE¹ en COMPLETE² studie.
- Afvaardiging vakgroep kindergeneeskunde Amphibia (domein kansrijke start)

De validatiesessie is tevens met toestemming van de deelnemers opgenomen, getranscribeerd en gecodeerd met gebruik van Atlas.ti. Op basis van de resultaten zijn de eerdere bevindingen aangescherpt en de laatste twee deelvragen beantwoord. De codeboom ten grondslag aan de analyse is weergegeven in Bijlage 4. Tevens biedt het input voor de maatschappelijke aanbevelingen van het onderzoek. Op basis van de totale analyse zijn de onderzoeksvragen definitief beantwoord en is de eindrapportage opgesteld. De resultaten zijn voor de leesbaarheid weergegeven in twee hoofdstukken waarbij deel 1 de resultaten van de literatuurstudie en IGO-kenmerken beschrijft en deel 2 de resultaten van de focusgroepen en interviews.

3.3 Kwaliteit van het onderzoek

Kwaliteit van wetenschappelijk onderzoek wordt door Mortelmans (2020) gedefinieerd als generaliseerbaar en objectief. Dit wordt door middel van drie criteria bereikt, validiteit (meet het onderzoek wat het beweert te meten?), betrouwbaarheid (levert het meetinstrument dezelfde resultaten bij herhaling?) en generaliseerbaarheid (zijn de resultaten universeel toepasbaar?). Een manier om de betrouwbaarheid en validiteit van een onderzoek te vergroten is gebruik maken van datatriangulatie. Datatriangulatie houdt in dat er gebruik gemaakt wordt van verschillende databronnen. In deze studie wordt gebruik gemaakt van literatuur uit verschillende bronnen, waaronder wetenschappelijke literatuur en beleidsdocumenten, worden focusgroepen georganiseerd en interviews gehouden met participanten met diverse achtergronden. Er is hiermee sprake van datatriangulatie. Betrouwbaarheid wordt ook geborgd door het gegeven dat onderzoek door eenzelfde onderzoeker wordt uitgevoerd. De onderzoeker zal drie keer optreden als de moderator van de focusgroep. Hierdoor neemt de kans op variëteit in data verzamelen en de interpretatie van de resultaten af. De validatiesessie is een extra stap om de validiteit van het onderzoek te vergroten door de resultaten terug te leggen aan de respondenten en een bredere groep van experts. Daarnaast zijn de twee beschrijvende kaders van de cases gecontroleerd door de respondenten op feitelijke onjuistheden om de validiteit te vergroten.

De generaliseerbaarheid wordt geborgd in de onderzoeksopzet die de lijn volgt van deductie naar inductie. Vanuit de bestudeerde theorie in de literatuurstudie wordt een beeld gevormd over belemmerende, bevorderende, stimuleren en consoliderende factoren die een rol spelen bij het tot stand komen van IGO's (deductie). Deze worden vervolgens geanalyseerd, aangevuld en geprioriteerd door waarnemingen tijdens de analyse van twee specifieke cases tijdens de focusgroepen. Op basis van deze waarnemingen worden beelden bevestigd, aangepast of ontkracht, met een extra stap van een bredere focusgroep om de voorlopige resultaten van de eerste twee focusgroepen te valideren. Vanuit deze empirische waarnemingen worden daarmee uitspraken gedaan over het bredere onderzoeksdomein van integrale zorg initiatieven (inductie). Zo wordt beoogd de resultaten toepasbaar te maken in de IGO-context, maar ook in een bredere context. Hierbij moet alsnog voorzichtig worden omgegaan met de interpretatie van de resultaten omdat er slechts twee cases zijn geanalyseerd. De keuze voor twee heeft hoofdzakelijk een pragmatische reden om het onderzoek binnen de beschikbare tijd af te kunnen ronden.

¹ The VOICE study; Variation in the Organisation of Integrated Care

² Connecting Obstetric, Maternity, Pediatric and Preventive child Health care: the COMPLETE project

4. Resultaten deel 1: literatuurstudie en IGO-vragenlijst

De verzamelde data en uitkomsten van de analyse zijn onder te verdelen in twee delen. Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van deel 1, de literatuurstudie en de IGO-vragenlijst. Voor de literatuurstudie is een systematische zoekmethode uitgevoerd naar de beschikbare literatuur over IGO's in Nederland. Vervolgens is er een beknopte vragenlijst afgenomen bij IGO-bestuurders om aanvullende gegevens te verzamelen over de bestaande IGO's. Hiermee wordt de ontwikkeling van het IGO-landschap in het Nederlandse geboortezorgstelsel in kaart gebracht en de eerste deelvraag beantwoord.

Deelvraag 1: Welke vormen van IGO's zijn er nu in Nederland?

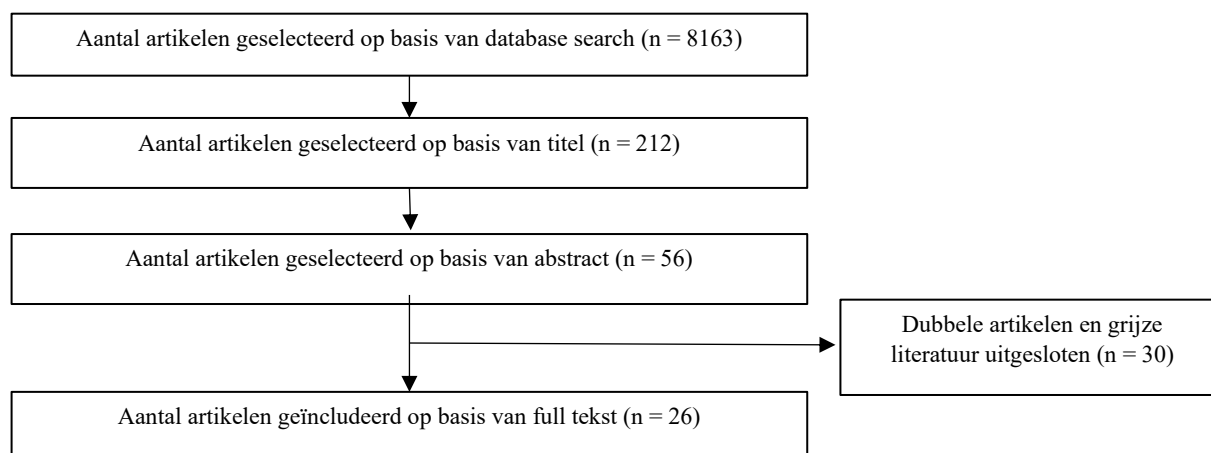
4.1 Resultaten literatuurstudie: ontwikkeling IGO's in Nederland

Voor de systematische zoekmethode is een protocol opgesteld (Bijlage 1). Voor inclusie zijn drie selectiecriteria gehanteerd: het onderwerp betreft de Nederlandse IGO-context, artikelen zijn gepubliceerd tussen 2015 en 2024 gezien de introductie van IGO's in 2017 en de inhoud heeft een relatie met beantwoording hoofdvraag of deelvraag 1 t/m 4. De gebruikte zoektermen zijn een combinatie van relevante IGO-termen en bekende auteurs binnen dit domein, weergegeven in onderstaand figuur.

• Integrale Geboortezorg Organisatie • Integrale Geboortezorg • Integrale Bekostiging Geboortezorg • Annature Geboortezorg • Haga Juliana Geboortecentrum • Integrated Maternal Care AND Netherlands • Integrated "Birth Care" AND "Bundled Payment" AND Netherlands • Integrated Maternity care AND Bundled Payment AND Netherlands • Boesveld AND Integrated Maternity Care • Valentijn AND Integrated Maternity Care • Scheefhals AND Integrated Maternity Care • De Vries AND Integrated Maternity Care • Bruijnzeels AND Integrated Maternity Care • Struijs AND Integrated Maternity Care
--

Figuur 4. Gehanteerde zoektermen

De resultaten van de systematische zoekmethode zijn weergegeven in onderstaande flowchart. Uiteindelijk zijn er op basis van de analyse 26 artikelen geïncludeerd. Per artikel is in kaart gebracht voor welke deelvraag de inhoud relevant is, deze tabel is te zien in Bijlage 5. In dit hoofdstuk komen de artikelen die relevant zijn voor het beantwoorden van de eerste deelvraag aan bod. Hiermee wordt een tijdslijn geschetst van de opkomst van de IGO's in Nederland.



Figuur 5. Uitkomsten systematische zoekmethode

4.1.1 Wetenschappelijke literatuur IGO's

De resultaten van het Experiment integrale bekostiging geboortezorg zijn met name beschreven in beleidsrapporten van de NZA en het RIVM (Struijs et al., 2016; Struijs et al., 2018; Struijs et al., 2020; de Vries et al., 2022; NZA, 2020), die worden toegelicht in paragraaf 4.1.2. Daarnaast is er recent een artikel gepubliceerd van Hermans et al., 2024 waarin wordt aangetoond dat integrale geboortezorg in Zuidwest-Nederland leidt tot een afname van aantal vroeggeboortes en een te laag geboortegewicht. De wetenschappelijke literatuur over specifiek de organisatie van integrale geboortezorg in Nederland is verder nog beperkt. Er zijn een aantal publicaties bekend onder aanvoering van oud Gynaecoloog Hajo Wildschut. In het boek Samen Bevalt Goed (Wildschut & Boesveld, 2018) wordt een nieuw geboortezorglandschap geschetst, waarbij integrale samenwerking centraal staat. Daarnaast worden verschillende succesfactoren voor implementatie van integrale geboortezorg benoemd. Dit zijn het ontwikkelen van een gemeenschappelijke VSV-visie, gezamenlijk gevoelde urgentie, een gedegen plan van aanpak, voldoende middelen in de vorm van mankracht, kunde, tijd en financiële middelen en competenties op het gebied van verandermanagement. Wildschut & Boesveld (2018) stellen dat als aan één van deze vijf voorwaarden niet wordt voldaan de transitie naar een nieuw organisatie-model mislukt. Bommarito (2021) benoemt het Nederlandse model in zijn boek 'Sustainable Birth in Disruptive Times' als een voorbeeld van een veerkrachtig en duurzaam systeem dat de basis is voor compromissen, ondanks de uitdagingen. Tot slot laten van den Berg, Alblas, Le Blanc en Romme (2022) zien in een casestudie naar een VSV en een IGO tijdens de COVID-19 pandemie dat gezamenlijke besluitvorming, goede relaties en vertrouwen integrale samenwerking veerkrachtig maken.

Daarnaast is er wetenschappelijke literatuur beschikbaar over het integrale bekostigingsmodel. Deze vorm van bekostigen wordt ook wel bundelbekostiging genoemd. Deze vorm gaat uit van één vooraf vastgesteld tarief voor het leveren van alle zorg die nodig is voor een patiënt met een bepaalde aandoening in een bepaalde periode (Cattel, Eijkenaar, Ahaus & van de Laar, 2021). Deze auteurs beschrijven de 13 vormen van bundelbekostiging die er op dat moment bestaan in Nederland, waar integrale bekostiging in de geboortezorg er één van is. De auteurs concluderen dat de invoering van bundelbekostiging niet eenvoudig is maar wel haalbaar, waarbij de invoering bevorderd kan worden door kwaliteitsindicatoren en standaardisatie van contractelementen (Cattel et al., 2021). De Vries, Drewes, Struijs, Heijink en Baan (2019) laten vergelijkbare resultaten zien in het onderzoek naar 9 bundelbekostigingsmodellen waar integrale geboortezorg er een van is. De auteurs benoemen gebrek aan vertrouwen en perverse prikkels als belemmerende factoren, en dat gevoelde urgentie en landelijke kaders nodig zijn voor verdere bekostigingshervorming. Dat het een complexe opgave gaat zijn blijkt ook uit een eerdere studie van Struijs, Kooistra, Heijink en Baan (2017) waarbij kwalitatief onderzoek is gedaan naar de verwachtingen van geboortezorgpartijen over bundelbekostiging. Uit deze studie blijkt dat partijen kansen zien, maar ook onzekerheden en bedreigingen. Cellissen et al. (2018) zien vooral voordelen van bundelbekostiging. Bij bundelbekostiging in de geboortezorg verschuift de financiële en klinische verantwoordelijkheid naar één entiteit (de IGO) die het budget beheert en kwaliteit garandeert. De IGO verdient een hogere marge als er minder zorg wordt geleverd of door het efficiënter leveren van zorg. De IGO draagt daarnaast het financiële risico van heropnames en complicaties. Dit betalingsmodel zorgt volgens Cellissen et al., 2018 voor een sterke prikkel voor zorgverleners om de zorg te coördineren en goed af te stemmen over de domeinen (eerste- en tweedelijns) heen zonder noodzakelijke zorg te beperken. In een discoursanalyse van Reindersma, Fabbriotti, Ahaus, en Sülz (2022) wordt de toekomstige levensvatbaarheid van integrale bekostigingsmodellen verder onderzocht. De auteurs concluderen dat de toekomstbestendigheid afhangt van de manier waarop het bureaucratische discours (de administratieve belasting) en het strategische discours worden opgepakt zonder het discours van kwaliteit van zorg en betaalbaarheid uit het oog te verliezen. De Vries et al. (2021) geven in een scoping review een overzicht van de verschillende alternatieve bekostigingsmodellen in de geboortezorg en van het beschikbare empirische bewijs voor het effect ervan op kwaliteit van zorg en zorguitkomsten. De auteurs concluderen dat dit empirische bewijs nog beperkt is en er verder onderzoek nodig is naar integrale bekostiging in de geboortezorg.

4.1.2 Beleidsevaluaties Experiment integrale geboortezorg

Om te monitoren of integrale bekostiging bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit van geboortezorg en de samenwerking tussen zorgverleners heeft het RIVM een nulmeting uitgevoerd op de gezondheid, verrichtingen en zorguitgaven in 2015-2016. Vervolgens heeft het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS integrale bekostiging gemonitord. De resultaten zijn gepubliceerd in verschillende rapporten (Struijs et al., 2016; Struijs et al., 2018; Struijs et al., 2020; de Vries et al., 2022; NZA, 2020). In 2024 wordt de meest recente evaluatie van het RIVM verwacht.

In de nulmeting zijn het geboortezorglandschap voorafgaand aan integrale bekostiging en de eerste ervaringen in kaart gebracht. Op dat moment hebben zes IGO's vrijwillig integrale bekostigingscontracten afgesloten. De onderzoekers van het RIVM hebben in deze studie de gezondheid, verrichtingen en zorguitgaven van de geboortezorg in kaart gebracht in de periode voorafgaand aan de overstap naar integrale bekostiging (2015-2016). Uit het onderzoek blijkt dat er op het gebied van zorguitgaven, verrichtingen en zorguitkomsten kleine tot beperkte verschillen waren tussen regio's (Struijs et al., 2018). De uitgaven bij de IGO-regio's aan geboortezorg lijken iets lager dan de regio's die niet zijn overgestapt. Veder zagen de onderzoekers meer ruggenprikken (25% versus 21%) en minder keizersneden (14% versus 16%) bij de IGO regio's. De beschikbaarheid van ruggenprikken en het minimaliseren van sectio's zijn positieve graadmeters voor de kwaliteit van de zorg. Op het gebied van gezondheidsuitkomsten voor moeder en kind zijn geen verschillen gevonden. Ook hebben de onderzoekers de eerste ervaringen van de IGO's in kaart gebracht. Deze ervaringen zijn positief. Professionals geven aan dat het leidt tot intensievere, meer gestructureerde samenwerking tussen geboortezorgprofessionals. Ook is de samenwerking minder vrijblijvend. Wel is het invoeren van integrale bekostiging een complexe en tijdrovende opgave. Specifieke kennis blijft nodig op organisatorisch, fiscaal en financieel vlak (Struijs et al., 2018).

Na drie jaar werken met integrale geboortezorg heeft het RIVM opnieuw een grootschalig onderzoek uitgevoerd. Door middel van kwantitatieve data-analyse en 42 interviews met zorgprofessionals, bestuurders en zorgverzekeraars betrokken bij de gevormde IGO's, zijn de eerste ervaringen in kaart gebracht. Opnieuw zijn deze ervaringen positief door een geïntensiveerde samenwerking met meer structuur en minder vrijblijvendheid. Volgens de participanten draagt integrale bekostiging bij aan een cultuuromslag met gevoelde gezamenlijke verantwoordelijkheid en de mogelijkheid om elkaar te kunnen aanspreken op gemaakte afspraken (Struijs et al., 2020). Als belemmering ervaren de participanten de administratieve belasting bij de implementatie van integrale bekostiging en noemen dit een risico voor het behoud van draagvlak. Op het gebied van uitkomsten zijn er kleine positieve veranderingen zichtbaar in minder zorggebruik (meer poliklinisch en minder ziekenhuisbevallingen en afname percentage inleidingen) en lagere zorguitgaven (de groei in de totale geboortezorg-uitgaven per zwangerschap was bij de IGO's gemiddeld beperkter). Er zijn geen verschillen gevonden in gezondheidsuitkomsten (Struijs et al. 2020). Gezien de korte periode van drie jaar, waarin IGO's zich nog in de opstartfase bevonden, is verder onderzoek en een langere doorlooptijd noodzakelijk.

Ook de NZA heeft een evaluatieonderzoek uitgevoerd, in de periode 2017 tot en met 2019. De resultaten komen overeen met de onderzoeken van het RIVM. De eerste ervaringen zijn positief, integrale bekostiging versterkt de samenwerking (NZA, 2020). Daarnaast zijn administratieve lasten een zorg, zowel voor de zorgaanbieders als voor de zorgverzekeraars. De randvoorwaarden zijn nog niet overal naar behoren, zoals integrale informatie-uitwisseling tussen organisaties. Ook concluderen de onderzoekers dat het te vroeg is voor definitieve conclusies aangezien IGO's zich nog in de opstartfase bevinden (NZA, 2020). In een andere studie van het RIVM, waarin de babysterfte in Nederland wordt vergeleken met Finland, is met geboortezorgprofessionals gekeken naar aanknopingspunten voor het verminderen van de babysterfte. Naast een aantal risicofactoren waarop geacteerd moet worden, wordt het belang van integrale samenwerking benoemd. Uit het onderzoek blijkt dat het belang van integraal samenwerken, inclusief de noodzaak om de geboortezorg te verbinden met het sociaal domein, preventie en de jeugdgezondheidszorg (JGZ), breed wordt gedragen (Achterberg, Harbers, Post & Visscher, 2020).

Uit de interviews die zijn gevoerd met vertegenwoordigers en experts in het veld blijkt dat voor een aantal thema's verschillende succesvolle lokale en regionale experimenten, pilots en 'good practices' zijn opgezet, maar dat bij diverse VSV's de ontwikkelingen om verdere integratie te realiseren stagneert. Invoeren van integrale bekostiging is voor velen een brug te ver. Het wordt niet duidelijk wat hiervoor de reden is, al worden wel een aantal factoren benoemd die de integratie zouden moeten bevorderen. Dit zijn inhoudelijke en financiële ondersteuning van de VSV's om hun integrale taken en organisatievorm in te richten, ondersteuning door een data- informatievoorziening en ICT-infrastructuur en meer centrale regie van het CPZ.

Tegelijkertijd wordt duidelijk dat er sinds de start van het experiment met integrale bekostiging er in toenemende mate onrust is onder betrokken partijen over de wenselijkheid van deze nieuwe manier van samenwerken en bekostigen. In 2022 en 2024 hebben onderzoekers van het RIVM een Q-methodologie studie uitgevoerd waarbij drie opvattingen in dit debat zijn geïdentificeerd (De Vries et al., 2022; Scheefhals, de Vries, Struijs, Numans en van Excel, 2024):

- Bekostiging is een mogelijk middel om de gezondheid van moeder en kind te verbeteren.
- Integrale bekostiging is een voorwaarde voor gelijkwaardigheid van de zorgaanbieders die nodig is om de gezondheid van moeder en kind te garanderen.
- Samenwerken en vertrouwen kan de gezondheid van moeder en kind verbeteren, daarvoor is geen nieuw bekostigingsmodel nodig.

Uit dit onderzoek blijkt dat er geen consensus is onder veldpartijen over de toekomst van integrale bekostiging van de geboortezorg (De Vries et al., 2022). Er is wel consensus over de belemmerende werking van de huidige, monodisciplinaire bekostiging en de behoefte aan een ander bekostigingsmodel waarmee samenwerking tussen disciplines beter wordt gefaciliteerd. Over de invulling ervan zijn echter verschillende ideeën. Als belemmerende factor wordt genoemd dat beroepsgroepen vaak nog lijnrecht tegenover elkaar staan (verloskundigen versus gynaecologen) en er sprake is van ongelijkwaardigheid tussen disciplines. Verder blijkt uit het onderzoek dat het belangrijk is om eenheid van taal te creëren over de kernbegrippen omtrent bekostigingshervorming. De onderzoekers concluderen dat het van groot belang is om te leren van succesvolle en minder succesvolle voorbeelden van integrale geboortezorg om zo te komen tot een passende organisatievorm en bekostigingsmodel dat bijdraagt aan een verbeterde samenwerking en daarmee betere uitkomsten voor moeder en kind (De Vries et al. 2022).

4.1.3 Toekomst van IGO's

Uit de monitoronderzoeken is gebleken dat, ondanks dat het belang voor integrale samenwerking breed wordt gedragen en de huidige bekostigingsvorm daar niet aan bijdraagt, er nog geen breed gedragen steun is voor een volledige overgang naar integrale bekostiging in de geboortezorg. Desondanks adviseert de NZA om integrale bekostiging na afronding van het experiment eind 2022 de reguliere bekostiging te maken omdat monodisciplinaire bekostiging niet als toekomstbestendig wordt gezien. Tot 2028 blijft parallel monodisciplinaire bekostiging bestaan, waarna volgens de NZA de sector klaar zou moeten zijn om volledig over te gaan naar integrale bekostiging (NZA, 2020). Van dit advies wordt later alsnog afgeweken door de NZA. Gezien de weerstand die is ontstaan bij met name de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), kiest de NZA voor een tweesporenbeleid per 2023. Integrale bekostiging wordt reguliere bekostiging maar monodisciplinaire bekostiging blijft bestaan, ook na 2028. Dit wordt bevestigd in maart 2022 toen de toenmalige minister Ernst Kuipers met een brief de Tweede Kamer informeerde over passende bekostiging in de geboortezorg (VWS, 2022). In deze brief worden een aantal beleidskeuzes gemaakt. Integrale bekostiging wordt per 1 januari 2023 reguliere bekostiging en is daarmee geen experiment meer. Daarnaast blijft echter monodisciplinaire bekostiging bestaan, ook na 2028. Deze wordt doorontwikkeld naar een beter passende bekostiging die samenwerking tussen geboortezorgpartijen verder stimuleert. Hiermee laat de Minister de verplichte overgang naar integrale bekostiging los.

4.2 Resultaten IGO-vragenlijst: huidige situatie

Ondanks het politieke debat over IGO's en de bijbehorende integrale bekostiging zijn er in 2017 zes IGO's gestart door vrijwillig integrale- bekostigingscontracten te sluiten met zorgverzekeraars (Annature, Geboortehart, IJmond Geboortezorg, JIJWIJ, Qocon en Zuid aan Zee). In 2019 zijn er nog twee bijgekomen (HJGC en Geboortezorg Salland). In 2021 kwam daar nog het Geboorteteam het Gooi bij. Bij deze IGO is echter slechts één verloskundige praktijk aangesloten en is verder niet aangesloten bij het IGO-netwerk van IGO-bestuurders. In 2021 is de IGO van het HJGC weer ontbonden. Dat betekent dat er in 2024 7 actieve IGO's zijn in Nederland. Per 2023 heeft integrale bekostiging de status van reguliere bekostiging waarmee voor deze regio's zekerheid is geboden om op deze weg verder te kunnen. De bestuurders van de actieve IGO's zijn verenigd in een netwerk en zetten zich samen in voor de doorontwikkeling van integrale bekostiging, mede door het gebruik van beschikbare subsidies van VWS en ZonMw.

De manier waarop de zeven bestaande IGO's zijn georganiseerd verschilt. Per regio zijn andere keuzes gemaakt over de wijze waarop de samenwerking is geformaliseerd. Om meer inzicht te krijgen in de kenmerken van IGO's is in een korte vragenlijst aan de IGO-bestuurders uitgezet. Hierin zijn de belangrijkste kenmerken van hun IGO's opgevraagd, weergegeven in Tabel 1. Hiermee wordt inzicht geboden in welke vormen van IGO's er op dit moment bestaan in Nederland. Het eerste kenmerk betreft de juridische vorm met bijbehorend hoogste besluitvormende orgaan. Hierbij is te zien dat de meeste hebben gekozen voor een Coöperatie met uitgesloten aansprakelijkheid, waarbij de coöperatie een rechtspersoon is waarin zorgaanbieders zijn verenigd en de algemene leden vergadering (ALV) het hoogste orgaan (Struijs et al., 2020). Er is één IGO (Annature) die geen rechtspersoon is op zichzelf, maar een businessunit onder het juridisch dak van het aangesloten ziekenhuis. Bij Annature is het geboortezorgberaad, bestaande uit bestuurders van de betrokken partijen, het hoogst besluitvormende orgaan. Alle IGO's hebben een multidisciplinair bestuur waarin elke geboortezorgpartner is vertegenwoordigd. Bij de meeste regio's zijn alle verloskundige praktijken in de regio aangesloten behalve bij Geboortezorg Salland. De manier waarop de eerstelijnsverloskundige zich hebben georganiseerd binnen een IGO verschilt. Dit kan binnen het originele samenwerkingsverband genaamd de kring, of er is een coöperatie opgericht voor de IGO. Hetzelfde geldt voor de kraamzorgorganisaties. Dit betreft van oudsher een Kraamzorg Samenwerkingsverband (KSV), of er is een coöperatie opgericht. Bij de meeste regio's is de VSV opgegaan in de IGO, alleen bij IJmond Geboortezorg is dit niet het geval. Annature en Qocon zijn de enige twee IGO's die gebruik maken van een Integraal patiëntendossier. Alle regio's maken gebruik van het landelijke model van integrale bekostiging en realiseren zorgverschuivingen. Bij zorgverschuiving wordt gekeken binnen een zorgpad op welke manier (en door welke professional) de zorgt het beste geleverd kan worden zodat deze het meeste waarde toevoegt voor de patiënt tegen de laagste kosten. Met deze analyse is in kaart gebracht welke verschillende vormen van IGO's bestaan in Nederland. In de beschrijving van de casestudies in het volgende hoofdstuk wordt verder ingegaan welke kenmerken daarbij worden gezien als bevorderend of belemmerend.

Tabel 1. Kenmerken IGO's

Kenmerken	Annature	Geboortezorg Salland	Geboortehart	IJmond Geboortezorg	IJWij	Qocon	Zuid aan Zee
Regio	Breda	Salland	Waterland en West-Friesland	IJmond	Peelregio	Bergen op zoom	Goeree-Overflakkee
Juridische Vorm	Businessunit onder Amphia	Coöperatie u.a.	Coöperatie u.a.	Coöperatie u.a.	Coöperatie u.a.	Coöperatie u.a.	Coöperatie u.a.
Hoogst besluitvormend orgaan	Geboortezorg -beraad	ALV	ALV	ALV	ALV	ALV	ALV
Multidisciplinair bestuur	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Alle verloskundige praktijken aangesloten	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Eerstelijnsverloskundige in IGO als	Coöperatie	Coöperatie	Kring	Coöperatie	Coöperatie	Kring	Kring
Kraamzorg georganiseerd als	Coöperatie	1 kraamzorg in IGO	KSV	KSV	Coöperatie	KSV	KSV
VSV opgegaan in IGO	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
Multidisciplinair EPD	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
Maakt gebruik van landelijk model voor IB	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Realiseren van zorgverschuiving?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

5. Resultaten deel 2: focusgroepen en interviews

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het empirisch onderzoek beschreven. Dit betreft de drie focusgroepen en aanvullende interviews. Het hoofdstuk begint in paragraaf 5.1 met resultaten van de twee casestudies waarbij de belemmerende en bevorderende factoren bij het realiseren van IGO's in kaart zijn gebracht (deelvraag 2) aan de hand van zes overstijgende thema's binnen de domeinen van het RMIC. De codeboom die ten grondslag ligt aan deze analyse is weergegeven in Bijlage 3. In paragraaf 5.2 worden de resultaten van de validatiesessie over consolidatie van IGO's en de vraag hoe het realiseren van IGO's gestimuleerd kan worden beschreven (deelvraag 3 en 4). De bijbehorende codeboom is weergegeven in Bijlage 4. Alle resultaten worden geanonimiseerd weergegeven. Bij het gebruik van quotes is soms ten behoeve van de leesbaarheid de zinsopbouw aangepast zonder de kernboodschap te verliezen. Voor de leesbaarheid is tevens gekozen om in de volledige tekst het woord patiënt gebruikt, waarbij in de eerste lijn hiermee het woord cliënt wordt bedoeld.

5.1 Casestudies Annature en HJGC: belemmerende en bevorderende factoren

Deelvraag 2: Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij het vormen van een IGO?

Beide regio's zijn een IGO gestart vanuit de ambitie om de geboortezorg in de regio kwalitatief te verbeteren, door de samenwerking over de lijnen heen te versterken, integrale zorgpaden te implementeren en zorgverschuivingen te realiseren, gefaciliteerd door integrale bekostiging. De twee cases kennen een specifiek beloop in de oprichtingsfase, uitvoeringsfase en in het geval van HJGC ook de ontbindingsfase. Om de bevorderende en belemmerende factoren te kunnen duiden wordt voor elke casus vooraf globaal een overzicht geschetst van dit beloop in onderstaande kaders.

Beschrijvend kader oprichting Annature Geboortezorg

Annature is een IGO in regio Breda bestaande uit Verloskundigen Coöperatie Breda & Omgeving (VCB&O), de coöperatie kraamzorg Breda, het Amphia ziekenhuis, de vakgroep gynaecologie van het Medisch Specialistisch Bedrijf Amphia en het Echocentrum Focus. Annature is eind 2016 opgericht en in 2017 gestart met het leveren van integrale geboortezorg door middel van integrale bekostiging. Annature is een van de eerste zes IGO regio's.

De oprichting van Annature kent een lange aanloop. In 2001 fuseerden het Ziekenhuis de Baronie, het Pasteurziekenhuis en Ignatius ziekenhuis tot Amphia. Dit betekende ook een fusie van drie maatschappen gynaecologen. De samenwerkingsrelatie met de eerstelijnsverloskundige was in deze tijd niet constructief. Door de opkomst van de prenatale screening ontstond wel behoefte om beter samen te werken. Er is toen gekozen om te starten met mediation met alle gynaecologen en eerstelijnsverloskundigen in de regio. Dit traject zorgde voor een betere samenwerkingsrelatie tussen de eerste- en tweedelijns. Concreet is er een buddystructuur opgericht. Elke eerstelijnsverloskundige praktijk in de regio werd gekoppeld aan een gynaecoloog. De gynaecoloog komt naar de praktijk toe om daar samen spreekuur te doen en complexe patiënten te bespreken. Inmiddels krijgt dit vorm middels een MDO. De buddy is het eerste aanspreekpunt voor vragen of als er zaken spelen.

Door deze intensievere samenwerking en de landelijke ontwikkelingen (rapport 'een goed begin') is de ambitie ontstaan om een IGO op te richten en is een integrale stuurgroep ingesteld met kartrekkers vanuit de verschillende organisaties. Voor de eerstelijns werd deze ambitie om intensief met het 'machtige' ziekenhuis te gaan samenwerken als spannend ervaren. Om verder te verkennen of dit een haalbare ambitie was, is het idee ontstaan om te gaan oefenen met samenwerken op een afgebakend terrein: echozorg. Op dit moment werden nog niet in alle praktijken echo's verricht en zag men inhoudelijke meerwaarde om alle eerste- en tweedelijns echo's centraal uit te laten voeren door kwalitatief hooggeschoold personeel. Primair stapte 7 van de 13 verloskundigepraktijken in de regio in en vormden samen de VCB&O. De VCB&O en de vakgroep gynaecologie werden samen aandeelhouder van Echocentrum Focus. Het ziekenhuis is bewust uit deze samenwerking gelaten. Echocentrum Focus werd de proeftuin en daarmee de opmaat naar IGO Annature. Aanvullend is onder begeleiding een traject gestart voor de eerstelijns om de overige verloskundige praktijken alsnog aan te laten sluiten bij de VCB&O om samen in Annature te stappen.

Onder intensieve externe juridische en financiële begeleiding door middel van verschillende adviseurs heeft dit geleid tot de oprichting van Annature eind 2016. Na oprichting is Annature gelijk gestart met het invoeren van een integraal

patiëntendossier waarbij alle eerstelijnsverloskundigen toegang hebben tot een voor integraal geboortezorg ingericht deel van het EPD van Amphia, en professionals via deze wijze in integrale zorgpaden kunnen werken. Annature heeft sinds de start gewerkt met integrale bekostiging waarbij de opbrengsten vanuit de integrale tarieven jaarlijks met een vast percentage worden verdeeld over de partners op basis van het historische aandeel van de geboortezorgomzet.

Annature is een Businessunit onder het juridisch dak van Amphia. Annature wordt geleid door een directie met mandaat waarin elke partner is vertegenwoordigd als directielid onder leiding van een onafhankelijke directeur. De directie komt wekelijks bij elkaar. De directieleden ontvangen hiervoor een vacatievergoeding. Het hoogste toezichthoudend orgaan is het Geboortezorgberaad (GB), bestaande uit bestuurders van alle partnerorganisaties. In een governance & organisatie document ligt vast voor welke soorten besluiten de directie goedkeuring nodig heeft van het GB. Naast de directie zijn enkele commissies actief, verder wordt projectmatig gewerkt. Zo heeft Annature een integrale richtlijncommissie en een commissie die keten incidenten en complimenten (KIC) analyseert op basis van integrale meldingen. Voor professionals worden jaarlijks activiteiten georganiseerd zoals een inhoudelijke integrale weetsessies, integrale scholingen, de perinatale audit, een jaarlijkse hackaton en een jaarlijks Annature feest.

Beschrijvend kader oprichting IGO Haga Juliana Geboorte Centrum

De geboortezorg in regio Den Haag rondom het HagaZiekenhuis was georganiseerd in een goed functionerende VSV. Naar aanleiding van het rapport 'een goed begin' is in de VSV de wens uitgesproken om verder te professionaliseren door mee te doen aan het experiment integrale bekostiging. Onder externe begeleiding, gefinancierd vanuit de landelijke modulegelden, is een traject opgestart om een gedeelde integrale visie op te stellen en te onderzoeken welke juridisch entiteit het beste zou passen in deze regio. Het HJGC is de enige IGO in een grootstedelijke context. Dit betekent meerdere ziekenhuizen in een stad en een groot aantal verloskundige praktijken die allemaal verbonden zijn aan minimaal twee of drie VSV's rondom de andere ziekenhuizen in de stad. Daarnaast is er een grote variabiliteit onder de verloskundigepraktijken. Ook is er een groot aantal kraamzorgorganisaties actief, zowel landelijke, regionale of lokale partijen.

Deze context maakte dat het niet vanzelfsprekend was voor alle verloskundigepraktijken en kraamzorgorganisaties om in te stappen in de IGO. Omdat praktijken in twee of drie VSV's werken, zou het betekenen dat ze voor de patiënten in de IGO met integrale bekostiging gingen werken, en voor de patiënten in de andere VSV's met monodisciplinaire bekostiging. Kleine praktijken (zoals alleen werkende verloskundigen) of praktijken met maar een klein aandeel in het HagaZiekenhuis besloten daarom niet mee te doen. Uiteindelijk zijn er 10 verloskundige praktijken 16 kraamzorgorganisaties en het kraamhotel bereid geweest in te stappen naast de vakgroep gynaecologen en het Juliana Kinderziekenhuis. Dit betreft ongeveer de helft van het aantal verloskundigepraktijken en kraamzorgorganisaties in de regio. De 10 verloskundige praktijken en de 16 kraamzorgorganisaties hebben beiden een coöperatie opgericht, om daarmee onderdeel te worden van de coöperatie HJGC. Aangezien een vorm van samenwerking verplicht is tussen de eerste- en tweedelijns in de geboortezorg bleef de VSV bestaan naast de IGO.

De volgende periode kenmerkte zich door het opzetten van de integrale governance en implementeren van integrale bekostiging. Er is gekozen voor de vorm van een coöperatie waarbij de ALV het hoogste orgaan is. Daarnaast is er een dagelijks bestuur met een vertegenwoordiging van elke partner. Het bestuur werd ondersteund door een onafhankelijke directeur. Daarnaast bestond er een werkgroep Inhoud, voor de IGO en VSV samen. Het implementeren van integrale bekostiging was een moeizaam traject. Door de grootstedelijke context had de regio veel te maken met zogeheten bundelbrekers. Een bundelbreker is een patiënt die wordt begeleid binnen de IGO tevens zorg ontvangt van een niet-IGO gecontracteerde zorgverlener, bijvoorbeeld wanneer de vrouw in een ander ziekenhuis bevalt. De bundelbekostiging (het integrale IGO-tarief) breekt hierdoor als het ware. Dit zorgde voor een grote hoeveelheid administratieve belasting gezien de grote hoeveelheid onjuiste declaraties. De IGO declareerde volgens het integrale tarief, maar verdeelde de inkomsten vervolgens via volledige nacalculatie volgens het monodisciplinaire systeem.

Op 1 maart 20221 heeft de IGO HJGC gestemd over het voorstel om door te gaan met integrale bekostiging. Vanuit de eerstelijnsverloskundige was er onvoldoende steun om verder te gaan. Sindsdien is de IGO bezig met de administratieve afhandeling, en gaat de VSV verder als een VSV+ die zich richt op professionalisering van de VSV.

5.1.1 Microniveau van klinische integratie

Klinische integratie wordt in het RMIC beschreven als coördinatie van persoonsgerichte zorg in een specifieke zorgketen (Valentijn et al., 2013). De respondenten benoemen op dit niveau verschillende

bevorderden en belemmerende factoren die samen te vatten zijn in één thema: zichtbare toegevoegde inhoudelijke waarde van integraal werken.

Microniveau thema 1: zichtbare toegevoegde inhoudelijke waarde van integraal werken

Bevorderende factoren

Volgens respondenten is primair van belang dat integraal werken waarde toevoegt voor patiënten. De meerwaarde voor de patiënt binnen een IGO is de continuïteit van geboortezorg waardoor de kwaliteit van zorg toeneemt. Dit krijgt bij Annature vorm door middel van integrale zorgpaden waarbij de zorg naadloos is georganiseerd over de grenzen van de eerste- en tweedelijnsorganisaties heen, waarbij de patiënt de zorg ervaart als een continuüm. Het maken van een multidisciplinair zorgplan en multidisciplinair overleg (MDO) is onderdeel van het integrale zorgpad. Bij Annature zijn de integrale zorgpaden ontwikkeld vanuit een integrale richtlijnencommissie.

“In het begin heeft de integrale richtlijnencommissie de zorgpaden op hoofdlijnen uitgewerkt waarbij concreet is afgesproken voor welke zwangere, in welke week, welke professional (eerste- of tweedelijns), welke zorg levert. Deze zorgpaden zijn in de loop der tijd steeds meer verfijnd en doorontwikkeld, onder andere in de Annature weetsessies.” (Annature respondent 3).

Volgens de respondenten van Annature is een integraal patiëntendossier een essentieel element om deze continuïteit van zorg te bieden. In een integraal patiëntendossier werken alle professionals binnen de IGO in hetzelfde systeem en beschikken over dezelfde informatie. In het oprichtingsproces is Annature direct gestart met een project om het integrale dossier in te voeren, naast de organisatorische en financiële zaken die ontwikkeld moesten worden, zodat patiënten en professionals meerwaarde zouden ervaren van integraal werken. Niet alleen is het integraal dossier volgens respondenten goed voor de patiëntenzorg, het had tevens een gunstig bijeffect dat de vertrouwensrelatie tussen eerste- en tweedelijns verbeterde, omdat men in het dossier terugziet hoe de ander het zorgtraject na overdragen verder oppakt.

“Het integrale dossier is echt een gouden greep geweest. Iedereen had daar gelijk voordeel van. De zwangere ontvangt beter op elkaar afgestemde zorg, betere overdracht en betere informatie. Daarnaast biedt het de mogelijkheid tot het ontsluiten van alle data op één plek zodat we door middel van wetenschappelijk onderzoek en evaluatie de zorg kunnen verbeteren.” (Annature respondent 1).

“Wat ook heel erg helpt is dat je door het integraal dossier de juiste professional kan bereiken. Voorheen liepen eerstelijnsverloskundigen ertegenaan dat ze niet de betreffende zorgprofessional (bijvoorbeeld een arts-assistent) konden bereiken als ze vragen hadden over waarom bepaalde keuzes waren gemaakt in beleid en dan bleef het hangen. Nu kan je binnen het dossier zien wie wat heeft gedaan en makkelijk met elkaar chatten. De lijntjes zijn zo veel korter.” (Annature respondent 2).

Op het microniveau wordt door respondenten tevens het belang van klein starten vanuit inhoud benoemd als bevorderende factor. Het risico is dat bij het oprichten van een IGO alle energie wordt gestoken in het regelen van de governance en de bekostiging. Ondanks dat deze zaken goed geregeld moeten worden, is het volgens respondenten noodzakelijk om parallel altijd kleine, inhoudelijke projecten te realiseren met zichtbare successen voor patiënten en professionals om aan te tonen wat integraal werken hun oplevert en dat het daarmee de tijdsinvestering waard is. Respondenten noemen bijvoorbeeld het echocentrum focus, de buddystructuur en het invoeren van de integrale zorgpaden en zorgverschuivingen door middel van het integrale dossier. Ook is volgens respondenten belangrijk deze succes expliciet te maken en met elkaar te vieren.

“Met een gezamenlijk echocentrum konden we met elkaar proeftuinen. We konden aan elkaar snuffelen en samen aan de slag met iets waar we beiden voordeel in zagen, terwijl we in het klein met elkaar financiën gingen delen zonder dat dat heel spannend was. Dit was de eerste stap richting de IGO.” (Annature respondent 5).

“Onze strategie was altijd, laten we gewoon maar beginnen vanuit de inhoud. Niet wachten op landelijke ontwikkelingen, maar kijken wat we in onze regio voor elkaar kunnen krijgen met de middelen die we hebben, om het voor onze patiënten en professionals beter te maken”. (Annature respondent 1).

Tot slot noemen de Annature respondenten dat de meerwaarde van integraal werken voor de verschillende partijen expliciet moet zijn. Hierbij moet naast de inhoudelijke meerwaarde ruimte zijn om de organisatorische en financiële belangen met elkaar te delen. Zo is in de eerste fase open gesproken over de potentiële winst en risico's voor de verschillende partijen met begrip voor elkaars context. Het is volgens respondenten logisch dat elke organisatie ook een eigen belang heeft, zolang deze maar open met elkaar wordt gedeeld.

“Aan de ene kant is er een gezamenlijke visie om de zorg beter te maken. Aan de andere kant is er voor elke organisatie ook een eigen belang. Dit moet je met elkaar bespreekbaar maken en kijken hoe er gezamenlijke winst kan worden gecreëerd.” (Annature respondent 6).

Belemmerende factoren

Op het gebied van integrale zorgpaden werden er goede stappen gezet binnen de Haagse regio. Door de grootstedelijke context liep men echter tegen knelpunten aan. Aangezien enkel de helft van de verloskundige praktijken was aangesloten bij de IGO zou het betekenen dat er andere zorgpaden zouden gelden voor de patiënten van IGO-praktijken dan voor de patiënten van VSV-praktijken. Dit was voor professionals op de werkvloer van het ziekenhuis niet werkbaar, en volgens respondenten niet ethisch verantwoord voor patiënten. De zorgpaden waren daarmee van toepassing voor de gehele VSV. Dit stond haaks op de verwachting van de verloskundigepraktijken die bij de IGO waren aangesloten.

“We vonden het niet eerlijk andere of betere zorg te leveren voor patiënten die bij IGO-praktijken zaten. Op de werkvloer was het voor professionals in het ziekenhuis ondoenlijk om bij elke individuele patiënt erachter te komen of ze was aangesloten bij een IGO-praktijk of niet. Dus we hebben voor alle praktijken dezelfde protocollen gehanteerd en daar profiteerden de niet IGO-praktijken van mee, tot irritatie van de IGO-praktijken, die hun nek uitstaken en financieel risico liepen.” (HJGC respondent 1).

Men geeft aan dat er door de complexiteit van de bekostiging en de bundelbrekers die ontstonden vanwege de grootstedelijke context, alle tijd en energie opging aan de financiën en administratie. Daardoor was te weinig tijd voor de inhoud waarom men eigenlijk was gestart. Er zijn pogingen gedaan voor het opzetten van zorgverschuivingen bijvoorbeeld met een pilot over meconiumhoudend vruchtwater waarbij de baring wordt afgemaakt in de eerste lijn. De pilot werd echter geen succes omdat er wel meer werk (en daarmee kosten) bij kwam in de eerste lijn, maar niet afging in de tweedelij.

“Er ging zo veel tijd op aan het implementeren van integrale bekostiging, zodat er helemaal geen tijd meer was voor de inhoudelijke doelen die we in de integrale visie hadden beschreven. Het verschuiven van zorg en het beter, efficiënter en leuker maken voor patiënten en professionals. Daardoor was er weinig enthousiasme op de werkvloer, omdat je weinig zag veranderen.” (HJGC respondent 1).

Uit de analyse komt ook naar voren dat de intentie en belangen om in te stappen in de IGO heeft meegespeeld als belemmerende factor. Respondenten benoemen dat deze onvoldoende expliciet zijn gemaakt naar elkaar. De IGO-verloskundigepraktijken hadden het beeld dat ze inhoudelijke en financiële voordelen zouden hebben ten opzichte van de praktijken die niet waren aangesloten, die in de praktijk onvoldoende zichtbaar werden. De kraamzorgpartijen geven aan dat er praktijken zijn ingestapt niet vanuit intrinsieke motivatie maar extrinsieke angst om marktaandeel te verliezen. Hierdoor ontstond een mismatch in verwachtingen waardoor het commitment voor de IGO afnam.

“Er werd tegen ons gezegd, als je niet meegaat dan raak je straks werk kwijt. We zitten in Den Haag met uitzonderlijk veel kraamzorgorganisaties. Dus het risico is groot. We hebben lang zitten wikken en wegen of we mee wilden doen. Op aandringen van de eerstelijnsverloskundigen zijn we het toch gaan doen.” (HJGC respondent 4).

5.1.2 Mesoniveau van professionele en organisatorische integratie

Het RMIC maakt onderscheid op het mesoniveau tussen professionele integratie, de samenwerking tussen professionals over de lijnen van zorg heen, en de organisatorische integratie, de mate van integrale organisatie van het geheel. Volgens de respondenten zijn er op dit niveau drie thema's aan bevorderende factoren: integrale governance en mandaat, integrale financiën en zorgverschuiving, en vertrouwen en samenwerkingsrelaties.

Mesoniveau thema 2: overstijgende integrale governance en mandaat

Bevorderende factoren

Op dit niveau beschrijven respondenten het belang van een effectieve overstijgende integrale governance. Dit houdt in dat er sprake is van een governancestructuur waarbij zeggenschap in de vorm van mandaat van de verschillende partners is geborgd. Daarnaast is het bestuur of directie van de IGO gericht op openheid, integriteit en gezamenlijke verantwoordelijkheid van betrokken organisaties en professionals. Annature is de enige IGO die onder begeleiding van de adviesbureaus heeft gekozen voor de variant van een Businessunit onder het ziekenhuis, in plaats van een aparte coöperatie op te richten. Volgens de respondenten heeft de keuze voor deze vorm, met een directie en een geboortezorgberaad, een aantal voordelen. Annature is slagvaardig omdat de directie is gemandateerd om besluiten te nemen, waarbij belangrijke onderwerpen altijd vooraf worden besproken met het bestuur of financiële commissie van elke partner. Vervolgens worden de besluiten vastgesteld in het geboortezorgberaad. Daarnaast worden zichtbare resultaten geboekt door de intensieve tijdsinvestering van de directie. De directie stelt een integrale meerjarenstrategie met een bijbehorend jaarplan en begroting op. De directie van Annature komt wekelijks twee uur bij elkaar waardoor er voortgang is op dossiers en sprake van een goede integrale samenwerkingsrelatie. Volgens de respondenten straalt dat af op de rest van de IGO, waardoor de integrale samenwerking op andere niveaus positief wordt gestimuleerd. Volgens respondenten ligt het succes in professionals samenbrengen op alle niveaus binnen de IGO. Tot slot ziet men de onafhankelijke directeur als voorzitter van de directie als bevorderende factor. De respondenten benoemen dat deze organisatievorm een moedige keuze is geweest vanuit de VCB&O, omdat het op voorhand zou kunnen lijken dat Amphibia hiermee meer invloed heeft. Door de gevoelde gelijkwaardigheid van de eerstelijnsverloskundigen hebben ze deze keuze durven maken.

“Het klinkt misschien zwaar, een directie die wekelijks bij elkaar komt en een geboortezorgberaad, maar het is echt nodig om de resultaten te bereiken. Het is de meest vergoederde vorm van integratie en maakt ons slagvaardig, zeker als ik kijk naar andere IGO's die wel in een coöperatie zijn georganiseerd.” (Annature respondent 4).

“Wij hebben in de directie een mooie mix van voldoende bestuurlijke, financiële en zorginhoudelijke expertise, waarbij de onafhankelijke voorzitter een heel belangrijke rol heeft gespeeld in het maken van de verbinding. Welke poppetjes je waar neerzet is enorm belangrijk.” (Annature respondent 3).

Belemmerende factoren

De IGO HJGC is een coöperatie met een dagelijks bestuur die wordt ondersteund door een onafhankelijke directeur. De bestuurders vertegenwoordigen de aangesloten partijen. De ALV is het hoogste orgaan en daar worden besluiten vastgesteld. Binnen het dagelijks bestuur was er volgens respondenten een sterke mate van gelijkwaardigheid en konden in goede overeenstemming besluiten worden genomen. Het knelpunt binnen deze organisatievorm lag in het meekrijgen van de achterban van met name de eerstelijnsverloskundigen. Er is lang nagedacht over het vormgeven van mandatering, maar daar is geen passende oplossing voor gekomen. De meningen zijn verdeeld of een andere organisatievorm, bijvoorbeeld zoals die van Annature, passend zou zijn geweest in deze context. Volgens respondenten is dit in regio Den Haag niet haalbaar. Gezien het grote aantal partijen is het praktisch niet mogelijk een geboortezorgberaad op te richten, daarnaast was er vanuit de eerstelijns onvoldoende vertrouwen om zo dicht tegen het ziekenhuis aan te zitten. De conclusie is dat de gekozen coöperatie

met ALV zou kunnen werken, zolang je goede afspraken maakt over mandaat en zeggenschap. Dat betekent dat er duidelijkheid is over de manier waarop besluiten worden vastgesteld en de afvaardiging van elke partner bij de ALV. Dat is bij HJGC onvoldoende gelukt. Dit maakte de IGO niet slagvaardig wat weer effect had op de zichtbare toegevoegde waarde voor patiënten en professionals.

“We hebben veel tijd gestoken in het verbeteren van de mandatering, omdat vaak genomen besluiten achteraf werden teruggetrokken omdat er geen mandaat bleek te zijn. Daar hebben we veel sessies aan besteed, maar dat is nooit goed gelukt. We benoemden vaak dat het voor de eerstelijnsverloskundige een lastige klus was, gezien de verdeeldheid in hun achterban.” (HJGC respondent 1).

Mesoniveau thema 3: integrale financiën en zorgverschuiving

Bevorderende factoren

Volgens de Annature respondenten is integrale bekostiging essentieel voor een goed functionerende IGO. Annature heeft ervoor gekozen de integrale inkomsten onder de partners te verdelen met een vast percentage gebaseerd op het historische aandeel van de partner in de geboortezorgomzet in de regio. Dat gaf ruimte om zorgverschuivingen in gang te zetten, zonder de belemmering van perverser prikkels. Daarnaast wordt er op deze manier minder dubbele zorg verleend. Achter de voordeur van de VCB&O werd tot 2022 wel nog monodisciplinair verdeeld onder de eerstelijnsverloskundige. Dit kwam uiteindelijk op gespannen voet te staan met de integrale zorgpaden die werden geïmplementeerd. Deze werden namelijk vanuit inhoudelijk perspectief door professionals ontwikkeld, waarbij voor de directie niet op voorhand duidelijk was wat daar de financiële effecten van zouden zijn. Het in kaart brengen van de financiële effecten van de zorgverschuivingen kostte veel tijd en vertraagde het proces. Uiteindelijk is besloten om de zorgverschuivingen waarvan de financiële impact waarschijnlijk beperkt is door te voeren om zo de toegevoegde waarde voor professionals te borgen, en alleen bij grote verwachte effecten hier een apart proces voor op te zetten. Het realiseren van zorgverschuivingen gefaciliteerd door integrale bekostiging is volgens respondenten de kern van een IGO en moet daarom gestimuleerd worden, ondanks dat het ontrafelen van de financiën complex is.

“Zorgprofessionals willen op de inhoud niet tegengehouden worden, als je voor elke voorgestelde wijziging een half jaar moet uittrekken om de potentiële financiële effecten in kaart te brengen verliezen ze hun interesse”. (Annature respondent 2).

Het implementeren van integrale bekostiging was geen eenvoudige opgave. Voor de eerstelijns was dit bijzonder spannend omdat ze hiermee autonomie over hun eigen bedrijfsvoering moesten loslaten, terwijl het hun primaire inkomstenbron is. Een bevorderende factor is de intensieve externe financiële en juridische begeleiding waar gebruik van is gemaakt in de opstartfase. Dit kon worden gefinancierd vanuit de modulegelden die landelijk beschikbaar zijn gesteld. Deze onafhankelijke adviseur heeft in een jaar met de stuurgroep de bekostigingsstructuur kunnen neerzetten door een strenge, gedetailleerde en transparante aanpak. Deze gedetailleerde transparante werkwijze is na de opstartfase de norm geworden voor alle financiële ontwikkelingen binnen de IGO. Financiële besluiten of ontwikkelingen worden in hoge mate van detail uitgewerkt en zijn volledig transparant voor elke partner. Elke financiële beslissing wordt door de directeur vooraf met de financiële commissie van de partner besproken. Volgens respondenten is deze werkwijze een belangrijke bevorderende factor voor het vertrouwen.

“De projectleider, een oud-ziekenhuisbestuurder, ging te werk volgens een militair regime. Als onafhankelijke ging hij alle eerstelijnspraktijken langs om de cijfers op een rij te zetten. Het moest binnen een jaar klaar en hij trok ons allemaal mee om deze deadline te halen. Hij werkte volgens het principe van 200% transparantie, we mochten geen e-mail meer sturen zonder dat alle partners in de cc stonden. Dat zorgde voor vertrouwen.” (Annature respondent 1).

Tot slot is er in de opstartfase gebruik gemaakt van steun van het Amphia ziekenhuis, onder andere door het beschikbaar stellen van resources. In verschillende fases hebben professionals meegewerkt aan de

implementatie zoals een business controller voor de financiën en een EPD-expert voor de implementatie van het integrale dossier. Daarnaast is Amphia bereid geweest om voor te financieren richting de eerstelijns. Het proces van integraal declareren kende een langere doorlooptijd en zo ontvingen de eerstelijnspraktijken tijdig hun aandeel.

“We hebben in die periode veel steun gehad aan het Amphia, ze hebben goede professionals beschikbaar gesteld en iedereen was enthousiast en behulpzaam. De bevoorschotting maakte dat het veilig voelde.” (Annature respondent 5).

Belemmerende factoren

De HJGC-respondenten zijn het erover eens dat de financiële administratie en bijbehorende bundelbrekers de belangrijkste belemmerende factor is geweest bij HJGC. Dit komt met name door het feit dat er naast de IGO nog een VSV bestond waardoor alle partijen bij elke patiënt zich moesten afvragen of gedeclareerd moest worden volgens integrale bekostiging of monodisciplinaire bekostiging. Aangezien de kraamzorg en eerstelijnsverloskundige tevens werkzaam waren in een of twee andere VSV's moesten deze partijen werken in twee bekostigingssystemen. Daarnaast zorgde de grootstedelijke context voor de bundelbrekers, wat resulteerde in grote hoeveelheden afgekeurde declaraties en correcties. Door deze zaken ontstond frustratie bij de partners.

“De financiële administratie heeft zo veel energie gekost door het werken met meerdere ziekenhuizen. Als door een volmelding de patiënt in een ander ziekenhuis was bevallen moest je de prachtig ingediende factuur crediteren en een nieuwe declaratie opstellen, waarbij de verzekeraar vaak aangaf, nu ben je laat. Soms kwam je er simpelweg niet achter waarom een patiënt een bundelbreker was. In die tijd kostte de declaraties een dag per week tijd, dat is erg dure zorg.” (HJGC respondent 2).

“Op een gegeven was men het zat met al die correcties, en daarmee sloeg het om naar de vraag waarom doen we dit eigenlijk nog? De techniek had vooraf veel beter uitgedacht moeten worden, dat was zonde”. (HJGC respondent 7).

Daarnaast is de IGO niet toegekomen aan het daadwerkelijk verschuiven van zorg door ook integraal de inkomsten procentueel te verdelen over de partners. Er is twee jaar op de IGO-wijze gedeclareerd, maar achter de voordeur werd het budget via de monodisciplinaire bekostiging uitgekeerd. Hiermee was het risico beperkt, maar was er ook geen resultaat. Hiermee was de verhouding van de hoeveelheid werk ten opzichte van de toegevoegde waarde van integraal werken uit balans.

“Uiteindelijk zijn wij gekomen tot het declareren van onze normale tarieven aan een IGO. Dat is uiteindelijk alleen een verandering van de declaratiestructuur geweest en op geen enkele manier een verschuiving van zorg of andere verdeling achter de voordeur.” (HJGC respondent 2).

Mesoniveau thema 4: vertrouwen en samenwerkingsrelaties

Bevorderende factoren

Het laatste thema op het mesoniveau wordt door de respondenten genoemd als randvoorwaarde om integraal samen te werken. Dit betreft vertrouwen en goede samenwerkingsrelaties. De respondenten zijn ervan overtuigd dat er eerst sprake moet zijn van vertrouwen en goede onderlinge relaties als een regio integraal wil gaan samenwerken. Dit betreft de relatie tussen de verschillende partners maar ook bij de partners onderling.

“Hoe de eerstelijnsverloskundige met elkaar samenwerken op voorhand maakt veel verschil. Daarin is veel variatie. In sommige regio's is weinig contact in de kring of slecht contact door sterke concurrentie. Het helpt enorm als de eerstelijnsverloskundigen functioneren als groep.” (Annature Respondent 4).

“Vertrouwen en gelijkwaardigheid zijn de basis, het is waarom een IGO slaagt. Wij weten van elkaar dat de tweedelijnn nooit iets zal doen dat heel erg ten nadele is van de eerstelijnn en andersom. Het is ‘ons chuppie’, en daarom kunnen we goed met elkaar samenwerken, ook bij complexe zaken zoals integrale bekostiging.” (Annature respondent 2).

Zoals in het beschrijvende kader is toegelicht was er in eerste instantie geen sprake van constructieve samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnn, en was er tevens verdeeldheid onder de eerstelijnsverloskundige, toen nog in een ‘kring’ georganiseerd. De respondenten noemen verschillende interventies die eraan hebben bijgedragen dit om te keren. Bijvoorbeeld het intensieve mediation traject tussen de eerste en tweedelijnn en later ook het mediation traject van alleen de eerstelijnsverloskundige om ervoor te zorgen dat alle partijen instapt in de VCB&O en Annature.

“Om met alle praktijken samen in Annature te stappen hebben we mediation gehad. Door gesprekken met elkaar te voeren hebben we alle neuzen dezelfde kant op gekregen. Je zag nog steeds verschil in mate van enthousiasme en de een loopt er meer warm voor dan de ander, maar in ieder geval was iedereen bereid om mee te doen.” (Annature respondent 5).

Voor de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnn heeft vooral het buddy-systeem tussen gynaecologen en eerstelijns verloskundigepraktijken een grote impact heeft gehad op het verbeteren van de relatie en het opbouwen van vertrouwen. Het opstarten van dit traject was volgens de respondenten spannend voor de eerstelijnsverloskundigen, maar heeft uiteindelijk veel gebracht. Door de korte lijnen wordt er beter samengewerkt en wordt de zorg meer op elkaar afgestemd. Daarnaast is elkaar leren kennen de enige manier om aannames, die er vaak zijn tussen de eerste- en tweedelijnn, over elkaar weg te nemen. Tot slot worden samenwerken in het integrale dossier en binnen echocentrum focus genoemd als interventies die zorgen voor onderling vertrouwen, gelijkwaardigheid en goede relaties.

“Dan kwam de buddy-gynaecoloog naar de praktijk van de verloskundige om samen spreekuur te doen. Dat voelde in het begin enorm spannend, alsof ze kwamen controleren. Maar dat was totaal niet zo. De kracht lag er in dat je naast elkaar zat en daardoor elkaars visie aanhoorde, in plaats van las op papier, waardoor veel meer begrip ontstond. Kijken in elkaars keuken is enorm waardevol, zeker voor patiënten want de eerste- en tweedelijnn groeit zo steeds meer naar elkaar toe.” (Annature respondent 2).

“Door het buddy-systeem leer je elkaar kennen, daarvoor is het ‘de eerstelijnn dit’ of ‘de tweedelijnn dat’, alsof het geen mensen zijn maar instituten. Doordat je elkaar kent wordt het persoonlijk, menselijk, en kom je er achter dat je allemaal hetzelfde doel hebt, en zie je elkaar als gelijkwaardig.” (Annature respondent 3).

Het verkrijgen van vertrouwen is niet eenvoudig en vraagt om een langdurige investering in de relatie. Zeker in de beginfase is hier door de partners veel tijd in gestoken. Gelijkwaardigheid en respect worden herhaaldelijk genoemd als sleutelbegrippen. Dit betekent oprechte waardering voor elkaars expertise en begrip voor elkaars context. Daarnaast wordt betrouwbaar gedrag genoemd, een cultuur waarbij afspraken en beloften binnen de IGO worden nagekomen en waar men elkaar op kan aanspreken. Tot slot noemt men ruimte voor gedeelde culturen. Dit houdt in dat verschillende ideologische waarden binnen de IGO mogen bestaan, waarbij altijd wordt gezocht naar verbinding en gezamenlijke grond, met respect voor elkaars waarden en normen. Er moet ruimte zijn voor een kritisch geluid of discussie.

“Andere mensen in het land vonden ons een beetje raar, in onze vrije tijd veel tijd investeren in het opbouwen van de relatie door langs te gaan, contact te maken en kopjes thee te drinken. Maar je moet investeren in de voorkant om het van de grond te krijgen, en later win je de door de IGO de tijd terug.” (Annature respondent 6).

“Vertrouwen ontstaat ook omdat iedereen mag zeggen wat ze wil en niet de mond wordt gesnoerd. Als er zaken spelen of zorgen zijn dan worden deze uitgesproken en met elkaar opgepakt. Problemen zijn dan niet gelijk opgelost maar er is onderling begrip naar elkaar.” (Annature respondent 4).

Belemmerende factoren

De belemmerende factor van gebrek aan vertrouwen had in regio Den Haag te maken met de uitgangssituatie en de manier waarop het proces is gelopen. In de uitgangssituatie was er vanwege de grootstedelijke context een grote verdeeldheid onder de verloskundigepraktijken. Aangezien ze verbonden zijn aan twee of drie ziekenhuizen is het commitment voor een van die drie lager. Verloskundigen en kraamzorgorganisaties wegen af waar ze hun energie in steken en zijn minder toegewezen aan één ziekenhuis. Daarnaast was er bij sommige praktijken angst over het verliezen van autonomie aan het 'grote machtige ziekenhuis' en angst voor medicalisering van de geboortezorg. Deze angst bestond uit een verwachting dat met een IGO meer zorg van de eerste- naar de tweedelijns zou verschuiven. Daarnaast was er door het hoge aantal verloskundigepraktijken en kraamzorgorganisaties een hoge mate van onderlinge concurrentie, wat de samenwerking onderling niet ten goede komt. Dit heeft ertoe geleid dat een deel niet instapte waardoor de complexe situatie van een IGO naast een VSV is ontstaan. Vanwege het versnipperde zorglandschap was de relatie tussen de eerste- en tweedelijns wisselend. Volgens de respondenten waren er vanuit de gynaecologen voorkeurspraktijken om mee te werken en praktijken waar ze liever niet mee samen werkten. Niet alle voorkeurspraktijken gingen mee in de IGO, en binnen de IGO waren dus ook praktijken waarbij er weinig sprake was van wederzijds vertrouwen. Volgens respondenten werd dit niet expliciet gemaakt.

“Het land is van iemand en niemand. Als je in meerdere VSV's actief bent heb je altijd de keuze. Als iets je niet zint kun je wel zeggen ik doe mee, maar het anderen laten uitzoeken en vervolgens je eigen ding doen in een ander ziekenhuis of locatie. Het is veel vrijblijvender.” (HJGC respondent 2).

“Er werd gezegd, ja met jullie kunnen we op die manier samenwerken maar met andere praktijken niet. Er werd dan niet gezegd welke praktijk, ook niet direct tegen die praktijk.” (HJGC respondent 2).

Bij het oprichten van de IGO is er volgens de respondenten veel energie gestoken in het verbeteren van de verbinding en relatie tussen de aangesloten partners. Er is intensief gewerkt aan het opstellen van een gedragen integrale visie in verschillende sessies en bijeenkomsten. Daarmee was er een goede basis van vertrouwen om met elkaar aan de slag te gaan. Door de beperkte inhoudelijke voortgang en de toenemende administratieve belasting ontstond er op een gegeven moment een omslagpunt. Waarbij er in het begin sprake was van een duidelijk 'wij-gevoel' en motivatie om het samen te gaan doen nam dit vanwege de onvrede steeds meer af. De COVID-19 pandemie wordt ook genoemd als factor waardoor alle relaties op scherp werden gezet. Deze neerwaartse spiraal heeft er uiteindelijk voor gezorgd dat de eerstelijnsverloskundigen geen toekomst meer zagen in de IGO.

“We zijn zeker in onderling vertrouwen met elkaar gestart. Maar dat vertrouwen nam af door al het financiële gedoe en het feit dat we op de inhoud niet verder kwamen. En toen heeft de eerstelijns besloten dat we hier niet verder mee konden gaan. Dan heb je vertrouwensbreuk die de situatie op de werkvloer niet prettig maakt.” (HJGC respondent 1).

5.1.3 Macroniveau van systeemintegratie

Het macroniveau van systeemintegratie gaat over de mate van integratie tussen verschillende zorgdomeinen met bijbehorende wetgeving en financiering. Volgens de respondenten zijn de bevorderende en belemmerende factoren samen te vatten in het thema landelijke steun en kaders.

Macroniveau thema 5: landelijke steun en kaders

Bevorderende factoren

Landelijke steun is volgens respondenten te categoriseren in steun van zorgverzekeraars, het ministerie van VWS en beleidsmakers en de beroepsverenigingen. De respondenten zijn het erover eens dat het oprichten van de IGO in grote mate pionieren is geweest en dat landelijke steun en kaders bij het experiment in zekere mate gemist zijn. Het implementeren van integrale bekostiging was een grote uitdaging waarbij elke IGO een eigen proces heeft gelopen. Als bevorderende factor wordt één

preferentie verzekeraar genoemd, wat bij Annature het geval is. De respondenten geven aan dat de samenwerking in de beginfase als partnership is ervaren. Samen is gezocht naar de juiste invulling van integrale bekostiging vanwege beperkte kaders van het experiment. Landelijk is afgesproken dat andere verzekeraars een volgreleid zoude inzetten. Dat bleek in de praktijk echter niet zo te zijn, waardoor er veel tijd is geïnvesteerd in een individueel traject met elke zorgverzekeraar.

Met betrekking tot het ministerie van VWS is steun ervaren uit de modulegelden die beschikbaar zijn gesteld om te starten met de IGO's, net als de subsidiegelden voor IGO's waarbij ze producten moesten opleveren, dit heeft ervoor gezorgd dat er binding ontstond tussen de verschillende IGO's die als positief en behulpzaam is ervaren. De steun vanuit het CPZ is wisselend ervaren. In het begin werd er constructief meegedacht, maar door het landelijk debat over de IGO's die met name werd aangewakkerd door de KNOV, ontstond verdeeldheid binnen het CPZ waardoor de steun voor IGO's afnam. Annature geeft aan last te hebben gehad van deze negatieve landelijke media-aandacht, maar ook dat ze er in zijn geslaagd om zich ervan afzijdig te houden. De respondenten geven daarbij aan dat de regionale context van Annature een bevorderende factor is. Naast het feit dat de samenwerking eenvoudiger is met één ziekenhuis en verloskundigepraktijken die primair verbonden zijn aan dat ene ziekenhuis, stond Annature verder af van de politieke discussie vanwege de goede regionale samenwerking.

“Het standpunt van de KNOV was vervelend, maar wij hebben er helemaal afstand van genomen. Wij spraken naar elkaar uit dat we ons buiten de politieke discussie tussen de KNOV en NVOG zouden houden. Wij zitten hier in Brabant en wij geloven hierin dus wij gaan door.” (Annature respondent 7).

Belemmerende factoren

Volgens de HJGC respondenten is het gemis aan landelijke steun en kaders een belangrijke oorzaak geweest voor het ontbinden van de IGO. HJGC was de enige IGO in een grootstedelijke context, waarbij de uitdagingen groter zijn dan bij regionale IGO's. Deze problemen waren op regionaal niveau niet oplosbaar. Met meer landelijke kaders had HJGC een voorbeeld kunnen zijn voor andere grootstedelijke regio's, dat zien respondenten als gemiste kans.

“Als we allemaal bottom-up het wiel moeten uitvinden, dan krijg je allemaal verschillende varianten me de vraag of dat werkbaar is voor het land. Met meer landelijke sturing en uitlijning in de vorm van regelgevende kaders zouden we meer stappen kunnen zetten voor betere geboortezorg in Nederland en een voorbeeld kunnen zijn voor andere grootstedelijke regio's.” (HJGC respondent 1).

Op het gebied van zorgverzekeraars is er in de regio Den Haag geen preferentie zorgverzekeraar, het marktaandeel is evenredig verdeeld over meerdere partijen. Dat betekende dat er geen verzekeraar was die het voortouw wilde nemen in het oplossen van de bundelbreker problematiek en dat er veel tijd werd gestoken in alle losse onderhandelingen met elke verzekeraar. Daarnaast was er alleen voor de eerste twee jaar vanuit de verzekeraars ruimte om de overhead van de IGO te vergoeden, daarna zou de IGO dat zelf moeten financieren. Die termijn was volgens de respondent te kort om de IGO goed te laten draaien. Ook geven de respondenten aan dat toen eenmaal duidelijk werd dat HJGC zou gaan stoppen er wel steun werd aangeboden door de verzekeraars. Dit kwam echter te laat omdat toen het besluit al door de ALV was genomen. Naast gemiste steun van verzekeraars heeft HJGC veel last gehad van de polariserende werking van de beroepsverenigingen, waarbij de KNOV die zich fel uitsprak tegen de IGO's. Hierbij wordt wel de kanttekening gemaakt dat de KNOV wezenlijk anders was dan nu.

“Als we om hulp vroegen bij de verzekeraar kregen we het bericht, sorry maar wij zijn niet jullie preferente verzekeraar, als jullie het bij een andere verzekeraar uitgewerkt krijgen willen wij wel volgen. Die boodschap kregen we vijf keer terug waardoor we niet verder kwamen.” (HJGC respondent 1).

“De KNOV stelde dat integrale samenwerking met het ziekenhuis het begin van het einde was van de verloskundigepraktijk. Je moest dus als verloskundige best eigenwijs zijn om in een IGO te stappen, omdat je hele beroepsgroep eigenlijk zei dat je met het verkeerde bezig was.” (HJGC respondent 7).

Volgens de respondenten was de finale klap uiteindelijk de wijze waarop de minister van VWS zich heeft opgesteld in dit debat. De beleidslijn van VWS was er in eerste instantie op gericht per 2028 volledig over te gaan op integrale bekostiging. Dat was de stip op de horizon. Volgens respondenten droeg deze externe prikkel, naast de intrinsieke motivatie, bij aan commitment voor de IGO, ondanks de uitdagingen. Toen echter vanwege de politieke discussie de Minister besloot dat ook in 2028 monodisciplinaire bekostiging zou blijven bestaan naast integrale bekostiging viel deze externe prikkel weg. Dit zorgde er samen met de beperkte inhoudelijke voortgang en bundelbrekerproblematiek voor dat het besluit is genomen om te stoppen met de IGO.

“Ondanks dat de intrinsieke motivatie bij de betrokken partijen er absoluut was, hielp het stukje extrinsieke motivatie ons ook, omdat er vanaf hogerhand werd gezegd, integrale bekostiging is de stip op de horizon waar we in Nederland naartoe gaan. Toen dit wegviel was het erg lastig om enkel vanuit intrinsieke motivatie de uitdagingen te overwinnen.” (HJGC respondent 4).

5.1.4 Functionele en normatieve integratie

Naast het micro-, meso- en macrodomein noemt het RMIC twee begrippen om de integratie verder te classificeren: normatieve en functionele integratie. Uit de analyse komt hoofdzakelijk één factor naar voren die behoort tot normatieve integratie: leiderschap.

Normatieve integratie thema 6: leiderschap

Bevorderende factoren

De respondenten onderstrepen het belang van visionaire leiders bij het realiseren van een IGO. Dit betekent leiderschap vanuit een gedragen integrale visie, die mensen inspireert en mobiliseert. In de beginfase heb je kartrekkers nodig vanuit elke partner organisatie die een duidelijke visie hebben over het gewenste toekomstbeeld en dit goed kunnen overbrengen naar hun achterban en daar vasthoudend in zijn. Dit zijn sterke leiders die zich niet snel laten tegenhouden door weerstand, maar telkens opnieuw vanuit verbinding mensen meenemen in het idee en zorgen wegnemen. De respondenten benoemen wel dat naast visionaire leiders je ook leiders nodig hebt die sterk zijn in de uitvoering en het proces. De visie moet vervolgens gerealiseerd worden en dat vraagt om andere competenties.

“De groep van kartrekkers zag het duidelijk voor zich, waarom het goed was voor de verloskunde, waarom het goed was voor moeder en kind. Bij elke coöperatie vergadering kwamen ze hierop terug. Zo werd de visie als het ware ingemasseed.” (Annature respondent 2).

“Je hebt visie én uitvoeringskracht nodig in het leiderschap. Met alleen visie zonder het zorgvuldig en gedetailleerd inrichten van de processen kom je er niet. Maar bij tegenslag of weerstand heb je juist weer de visie en overtuigingskracht nodig. Het is allebei.” (Annature respondent 3).

Tot slot is volgens de respondenten is de opstelling van de bestuurders van de organisaties ook relevant geweest voor het succes. Bij Annature hebben de leden van de Raad van Bestuur van Amphia vanuit vertrouwen de ruimte geboden om het goed neer te zetten, zonder zelf daarin te veel willen bepalen. De eerstelijns ervaren daarbij oprechte betrokkenheid en begrip voor hun situatie.

“De bestuurders boden ons de ruimte om te pionieren. Ze gingen in gesprek met de eerstelijns vanuit oprechte interesse en begrip voor hun situatie. Daarin luisterden ze geduldig naar wat er speelde en dachten mee in oplossingen. Ze zagen het niet als geneuzel en hadden niet de behoefte alles zelf te bepalen. Dat is heel belangrijk geweest in het gevoel van gelijkwaardigheid.” (Annature respondent 1).

Belemmerende factoren

Hoewel er volgens de HJGC respondenten zeker sprake was van visionair leiderschap in de vorm van kartrekkers, zat de uitdaging binnen dit thema vooral in de capaciteit van het directie en het dagelijks bestuur, en het doorleven van de gedeelde integrale lange termijn visie. De directeur, met een achtergrond als eerstelijnsverloskundige, had een goede samenwerkingsrelatie met het dagelijks bestuur,

maar in haar solistische rol onvoldoende capaciteit en financiële expertise om de complexe vraagstukken op te lossen. Het dagelijks bestuur werd binnen de beginperiode als bouwend ervaren, maar was volgens respondenten relatief onervaren wat wel nodig was bij de complexe opgave. Later in het traject zijn er meerdere wisselingen geweest in het bestuur wat invloed had op de wisselwerking met de directeur. Daarbij was er in de beginfase een goede business controller van het ziekenhuis betrokken, maar deze kreeg een nieuwe baan waardoor de expertise wegviel.

“Door het gebrek aan financiële expertise ontstond onrust, het lukte het dagelijks bestuur niet om die financiële onrust voldoende weg te nemen.” (HJGC respondent 7).

Tot slot bleek dat het uitdragen van een integrale visie die herkend en gevoeld wordt door alle betrokkenen minder goed was gelukt dan voorheen gedacht. Er is in de beginfase veel tijd gestoken in het opstellen van de integrale visie en missie, onder begeleiding van een externe partij. Maar bij de ontbinding bleek dat er verschillende beelden waren over wat de visie betekende, en werd het gebrek aan een integrale visie genoemd als een belangrijkste factoren voor ontbinding. Hieruit blijkt dat het samen opstellen van een integrale visie het vertrekpunt is, maar dat er daarna blijvend aandacht moet uitgaan naar het uitdragen van die visie naar de achterbannen, zodat deze niet alleen gevoeld wordt op het niveau van het bestuur of directie, maar binnen de hele IGO.

“De integrale visie is te veel op de achtergrond geraakt. In het begin stond er een goed en compleet verhaal, maar dit is overschaduwd door alle perikelen die ontstonden. De visie is daarmee uit de beleving van de mensen verdwenen.” (HJGC respondent 5)

5.2 Validatiesessie: consolideren en stimuleren

De derde focusgroep in dit onderzoek is vormgegeven als validatiesessie met brede afgevaardigden van Annature, HJGC en experts in het veld. De experts zijn afgevaardigden van het ministerie van VWS, zorgverzekeraars, de federatie van VSV's, onderzoekers van de VOICE en domein kansrijke start. In totaal waren er zestien deelnemers aanwezig. Het doel van de focusgroep was tweeledig, de voorlopige resultaten terugkoppelen om te valideren en verrijken, en input ophalen voor het beantwoorden van de derde en vierde deelvraag. De codeboom met bijbehorende analyse is weergegeven in Bijlage 4.

5.2.1 Consolideren van IGO's

<i>Deelvraag 3: Hoe kunnen IGO's, eenmaal tot stand gekomen, worden behouden?</i>

Uit de analyse blijkt dat de consoliderende factoren, de elementen die van belang zijn om een IGO eenmaal opgericht duurzaam te behouden, zich hoofdzakelijk op twee niveaus bevinden, het mesoniveau van organisatorische en professionele integratie en het niveau van normatieve en functionele integratie.

Op het mesoniveau noemen de respondenten als belangrijkste consoliderende factor het realiseren van zorgverschuivingen. De IGO moet meer zijn dan een andere manier van declareren en door betere samenwerking resulteren in betere zorg, betere patiëntervaringen en doelmatigheid. Volgens respondenten is het realiseren van zorgverschuivingen de kern van een IGO, waarbij binnen de regio wordt gekeken hoe het zorgpad zo ingericht kan worden om waarde voor de patiënt te optimaliseren. Hierbij is integrale bekostiging een randvoorwaarde. Binnen een VSV kunnen ook integrale zorgpaden worden opgericht, maar om daadwerkelijk zorg te verschuiven zonder dat daar extra kosten bijkomen, en dubbele zorg wordt verminderd, is integrale bekostiging noodzakelijk. Volgens respondenten is het belangrijk om klein te beginnen, en adviseren hierbij om te kijken naar de goede voorbeelden die er zijn in het land zoals zwangerschapsdiabetes en lachgas in de eerstelijns. Ook is het belangrijk de effecten te monitoren en evalueren. Bij Annature krijgt dit vorm door het gebruik van een de International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)-vragenlijst en een uitkomstendashboard op basis van Perined data. Daarnaast noemen respondenten op dit niveau het belang van de integrale governance en overstijgende integrale strategie. Volgens respondenten schuilt een deel van het succes in de intensieve tijdsinvestering en professionaliteit van de directie met bijbehorende jaarcyclus. Hierdoor worden successen gerealiseerd en zichtbaar voor alle betrokken bij de IGO.

“Je hebt mensen nodig die bereid zijn om dat stapje extra te zetten, vanuit intrinsieke motivatie. Een directie die elkaar versterkt.” (Annature respondent 2).

Op het niveau van normatieve en functionele integratie noemen de respondenten het belang van een lerende organisatie waarbij wordt geïnvesteerd in het onderhouden van het wij-gevoel. Binnen een lerende organisatie wordt ingezet op collectief leren, ontwikkelen en verbeteren, onder andere door gezamenlijke onderzoeks- en ontwikkelprogramma's. Bij Annature krijgt dit vorm door het organiseren een breed spectrum van integrale activiteiten. Zo wordt er ingezet op integraal leren door middel van weetsessies zes keer per jaar, integrale scholingsdagen, een periodieke prenatale audit en jaarlijkse hackaton. De richtlijnencommissie en KIC dragen er ook aan bij. Daarnaast lopen er continu integrale onderzoekslijnen en innovatieve projecten zoals het ontwikkelen van een zwangerschapsapp, het fysiologisch inrichten van de verloskamers of verbeteren van het integrale dossier. Tot slot worden er sociale activiteiten georganiseerd om het wij-gevoel te stimuleren zoals een jaarlijks Annature feest en andere sociale activiteiten zoals een sporttoernooi. Bij deze activiteiten is er een afvaardiging van alle partners, bij de hackaton zijn ook patiënten aangesloten. Deze activiteiten zijn volgens respondenten nodig om de integrale samenwerking te onderhouden, stimuleren en verbeteren.

“Het is heel belangrijk om evenementen met elkaar te blijven organiseren, zowel inhoudelijk als sociaal. Als je elkaar ziet en spreekt, dan merk je gelijk dat het de relatie versterkt. Het is een grote groep en er zijn veel (nieuwe) mensen bij betrokken, dus je moet blijvend in de relatie investeren. Er is niet voor niets een feestcommissie.” (Annature respondent 5).

5.2.2 Stimuleren van IGO's

Deelvraag 4: Op welke wijze kan de realisatie van IGO's worden gestimuleerd?

De factoren die en rol spelen bij het stimuleren van IGO's en het wegnemen van de belemmeringen bevinden zich volgens respondenten hoofdzakelijk op het macroniveau en het mesoniveau. Zoals in de vorige paragraaf besproken zijn de grootstedelijke context, financiële administratie van bundelbrekers en gebrek aan landelijke steun en kaders van beleidsmakers, beroepsverenigingen en verzekeraars belangrijke belemmerende factoren die de realisatie van IGO's in de weg staan. Volgens de respondenten zijn er verschillende oplossingsrichtingen die deze belemmeringen kunnen wegnemen.

Ten eerste zijn respondenten het eens dat in principe integrale bekostiging in steden met meerdere VSV's alleen kan werken als het de enige vorm van bekostiging is. Zolang er ook monodisciplinaire bestaat, kunnen eerstelijnsverloskundigen 'shoppen' bij andere VSV's voor wat hun het beste uitkomt, hierdoor is betrokkenheid lager en moeten partijen via meerdere bekostigingssystemen werken wat grote administratieve druk met zich mee brengt. Daarbij zien de respondenten duidelijke meerwaarde voor integrale bekostiging. Goede samenwerking en professionaliseren van de zorg kan ook zonder integrale bekostiging, maar integrale bekostiging maakt de samenwerking intensiever, vanwege de gevoelde gezamenlijke verantwoordelijkheid en gedeelde portemonnee. Daarnaast maakt het mogelijk zorg te verschuiven en 'verspilling' in de vorm van dubbele diagnostiek, declaraties en behandeling te verminderen.

"Integrale bekostiging helpt echt, omdat het stuurt. Het is een middel waardoor je moet nadenken wie doet wat, en hoe zorgen we ervoor dat het samen beter wordt? Hoe creëren we voor het integrale tarief de meeste waarde en halen we de verspilling er uit?" (Validatiesessie respondent 16).

Gezien het huidige beleid van VWS is het volledig afschaffen van monodisciplinaire bekostiging geen realistische verwachting. Wel zouden de VSV's in een regio krachten kunnen bundelen en samen beslissen tegelijkertijd meerdere IGO's op te richten. Dit vraagt om een groot bestuurlijk commitment van alle partijen in een regio. Een controversieel punt daarbij is het toewijzen van alle verloskundigepraktijken aan de verschillende ziekenhuizen. Aan de ene kant wordt dit gezien als een oplossing, zo voorkom je bundelbrekerproblematiek en kun je werken aan goede relaties tussen de aangesloten verloskundigepraktijken en het desbetreffende ziekenhuis wat de kwaliteit ten goede komt, aan de andere kant wordt genoemd dat eerstelijnsverloskundigen hier niet mee akkoord zullen gaan vanwege het verlies van adherentie, en dat de keuzevrijheid van patiënten hiermee beperkt wordt, waardoor het niet kan werken. Ook wordt genoemd dat de er dan altijd plek moet zijn voor patiënten van de aangesloten verloskundige praktijk in het ziekenhuis, omdat er anders alsnog een bundelbreker ontstaat. Gezien de druk op de verloskunde in grote steden is het de vraag of dat haalbaar is. Partijen zijn het eens dat ondanks deze uitdagingen er kansen liggen voor het indelen van de regio, vooral als alle VSV's in een regio overgaan op integrale bekostiging.

"Het kan alleen werken als er in een regio alleen met integrale bekostiging wordt gewerkt. Dan maakt het voor de kraamzorgorganisaties en eerstelijnsverloskundigen niet meer uit naar welk ziekenhuis ze gaan. Volgens mij is dat de enige oplossing voor de grote steden." (Validatiesessie respondent 7).

Ten tweede is het essentieel voor een regio om één verzekeraar te hebben als partner bij de implementatie en doorontwikkeling van integrale bekostiging. In grootstedelijke context waarbij er geen preferentie verzekeraar is, is de oproep dat verzekeraar met elkaar afstemmen welke partij de verantwoordelijkheid neemt om mee de IGO te ontwikkelen. Belangrijk is volgens respondenten dat de andere verzekeraars in de regio daarna een volgebeleid toepassen. Hierbij kunnen de regels van de ACM belemmerend werken en moet men zoeken naar de mogelijkheden. Ten derde ligt er een kans voor het sturen met indicatoren door het opstellen van kwaliteitsnormen vanuit bijvoorbeeld verzekeraars of het Zorginstituut. Binnen de verloskunde worden kwaliteitsindicatoren verzameld via Perined, maar deze indicatoren worden niet gebruikt om te sturen op het verhogen van kwaliteit of doelmatigheid. Volgens respondenten is er met

name behoefte aan proces- en doelmatigheidsindicatoren. Door bijvoorbeeld te sturen op het minimaliseren dubbele diagnostiek, of het inrichten van een buddystructuur, kan IGO realisatie gestimuleerd worden.

“Binnen een VSV komt het voor dat elke praktijk eigen echo’s maakt, die in het ziekenhuis vaak over worden gedaan, omdat ze in een ander systeem staan. Dat is zonde en duur. Doelmatigheidsindicatoren zouden hierbij kunnen helpen.” (Validatiesessie respondent 11).

Tot slot wordt op het macroniveau het belang van landelijk onderzoek naar de effecten van IGO’s benoemd op patiëntuitkomsten, patiëntervaringen en doelmatigheid. De deelnemers zijn bekend met het monitoronderzoek van het RIVM en benieuwd naar de evaluatie die in Q2 van 2024 wordt opgeleverd. De respondenten zijn het er echter over eens dat de periode van monitoring te kort is om daadwerkelijk potentieel te meten, en dat een periode van 10 jaar minimaal nodig is. Daarnaast wordt opgemerkt dat in het geval van HJGC de effecten van de IGO lastig te splitsen zijn van de effecten van de VSV omdat ze dezelfde zorgpaden hanteren. De respondenten adviseren om meer gebruik te maken van Perined-data om uitkomsten van IGO regio’s te vergelijken met niet-IGO regio’s. Ook adviseren respondenten om te vergelijken op basis van Perined en Patient-Reported Experience Measures (PREMs) zoals een ICHOM-vragenlijst. Hierbij is standaardisatie en landelijke kaders noodzakelijk om vergelijkbare resultaten te creëren. Niet alleen onderzoek naar de effecten van IGO’s is nodig, maar ook naar de manier waarop dergelijke netwerkorganisaties opgezet kunnen worden. Voor de bestaande zeven IGO’s waren er weinig kaders beschikbaar. Respondenten adviseren de ervaringen van deze regio’s te gebruiken om best practices te formuleren waar andere regio’s van kunnen leren.

“Bij het ICHOM congres in Barcelona begin 2024 waarbij grote regionale Value-Based-Healthcare transformaties werden gepresenteerd, was de boodschap dat je pas na 10 jaar kunt oogsten. Deze termijn zouden we ook bij IGO’s en andere IZA-transformaties moeten hanteren.” (Validatiesessies respondent 13).

Op mesoniveau zijn de respondenten het erover eens dat IGO realisatie alleen kan slagen als er binnen de regio sprake is van intrinsieke motivatie van alle betrokkenen, net als vertrouwen onderling en goede samenwerkingsrelaties. Als dit in een regio nog niet aanwezig zal hier eerst in geïnvesteerd moeten worden, bijvoorbeeld in de vorm van mediation. Het vertrouwen moet er zijn op alle lagen, bij de professionals, directie- en bestuursleden van alle partnerorganisaties. Een uitdaging hierbij is de organisatie van de eerstelijnsverloskundigen en van de kraamzorgorganisaties binnen een regio. Een bevorderende factor voor IGO’s is als de verloskundigen en kraamzorgorganisaties zijn georganiseerd in een intensievere vorm dan een kring of KSV, bijvoorbeeld in een coöperatie. In grootstedelijke regio’s is dit niet eenvoudig omdat volgens respondenten steeds meer eenmanspraktijken ontstaan die weinig binding hebben met andere praktijken en andere belangen. De kraamzorgorganisaties zijn vaak landelijk georganiseerd, waardoor het regionale commitment lager is. Respondenten hebben nog niet het antwoord hoe de regio indeling het beste gestimuleerd kan worden, mogelijk ligt hier een rol bij het CPZ, de federatie van VSV’s of de KNOV om hier onderzoek naar te doen of kaders voor te scheppen.

“De kracht ligt in het regionaal organiseren, maar daarvoor is het nodig dat alle betrokken partijen zich committeren aan een specifieke regio. De vraag is hoe we de regio, ook in een grootstedelijke context, het beste werkbaar kunnen indelen.” (Validatiesessie respondent 5).

6. Conclusie, discussie en aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek is leren wat bevorderende en belemmerende factoren zijn bij de totstandkoming van IGO's, op basis waarvan lessen getrokken kunnen worden voor bredere integrale zorg initiatieven zoals beschreven in het IZA, waaronder de regionale samenwerking rondom kansrijke start. Daarnaast beoogt het onderzoek inzicht te geven in hoe deze bevorderende factoren gestimuleerd kunnen worden en op welke wijze integrale zorg initiatieven duurzaam geborgd kunnen worden. Dit hoofdstuk bevat de conclusie en discussie van het onderzoek en sluit af met aanbevelingen voor wetenschap en praktijk.

6.1 Conclusie

De hoofdvraag van het onderzoek is: Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn aan de orde bij het realiseren, consolideren en stimuleren van IGO's? De hoofdvraag wordt beantwoord door de combinatie van de antwoorden op de deelvragen die in deze paragraaf worden samengevat.

6.1.1 Welke vormen van IGO's zijn er nu in Nederland?

Op basis van een literatuurstudie is de opkomst van de IGO in Nederland in kaart gebracht. Sinds de start van het experiment in 2017 zijn er nu zeven actieve IGO's in Nederland, Geboortehart, IJmond Geboortezorg, IJWII, Qocon, Zuid aan Zee, Geboortezorg Salland en Annature). Er bestaan verschillende vormen van IGO's in Nederland. Per regio zijn andere keuzes gemaakt over de wijze waarop de samenwerking is geformaliseerd. In dit onderzoek zijn met behulp van een IGO-kenmerkenvragenlijst, uitgezet onder de huidige IGO-bestuurders, deze verschillende kenmerken in kaart gebracht. Het eerste kenmerk betreft de juridische vorm met bijbehorend hoogste besluitvormende orgaan. Hierbij is te zien dat de meeste hebben gekozen voor het oprichten van een coöperatie waarbij de algemene leden vergadering (ALV) het hoogste orgaan is. Alleen Annature is geen rechtspersoon op zichzelf, maar een businessunit onder het juridisch dak van het aangesloten ziekenhuis. Bij Annature is het geboortezorgberaad, bestaande uit bestuurders van de betrokken partijen, het hoogste besluitvormende orgaan. Alle IGO's hebben een multidisciplinair bestuur waarin elke geboortezorgpartner is vertegenwoordigd. Bij de meeste regio's zijn alle verloskundige praktijken in de regio aangesloten behalve bij Geboortezorg Salland. De manier waarop de eerstelijnsverloskundige zich hebben georganiseerd binnen een IGO verschilt. Dit kan binnen het originele samenwerkingsverband genaamd de kring, of er is een coöperatie opgericht voor de IGO. Hetzelfde geldt voor de kraamzorgorganisaties. Dit betreft van oudsher een KSV, of er is een coöperatie opgericht. Bij de meeste regio's is de VSV opgegaan in de IGO, alleen bij IJmond Geboortezorg is dit niet het geval. Annature en Qocon zijn de enige twee IGO's die gebruik maken van een Integraal patiëntendossier. Alle regio's maken gebruik van het landelijke model van integrale bekostiging en realiseren zorgverschuivingen.

6.1.2 Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij het vormen van IGO's?

Het zwaartepunt van dit onderzoek betreft de twee casestudies naar de IGO Annature en naar de in 2021 weer ontbonden IGO HJGC gezien vanuit het RMIC. Op basis van focusgroepen met de directie van Annature en het bestuur van HJGC, aangevuld met interviews met sleutelfiguren, zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij het vormen van IGO's in kaart gebracht. Op basis van de analyse zijn zes thema's geïdentificeerd van bevorderende en belemmerende factoren. De thema's worden weergegeven per niveau van het RMIC.

Microniveau thema 1: zichtbare toegevoegde inhoudelijke waarde van integraal werken

Op het microniveau is dit het aantonen van de toegevoegde waarde van integraal werken voor de patiënt en professionals. Voor patiënt is dit de continuïteit van zorg over de lijnen heen waardoor de kwaliteit toeneemt. Dit krijgt vorm in integrale zorgpaden waarbij de patiënt de zorg ervaart als een continuüm. Dit wordt versterkt als er sprake is van een integraal patiëntendossier, waarin deze integrale zorgpaden zijn opgenomen. Hiermee wordt de toegevoegde waarde voor de professionals duidelijk omdat dit

resulteert in betere afstemming over de zorg, meer vertrouwen en minder dubbele zorg. Daarnaast is een bevorderende factor het direct starten met kleine, inhoudelijke projecten, naast het oprichtingstraject van de IGO, waarbij duidelijke winst wordt gecreëerd voor betrokken partijen. Net als het expliciet maken van de meerwaarde voor elk partij. De belemmering doet zich voor als de meerwaarde onvoldoende duidelijk is voor patiënt en professional. In een regio waar naast de IGO ook een VSV bestaat zijn de integrale zorgpaden op beide van toepassing, waardoor de meerwaarde van de IGO niet duidelijk is. Daarnaast is het een belemmering als alle inspanningen gaan naar het uitwerken van de financiën en de governance, en er parallel geen inhoudelijke meerwaarde wordt gecreëerd. Tot slot is instappen in de IGO vanuit angst in plaats van intrinsieke motivatie en belemmerende factor, net als wanneer belangen van partijen bij integrale samenwerking niet expliciet worden gemaakt.

Mesoniveau thema 2: overstijgende integrale governance en mandaat

Op het mesoniveau is het tweede thema het inrichten van overstijgende governance en mandaat. Bevorderend voor IGO's is een functionele governance gericht op openheid, integriteit en gezamenlijke verantwoordelijkheid, waarbij mandaat van de achterban is geborgd. De vorm van een businessunit onder het juridisch dak van het ziekenhuis met een integrale directie en geboortezorgberaad werkt bij Annature goed vanwege de slagvaardigheid, mandaat en intensiteit, maar past niet bij elke context. Bij een grote regio past dit model bijvoorbeeld minder goed door de grote hoeveelheid aan partijen. Het coöperatiemodel met ALV kan ook werken mits er afspraken zijn over zeggenschap. Een belemmerende factor is als het mandaat niet is georganiseerd. Met name bij een grote, verdeelde achterban van eerstelijnsverloskundigen is dit een uitdaging.

Mesoniveau thema 3: integrale financiën en zorgverschuiving

Het derde thema op hetzelfde niveau is het inrichten van integrale bekostiging en het realiseren van zorgverschuivingen. Een bevorderende factor is het de implementatie van integrale bekostiging waarbij de integrale opbrengsten jaarlijks aan de hand van een vast bedrag worden verdeeld over de aangesloten partners. Dit maakt het mogelijk om zorg te verschuiven en doelmatigheid te vergroten door perverse prikkels weg te nemen. Een gedetailleerde en transparante aanpak, met intensieve juridische en financiële ondersteuning van onder andere het aangesloten ziekenhuis, is nodig om comfort te bieden aan partijen om de financiën met elkaar te delen en het zodanig in te richten. Een belemmering is als integrale bekostiging niet van de grond komt, omdat er in de regio ook monodisciplinaire bekostiging bestaat. Daarnaast zijn de bundelbrekers, die met name in grote steden voorkomen, een belangrijke belemmerende factor omdat ze zorgen voor een grote administratieve belasting door correcties op de declaraties. De rol van de verzekeraar is hierbij cruciaal en komt aan bod bij thema 5.

Mesoniveau thema 4: vertrouwen en samenwerkingsrelaties

Het vierde thema, ook op het mesoniveau, is vertrouwen en goede samenwerkingsrelaties binnen de aangesloten partijen binnen de IGO. Respondenten zien dit als een randvoorwaarde om te starten met een IGO. Een bevorderende factor is vertrouwen en goede relaties tussen de verschillende partners (eerste- en tweedelijns) maar ook bij de partners onderling. Elementen die hierbij kunnen helpen zijn een mediation traject, een buddy-structuur tussen eerste en tweedelijns en een integraal patiëntendossier. Het verkrijgen en onderhouden van vertrouwen vraagt om een langdurige investering, gericht op gelijkwaardigheid, respect, betrouwbaar gedrag en ruimte voor gedeelde culturen. Gebrek aan vertrouwen en goede samenwerkingsrelaties is een belemmerende factor. Dit komt meer voor in grote regio's met meerdere ziekenhuizen en een groot aantal verschillende soorten verloskundigepraktijken en kraamzorgorganisaties die in meerdere VSV's werken. Ook kan opgebouwd vertrouwen weer afnemen, als er inhoudelijk te weinig zichtbare winst wordt gecreëerd.

Macroniveau thema 5: landelijke steunen kaders

Op macroniveau is het thema landelijke steun en kaders. Dit betreft steun van de zorgverzekeraars in de regio, het ministerie van VWS en beleidsmakers en de beroepsverenigingen. Uit beide cases blijkt dat er landelijke steun is gemist en dat het oprichten van een IGO in grote mate pionieren is geweest. Een

bevorderende factor is het hebben van een preferentie zorgverzekeraar in een regio, die als partner van de IGO optreedt bij de implementatie van integrale bekostiging. Daarnaast is het bevorderend als de overige zorgverzekeraars een volgbesleid toepassen. Het ontbreken van een preferente verzekeraar, wat met name in grote regio's voorkomt, is daarmee ook een belemmerende factor. Het gebrek aan kaders voor het oprichten van een IGO en het implementeren van integrale bekostiging is een belemmerende factor, met name door het gebrek aan een oplossing voor bundelbrekerproblematiek. Daarnaast wordt de keuze van de minister van VWS om in 2028 naast integrale bekostiging ook monodisciplinaire bekostiging toe te staan gezien als een belangrijke belemmerende factor. Tot slot is een polariserende opstelling van beroepsverenigingen een belemmerende factor.

Normatieve integratie thema 6: leiderschap

Op het niveau van normatieve integratie is het thema leiderschap. Een bevorderende factor bij het vormen van een IGO is visionair leiderschap dat mensen inspireert en mobiliseert. Dit leiderschap is gebaseerd op een gedragen integrale visie, waarbij kartrekkers in de beginfase een duidelijke visie communiceren en hun achterban er in meenemen. Naast visie is uitvoeringskracht essentieel voor succesvol leiderschap. Ook de opstelling van bestuurders van de betrokken organisaties kan een positieve invloed hebben door ruimte te bieden voor initiatief en gelijkwaardigheid te tonen. Een belemmerende factor is een bestuur of directie met onvoldoende capaciteit om de complexe opgave te realiseren, bijvoorbeeld op het gebied van juridische of financiële expertise. Daarnaast zijn veel wisselingen in het bestuur een belemmering. Tot slot is een belemmerende factor wanneer de integrale visie onvoldoende wordt beleefd bij de professionals in de achterbannen.

6.1.3 Hoe kunnen IGO's, eenmaal tot stand gekomen, worden behouden?

Wanneer een IGO eenmaal is vormgegeven zijn er een aantal factoren geïdentificeerd die ervoor zorgen dat de IGO duurzaam blijft voortbestaan. Deze consoliderende factoren bevinding zich op het mesoniveau van organisatorische en professionele integratie, en op het niveau van normatieve en functionele integratie.

Op het mesoniveau benadrukken respondenten het belang van het realiseren van zorgverschuivingen als belangrijkste consoliderende factor. Dit houdt in dat de IGO meer moet zijn dan een nieuwe manier van declareren, maar daadwerkelijk moet leiden tot betere uitkomsten, betere patiëntervaringen en meer doelmatigheid. Integrale bekostiging is hierbij essentieel om zorgverschuivingen mogelijk te maken en dubbele zorg te verminderen. Kleinschalig beginnen, het monitoren en evalueren van effecten, en het gebruik van goede voorbeelden zijn hierbij belangrijk. Daarnaast benadrukken respondenten het belang van integrale governance en strategie, waarbij intensieve tijdsinvesteringen en professionaliteit van de directie succes mogelijk maken en zichtbaar maken voor alle betrokkenen.

Op het niveau van normatieve en functionele integratie noemen respondenten vooral het belang van een lerende organisatie, waarbij het wij-gevoel wordt onderhouden. Dit betekent investeren in collectief leren, ontwikkelen en verbeteren door middel van gezamenlijke onderzoeks- en ontwikkelprogramma's en het organiseren van sociale activiteiten. Het jaarlijks organiseren van integrale activiteiten met betrokkenheid van alle partners is volgens respondenten essentieel om de integrale samenwerking te onderhouden, te stimuleren en te verbeteren.

6.1.4 Op welke wijze kan de realisatie van IGO's worden gestimuleerd?

Op basis van een derde focusgroep met een brede vertegenwoordiging van afgevaardigden vanuit Annature, HJGC en experts binnen de geboortezorg, zijn de factoren in kaart gebracht die IGO realisatie stimuleren en hoe belemmeringen kunnen worden weggenomen. Deze factoren bevinden zich voornamelijk op het macroniveau en het mesoniveau.

Op het macroniveau zou de meeste winst behaald kunnen worden door het afschaffen van monodisciplinaire bekostiging zodat integrale bekostiging de enige reguliere bekostiging is. Gezien de beleidskeuzes van VWS is dit geen realistisch scenario. Wel kunnen VSV's binnen regio's krachten

bundelen en met de gehele regio overgaan op meerdere IGO's, zodat binnen de regio alle partijen werken met integrale bekostiging, waarmee de administratieve belasting en bundelbrekerproblematiek wordt verholpen. Ook kan de vorming van IGO's gestimuleerd worden door meer te sturen met normen gebaseerd op kwaliteitsindicatoren, waar nu weinig sprake van is binnen de geboortezorg. Respondenten zien vooral meerwaarde in proces- en doelmatigheidsindicatoren om samenwerking te stimuleren en dubbel zorg te verminderen. Tot slot is meer onderzoek nodig naar de effecten van IGO-regio's op patiëntuitkomsten, patiëntervaringen en doelmatigheid ten opzichte van niet-IGO regio's, net als onderzoek naar hoe netwerksamenwerkingen zoals IGO's opgericht kunnen worden.

Op mesoniveau is het vooral van belang dat er sprake is van intrinsieke motivatie van partijen voor het oprichten van een IGO, net als duidelijke toegevoegde waarde van integraal werken en vertrouwen en goede samenwerkingsrelaties. Als dit nog niet aanwezig is in een regio zal hier eerst in geïnvesteerd moeten worden, bijvoorbeeld in de vorm van mediation. Het verenigen van de eerstelijnsverloskundigen en de kraamzorgorganisaties binnen aparte coöperaties zijn hierbij stimulerende factoren. Met name binnen grootstedelijke context kan dit een uitdaging zijn. Een effectieve indeling van de geboortezorgregio is een stimulerende factor, maar de optimale aanpak om dit te realiseren is nog niet duidelijk.

6.1.5 Beantwoording hoofdvraag

Op basis van de gezamenlijke beantwoording van de deelvragen kan de hoofdvraag worden beantwoord. Uit dit onderzoek is gebleken dat de bevorderende en belemmerende factoren die van belang zijn bij het oprichten van een IGO zich afspelen binnen zes thema's gebaseerd op de domeinen van het RMIC. Daarnaast zijn de factoren die een rol spelen bij het consolideren van IGO's in kaart gebracht, net als de factoren die de realisatie van IGO's in de toekomst kunnen stimuleren. De bevorderende, belemmerende, consoliderende en stimulerende factoren zijn samengevat in onderstaande tabel en beantwoorden hiermee de hoofdvraag van het onderzoek.

Tabel 2. Beantwoording hoofdvraag

Niveau	Micro	Meso	Meso	Meso	Macro	FI / NI
Thema	Zichtbare toegevoegde waarde van integraal werken	Overstijgende integrale governance en mandaat werken	Integrale financiën en zorgverschuiving	Vertrouwen en samenwerkingsrelatie	Landelijke steun en kaders	Leiderschap
Bevorderende factoren	- Zichtbare meerwaarde patiënt - Zichtbare meerwaarde professionals - Klein starten vanuit inhoud - Winst elke partij expliciet	- Governance gericht op openheid, integriteit en gezamenlijke verantwoordelijkheid - Coöperatie of businessunit model, mits mandaat en afvaardiging is geborgd - Integrale (meerjaren)strategie	- Integrale bekostiging met vaste procentuele verdeling - Zorgverschuiving realiseren - Intensieve financiële en juridische begeleiding - Detail en transparantie - Steun ziekenhuis in opstartfase	- Vertrouwen en goede relaties tussen eerste- en tweedelij - Vertrouwen en goede relaties bij partijen onderling - Investeren in relatie obv gelijkwaardigheid en respect - Buddy-systeem en integraal dossier - Betrouwbaar gedrag en aanspreekcultuur	- Eén preferente verzekeraar - Modulegelden, subsidiegelden - Regionale context - IGO-bestuurders netwerk	- Visionair leiderschap, kartrekkers én uitvoerders - Gedeelde visie, ervaren op alle lagen - Gedeelde culturen, ruimte voor kritisch geluid
Belemmerende factoren	- Onvoldoende zichtbare winst - Belangen niet expliciet - Instappen vanuit angst - Te veel tijd naar financiën en governance	- Mandaat onvoldoende georganiseerd	- Bundelbrekers en financiële administratie - Naast integrale bekostiging ook monodisciplinaire bekostiging in de regio	- Versnipperde eerstelij - Beperkt vertrouwen eerste- en tweedelij - Wij-gevoel neemt af na 2/3 jaar - Weinig inhoudelijke voortgang verslechtert relatie	- Grootstedelijke context - Geen preferente verzekeraar - Gebrek landelijke kaders - Besluit minister VWS behoud monodisciplinaire bekostiging na 2028 - Polariserende werking beroepsorganisaties	- Capaciteitsgebrek in tijd of expertise - Wisselingen bestuur - Gedeelde visie onvoldoende beleefd in achterban
Consoliderende factoren		- Functionele integrale governance - Overstijgende integrale strategie	- Realiseren van zorgverschuiving door integrale bekostiging - Effecten monitoren en evalueren, vergelijken op basis van data			- Lerende organisatie - Stimuleren en onderhouden wij-gevoel
Stimulerende factoren				- Intrinsieke motivatie en meerwaarde regio - Vertrouwen en goede relaties tussen partijen - Optimale regionale indeling door verenigen eerstelijnsverloskundigen en kraamzorgorganisaties.	- Enkel integrale bekostiging in een regio - Eén zorgverzekeraar als partner, andere volgeleid - Sturen met indicatoren - Onderzoek naar effecten en opzetten netwerksamenwerking	

6.2 Discussie

Met dit onderzoek is een begin gemaakt om bevorderende en belemmerende factoren te identificeren die een rol spelen bij het vormen van integrale zorg initiatieven zoals IGO's, om integrale samenwerking in de zorg beter te begrijpen en te kunnen stimuleren. In deze paragraaf wordt gereflecteerd op de betekenis van de behaalde resultaten en gekozen onderzoeksanpak vanuit een breder perspectief.

6.2.1 Bijdrage van de studie

In deze thesis is met behulp van een systematische zoekmethode de beschikbare literatuur over IGO's in Nederland in kaart gebracht. Hiermee levert dit onderzoek een bijdrage aan het beperkte aanbod van literatuur over dit specifieke onderwerp. Deze uiteenzetting laat zien dat het een onderzoeksveld is in ontwikkeling, met nog veel onbeantwoorde vragen. Er is voorzichtig bewijs voor de positieve relatie tussen IGO's en patiëntuitkomsten, patiëntervaringen en doelmatigheid, maar er is ook sprake van kritiek en twijfels over de haalbaarheid van IGO's (Struijs et al., 2016; Struijs et al., 2018; Struijs et al., 2020; NZA, 2020 de Vries et al., 2022; Scheefhals et al., 2024; Hermans et al., 2024). Dit onderstreept de zoektocht van beleidsmakers of de IGO de juiste weg voorwaarts is. Onderzoek van Niels, Stekelenburg, Minkman en Huijsman (2021) bevestigt de complexiteit van het vinden van de juiste beleidsinstrumenten om integrale zorg initiatieven te stimuleren. De onderzoekers geven aan dat het jaren kan duren en vraagt om langdurige inzet van alle betrokken stakeholders. Deze zoektocht heeft er voor gezorgd dat het ministerie van VWS in 2022 de verplichte overgang naar integrale bekostiging per 2028 heeft losgelaten. Nog voor de zomer van 2024 wordt er een nieuw monitorrapport van het RIVM verwacht over de meest recente resultaten van IGO's. In het licht van dit onderzoek is het interessant om te zien of het rapport de verwachte positieve effecten van IGO's sterker weet te onderbouwen. Uit de validatiesessie is gebleken dat de betrokkenen beperkte verwachtingen hebben bij de resultaten van dit RIVM rapport, omdat alsnog de termijn te kort is om het volledige potentieel van IGO's aan te kunnen tonen. Deze thesis gaat niet specifiek in op de effectiviteit van IGO's ten opzichte van VSV's. De resultaten laten echter wel zien dat de betrokken respondenten de meerwaarde zien van IGO's en integrale bekostiging. Om het te laten werken in meer geboortezorgregio's zullen er echter inspanningen gedaan moeten worden om belemmeringen weg te nemen op het micro-, meso- en met name macroniveau van integratie. Hoopgevend is het feit dat er in toenemende mate onderzoek wordt gedaan naar IGO's. Zo zullen de resultaten van de VOICE-studie, waarbij wordt onderzocht welke elementen van integrale zorg invloed hebben op gezondheid, ervaringen en zorguitgaven in de geboortezorg, een belangrijke bijdrage leveren aan deze discussie. Net als de resultaten van het promotieonderzoek van Schenau (2020) waarbij de implementatie van de ZIG is geëvalueerd en het promotieonderzoek van van Weert (2023) naar de organisatie van samenwerking in netwerken in de zorg.

Deze thesis levert ook een bijdrage aan het onderzoeksveld over alternatieve bekostigingsmodellen in de zorg. Integrale bekostiging is immers een vorm van bundelbekostiging. Ook dit is een onderzoeksdomain in ontwikkeling waarbij er steeds meer onderbouwing is voor de positieve effecten ervan, maar ook zicht op de belemmeringen die implementatie in de weg staan (Struijs et al., 2017; Celissen et al., 2018; de Vries et al., 2019; de Vries et al., 2021). In lijn met de ontwikkelingen in de literatuur laten de resultaten van dit onderzoek de potentie zien van integrale bekostiging. Namelijk het realiseren van zorgverschuivingen waarbij de zorg op de plek wordt geboden waar deze het meeste waarde toevoegt voor de patiënt tegen de laagste kosten. Met integrale bekostiging is er namelijk geen aparte productieprikkel meer in de eerste- en tweedelij. De IGO verdient in totaal een hogere marge als er minder zorg, of efficiëntere zorg, wordt geleverd en draagt het financiële risico van heropnames en complicaties, dit stimuleert zorgverleners de zorg goed te coördineren en af te stemmen over de lijnen heen. Daarnaast geven de resultaten een beeld wat de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren zijn om integrale bekostiging te realiseren, en leveren daarmee een bijdrage in de behoefte aan meer empirisch bewijs naar integrale bekostiging. Hierbij ligt er in lijn met onderzoek van Cattel et al., 2021 en Reindersma et al., 2022, een belangrijke opgave in het verlagen van administratieve belasting door het standaardiseren van contractvormen, sturen met behulp van kwaliteitsnormen en landelijke

kaders vanuit VWS en verzekeraars. In de validatiesessie is het controversiële thema keuzevrijheid genoemd, wat met name in grootstedelijke context een belemmering kan zijn bij integrale bekostiging mocht de regio integraal besluiten de verloskundigepraktijken te koppelen aan de ziekenhuizen in de stad. Onderzoek van Lambooi, Veldwijk, van Gils, Suijkerbuijk en Struijs (2020) tonen aan dat de helft van de zwangeren bereid is keuzevrijheid op te geven voor betere kwaliteit van zorg. Het thema keuzevrijheid binnen integrale bekostiging is iets wat verder onderzocht zal moeten worden, met oog voor het politieke debat rondom dit thema.

Het theoretisch kader van dit onderzoek is het RMIC. Dit model is de lens vanuit waar naar het vraagstuk van IGO's is gekeken. Het RMIC is een model dat reeds wordt toegepast in de wetenschap en praktijk (Valentijn et al., 2016; Valentijn, et al., 2017). Ook binnen het domein van de geboortezorg is het een bekend model, wat ten grondslag ligt aan de VSV-spiegel (Boesveld et al., 2017). De VSV-spiegel bestaat uit twee vragenlijsten (quickscan en integratiemeter) voor VSV's op basis waarvan ze kunnen bepalen of de VSV voldoet aan de randvoorwaarden om de volgende stap richting integratie van samenwerking te zetten (CPZ, 2024). Het toepassen van het RMIC bij de twee casestudies in deze thesis resulteert in empirische verdieping van het model en draagt daarmee bij aan de bruikbaarheid van dit model voor de geboortezorg. De vertaling van de 21 hoofdkenmerken voor de geboortezorg maken het model meer toepasbaar voor regio's om mee aan de slag te gaan. Net als de concrete voorbeelden die uit de cases van Annature en HJGC naar voren zijn gekomen. Hiermee worden de 21 hoofdkenmerken van het RMIC inhoudelijk geladen. Naast het RMIC zijn er meer modellen om organisatievormen van integrale zorg mee te onderzoeken en evalueren, zoals het DMIC (Minkmann et al., 2009). Interessant voor vervolg is onderzoeken of de geformuleerde thema's binnen de domeinen van het RMIC, ook passen binnen de kapstok van het DMIC, wat de robuustheid van de resultaten zou kunnen aantonen.

Door de IGO-kenmerkenvragenlijst is er gedetailleerde informatie verzameld over de bestaande zeven IGO's in Nederland. Het onderzoek levert daarmee een bijdrage aan de beschikbare informatie over IGO's, omdat deze gegevens niet vindbaar zijn in de literatuur. De resultaten weergegeven in Tabel 1 laten zien dat er geen 'one-size-fits-all' is voor een IGO. Er zijn drie kenmerken die de IGO's allemaal gemeen hebben, een multidisciplinair bestuur, werken met integrale bekostiging en het realiseren van zorgverschuivingen. Deze factoren kunnen daarmee worden aangemerkt als randvoorwaarden. Het is interessant om te zien dat er slechts in twee regio's gebruik wordt gemaakt van een integraal dossier, terwijl uit de resultaten van deze thesis blijkt dat dit een sterke bevorderende factor is voor IGO's. Het zou interessant zijn om in vervolgonderzoek bij deze vijf regio's na te gaan wat de belemmeringen zijn om dit in te richten. Daarnaast is ook opvallend dat ondanks de positieve ervaringen van Annature, dit de enige regio is met de businessunit als juridische vorm. Dit komt mogelijk ook door situationele factoren zoals momentum of bestaande netwerken in de uitgangssituatie. Ook is het boeiend dat er in regio IJmond naast de IGO een VSV bestaat, terwijl in deze thesis is gebleken dat deze combinatie in één regio, met twee bekostigingsvormen, als een belangrijke belemmerende factor wordt gezien. Het zou interessant zijn om in regio IJmond te onderzoeken hoe dit daar wordt vormgegeven om lessen te trekken voor grootstedelijke regio's waarbij dit vaker voorkomt.

De belangrijkste bijdrage van dit onderzoek is door middel van de bestudering van de twee casestudies kennis opdoen die relevant is voor andere (geboortezorg)regio's en landelijk beleid voor het opzetten, behouden en stimuleren van integrale zorg initiatieven. Het onderzoek is breed gestart vanuit de literatuur en vragenlijst om vervolgens in detail te verdiepen op Annature en HJGC. Met de validatiesessie is vervolgens weer de stap gemaakt om te verbreden door in gesprek te gaan over implicaties. Door deze aanpak zijn de resultaten in enige mate generaliseerbaar en bieden een concreet overzicht van bevorderende en belemmerende factoren die relevant zijn voor het oprichten, behouden en stimuleren van IGO's. Tegelijkertijd moet men bij de interpretatie altijd rekening houden met de specifieke context en andere situationele factoren die in een regio een rol spelen. Het onderzoek levert daarmee een bijdrage aan de behoefte aan meer onderzoek naar het 'hoe' van het opzetten van integrale organisatie van zorg in de regio. Dit sluit aan bij het promotieonderzoek van van Weert (2023) naar het

organiseren van samenwerking door netwerken, onder andere in de geboortezorg. Voor het vervolg zijn in het bijzonder de factoren interessant om realisatie van integrale zorg initiatieven zoals IGO's te stimuleren. De verwachting is dat deze factoren ook een rol spelen bij andere gewenste vormen van netwerksamenwerkingen zoals binnen het domein kansrijke start, waarvan in het IZA is opgenomen dat deze in elke regio noodzakelijk is. Het belang om de samenwerking in de geboortezorg uit te breiden naar het sociaal domein, preventie en de jeugdgezondheidszorg blijkt ook uit het onderzoek van Achterberg et al. (2020). Voor de toekomst is het interessant de uitkomsten van dit onderzoek te vergelijken met de resultaten van de COMPLETE-studie. Binnen COMPLETE wordt onderzocht hoe de samenwerking tussen regionale geboortezorg en jeugdgezondheidszorgorganisaties kan verbeteren door bevorderende en belemmerende factoren te identificeren die ten grondslag liggen aan de samenwerking, een samenwerkingsstrategie te ontwikkelen en door middel van twee pilotregio's te onderzoeken of deze strategie resulteert in betere samenwerking.

Tot slot biedt een reflectie op de geformuleerde doelstelling van dit onderzoek een positief beeld. In paragraaf 1.1 is beschreven dat met dit onderzoek is beoogd een bijdrage te leveren aan de literatuur over IGO's, aan het vormen van IGO's in andere geboortezorgregio's en het vormen van andere regionale ketensamenwerkingen zoals kansrijke start. Hoewel niet is aan te tonen dat dit onderzoek daadwerkelijk zal resulteren in het oprichten van meer IGO's, biedt het met de opgehaalde factoren en concrete voorbeelden handvatten voor professionals, beleidsmakers en bestuurders om aan de slag met het realiseren van meer integrale zorg initiatieven om een bijdrage te leveren aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Ook de doelstelling om meer op te leveren dan een algemeen lijstje van factoren is met behulp van het RMIC en de diepgang van de casestudies bereikt.

6.2.2 Sterktes en zwaktes van de onderzoeksaanpak

De gekozen onderzoeksaanpak en werkwijze van dit onderzoek kent een aantal sterktes en zwaktes. Sterk aan het onderzoek zijn de verschillende onderzoeksmethoden die in een korte tijd zijn toegepast. Hierbij volgt het onderzoek de cyclus van deductie waarbij breed is gestart vanuit de literatuur en vragenlijst, om vervolgens in detail in te zoomen op de twee cases en vervolgens vanuit inductie weer te verbreden met de validatiesessie en uitspraken te doen die waardevol zijn voor een groter geheel. De keuze voor de systematische zoekmethode maakt dat met zekerheid te zeggen is dat alle relevantie artikelen zijn geïnccludeerd. Tot slot hebben de twee focusgroepen met Annature en HJGC aangevuld met interviews gezorgd voor het gewenste niveau van diepgang. De validatiesessie met zestien deelnemers, waaronder beleidsmakers van het ministerie van VWS, de federatie van VSV, zorgverzekeraars en domein kansrijke start vergroten de maatschappelijke relevantie van het onderzoek.

De gekozen onderzoeksaanpak kent ook meerdere beperkingen. Vanuit pragmatisch oogpunt is ervoor gekozen de vragenlijst voor IGO-bestuurders kort te houden, waarbij enkel de kenmerken van de IGO's zijn uitgevraagd. Het was interessant geweest om ook bij deze bestuurders op te halen welke belemmerende en bevorderende factoren aan de orde waren bij de realisatie van de vijf overige IGO's, bijvoorbeeld door ze factoren van het RMIC voor te leggen en een selectie te maken. In de vorm van een vragenlijst was het echter niet mogelijk geweest om de verhalen achter deze factoren op te halen. Dan zou een bredere selectie van cases met focusgroepen meer waarde toevoegen. Gezien de doorlooptijd van dit onderzoek was dat echter niet haalbaar. Daarnaast is in de onderzoeksopzet ervoor gekozen om twee IGO-cases te selecteren, en zijn er geen VSV's gekozen als onderzoeksobject. In vervolgonderzoek, waar meer tijd beschikbaar is, zou het interessant zijn om IGO-regio's te vergelijken met VSV-regio's. Positief is het feit dat dit wel aan de orde is in het monitoronderzoek van RIVM, en de VOICE-studie. Een andere beperking is dat de onderzoeker contact heeft gezocht met het CPZ om de VSV-spiegel vragenlijst te ontvangen, om deze te vergelijken met de opgestelde vertaling van het RMIC voor de geboortezorg. Helaas heeft het CPZ niet gereageerd op het verzoek en is de vragenlijst niet toegestuurd. Door de vertaling van het RMIC te laten beoordelen aan de hand van twee peerreviews is de vertaling alsnog gevalideerd. Tot slot hebben niet alle genodigden voor de validatiesessie kunnen deelnemen, zo kon de NZA niet aanwezig zijn net als bestuurders van andere IGO's.

6.3 Aanbevelingen voor wetenschap en praktijk

Met deze thesis is een stap gemaakt in het vergroten van kennis over het integraal organiseren van de geboortezorg, met als doel integrale regionale samenwerking te kunnen stimuleren. Uit de discussie blijkt dat er nog voldoende onbeantwoorde vragen zijn binnen dit domein die richting gevend kunnen zijn voor verder onderzoek en maatschappelijk beleid. In deze paragraaf worden aanbevelingen gedaan voor de wetenschap en praktijk.

Op wetenschappelijk gebied is verder onderzoek nodig binnen twee domeinen. Ten eerste naar de toegevoegde waarde van IGO's ten opzichte van VSV's. Hierbij is het belangrijk te evalueren over een langere periode (van minimaal tien jaar), zodat het volledige potentieel te meten is. Het monitoronderzoek van het RIVM zou daarmee nog gecontinueerd moeten worden tot minimaal 2027. Hierbij liggen tevens kansen in het effectiever benutten van Perined-data om uitkomsten, en patiëntervaringen in regio's met elkaar te vergelijken. Zo zal de kwaliteit in de geboortezorg toenemen. Ten tweede en minstens zo belangrijk is er meer onderzoek nodig naar hoe integrale samenwerking in een regio kan worden opgezet. Er is een grote hoeveelheid aan wetenschappelijk onderzoek beschikbaar over netwerksamenwerking en integrale samenwerking. Daarom is er met name behoefte aan pragmatische vertaling hoe regio's deze wetenschappelijke kennis kunnen toepassen in de praktijk. Een belangrijke tak van onderzoek die hierbij hoort is het vakgebied van alternatieve bekostigingsmodellen zoals bundelbekostiging, en de impact hiervan op organisatie van integrale (geboorte)zorg.

Op maatschappelijk gebied zijn er aanbevelingen denkbaar op twee niveaus, op het mesoniveau voor professionals en bestuurders van organisaties, en op macroniveau voor beleidsmakers en financiers zoals het ministerie van VWS, NZA, CPZ, federatie van VSV's, beroepsverenigingen en zorgverzekeraars. Het mesoniveau kan worden gezien als het niveau van de regio. Gezien de opgave beschreven in het IZA is de samenwerking op regionaal niveau belangrijker dan ooit. Dit betreft de samenwerking in de geboortezorg, maar ook binnen andere domeinen zoals kansrijke start. De resultaten van dit onderzoek bieden regio's handvatten om hiermee aan de slag te gaan. Hierbij is het nodig de regio effectief in te delen, en per thema te bepalen welke partijen onderdeel zijn van de specifieke samenwerking. Vervolgens laten de resultaten zien dat vertrouwen, gelijkwaardigheid en goede samenwerkingsrelaties randvoorwaardelijk zijn voor integrale samenwerking, op het niveau van professionals en organisaties. Daar zal primair de aandacht naartoe moeten gaan om dit binnen het netwerk te realiseren. Professionals kunnen vanuit de inhoud hier het initiatief voor nemen, met het opstarten van kleinschalige integrale projecten waarbij de meerwaarde voor patiënt en professional duidelijk is. Organisaties kunnen van start met het uitwerken van een functionele integrale governancestructuur met heldere afspraken over besluitvorming en zeggenschap en een overstijgende integrale strategie.

Op macroniveau zijn de aanbevelingen gericht op het wegnemen van belemmeringen en sturingsmechanismen voor intensievere integrale organisatie. Dit onderzoek heeft laten zien dat het niet werkbaar is als monodisciplinaire en integrale bekostiging naast elkaar bestaan in een regio. Op basis hiervan is de oproep om het politieke debat over de toekomst van IGO's te blijven voeren met de betrokken stakeholders. Op basis van het onderzoek dat de komende jaren gepubliceerd gaat worden over de effecten van IGO's, en verbeteringen in systematiek van integrale bekostiging, is de hoop dat er meer consensus, draagvlak en gevoelde urgentie ontstaat onder de stakeholders voor integrale organisatie en bekostiging. De aanbeveling voor beleidsmakers is om vervolgens stimuleringsbeleid te ontwikkelen voor regio's om met behulp van duidelijke kaders en partnerschap met verzekeraars, alsnog volledig over te gaan op integrale bekostiging, al dan niet met meerdere IGO's in een regio. Het professionaliseren van VSV's zal ook resulteren in betere samenwerking in de geboortezorg, het zal echter niet dezelfde mate van gedeelde verantwoordelijkheid en intensiteit van samenwerking bereiken als in een IGO, of het gewenste effect op doelmatigheid door minder dubbele diagnostiek, declaraties en behandeling. Een belangrijk element in een dergelijk stimuleringsbeleid is het toepassen van kwaliteitsnormen. Met behulp van Perined-data en PREMs zoals de ICHOM-vragenlijst kunnen uitkomsten en patiëntervaringen worden vergeleken. Eenvoudige winst is te behalen door het

introduceren van procesindicatoren gericht op samenwerking of doelmatigheid zoals minder dubbele zorg, door de verzekeraars in de contractering. Tot slot zijn er lessen te trekken uit het oprichtingsproces van IGO's voor de IZA-transformatieopgaven. Uit het onderzoek blijkt dat een juiste balans tussen aan de ene kant bestuurlijke ruimte en vrijheid om te innoveren, en aan de andere kant duidelijke kaders en steun in ontwikkeling, nodig is geweest om een IGO op te zetten. Bij de IZA-transformatie lijkt deze balans nu niet optimaal. Bij het aanvragen van IZA-transformatiegelden is het verplicht om vooraf kwantitatief inzichtelijk te maken wat de transformatie oplevert in het besparen van uitgaven in de zorgverzekeringswet, de inzet van personeel, herverdelingsvraagstukken van zorg of de omvang van zorgvastgoed. Deze mate van controleren aan de voorkant staat haaks op de ruimte om innoveren die nodig is, zeker bij 'wicked problems' waarvan vooraf niet zeker is hoe de oplossing er uit gaat zien. De aanbeveling voor beleid is om kritisch te kijken naar de beleidsinstrumenten die worden ingezet om de transformaties te stimuleren, en te onderzoeken hoe deze balans beter geborgd kan worden.

7. Literatuurlijst

Wetenschappelijke artikelen

- Achterberg, P. W., Harbers, M. M., Post, N. A. M., & Visscher, K. (2020). Beter weten: Een beter begin: Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap.
- Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2018). The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC health services research*, 18(1), 1-13.
- Billings J.R., Malin M. (2006). Definitions of integrated care from the stakeholder perspective. Integrating health and social care services for older persons. *Aldershot: Ashgate; pp. 51–78*.
- Boesveld I, Valentijn P, Hitzert M, Hermus M, Franx A, Vries R de, et al. An approach to measuring integrated care within a maternity care system: experiences from the maternity care network study and the Dutch birth centre study. *International Journal Integrated Care* 2017;17(2):6. 7
- Bommarito, R. K. (2021). Structures for Sustainable Collaboration Between Midwives and Obstetricians in the Netherlands: The Obstetric and Midwifery Manual and Perinatal Care Partnerships. *Sustainable Birth in Disruptive Times*, 73-84.
- Cattel, D., Eijkenaar, F., Ahaus, K., & van de Laar, M. (2021). Bundelbekostiging in de zorg is mogelijk, ondanks belemmeringen.
- Cellissen, E., van Geffen, C., Struijs, J., van Dorst, H., Shekary-Moonen, M., Klerkx, M., & Serrarens, V. (2018). Integrating care by payment reform. A workshop on the implementing of bundled payments for birth care in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 18.
- Cronie, D., Rijnders, M., Jans, S., Verhoeven, C. J., & de Vries, R. (2018). How good is collaboration between maternity service providers in the Netherlands?. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 21-30.
- De Vries, R. (2018). How (not) to create value based integrated maternity care: Lessons from the Netherlands. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 18.
- De Vries, E. F., Drewes, H. W., Struijs, J. N., Heijink, R., & Baan, C. A. (2019). Barriers to payment reform: Experiences from nine Dutch population health management sites. *Health Policy*, 123(11), 1100-1107.
- De Vries, E. F., Scheefhals, Z. T., De Bruin-Kooistra, M., Baan, C. A., & Struijs, J. N. (2021). A scoping review of alternative payment models in maternity care: insights in key design elements and effects on health and spending. *International Journal of Integrated Care*, 21(2).
- De Vries, E., Scheefhals, Z., van Exel, J., & Struijs, J. (2022). Systematische studie naar de verschillende opvattingen rondom bekostigingshervorming in de geboortezorg.
- Fabbricotti, I. (2007). Taking care of integrated care: integration and fragmentation in the development of integrated care arrangements. *International Journal of Integrated Care*, 7.
- Hermans, A., Spaan, J., Hermus, M., Visser, J., Franx, A., van der Kooy, J., & Annature Research Collaboration. (2024). Implementation of integrated maternity care in the southwestern region of the Netherlands: evaluation of its effect on preterm birth, low birthweight infants and number of secondary care consultations. *BMJ open*, 14(1), e069556.

- Hughes, G., Shaw, S. E., & Greenhalgh, T. (2020). Rethinking integrated care: a systematic hermeneutic review of the literature on integrated care strategies and concepts. *The Milbank Quarterly*, 98(2), 446-492.
- Kodner D.L. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly Oct*;13. Spec No:6-15.
- Lambooi, M. S., Veldwijk, J., van Gils, P. F., Suijkerbuijk, A. W., & Struijs, J. N. (2020). Trading patients' choice in providers for quality of maternity care? A discrete choice experiment amongst pregnant women. *PloS one*, 15(4), e0232098.
- Lips, S. R., Molenaar, J. M., & Schuitmaker-Warnaar, T. J. (2020). Transforming maternity care: obstetric partnerships as a policy instrument for integration. *Health Policy*, 124(11), 1245-1253.
- Minkman, M., Ahaus, K., Fabbriotti, I., Nabitz, U., & Huijsman, R. (2009). A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(1), 66-75.
- Minkman, M. M., Vermeulen, R. P., Ahaus, K. T., & Huijsman, R. (2011). The implementation of integrated care: the empirical validation of the Development Model for Integrated Care. *BMC health services research*, 11, 1-10.
- Mortelmans, D. (2020). Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden (p. 563). Leuven: Acco.
- Nies, H., Stekelenburg, D., Minkman, M., & Huijsman, R. (2021). A decade of lessons learned from integration strategies in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*, 21(4).
- Perdok, H., Jans, S., Verhoeven, C., Henneman, L., Wiegers, T., Mol, B. W., ... & De Jonge, A. (2016). Opinions of maternity care professionals and other stakeholders about integration of maternity care: a qualitative study in the Netherlands. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 1-12.
- Reindersma, T., Fabbriotti, I., Ahaus, K., & Sülz, S. (2022). Integrated Payment, Fragmented Realities? A Discourse Analysis of Integrated Payment in the Netherlands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8831.
- Roseboom, T. J., Van Der Meulen, J. H., Ravelli, A. C., Osmond, C., Barker, D. J., & Bleker, O. P. (2001). Effects of prenatal exposure to the Dutch famine on adult disease in later life: an overview. *Twin Research and Human Genetics*, 4(5), 293-298.
- Roseboom, T. J., Painter, R. C., van Abeelen, A. F., Veenendaal, M. V., & de Rooij, S. R. (2011). Hungry in the womb: what are the consequences? Lessons from the Dutch famine. *Maturitas*, 70(2), 141-145.
- Scheefhals, Z. T., de Vries, E. F., Struijs, J. N., Numans, M. E., & van Exel, J. (2024). Stakeholder perspectives on payment reform in maternity care in the Netherlands: a Q-methodology study. *Social Science & Medicine*, 340, 116413.
- Schenau, J. (2020). The implementation of the integrated birth care policy in the Netherlands. A process evaluation (Master's thesis, University of Twente).
- Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A. (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs* ;13(5):46-64.
- Stange, K.C. (2009). The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *The Annals of Family Medicine*;7(2):100-3.

- Struijs, J. N., de Bruin-Kooistra, M., Heijink, R., & Baan, C. A. (2016). Op weg naar integrale bekostiging van de geboortegolf.
- Struijs, J. N., Kooistra, M., Heijink, R., & Baan, C. (2017). Toward integrating birth care by bundled payments in the Netherlands. Describing the model and expectations of key stakeholders. *International Journal Integrated Care*, 17(5).
- Struijs, J. N., de Vries, E. F., van Dorst, H. D. C. A., & Over, E. A., Baan, C.A. (2018). Geboortezorg in beeld: een nulmeting en de eerste ervaring.
- Struijs, J. N., De Vries, E. F., Scheefhals, Z. T. M., Molenaar, J. M., & Baan, C. A. (2020). Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13.
- Valentijn, P. P., Boesveld, I. C., Van der Klauw, D. M., Ruwaard, D., Struijs, J. N., Molema, J. J., & Vrijhoef, H. J. (2015a). Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *International journal of integrated care*, 15.
- Valentijn, P.P., Vrijhoef, H. J. M., Ruwaard, D., Boesveld, I., Arends, R. Y. & Bruijzeels, M. A. (2015b). Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach. *BMC family practice*, 16, 1-15.
- Valentijn, P. P., Biermann, C., & Bruijnzeels, M. A. (2016). Value-based integrated (renal) care: setting a development agenda for research and implementation strategies. *BMC health services research*, 16, 1-11.
- Valentijn, P., Angus, L., Boesveld, I., Nurjono, M., Ruwaard, D., & Vrijhoef, H. (2017). Validating the Rainbow Model of Integrated Care Measurement Tool: results from three pilot studies in the Netherlands, Singapore and Australia. *International Journal of Integrated Care*, 17(3).
- van den Berg, J., Alblas, A. A., Le Blanc, P. M., & Romme, A. G. L. (2022). Designing for resilience: How Dutch maternity care collaborations anticipate, adapt, and thrive during a pandemic. *Administrative Sciences*, 12(4), 164.
- van der Weert, G. E. (2023). Imperfect Integration: Governing Collaboration Through Networks in Healthcare (Doctoral dissertation, Ridderprint).
- Warmelink, J. C., de Cock, T. P., Combee, Y., Rongen, M., Wiegers, T. A., & Hutton, E. K. (2017). Student midwives' perceptions on the organisation of maternity care and alternative maternity care models in the Netherlands-a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 17, 1-10.
- Wildschut, H., & Boesveld, I. (2018). Integrale Geboortezorg, samen bevalt goed. *Bohn Stafleu van Loghum*.

Beleidsdocumenten

CPZ (2020) - Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIG)

CPZ (2024) <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/geboortezorg-landschap/verloskundig-samenwerkingsverband/>

NZA (2020) – Experiment integrale bekostiging van de Geboortezorg. Evaluatie over de periode 2017-2019

NZA (2020) - Advies toekomst bekostiging integrale geboortezorg

Perined 2022 – databank perinatale gegevens

Stuurgroep zwangerschap en geboorte (2009) – Een goed begin

Min VWS (2022) - Kamerbrief voorgenomen besluit bekostiging integrale geboortezorg

Min VWS (2023) - Integraal Zorgakkoord (IZA). Ondertekend door A Actiz, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Landelijke Vereniging van Huisartsen, Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, ZorgthuisNL en Zorgverzekeraars Nederland. (ANP)

ZonMw (2023) - BUZZ2: Bekostigen Uitkomsten Zorg (van de) Zwangere

Bijlage 1 – Protocol systematische zoekmethode

Onderzoeksvraag

Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn aan de orde bij het realiseren, consolideren en stimuleren van Integrale Geboortezorg Organisaties? De deelvragen bij deze hoofdvraag zijn:

1. Welke vormen van IGO's zijn er nu in Nederland?
2. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij het vormen van IGO?
3. Hoe kunnen IGO's, eenmaal tot stand gekomen, worden behouden?
4. Op welke wijze kan de realisatie van IGO's worden gestimuleerd?

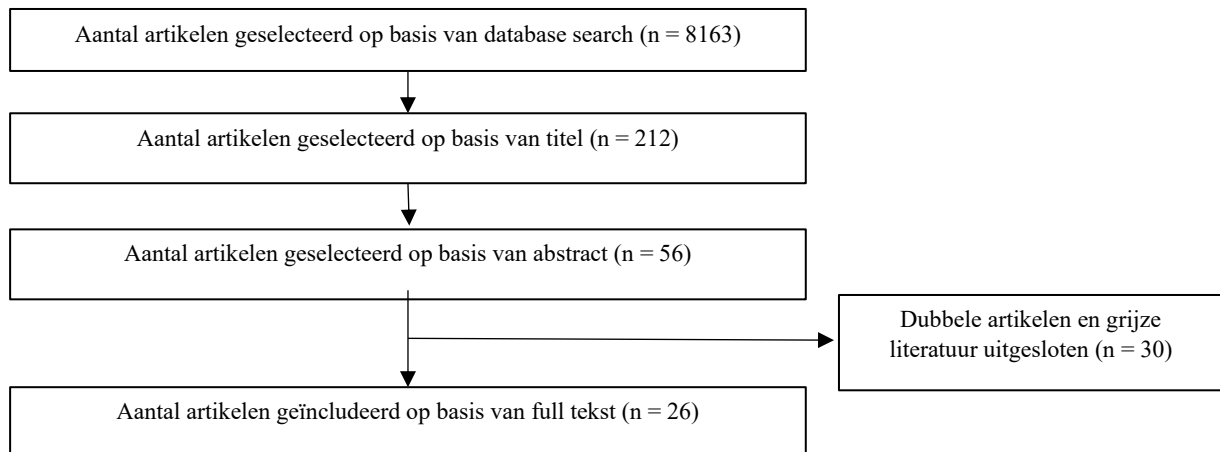
Methode

Voor de selectie van artikelen zijn de volgende drie selectiecriteria gehanteerd: het onderwerp betreft de Nederlandse IGO context, artikelen zijn gepubliceerd tussen 2015 en 2024 gezien de introductie van IGO's in 2017, de inhoud heeft een relatie met beantwoording hoofdvraag of deelvraag 1 t/m 4.

Er is op advies van de informatiespecialist van het Amphia ziekenhuis gezocht naar artikelen in de volgende databases: Online bibliotheek Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR), Google Scholar, Pubmed, Invert en N.A.Z. Via het Amphia ziekenhuis en de EUR is er een brede toegang tot de artikelen. Voor het onderzoek zijn zoektermen opgesteld. De gebruikte zoektermen zijn een combinatie van relevante IGO-termen en bekende auteurs binnen dit domein:

- Integrale Geboortezorg Organisatie
- Integrale Geboortezorg
- Integrale Bekostiging Geboortezorg
- Annature Geboortezorg
- Haga Juliana Geboortecentrum
- Integrated Maternal Care AND Netherlands
- Integrated "Birth Care" AND "Bundled Payment" AND Netherlands
- Integrated Maternity care AND Bundled Payment AND Netherlands
- Boesveld AND Integrated Maternity Care
- Valentijn AND Integrated Maternity Care
- Scheefhals AND Integrated Maternity Care
- De Vries AND Integrated Maternity Care
- Bruijnzeels AND Integrated Maternity Care
- Struijs AND Integrated Maternity Care

De verschillende zoektermen zijn ingevoerd in de databases. In onderstaand figuur worden de stappen schematisch weergegeven. In Excel is per database, per zoekterm, bijgehouden hoeveel artikelen de zoekterm opleverde. In totaal waren dit 8163 artikelen. Vervolgens is een eerste selectie gemaakt op basis van de titel aan de hand van de selectiecriteria. Op basis van deze selectie zijn er nog 212 titels relevant. Van deze 212 artikelen is de abstract bestudeerd, op basis waarvan de volgende selectie is toegepast. Dit resulteert in nog 56 relevante artikelen. Vervolgens zijn dubbele artikelen en grijze literatuur verwijderd uit de selectie. Dit resulteert in 26 artikelen waarvan de volledige tekst is bestudeerd. Deze artikelen zijn opgenomen in het onderzoek. De tabel in Bijlage 5 toont per artikel aan voor welke onderzoeksvraag dit artikel relevant is.



Bijlage 2 – Itemlijst focusgroepen en interviews 21 factoren RMIC

Itemlijst Focusgroepen en interviews op basis van RMIC		
Factoren die integratie van zorg stimuleren op micro, meso en macro niveau		
Hoofdcategorie en domein		Duiding voor Integrale Geboortezorg
Persoonsgerichte zorg		
1	Persoonsgerichte zorg	Er is sprake van persoonsgerichte zorg met een focus op de specifieke medische, psychologische en sociale behoefte van de cliënt (ten opzichte van een 'ziekte'-focus' gericht op een gelijke aanpak voor elke cliënt met een bepaald ziektebeeld).
Populatie gerichte zorg		
2	Populatiegerichte zorg	Het zorgaanbod is afgestemd op de behoefte van gezondheidseigenschappen van een bepaalde populatie (inclusief politieke, economische, sociale en omgevingsfactoren) met als doel een eerlijke verdeling van de gezondheidszorg.
Klinische integratie (microniveau)		
3	Casemanagement	Er is casemanagement in de vorm van integrale coördinatie voor cliënten/patiënten met een hoog risicoprofiel.
4	Continuïteit van zorg	De zorg is georganiseerd in integrale zorgpaden die naadloos over de grenzen van de organisaties heen gaan. De cliënt ervaart de zorg als een continuüm.
5	Interactie tussen professional en cliënt	De houding en het gedrag in de interactie tussen zorgverlener en cliënt is gericht op gezamenlijke verantwoordelijkheid om de (totale) gezondheid van de cliënt te verbeteren.
6	Multidisciplinair zorgplan	Op cliëtniveau wordt een multidisciplinair zorgplan gemaakt en toegepast (o.a. MDO).
Professional Integratie (mesoniveau)		
7	Interprofessioneel onderwijs	Er wordt interprofessioneel onderwijs geboden voor professionals gericht op integrale dienstverlening en samenwerken.
8	Overeenstemming over integrale zorgverlening	Er zijn afspraken over hoe de integrale zorgverlening wordt vormgegeven (wie doet wat) en hoe er wordt samengewerkt tussen professionals (o.a. in integrale protocollen).
9	Waardecreatie voor professionals	Er is toegevoegde waarde voor de individuele professional om integraal te werken.
Organisatie Integratie (mesoniveau)		
10	Overstijgende integrale governance	Het bestuur van de IGO is gericht op openheid, integriteit en gezamenlijke verantwoordelijkheid van betrokken organisaties en professionals.

11	Overstijgende integrale strategie	Er is een gezamenlijk uitgewerkte en gedragen strategie tussen de organisaties betrokken bij de IGO.
12	Vertrouwen	Er is sprake van onderling vertrouwen betrokkenen in de IGO, zowel in het bestuur, bij de professionals en bij de ondersteuning.
Systemische Integratie (macroniveau)		
13	Uitlijning van regelgevende kaders	De regelgevende kaders van het zorgstelsel zijn uitgelijnd om samenwerking, coördinatie en continuïteit te stimuleren. Denk hierbij aan <u>integrale bekostiging</u> van geboortezorg, regelgeving vanuit de NZA, het Zorginstituut, Wet BIG etc.
14	Politieke, economisch en sociaal klimaat	Het politieke, economisch en sociale klimaat stimuleert integrale samenwerking. Denk hierbij aan marktkenmerken in het zorgstelsel (gereguleerde marktwerking) en de politieke sociale omgeving.
Functionele/technische Integratie		
15	Lerende organisatie	De betrokken organisaties zetten in op collectief leren, ontwikkelen en verbeteren (o.a. gezamenlijke onderzoeks- en ontwikkelprogramma's)
16	Informatiemanagement	Informatiemanagement wordt integraal ingericht, gegevens zijn transparant en integraal beschikbaar, er is sprake van gezamenlijk monitoren en benchmarken. Er is een integraal dossier zodat zorgverleners over de juiste informatie beschikken
17	Reguliere feedback en KPI's	Er is periodieke terugkoppeling van uitkomsten op prestatie-indicatoren voor gezamenlijke kwaliteitsverbetering en zelfreflectie.
Normatieve Integratie (cultuur)		
18	Gedeelde visie	Er is een gedragen gezamenlijke lange termijn visie, bekend bij de betrokkenen van de IGO.
19	Betrouwbaar gedrag	Er is een cultuur waarbij afspraken en beloften binnen de IGO worden nagekomen, en waar men elkaar daar op kan aanspreken.
20	Visionair leiderschap	Er is sprake van 'visionair leiderschap', leiderschap vanuit een gedragen integrale visie die mensen inspireert en mobiliseert binnen de IGO.
21	Gedeelde culturen	De verschillende culturen en ideologische waarden worden binnen de IGO aan elkaar verbonden, er wordt gezocht naar gezamenlijke grond, met respect voor andere waarden en normen. Er is ruimte voor een kritisch geluid of discussie.

Bijlage 3 – Codeboom bevorderende en belemmerende factoren

Tabel 3. Bevorderende factoren

Domein RMIC	Overkoepelend thema	Open Code	Code RMIC	Aantal x genoemd
Micro	1. Toegevoegde inhoudelijke waarde	Integraal dossier	Informatiemanagement (fi 16)	17
		Klein inhoudelijk beginnen	Waardecreatie professionals (meso prof 9)	15
		Zichtbare winst voor alle partijen	Waardecreatie professionals (meso prof 9)	12
		Continuïteit van zorg	Continuïteit van zorg (micro 4)	10
		Toegevoegde waarde voor professionals	Waardecreatie professionals (meso prof 9)	9
		Integrale zorgpaden	Overeenstemming integrale zorgverlening (meso prof 8)	6
Meso	2. Governance en mandaat	Functionele integrale governance	Overstijgende integrale governance (meso org 10)	17
		Integrale strategie	Overtijgende integrale strategie (meso org 11)	2
	3. Integrale financiën en zorgverschuiving	Bevoorschotting en steun ziekenhuis	Overstijgende integrale governance (meso org 10)	13
		Stevige externe begeleiding	n.v.t.	9
		Integraal procentueel verdeelmodel	Uitlijning regelgevende kaders (macro 13)	6
		Garantie behoud salaris eerste jaren	Overstijgende integrale governance (meso org 10)	3
	4. Vertrouwen en samenwerking-relaties	Vertrouwen en goede relaties	Vertrouwen (meso org 12)	25
		Gelijkwaardigheid en respect	Vertrouwen (meso org 12)	18
		Buddy structuur 1 ^e en 2 ^e lijn	Vertrouwen (meso org 12)	15
		Betrouwbaar gedrag en transparantie	Betrouwbaar gedrag (ni 19)	8
		Samenwerking in de eerstelijns	Gedeelde culturen (ni 21)	7
Macro	5. Landelijke steun en kaders	Kaders integrale bekostiging	Uitlijning regelgevende kaders (macro 13)	11
		Regionale context	Uitlijning regelgevende kaders (macro 13)	7
		Politieke context	Politiek, economisch en sociaal klimaat (macro 14)	5
		Subsidieregeling	Uitlijning regelgevende kaders (macro 13)	3
Normatieve en Functionele integratie	6. Leiderschap	Visionair leiderschap door kartrekkers	Visionair leiderschap (ni 20)	22
		Beleving gedeelde visie	Gedeelde visie (ni 18)	8
		Bestuurlijke ruimte om te innoveren	Visionair leiderschap (ni 20)	5
		Tijdsinvestering en vasthoudendheid	Visionair leiderschap (ni 20)	5
		Eigen regie organisatie geboortezorg	Visionair leiderschap (ni 20)	4

Tabel 4. Belemmerende factoren

Domein RMIC	Overkoepelend thema	Open Code	Code RMIC	Aantal x genoemd
Micro	1. Toegevoegde inhoudelijke waarde	Geen duidelijke meerwaarde	Waardecreatie professionals (meso prof 9)	16
		Instappen vanwege angst ipv motivatie	Waardecreatie professionals (meso prof 9)	8
		Belang instappen niet expliciet besproken	Waardecreatie professionals (meso prof 9)	6
Meso	2. Governance en mandaat	Functionele integrale governance	Overstijgende integrale governance (meso org 10)	13
		Achterban meekrijgen	Overstijgende integrale governance (meso org 11)	11
		Onvoldoende slagkracht bestuur/directie	Overstijgende integrale strategie (meso org 10)	5
	3. Integrale financiën en zorgverschuiving	Administratieve belasting en bundelbrekers	Uitlijning regelgevende kaders (macro 13)	19
		Spanningsveld bekostiging en zorgverschuiving	Uitlijning regelgevende kaders (macro 13)	8
		Integrale bekostiging onvoldoende doorgevoerd	Overeenstemming integrale zorgverlening (meso prof 8)	3
	4. Vertrouwen en samenwerkingsrelaties	Gebrek aan vertrouwen	Vertrouwen (meso org 12)	12
		Verdeelde eerstelijns van verloskundigen	Overeenstemming integrale zorgverlening (meso prof 8)	12
		Slechte relatie eerste en tweedelijns en aannames	Vertrouwen (meso org 12)	10
		Beeldvorming machtige ziekenhuis	Vertrouwen (meso org 12)	9
		Wij gevoel neemt af na 2 a 3 jaar	Vertrouwen (meso org 12)	7
		Angst verliezen autonomie	Vertrouwen (meso org 12)	6
Macro	5. Landelijke steun en kaders	Bepaalde landelijke steun beleidsmakers	Uitlijning regelgevende kaders (macro 13)	17
		Negatieve landelijke beeldvorming	Politiek, economisch en sociaal klimaat (macro 14)	10
		Onvoldoende steun verzekeraars	Uitlijning regelgevende kaders (macro 13)	8
Normatieve en Functionele integratie	6. Leiderschap	Onervaren bestuur/directie	Visionair leiderschap (ni 20)	8
		Bepaalde financiële expertise leiderschap	Visionair leiderschap (ni 20)	5
		Andere beelden bij/ontbreken gedeelde visie	Gedeelde visie (ni 18)	4

Bijlage 4 – Codeboom consoliderende en stimulerende factoren

Tabel 5. Consoliderende factoren

Domein RMIC	Overkoepelend thema	Open Code	Code RMIC	Aantal x genoemd
Meso	2. Governance en mandaat	Integrale governance	Overstijgende integrale governance (meso org 10)	3
		Overstijgende integrale strategie	Overstijgende integrale governance (meso org 11)	1
	3. Integrale financiën en zorgverschuiving	Zorgverschuiving realiseren	Waardecreatie professionals (meso prof 9)	9
Normatieve en Functionele integratie	6. Leiderschap	Lerende organisatie	Lerende organisatie (fi 15)	5
		intrinsieke motivatie en tijdsinvestering	Visionair leiderschap (ni 20)	3
		Wij-gevoel stimuleren	Visionair leiderschap (ni 20)	
		Ruimte voor gedeelde culturen	Gedeelde culturen (ni 21)	1

Tabel 6. Stimulerende factoren

Domein RMIC	Overkoepelend thema	Open Code	Code RMIC	Aantal x genoemd
Meso	2. Governance en mandaat	Functionele integrale governance	Overstijgende integrale governance (meso org 10)	7
		Verenigen eerstelijnsverloskundige en kraamzorgorganisaties	Overeenstemming integrale zorgverlening (meso prof 8)	5
		Goede relaties eerste- en tweedelijns	Waardecreatie professionals (meso 9)	13
	4. Vertrouwen en samenwerkingsrelaties	Vertrouwen op alle lagen	Vertrouwen (meso org 12)	6
		Intrinsieke motivatie alle partijen regio	Waardecreatie professionals (meso 9)	5
Macro	5. Landelijke steun en kaders	Praktijken verdelen per ziekenhuis in de regio	Uitlijning regelgevende kaders (macro 13)	17
		Sturen met kwaliteitsnormen	Uitlijning regelgevende kaders (macro 13)	15
		Preferente verzekeraar	Uitlijning regelgevende kaders (macro 13)	12
		Afschaffen monodisciplinaire bekostiging	Politiek, economisch en sociaal klimaat (macro 14)	9
		Onderzoek naar IGO's	Uitlijning regelgevende kaders (macro 13)	8
		Regionaal indelen	Uitlijning regelgevende kaders (macro 13)	4

Bijlage 5 - Geïnccludeerde artikelen systematische zoekmethode per onderzoeksvraag

#	Artikel	Deelvraag 1	Deelvraag 2	Deelvraag 3 <i>Consolideren</i>	Deelvraag 4 <i>Stimuleren</i>
1	Achterberg, P. W., Harbers, M. M., Post, N. A. M., & Visscher, K. (2020). Beter weten: Een beter begin: Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap.		X		
2	Bommarito, R. K. (2021). Structures for Sustainable Collaboration Between Midwives and Obstetricians in the Netherlands: The Obstetric and Midwifery Manual and Perinatal Care Partnerships. <i>Sustainable Birth in Disruptive Times</i> , 73-84.	X			
3	Cattel, D., Eijkenaar, F., Ahaus, K., & van de Laar, M. (2021). Bundelbekostiging in de zorg is mogelijk, ondanks belemmeringen.	X			X
4	Cellissen, E., van Geffen, C., Struijs, J., van Dorst, H., Shekary-Moonen, M., Klerkx, M., & Serrarens, V. (2018). Integrating care by payment payments for birth care in the Netherlands. <i>International Journal of Integrated Care (IJIC)</i> , 18. reform. A workshop on the implementing of bundled	X			X
5	CPZ (2020) - Zorgstandaard Integrale Geboortezorg	X			
6	Cronie, D., Rijnders, M., Jans, S., Verhoeven, C. J., & de Vries, R. (2018). How good is collaboration between maternity service providers in the Netherlands?. <i>Journal of multidisciplinary healthcare</i> , 21-30.	X	X		
7	de Vries, E. F., Drewes, H. W., Struijs, J. N., Heijink, R., & Baan, C. A. (2019). Barriers to payment reform: Experiences from nine Dutch population health management sites. <i>Health Policy</i> , 123(11), 1100-1107.				X
8	De Vries, E. F., Scheefhals, Z. T., De Bruin-Kooistra, M., Baan, C. A., & Struijs, J. N. (2021). A scoping review of alternative payment models in maternity care: insights in key design elements and effects on health and spending. <i>International Journal of Integrated Care</i> , 21(2).	X			X
9	De Vries, E., Scheefhals, Z., van Exel, J., & Struijs, J. (2022). Systematische studie naar de verschillende opvattingen rondom bekostigingshervorming in de geboortezorg.	X			X
10	De Vries, R. (2018). How (not) to create value based integrated maternity care: Lessons from the Netherlands. <i>International Journal of Integrated Care (IJIC)</i> , 18.	X			X
11	Hermans, A., Spaan, J., Hermus, M., Visser, J., Franx, A., van der Kooy, J., & Annature Research Collaboration. (2024). Implementation of integrated maternity care in the southwestern region of the Netherlands: evaluation of its effect on preterm birth, low birthweight infants and number of secondary care consultations. <i>BMJ open</i> , 14(1), e069556.	X			
12	Lambooy, M. S., Veldwijk, J., van Gils, P. F., Suijkerbuijk, A. W., & Struijs, J. N. (2020). Trading patients' choice in providers for quality of maternity care? A discrete choice experiment amongst pregnant women. <i>PloS one</i> , 15(4), e0232098.				X
13	Lips, S. R., Molenaar, J. M., & Schuitmaker-Warnaar, T. J. (2020). Transforming maternity care: obstetric partnerships as a policy instrument for integration. <i>Health Policy</i> , 124(11), 1245-1253.		X		
14	Nies, H., Stekelenburg, D., Minkman, M., & Huijsman, R. (2021). A decade of lessons learned from integration strategies in the Netherlands. <i>International Journal of Integrated Care</i> , 21(4).				X

15	Perdok, H., Jans, S., Verhoeven, C., Henneman, L., Wiegers, T., Mol, B. W., ... & De Jonge, A. (2016). Opinions of maternity care professionals and other stakeholders about integration of maternity care: a qualitative study in the Netherlands. <i>BMC pregnancy and childbirth</i> , 16, 1-12.		X		
16	Reindersma, T., Fabbriotti, I., Ahaus, K., & Sülz, S. (2022). Integrated Payment, Fragmented Realities? A Discourse Analysis of Integrated Payment in the Netherlands. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 19(14), 8831.	X			
17	Scheefhals, Z. T., de Vries, E. F., Struijs, J. N., Numans, M. E., & van Exel, J. (2024). Stakeholder perspectives on payment reform in maternity care in the Netherlands: a Q-methodology study. <i>Social Science & Medicine</i> , 340, 116413.	X			X
18	Schenau, J. (2020). <i>The implementation of the integrated birth care policy in the Netherlands. A process evaluation</i> (Master's thesis, University of Twente).				X
19	Struijs, J. N., de Bruin-Kooistra, M., Heijink, R., & Baan, C. A. (2016). Op weg naar integrale bekostiging van de geboortegolf.	X	X		
20	Struijs, J. N., De Vries, E. F., Scheefhals, Z. T. M., Molenaar, J. M., & Baan, C. A. (2020). Integrale bekostiging van de geboortezorg: ervaringen na drie jaar en de eerste zichtbare effecten.	X	X		
21	Struijs, J. N., de Vries, E. F., van Dorst, H. D. C. A., & Over, E. A., Baan, C.A. (2018). Geboortezorg in beeld: een nulmeting en de eerste ervaring.	X	X		
22	Struijs, J. N., Kooistra, M., Heijink, R., & Baan, C. (2017). Toward integrating birth care by bundled payments in the Netherlands. Describing the model and expectations of key stakeholders. <i>International Journal Integrated Care</i> , 17(5).	X	X		
23	van den Berg, J., Alblas, A. A., Le Blanc, P. M., & Romme, A. G. L. (2022). Designing for resilience: How Dutch maternity care collaborations anticipate, adapt, and thrive during a pandemic. <i>Administrative Sciences</i> , 12(4), 164.			X	
24	van der Weert, G. E. (2023). <i>Imperfect Integration: Governing Collaboration Through Networks in Healthcare</i> (Doctoral dissertation, Ridderprint).				X
25	Warmelink, J. C., de Cock, T. P., Combee, Y., Rongen, M., Wiegers, T. A., & Hutton, E. K. (2017). Student midwives' perceptions on the organisation of maternity care and alternative maternity care models in the Netherlands-a qualitative study. <i>BMC pregnancy and childbirth</i> , 17, 1-10.	X			X
26	Wildschut, H., & Boesveld, I. (2018). Integrale Geboortezorg, samen bevalt goed. <i>Bohn Stafleu van Loghum</i> .	X	X		X