



'Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg is inmiddels al toegepast in diverse diabetes-zorggroepen'

Professionals en organisaties werken steeds meer samen om de cliënten goed van dienst te kunnen zijn. Dit samenspel wordt vaak geduid als ketenzorg of netwerkzorg. Het dient bij te dragen aan betere uitkomsten van zorg, meer efficiëntie (bijvoorbeeld minder dubbel werk of miscommunicatie) en meer tevreden cliënten en zorgverleners bij gelijke of lagere kosten. Er is een groeiend bewijs dat deze doelen (of een deel daarvan) gehaald kunnen worden als ketenzorg succesvol geïmplementeerd wordt.

Strategie/organisatie | Mirella Minkman en Robbert Huijsman

Thema Kwaliteit van zorg

Ketenzorg met nieuw ontwikkelingsmodel

De crux van ketenzorg

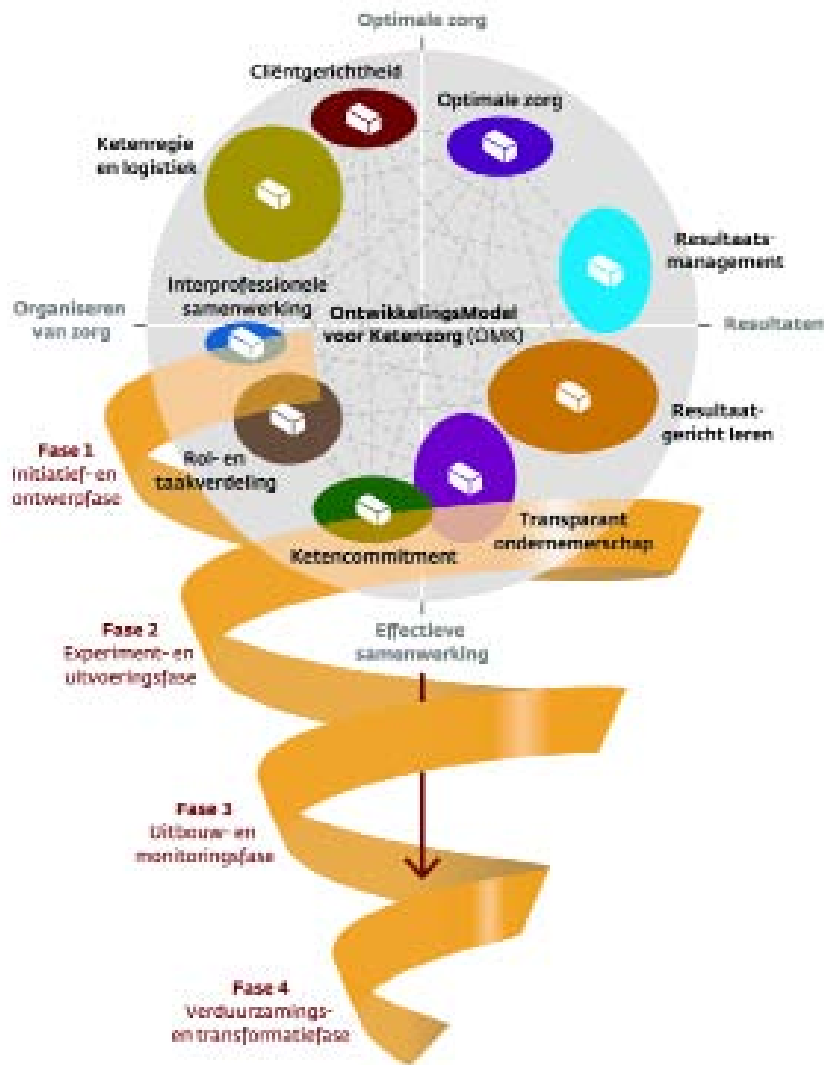
De implementatie van ketenzorg is nogal eens lastig door de vele mogelijke noodzakelijke acties, belangen en perspectieven. Want waar bestaat goede ketenzorg eigenlijk uit? Welke acties betreft het en zijn deze voor iedere keten anders? Wat is van belang en hoe kom je een stap verder in ontwikkeling? Bij ketentrajecten die zich richten op een bepaalde cliëntgroep zoals mensen met diabetes of dementie, is er vaak een veelheid aan projecten, activiteiten en plannen die niet altijd een logische samenhang vertonen. Wat is nu eigenlijk de crux bij ketenzorg? In de literatuur zijn vele projecten beschreven, maar tot dusver ontbrak een set van elementen die cruciaal zijn voor ketenzorg. Een ander interessant punt is de ontwikkeling van ketens in de tijd. Zorgnetwerken en zorgketens verschillen in hun ontwikkeling, maar we hebben ons de vraag gesteld of deze ontwikkeling is te duiden door een systematische fasering en hoe deze ontwikkeling valt te beïnvloeden.

Ons onderzoek heeft geresulteerd in een generiek kwaliteitsmodel voor ketenzorg, het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK). Dit model bundelt de kennis over de vormgeving en fasegewijze ontwikkeling van ketenzorg. Het model is een interessant hulpmiddel dat ketencoördinatoren én ketenpartners kan helpen richting te geven aan

hun ketenontwikkeling. Daarmee hopen we een bijdrage te leveren aan meer samenhangen in de zorg, nodig om het groeiend aantal ouderen, chronisch zieken en mensen met meer dan één (chronische) ziekte tegelijk het hoofd te bieden. Daarmee kan ook meer systematisch invulling worden gegeven aan deze belangrijke (beleids)prioriteit voor overheden, inspecties en zorgverzekeraars. In dit artikel schetsen we de inzichten uit dit onderzoek en illustreren we recent gebruik van dit model in de praktijk.

Generiek model: one size fits all?

In het onderzoek en proefschrift 'Developing integrated care. Towards a development model for integrated care' is niet gekozen voor een traditionele 'ziektespecifieke' benadering zoals bijvoorbeeld ketenzorg voor mensen met copd of dementie^{1,2}. Want hoewel er verschillen zijn tussen deze cliëntgroepen en de organisatie van de zorg, zijn er in de ketensamenwerking ook veel overeenkomsten. Het zoeken naar juist de 'generieke aspecten' die in meerdere ketentrajecten van belang zijn is zinvol, om te komen tot een model dat juist voor meerdere toepassingen en cliëntgroepen geschikt is. Het is immers niet wenselijk voor ieder traject of project weer een ander model te hanteren. Bestaande modellen zoals het Chronic Care Model, het HKZ-schema ketenkwiteit of modellen gebaseerd op het INK/EFQM-model, hebben als nadeel dat deze onvoldoende (evidence based) onderbouwd waren óf niet zijn gericht op ketensamenwerking in al z'n vormen. Daarom is



Figuur 1. Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg

gewerkt aan een nieuw model dat is gevalideerd bij 84 zorgketens voor mensen met dementie, een beroerte of acuut myocard infarct. Ook is het inmiddels al toegepast in diverse diabetes-zorggroepen, een netwerk voor palliatieve zorg, een netwerk voor mensen met autisme, een zogenaamde 3D-keten (dementie-depressie-delier) en binnenkort in een jeugdzorgketen. Steeds bleken de elementen van het model relevant én bruikbaar in de praktijk.

Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg

Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg bestaat uit 89 elementen van ketenzorg die zijn geordend in negen clusters bestaande uit drie tot 18 elementen (zie figuur 1). De clusters zijn 'cliëntgerichtheid', 'ketenregie- en logistiek', 'resultaatsmanagement', 'optimale zorg', 'resultaatgericht leren', 'interprofessionele samenwerking', 'rol- en taakverdeling', 'ketencommitment' en 'transparant ondernemerschap' (tabel 1 op p. 22). De clusters zijn geen losstaande bouwstenen, maar het gaat om het samenspel tussen al deze aspecten. Samen maken ze de keten.

Het model is ontstaan uit meerjarig onderzoek waarin diverse methoden zijn ingezet. Gestart is met een literatuurstudie, vervolgens is een Delphi-studie uitgevoerd en een Concept mapping-studie. Eerst resulteerde de literatuurstudie in een set van 101 elementen van ketenzorg. Een

element is gedefinieerd als een activiteit die gericht is op het ontwikkelen (realiseren, verbeteren, innoveren of verduurzamen) van ketenzorg, bijvoorbeeld 'het vaststellen van de behoeften van de cliënten in de keten'. Vervolgens beoordeelden en amendeerden 31 ketenzorgexperts in drie Delphi-ronden de elementen. Uiteindelijk ontstonden zo 89 elementen die met behulp van Concept mapping zijn geordend in de negen clusters.

Ten tweede is de ontwikkeling van ketenzorg in de tijd onderzocht. De conclusie was dat er vier verschillende fasen van ontwikkeling te herkennen zijn in de praktijk. De initiatief- en ontwerpfasie (van start, doelgroep en ketenproces, klant en stakeholderbehoeften, multidisciplinaire teams, samenwerking vastleggen); de experiment- en uitvoeringsfasie (projecten en experimenten, doelen aanscherpen, zorgpaden, coördinatie, expertise uitwisselen, randvoorwaarden regelen); de uitbouw- en monitoringsfasie (ketenprogramma's, rollen en taken inregelen, monitoren en verbeteren, commitment, integrale financiering) en de verduurzamings- en transformatiefasie (ketenzorg als werkwijze, nieuwe organisatievormen, integrale ketencontracten, continue verbetering, informatie gestroomlijnd)^{1,2}. Interessant was vervolgens om te onderzoeken of bepaalde elementen van meer of minder belang zijn in een bepaalde fase. Uit ons onderzoek bleek dat iedere fase zijn eigen accenten heeft, met een 'top 10' van elementen die

juist in die fase belangrijk zijn. De validatiestudies lieten zien dat de onderzochte ketens weliswaar verschillen in cliëntgroep (van acuut tot chronisch), aantal betrokken organisaties, regio of geschiedenis, maar dat alle ketencoördinatoren toch de elementen én de vier ontwikkelingsfasen steeds weer herkennen. Hieruit, en op basis van nieuwe studies bij andere ketens, concluderen we dat het model generiek van karakter is en interessant kan zijn voor heel uiteenlopende soorten zorgketens en -netwerken.

Ketenzorg meer gericht ontwikkelen

In de hectiek, of soms juist de stroperigheid van ketensamenwerking met vele partners, kan de focus en koers soms uit het oog verloren worden. Of (financiële) belangen bepalen de agenda. Het maken van een zelfevaluatie^{3,4} kan dan zinvol zijn: hoe zien de verschillende ketenpartners de 89 elementen van het model, welke clusters en deelaspecten zijn wel in beeld en aan welke wordt nog weinig aandacht geschonken? Is daarover wel consensus en wat lijkt een verstandige vervolgstap? Een opvallende bevinding in dergelijke trajecten is dat ketenpartners vaak verschillend geïnformeerd zijn en van elkaar ook weer niet weten wie wat en wel niet weet. De ketenpartners lopen vaak met verschillende beelden rond, zonder dat met elkaar te delen. Soms verschillen zelfs de antwoorden op vragen als 'wie is de ketencoördinator?' Het maken van de zelfevaluatie is dan vooral een objectief middel om met elkaar in gesprek te gaan over welke zaken op te pakken. Bijvoorbeeld punten uit clusters die laag scoren of punten die passen bij de huidige of opvolgende ontwikkelingsfase.

Het bepalen van de fase van ontwikkeling is geen sinecure. Wanneer meerdere partners van een keten een fase moeten aangeven is er meestal wel een centrale tendens in de uitkomsten, bijvoorbeeld fase 2 of 3. Maar er is ook vaak sprake van over- of onderschatting waar de keten echt staat. Zelfs komt het voor dat iedereen een andere fase noemt. Dan wordt het tijd met elkaar om de tafel te gaan! Niet zelden denkt men verder te zijn dan men is en zijn belangrijke aspecten uit eerdere fasen overgeslagen. Aspecten als 'het helder beschrijven van de cliëntgroep' lijkt bijvoorbeeld heel logisch, maar wordt niet zelden vergeten. Of het wordt zo globaal omschreven dat er later misverstanden ontstaan. In een aantal ketentrajecten heeft men daarom de kernelementen van de fasen gebruikt als checklist. Niet voorschrijvend, maar als inspiratiebron.

Het model dient verder onderzocht te worden. Is het ook bruikbaar bij ketensamenwerking voor complexe groepen zoals mensen met multimorbiditeit of kwetsbare ouderen? Door de generiekheid van het model is er potentie, maar hoe zorg te organiseren voor deze groepen is nog niet uitgekristalliseerd. En de werkelijkheid is weerbarstiger dan welk model dan ook: ook een persoon met een beroerte of oudere met dementie zal vaak meerdere aandoeningen hebben. Wanneer men dan bijvoorbeeld getroffen wordt door een beroerte, staat dat (tijdelijk) op de voorgrond.

Actuele beleidsbrieven en innovatieve projecten spreken over zorg in de buurt, casemanagement (niet alleen voor dementie), guided care of 'anderhalvelijns zorg'. Maar hoe dan ook: samenwerking tussen professionals van diverse organisaties zal ook hierbij een cruciale rol spelen. Wat relevant is voor het organiseren van netwerk- of ketenzorg blijft dus actueel.

De rol van de verzekeraar

Samenhangende zorg is niet alleen voor cliënten en zorgaanbieders van belang, maar ook voor zorgverzekeraars die immers goede ketenzorg willen inkopen. Momenteel kiezen veel zorgverzekeraars ervoor contracten of keten-DBC's af te spreken met hoofdcontractanten zoals zorggroepen of koepels van gezondheidscentra, maar wat koop je dan eigenlijk? En hoe kan een zorgverzekeraar stimuleren dat de (keten)zorg zich verder verbetert? Achmea hanteerde in de keteninkoop de zorgstandaarden, uitkomstindicatoren en CO-scores. Maar gegevens over de mate van ketenontwikkeling werden node gemist en in de praktijk zijn er aanzienlijke verschillen. Daarom is in samenwerking met Vilans een pilot gestart waarin een zelfevaluatie met het OMK-model wordt toegevoegd aan het inkoopproces. De verbeterpunten die uit de zelfevaluatie komen, kunnen samen met de andere uitkomsten onderwerp van gesprek worden tussen zorgaanbieders en de inkoopers. Het doel hiervan is dat de ketenpartners zo zelf concrete handvatten voor verbetering van de keten in handen krijgen. De eerste ervaringen van zowel Achmea als van pilotregio's in de diabeteszorg zijn positief⁴. Inmiddels is Achmea ook in gesprek met het CVA Kennisnetwerk Nederland, dat in 2012 al haar CVA-ketens gaat uitnodigen voor een OMK zelfevaluatie. De evaluatie met het OMK-model lijkt het beeld compleet te maken: aandacht voor de organisatie van zorg naast inzicht in de uitkomsten van ketenzorg. Het model maakt het de zorgaanbieders mogelijk hun eigen verantwoordelijkheid voor de structuur en organisatie van de keten vorm te geven, de zorgverzekeraars kunnen zo met hen samenwerken aan betere resultaten van keten- en netwerkzorg. Het koppelen aan financiering is (nog) niet aan de orde, maar een beloning voor steeds betere resultaten en daarmee meerwaarde voor de verzekerde is in de toekomst wellicht een mooie stimulans. |

Noten

1. Minkman M., *Developing integrated care. Towards a development model for integrated care*. Deventer: Kluwer, 2011. ISBN 978-90-13-10026-6. (Proefschrift met zeven artikelen)
2. Minkman M.M.N., Ahaus K, Huijsman R., 'Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg: ketenkennis gebundeld in een generiek toepasbaar kwaliteitsmodel', *M&O: Tijdschrift voor Management en Organisatie* 2010, 64 (5): 26-43.
3. 'Digitale zelfevaluatietool brengt keten in beeld'. Interview met Mirella Minkman en Lidewij Vat. *De Eerstelijns*, 2011, december, p. 24-25.
4. Driessen S, Ter Braak H, Minkman M., 'Zorggroep Synchroon brengt Diabetesketen in beeld. Ontwikkelingsmodel Ketenzorg richt zich op verbeterpunten'. *De Eerstelijns*, 2011, nr. 6, p. 24-25.

Cluster 1: Cliëntgerichtheid.

De keten is in staat zorg op individuele behoeften of subgroepen toe te snijden, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van multi-morbiditeit. Informatie wordt in de keten gezamenlijk aangeboden in begrijpelijke taal, afgestemd op doelgroepen van cliënten, bijvoorbeeld via een front office. Methoden voor zelfmanagement-ondersteuning worden toegepast.

Cluster 2: Ketenregie en logistiek.

De ketenpartners stroomlijnen de zorg over de gehele keten en maken o.a. afspraken over consultatie, verwijzing, onderzoek, overdracht, uitwisseling van (cliënt)gegevens en ontslag van cliënten in de keten. Er is casemanagement voor cliënten met complexe zorgvragen en er wordt gewerkt met een voor de ketenpartners toegankelijk cliëntvolgend dossier.

Cluster 3: Resultaatmanagement

Men heeft prestatie-indicatoren en normen benoemd om vervolgens resultaten in de keten te kunnen evalueren. Resultaten hebben betrekking op cliënt- en zorggerelateerde uitkomsten, cliëntwaardering, logistieke en financiële prestaties. Analyses van (bijna)fouten, feedbackmechanismen en verbetersteams worden gebruikt om prestaties te verbeteren.

Cluster 4: Optimale zorg

Ketenpartners ontwikkelen een multidisciplinair zorgpad voor de keten, gebaseerd op de cliëntbehoeften en evidence-based richtlijnen of zorgstandaarden. Vertegenwoordigers van cliënten zijn betrokken bij het ontwikkelen, verbeteren en monitoren van de zorg.

Cluster 5: Resultaatgericht leren

Er is een leerklimaat dat is gericht op voortdurend verbeteren van resultaten in de keten. Hierbij past het gezamenlijk in kaart brengen van de doelen, knelpunten en leemten in de keten en het delen van kennis in een open sfeer. Incentives belonen betere prestaties.

Cluster 6: Inter-professionele samenwerking voor doelgroepen

Inter-professionele samenwerking voor doelgroepen bevat elementen zoals het omschrijven van de cliëntengroep waarop de ketensamenwerking zich richt en het werken in multidisciplinaire teams. Helder is wanneer professionals beschikbaar en toegankelijk zijn voor ketenpartners.

Cluster 7: Rol- en taakverdeling

Men heeft inzicht in elkaars expertises, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de keten. Men stuurt op het bereiken van effectieve samenwerking op alle niveaus tussen ketenpartners, onder andere door het aanstellen van een keten-coördinator, door coördinerende taken te beleggen bij ketenpartners en door wederzijds overleg en direct contact tussen professionals.

Cluster 8: Ketencomitment

De gezamenlijke ambities en doelen van de ketensamenwerking zijn neergelegd in samenwerkingsafspraken- of convenanten. Bestuurders en andere leidinggevenden hebben hierover expliciet hun commitment uitgesproken en laten zich daarop aanspreken. Taken en verantwoordelijkheden van sturende partijen (leiders, coördinatoren, stuurgroepen, financiers) zijn helder en er is structureel contact. Iedereen is zich bewust onderdeel van ketensamenwerking te zijn.

Cluster 9: Transparant ondernemerschap

Er zijn afspraken over de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eindresultaat. Voor transparant ondernemerschap gelden voorwaarden zoals ruimte voor innovatie en experimenten, de betrokkenheid van leiders bij verbeteringen, een gezamenlijke budgetafpraak c.q. contract en een gemeenschappelijke taal.

Tabel 1. Clusters van het OMK

Mirella Minkman is programmaleider Kwaliteit en Innovatie Ouderenzorg bij Vilans met als specialisatie ketenvraagstukken. Daarnaast is zij toezichthouder bij Zorgcentra de Betuwe. Robbert Huijsman is senior manager Kwaliteit & Innovatie bij Achmea, divisie Zorg & Gezondheid en was promotor van Mirella.

