

Keteninnovatie vereist open aanpak en vertrouwen

# KETENZORG ALS GEZAMENLIJK LEERPROCES

De zorgsector staat onder grote druk. Gereguleerde marktwerking is geïntroduceerd, de prestaties moeten omhoog, terwijl er tegelijkertijd flink moet worden bezuinigd. Bij zorgorganisaties groeit het besef te moeten samenwerken en op zoek te gaan naar nieuwe vormen van werkverdeling om een goed presterende zorgsector een stap dichterbij te brengen.

Door Arjan van Venrooy en Boudewijn van der Gronden

**D**eze nieuwe vormen van samenwerking en werkverdeling tussen zorgaanbieders in ketens van processen zijn voorbeelden van keteninnovatie. In een keten is sprake van een samenwerkingsverband tussen ten opzichte van elkaar autonome, maar ook wederzijds afhankelijke partijen. Het samenwerkingsverband is erop gericht een zekere afstemming van activiteiten te bereiken. Vanwege onder andere de autonomie van de betrokken zorgorganisaties is sturing van (en binnen) een keten een complexe opgave.

**Complexe keteninnovaties worden gemakkelijker geïmplementeerd wanneer een open aanpak wordt gekozen**

Er is de afgelopen jaren op een aantal zorgterreinen ervaring opgedaan met ketenzorg. Zo is er bijvoorbeeld veel geïnvesteerd in kwaliteit en doelmatigheid van de CVA-zorg (CVA

staat voor Cerebro Vasculair Accident en is een beroerte) door te kiezen voor een ketenaanpak. Een CVA-zorgketen (ook wel *stroke service* genoemd) is "een regionale keten van zorgverleners die gezamenlijk als netwerk een integrale, deskundige en samenhangende zorg en behandeling waarborgen voor patiënten met een beroerte in alle fasen van de aandoening"<sup>1</sup>. Op basis van opgedane ervaringen met ketenzorg in regionale initiatieven acht men de tijd rijp om de ketenaanpak breder binnen de zorgsector te implementeren. Echter, de verschillende rapporten en studies die verschenen zijn gaan vooral in op het nut, de noodzaak en de resultaten van de ketenaanpak. Nu een bredere implementatie gewenst is, ontstaat de vraag hoe de implementatie van ketenzorg moet worden aangepakt. Wat maakt de implementatie van ketenzorg complex en hoe kan met die complexiteit worden omgegaan?

In dit artikel wordt antwoord gegeven op deze vragen. Als eerste presenteren wij een kader aan de hand waarvan complexe ketentrajecten kunnen worden beschreven en geanalyseerd. Vervolgens geven wij een korte introductie van CVA-ketenzorg en beschrijven wij op basis van ons analysekader de complexiteit van de ontwikkeling en realisering ervan. Tot slot zetten wij enkele kanttekeningen bij de bestaande benaderingen.

## Ketens vereisen samenwerking

Een belangrijke vraag bij het realiseren van een beter presterende zorgsector is hoe samenwerking zinvol en

effectief is vorm te geven. Zorgketens stellen samenwerking en het proces van zorgverlening ten behoeve van patiënten centraal. Ketens zijn gericht op het verbinden van activiteiten van verschillende organisaties en instellingen. De ketenbenadering gaat uit van integrale besturing over de grenzen van organisaties heen, waarbij de keten bestaat uit de schakels van taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en rollen van afzonderlijke organisaties. Een keten is te definiëren als een samenhangende reeks activiteiten van vele organisaties en individuele personen gericht op een gezamenlijk product.

Het gezamenlijk product vatten wij daarbij niet op als een los product of losse dienst voor een bepaalde patiënt, zoals bijvoorbeeld een trombolysen in het kader van de behandeling van een beroerte. Het gezamenlijk product is een samenstel van verschillende met elkaar samenhangende producten en diensten om invulling te kunnen geven aan de behoeften van bepaalde patiënten en/of patiëntgroepen. Een voorbeeld hiervan is het product CVA-zorg, dat wordt geleverd door onder andere de huisarts, het ziekenhuis, het revalidatiecentrum, het verpleeghuis, de thuiszorg en het verzorgingshuis.

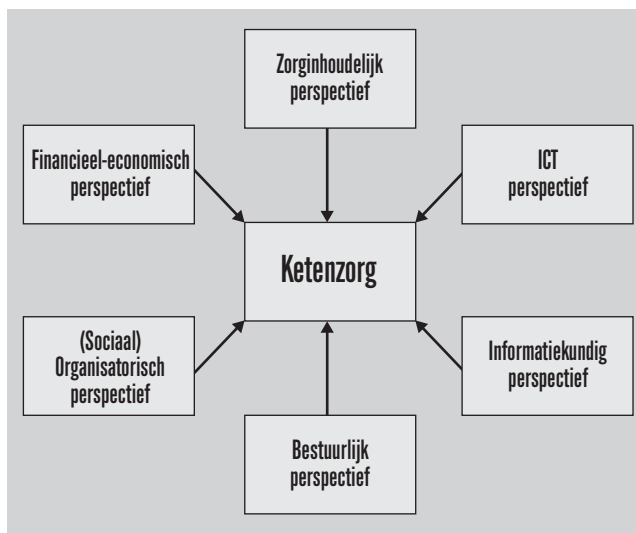
### Keteninnovatie

Bij keteninnovatie kan er sprake van zijn dat organisaties hun taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden onderling herverdelen en dat zij nieuwe coördinatiemechanismen inrichten. Organisaties maken met andere woorden onderlinge afspraken over het verloop en de inrichting van hun werkprocessen en de wijze waarop zij deze op elkaar afstemmen of opnieuw inrichten.

Maar het maken van afspraken over procesinrichting en procesafstemming is niet voldoende. Ook op andere gebieden maken betrokken organisaties onderlinge afspraken. Deze afspraken verwijzen naar verschillende aspecten, te weten:

- informatie- en communicatietechnologische (ICT) afspraken (bijvoorbeeld protocollen voor gegevensuitwisseling voor het netwerk, gebruik van gemeenschappelijke informatiesystemen);
- informatiekundige afspraken (bijvoorbeeld gemeenschappelijke datadefinities, beveiliging, bescherming privacy, identificatie, bestaan van authentieke registraties);
- zorginhoudelijke afspraken (bijvoorbeeld afspraken over diagnose en behandeling);
- financieel-economische afspraken (bijvoorbeeld toekenning en verrekening van kosten en baten over de partijen);
- bestuurlijke afspraken (bescherming van bepaalde waarden van organisaties, behartiging van het gemeenschappelijk doel versus individuele belangen en doelen).

Op basis van bovenstaande soorten afspraken kunnen wij vanuit verschillende perspectieven naar het ontwikkelen van nieuwe vormen van ketenzorg kijken, zie afbeelding 1. Vanuit deze perspectieven kunnen verschillende eisen



Afbeelding 1: Verschillende perspectieven op ketenzorg. (Gebaseerd op Bekkers, Luitjens, Van den Berg (2002). De productieve harmonie. Lessen in ICT-procesmanagement.)

worden gesteld aan nieuwe vormen van ketenzorg en het ontwikkelen daarvan. Hieronder gebruiken wij dit schema om een kijkje in de keuken van de CVA-ketenzorg te nemen.

### De praktijk: CVA-ketenzorg

In een CVA-zorgketen werken veel zorgaanbieders samen om patiënten met een beroerte optimale, integrale en samenhangende zorg te leveren. De belangrijkste betrokken zorgaanbieders zijn de huisartsen, het ziekenhuis, het revalidatiecentrum, verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. Daarnaast zijn nog andere betrokkenen te onderscheiden, zoals de ambulancediensten, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), zorgverzekeraars, het zorgkantoor en gemeenten.

Het verloop van het ziektebeeld van iemand met een beroerte (CVA) bestaat uit drie fasen:

1. De acute fase, waarin vooral de huisarts, spoedeisende hulp en ziekenhuis betrokken zijn; dit is de fase waarin snel en adequaat geneeskundige zorg dient te worden verleend;
2. De revalidatiefase, waarin vooral de revalidatiekliniek, verpleeghuis en dagrevalidatie betrokken zijn; dit is de fase waarin de gevolgen van de beroerte voor de patiënt worden geminimaliseerd;
3. De nazorgfase, waarin het vooral gaat om de thuissituatie en verblijfplaats; dit is de fase waarin de patiënt wordt geholpen weer een zinvol leven op te bouwen.

In afbeelding 2 is de structuur van een CVA-keten schematisch weergegeven.

### Afspraken en verschillende aspecten van CVA-ketenzorg

De complexiteit van de ontwikkeling en realisering van ketenzorg zit vooral in de grote hoeveelheid afspraken die op uiteenlopende terreinen tussen de betrokken organisaties

moeten worden gemaakt. In het (partieel) schema in afbeelding 2 onderscheiden wij al zes organisaties of spelers. Wanneer iedereen met iedereen op elk van de zes afspraakterreinen moet afstemmen, is er hoe dan ook sprake van grote complexiteit. Hieronder volgt voor de CVA-ketenzorg (zie afbeelding 2) een korte beschrijving van de verschillende soorten afspraken.

## Zorginhoudelijke afspraken.

Zorginhoudelijke afspraken betreft afstemming over de toe te passen behandeling en therapie, zoals trombolysen<sup>2</sup> en wijze van revalideren. De zorgprofessionals van verschillende organisaties moeten het daarbij eens worden over de wijze van behandelen. In de praktijk blijkt dit geen eenvoudige opgave. Zorgprofessionals hebben vaak sterke eigen opvattingen over bepaalde behandelmethoden en therapieën. Een voorbeeld hiervan is het verschil van mening tussen neurologen over de noodzaak van een nieuwe CT-scan als voorwaarde voor het toepassen van trombolysen. In het algemeen blijkt het moeilijk om tot overeenstemming te komen over de vertaling van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar een werkbaar behandelprotocol, waarin de verschillende zorgprofessionals zich kunnen vinden.

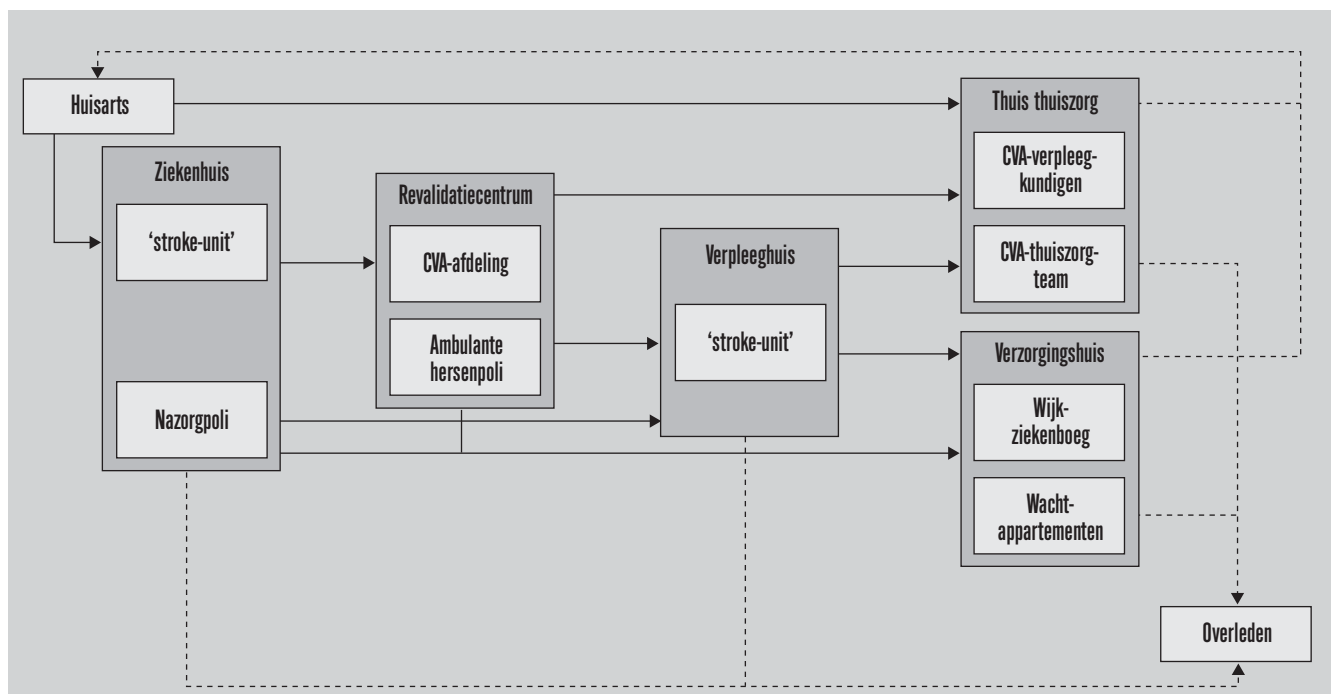
Behandelprotocollen zijn niet meer gericht op één enkele organisatie of professional, maar op de gehele zorgketen. Een voorbeeld daarvan is het ketenprotocol voor trombolysen. Dit betreft een protocol over de werkwijze tussen huisarts, ambulance en ziekenhuis bij trombolysen. Huisartsen moeten als ketenpartners goed op de hoogte zijn van nieuwe behandel mogelijkheden rond trombolysen en de te volgen

werkwijze. Er moeten goede afspraken met de ambulancediensten worden gemaakt over het afgeven van de zogenaamde A-1 indicatie en zij moeten op de hoogte zijn van de (verwijs)afspraken tussen de ziekenhuizen als trombolysen niet in ieder ziekenhuis wordt uitgevoerd.

## Organisatorische afspraken.

Organisatorische afspraken hebben betrekking op afspraken over procesinrichting, procesafstemming en logistiek, met als belangrijk doel een betere doorstroom van patiënten. Een goede doorstroom van patiënten van de ene naar de andere hulpverlener of schakel in de keten is essentieel voor een goede organisatie van ketenzorg. Cruciaal hierbij is de verblijfs- of ligduur van patiënten in dagen per schakel. Een goede doorstroom van patiënten is de verantwoordelijkheid van de gehele keten. Alle partijen zijn (mede)-verantwoordelijk voor een gestroomlijnde keten-logistiek. Vaststelling van opname- en ontslagcriteria voor de gehele keten helpt om de doorstroming te verbeteren. Ook kunnen aanmeldingsprotocollen worden afgesproken waarin de procedure bij overdracht is uitgewerkt, met afspraken over aanmeldingstermijnen, etcetera.

Een ander voorbeeld van organisatorische afspraken zijn afspraken over de logistiek tussen zorgaanbieders voor het op tijd kunnen uitvoeren van trombolysen (binnen drie uur na de beroerte). Het betreft afspraken tussen ziekenhuizen over opnamegarantie en trombolysen als die behandeling niet kan worden uitgevoerd in het eigen ziekenhuis. Het gaat daarbij over de werkwijze bij insturen, de te volgen route, en afspraken over het voortzetten van de behandeling en



Afbeelding 2: Structuur van een CVA-keten. (Bron: zie noot 1).

verdere zorg in het verwijzende ziekenhuis. De werkwijze moet bij alle zorgaanbieders helder zijn en processen moeten op elkaar zijn afgestemd, zodat een gestroomlijnde zorgketen ontstaat.

#### **Informatiekundige afspraken.**

De betrokken zorgverleners bij CVA-ketenzorg hebben van elkaar informatie nodig om hun werk goed te kunnen doen en maken afspraken over informatieoverdracht en de betekenis daarvan. Een van de belangrijkste aspecten bij het overdragen van informatie tussen verschillende zorgdisciplines en -professionals is het benoemen van de inhoudelijk juiste items. Welke informatie heeft de ontvangende zorgverlener nodig om zijn zorgtaken uit te kunnen voeren? In veel gevallen bestaat er bij de ontvangende zorgverlener op het moment dat een nieuwe patiënt zich meldt, geen goed totaalbeeld van de toestand van de patiënt. Bij het verbeteren van de informatieoverdracht gaat het erom dat instellingen met elkaar duidelijke afspraken maken over de inhoud, tijdigheid, gebruik, procedure en beheer van de gegevens van de patiënt. Ook is overeenstemming over de wijze van overdracht van informatie daarbij belangrijk. Zo kan overdracht plaatsvinden door middel van een geïntegreerd transmuraal formulier, in digitale vorm, afzonderlijk per discipline, of via een CVA-keteninformatiesysteem.

#### **ICT-afspraken.**

Informatie- en communicatietechnologische (ICT) afspraken gaan over protocollen voor gegevensuitwisseling voor het technische netwerk, of het wel of niet gebruiken van een gemeenschappelijk keteninformatiesysteem. In het geval van CVA-ketenzorg zijn door het NICTIZ<sup>3</sup> inmiddels landelijke specificaties opgesteld voor een CVA-keteninformatiesysteem, ook op technisch niveau. Voorbeelden hiervan zijn afspraken over het gebruik van XML of HL7 als technische protocollen voor gegevensuitwisseling.

#### **Financieel-economische afspraken.**

Financieel-economische afspraken gaan bijvoorbeeld over toekenning en verrekening van kosten en baten over de betrokken zorgverleners bij CVA-ketenzorg. Bij transmurale ketenzorg hebben de zorgpartners te maken met verschillende financieringsstromen en verzekeringsregimes. Deze verschillende financieringssystemen leiden tot fragmentatie in de budgettering. Hierdoor biedt het werken met een geïntegreerd (keten)budget, bijvoorbeeld in de vorm van een transmurale (keten) DBC, nog weinig voordelen. Daarnaast is het vaak zo dat kostenreductie voor de keten als geheel niet gelijkmatig over de betrokken ketenpartijen is verdeeld. In de praktijk blijkt dat de ene ketenpartner meer kosten moet maken, terwijl een andere juist financieel voordeel geniet. Als partijen voor die extra kosten niet worden gecompenseerd, is de kans groot dat zij uit het keteninitiatief stappen.

#### **Bestuurlijke afspraken.**

Bestuurlijke afspraken gaan bijvoorbeeld over de bescherming van bepaalde waarden van organisaties en zorgprofessionals, of de behartiging van het gemeenschappelijk (keten)doel versus de individuele belangen en doelen van de ketenpartners.

## Behandelprotocollen zijn niet meer gericht op één enkele organisatie of professional maar op de gehele zorgketen

Ook afspraken over het organiseren van de besturing van de keten behoren tot de bestuurlijke afspraken. Het betreft hier het bepalen van de besturingsfilosofie in de vorm van uitgangspunten, en het formaliseren van de samenwerking en besturing op ketenniveau in de vorm van een samenwerkingsovereenkomst. Hierbij hoort ook een beschrijving van onder meer de structuur en bevoegdheden, de besturende functie, regels voor toe- en uittreden en coördinatie op operationeel en ketenniveau.

#### **Implementatieaspecten**

Op basis van bovenstaande analyse van de CVA-ketenzorg concluderen wij dat het grote aantal spelers en de multi-dimensionaliteit van de ketenafspraken samen de grote mate van complexiteit veroorzaken. Wat betekent dit voor de implementatie van innovaties en andere veranderingen? In het geval van laagcomplexiteit organisatieveranderingen kan gemakkelijk worden volstaan met het uitsluiten van alle mogelijke belemmeringen en hobbels. Het domein van de ratio volstaat hier doorgaans. Uitputtende afspraken, een juiste volgorde en temporisering van acties, er bovenop zitten en door iedereen ervaren bestuurlijke steun zijn dan meestal voldoende. Wanneer het over innovaties in een hoogcomplexiteit omgeving gaat, zoals in ketenzorg meestal het geval is, is de uitdaging veel groter. Niet alle uitzonderingen kunnen worden voorzien en in rationele afspraken worden verrat.

In de praktijk gaat dat nogal eens fout. Met de instrumenten voor laagcomplexiteit veranderingen wordt de implementatie van een hoogcomplexiteit innovatie aangevangen. Na enige tijd blijken zaken in de praktijk ingewikkelder te zijn dan voorzien en niet te werken. Het is dan vaak de menselijke reflex om nog meer afspraken te maken, deze nog limitatiever en directiever te behandelen, steeds vaker te escaleren, en dan nog meer compromissen te sluiten en de acties met nog meer nadruk op te volgen. Met nog meer kracht wordt

dan ineffectief gereedschap gebruikt met als gevolg dat men steeds meer vast loopt.

Complexe keteninnovaties worden gemakkelijker geïmplementeerd wanneer een open aanpak wordt gekozen, gebaseerd op het creëren van gezamenlijkheid en vertrouwen. De ketenpartners moeten dan het gevoel hebben dat alle belangen zijn uitgesproken (ook de politiek niet geheel correcte) en dat deze veilig zijn in de handen van de ketenpartners. Ook wanneer zij er niet bij zijn en het gedrag van de ander niet kunnen controleren.

## Laten we niet vergeten dat de patiënt in de beleving van zijn ziekte altijd al een continu proces doormaakt

Prestatiemeting kan openheid versterken, maar kan ook controlerend worden gebruikt. In het laatste geval kan het juist remmend werken op de invoering van keteninnovatie in een hoogcomplexe omgeving. Openheid en respect inzake de belangen van de individuele ketenpartners voorkomt de averechtse werking beter dan nog dikkere contracten. De open aanpak van implementatie van ketenzorg gebaseerd op vertrouwen maakt het mogelijk een gezamenlijk leerproces door te maken. Dat lukt niet wanneer het spel bepaald wordt door controleren, in de gaten houden, bestraffen, 'lik-op-stuk' gesprekken en *mind games*.

### Kanttekeningen

Wanneer bovenstaande analysestructuur wordt gebruikt om de bestaande ketenzorg te verbeteren, kan substantiële verbetering worden bereikt. Samenwerking intensiveren met oog voor de diversiteit en multidimensionaliteit is een forse stap vooruit. Een open aanpak gebaseerd op vertrouwen kan de implementatie vergemakkelijken. Toch willen wij dit artikel graag eindigen met een paar prikkelende kanttekeningen.

Ketenorganisatie verbeteren doen we om het zorgverleningsproces door de patiënt als min of meer continu te laten ervaren. Maar laten we niet vergeten dat de patiënt in de beleving van zijn ziekte altijd al een continu proces doormaakt. De discontinuïteit hebben we in het ontwerp van de zorgverlening gecreëerd. We hebben ons gedistantieerd van de patiënt en hebben organisaties gebouwd langs de lijnen en belangen van de zorgverlener: voor medisch specialistisch advies en voor langdurige verzorging geheel onvergelykbare structuren. In het bedrijfsleven heten dat functionele

organisaties volgens het product push-model. In de jaren tachtig is dit type organisatie als ondoelmatig terzijde gelegd en zijn we organisaties gaan 'k(1)antelen'. We hebben zelfs volstrekt andere en elkaar uitsluitende financieringssystemen ontworpen voor deze verschillende organisaties. Er is als het ware een sociaal construct ontstaan dat haaks staat op de aard van de processen die de patiënt doormaakt. Woorden als samenwerking en ketenaansturing hebben alleen betekenis in het licht van deze kunstmatig gecreëerde situatie.

We zeggen wel dat we de patiënt centraal stellen, maar dat doen we doorgaans niet echt. We denken wel dat we dat doen en de bedoelingen zijn ook integer. In afbeelding 1 is het perspectief dat het dichtst bij dat van de patiënt komt 'zorginhoudelijk perspectief'. Maar dat is een afgeleid perspectief: abstrahering ten behoeve van het voortbrengingsproces. Bedoeld wordt dat deel van het zorgproces dat het dichtst bij de patiënt komt. De overwegingen zijn het verlenen van de dienst verbeteren en dat betekent dat we met onszelf bezig zijn en niet met de patiënt. Het patiëntenperspectief staat er niet in. In afbeelding 2 komt de patiënt ook niet voor, of het moet het woordje 'overleden' zijn. Wij hopen dat deze omissies in de figuren u al waren opgevallen. We kunnen er niet omheen: ondanks de goede bedoelingen luisteren we niet echt naar de patiënt, zetten we hem niet echt vooraan en geven we hem in ieder geval niet een deel van het stuur van de zorginstelling in handen. Hooguit als nuttig maar afgeleid object voor onszelf als zorgverlener. Dat is geen kritiek: het valt gewoon op.

De in dit artikel aangereikte inzichten kunnen helpen de ketenzorg de komende jaren sterk te verbeteren. Het zijn echter deze laatste kanttekeningen die mogelijk de weg wijzen naar ingrijpende en wezenlijke keteninnovaties op iets langere termijn. Laten we voorlopig het één doen en het ander exploreren.

### Noten

1. Minkman, Huijsman (2005). Naar optimale CVA-ketenzorg in Nederland. In: Minkman, M.M.N., R. Huijsman en P.T. van Splunteren (red.). De beste zorg bij CVA: handreiking voor het verbeteren van de CVA-zorgketen. CBO: Utrecht.
2. Trombolyse is het met medicijnen bevorderen van de natuurlijke afbraak van een bloedstolsel in een bloedvat.
3. Nationaal ICT-Instituut in de Zorg.

### Arjan van Venrooy en Boudewijn van der Gronden

Dr. A. van Venrooy (arjan.vanvenrooy@vka.nl) is managing consultant bij Verdonck, Klooster & Associates en gespecialiseerd in ketensamenwerking en keteninnovatie. Drs. B. van der Gronden is senior consultant bij Verdonck, Klooster & Associates. Hij heeft geneeskunde en bedrijfskunde gestudeerd en diverse managementposities bekleed in verschillende ziekenhuizen.