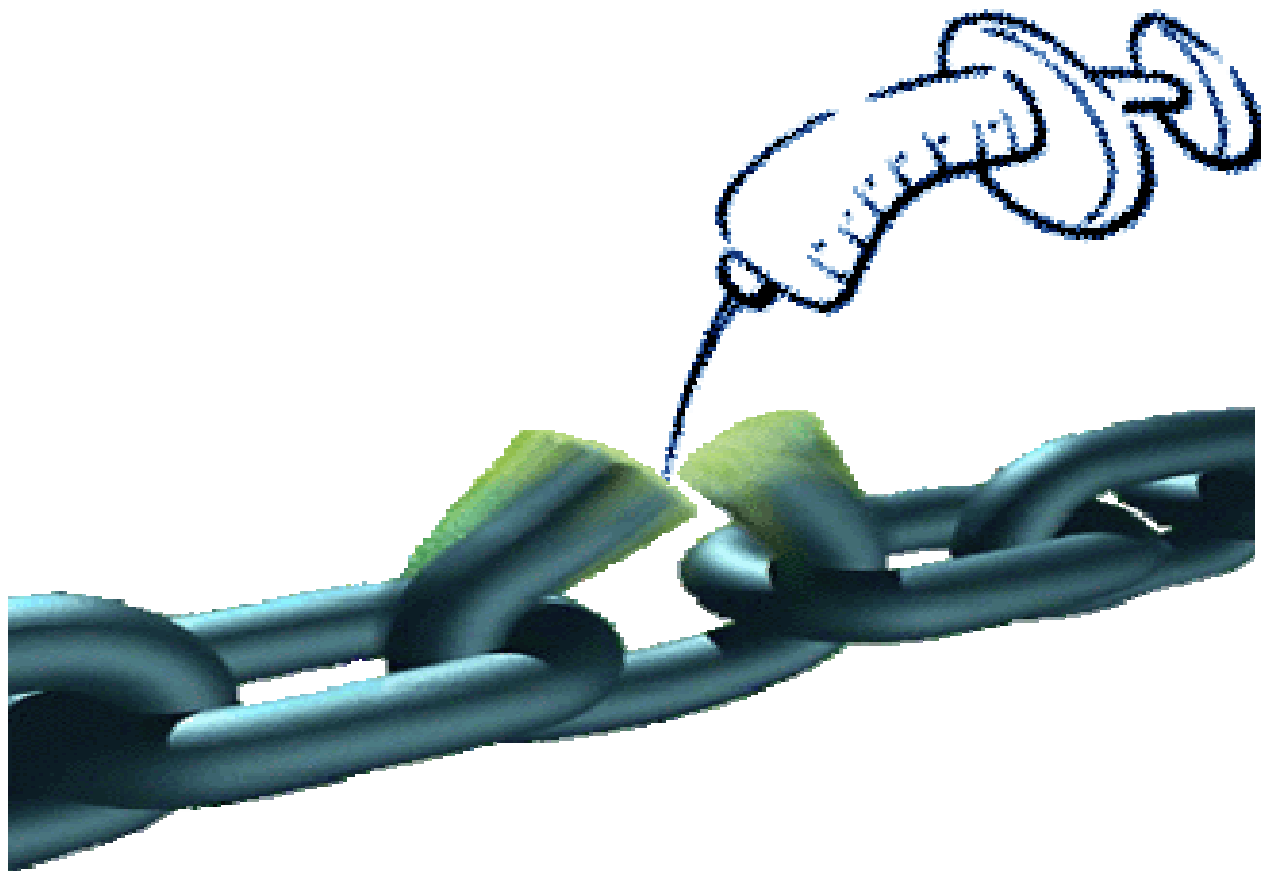


Coördinatie in de ontwikkeling van Diabeteszorggroepen

De knelpunten en de mogelijkheden voor de ketenregisseur



Rolf Swiers



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

Coördinatie in de ontwikkeling van Diabeteszorggroepen

De knelpunten en de mogelijkheden voor de ketenregisseur

Bacheloropdracht voor de opleiding Technische Bedrijfskunde aan
de Universiteit Twente te Enschede voor de faculteit Management
en Bestuur

Begeleiding:
Dr. H.G.M. Oosterwijk
Dr. ir. J. de Leede

Auteur:
Rolf Swiers (s9709134)

Datum:
24 mei 2007

Management summary

De Diabeteszorg in Nederland is aan het veranderen, in de preventie voor risicogroepen en in de zorgverlening in de eerste en tweedelijnszorg.

Er liggen plannen voor het vormen van zorgketens in de eerstelijnszorg die een groot deel van de standaardzorg zullen gaan verzorgen. Dit geldt voornamelijk de preventie en zorg voor ongecompliceerde Diabetes mellitus Type 2, de meest voorkomende vorm van deze ziekte. Ter bevordering van de ontwikkeling van zorgketens is een keten-DBC opgesteld die de financiering voor de zorggroepen zal gaan vormen en bovendien marktwerking zal bevorderen. Een eerste project is op 22 juni 2006 van start gegaan met tien Diabeteszorggroepen onder toezicht van ZonMw. Dit rapport behandelt de theorie achter ketens en of deze in de praktijk van de Diabeteszorg kan worden toegepast.

De literatuur schrijft voor dat een centrale ketenregisseur wordt aangesteld die de gehele ontwikkeling van een keten organiseert. In de praktijk blijkt een (groep) regisseur(s) wel aanwezig, maar zijn rol is minder centraal dan de literatuur voorschrijft. De onderzochte zorggroepen zijn ontstaan vanuit een bestaande organisatie waarin al voor deelname aan het ZonMw-project een duidelijke rolverdeling aanwezig was. Die verdeling is veelal hiërarchisch wat een ontwikkeling van een keten juist in de weg staat.

Verder schrijft de literatuur dat de keten sterk vraaggericht moet werken. Dit blijkt voor een Diabeteszorggroep ook moeilijk haalbaar. Vraaggericht werken betekent onder andere dat de patiënt wordt betrokken bij het zorgproces. Dat blijkt in de praktijk vaak lastig, zowel doordat de patiënt zich ver van de zorg houdt als dat de organisaties geneigd blijven om vanuit het aanbod de zorg in te richten.

De ontwikkelingen die tot nu toe plaatsgevonden hebben zijn niet optimaal, maar tegelijkertijd is het moeilijk te zeggen of er op dit moment meer gedaan had kunnen worden. De verwachting is dat de zorg en gezondheidsuitkomsten verbetering zullen tonen ten opzichte van de periode voor de keten-DBC. Mogelijk hebben de organisaties er uitgehaald wat er op het moment in zit en kunnen zij in de toekomst verder ontwikkelen naar sterkere vraagsturing en een sterkere zorgketen.

Inhoudsopgave

Management summary	- 1 -
Inhoudsopgave.....	- 2 -
Voorwoord	- 3 -
01 - Inleiding	- 4 -
02 - Achtergrond	- 5 -
03 - Onderzoeksopzet	- 7 -
<i>Aanleiding.....</i>	<i>- 7 -</i>
<i>Onderzoeksvraag</i>	<i>- 7 -</i>
<i>Doelstelling.....</i>	<i>- 8 -</i>
<i>Plan van aanpak en afbakening.....</i>	<i>- 8 -</i>
04 - Ketenzorg	- 9 -
<i>Wat is een keten?.....</i>	<i>- 9 -</i>
<i>Waarom ketens?</i>	<i>- 9 -</i>
<i>Ketenontwikkeling.....</i>	<i>- 10 -</i>
<i>Belemmeringen publieke sector.....</i>	<i>- 10 -</i>
<i>De ketenregisseur en vertrouwen</i>	<i>- 11 -</i>
<i>Conclusie.....</i>	<i>- 12 -</i>
05 - Diabetes en Diabeteszorg.....	- 13 -
<i>Diabetes mellitus</i>	<i>- 13 -</i>
<i>Zorg bij DM2.....</i>	<i>- 13 -</i>
06 - Het programma Diabetes Ketenzorg.....	- 15 -
<i>De keten-DBC Diabetes</i>	<i>- 15 -</i>
<i>Wettelijke ruimte keten-DBC.....</i>	<i>- 16 -</i>
<i>De zorggroepen.....</i>	<i>- 16 -</i>
07 - Ketenzorg bij Diabetes.....	- 17 -
<i>Keuzevrijheid ketenpartners</i>	<i>- 17 -</i>
<i>Vraag en aanbod.....</i>	<i>- 18 -</i>
<i>Samenwerking.....</i>	<i>- 19 -</i>
<i>Coördinatie en regisseur.....</i>	<i>- 19 -</i>
08 - Twee zorggroepen	- 21 -
<i>Almere – Zorggroep Almere.....</i>	<i>- 21 -</i>
<i>Heerlen - Zorggroep Diabetes Parkstad</i>	<i>- 23 -</i>
<i>Conclusies.....</i>	<i>- 25 -</i>
09 - Conclusies	- 26 -
Geraadpleegde literatuur:.....	- 28 -

Voorwoord

Dit rapport vormt een belangrijk onderdeel van de afronding van mijn Bacheloropleiding Technische Bedrijfskunde aan de Universiteit Twente. Het onderzoek begon in de zomer van 2006 met de kennis dat de Diabeteszorg aan het veranderen was. Het onderzoek kwam uiteindelijk terecht op de coördinatie in de ontwikkeling van zorggroepen. Helaas reageerden slecht een tweetal groepen echt op verzoeken mee te werken. Daardoor is het onderzoek helaas enigszins beperkt. Dit rapport is het resultaat van dit onderzoek.

Veel leesplezier en mogelijk kunt u iets met de ideeën en kennis die hier worden aangedragen.

Rolf Swiers

01 - Inleiding

De Diabeteszorg in Nederland moet veranderen. De huidige vooruitzichten tonen dat tot 2025 het aantal Diabetici met ruim 32% zal toenemen tot ruim boven de 1 miljoen Diabetespatiënten. Dit is voor een groot deel een gevolg van de toenemende vergrijzing die er tegelijkertijd voor zorgt dat er minder mensen op de arbeidsmarkten actief zijn.

Dat betekent dus méér mensen met Diabetes én minder zorgverleners om het toenemende aantal patiënten te behandelen. De zorg voor Diabetes vindt voornamelijk plaats in de eerstelijnszorg, vooral bij huisarts en diëtist. De overheid wil in dit gebied van de zorg efficiëntere zorgverlening, onder andere door langzamerhand meer markwerking te creëren.

Dit rapport gaat in op een ontwikkeling op het gebied van de eerstelijnszorg voor ongecompliceerde Diabetes mellitus Type 2 ('ouderdomsdiabetes'). Er zijn ontwikkelingen gaande om deze zorg te gaan verlenen in nieuw in te richten ketenorganisaties, Diabeteszorggroepen. Het doel van het onderzoek is om na te gaan of men de theorie over ketenorganisaties en –ontwikkeling kan toepassen in de praktijk van dit zorggebied.

Om dit doel te bereiken zal eerst een breder beeld van de achtergrond achter deze ontwikkelingen worden geschetst. Dit wordt uitgewerkt in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 volgt de opzet van het onderzoek met de onderzoeksvraag en gevolgde planning. Het eerste punt van het onderzoek was een verdieping van de ketenliteratuur. Deze is te vinden in hoofdstuk 4, waarbij extra aandacht is voor de ketenregisseur omdat deze een belangrijke rol wordt toegedicht door de literatuur. De hoofdstukken 5 en 6 zullen vervolgens een beeld geven van de ziekte Diabetes, de zorg die daarbij komt kijken en de aanleiding van de ontwikkeling van Diabeteszorggroepen, het Programma Diabetes Ketenzorg van ZonMw. De kennis uit de literatuur van hoofdstuk 4 en de praktijk rondom Diabetes van de hoofdstukken 5 en 6 zullen in hoofdstuk 7 samenkomen om tot inzicht te komen of ketenzorg een toepasbare ontwikkeling is voor de Diabeteszorg. In hoofdstuk 8 zullen de ideeën en problemen die hieruit naar voren komen in de praktijk worden onderzocht door te kijken hoe de situatie is bij twee nieuwe zorggroepen. Tot slot volgen in hoofdstuk 9 de conclusies van alle onderzoeksactiviteiten.

02 - Achtergrond

In 2003 waren in Nederland 600.000 mensen geregistreerd met de ziekte Diabetes Mellitus, ofwel suikerziekte. Daarnaast liepen naar schatting nog 200.000 mensen rond met de ziekte zonder het te weten. Datzelfde jaar kwamen er naar schatting 72.500 geregistreerde patiënten bij en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) schat dat het aantal patiënten tot 2025 nog met 32,5% zal stijgen (*RIVM, 2006*). De zorgkosten voor deze groep patiënten in het jaar 2003 bedroegen 734,7 miljoen euro (*Slobbe et al, 2006*).

De twee meest voorkomende vormen van Diabetes worden type 1 en type 2 genoemd. Patiënten met type 1 Diabetes zijn levenslang veroordeeld tot het spuiten van insuline. De zorg voor deze patiënten vindt plaats bij de internist en de Diabetesverpleegkundige. Type 2 Diabetes (DM2), ook wel 'ouderdomsdiabetes', vormt met 90% van de patiënten de grootste groep. De zorg voor deze mensen berust op drie peilers, voeding, lichaamsbeweging en medicijnen en zijn de verantwoording van de patiënt zelf en van diverse zorgverleners, voornamelijk in de eerstelijnszorg. (*RIVM, 2006*)

De eerder aangegeven toename van het aantal patiënten zit vooral bij Type 2 en is meestal het gevolg van een ongezonde levensstijl, naast een mogelijke genetische aanleg om het te krijgen. De overheid wil deze groei afremmen en heeft mede daarom verschillende campagnes gestart ter bevordering van een gezonde levensstijl, niet roken, meer bewegen, enzovoorts. Preventie alleen is echter niet genoeg. De zorg voor Diabetes moet ook verbeterd worden. Het is gebleken dat slechts een derde van de Diabetespatiënten de juiste zorg krijgt (*VWS, 2004*). Onvoldoende zorg betekent een grotere kans op complicaties zoals hart- en vaatziekten en nieraandoeningen. Met het toenemende aantal DM2-patiënten dreigt daardoor het beroep op de gezondheidszorg en de bijbehorende kosten ernstig toe te nemen.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in 2004 een plan gepresenteerd aan de Tweede Kamer waarin het voorstelt de zorg voor DM2 langs vier lijnen aan te pakken (*VWS, 2004*):

- mogelijk maken van inkoop van goede diabeteszorg, onder andere met behulp van een speciale transmurale diagnosebehandelcombinatie (DBC) voor Diabetes;
- regionaal bundelen van expertise uit diverse disciplines en verder professionaliseren van beroepsbeoefenaren;
- volop inzetten van ondersteunende ICT en het stimuleren van goede initiatieven en innovatie;
- meer voorlichting over de ernst van Diabetes en het belang van goede behandeling.

Voor de uitwerking van dit plan werd de Taakgroep Programma Diabeteszorg opgesteld. De Taakgroep presenteerde op 3 juni 2005 haar rapport Diabeteszorg Beter met onder andere de volgende belangrijke bevindingen (*Taakgroep Programma Diabeteszorg, 2005*):

- Er moet een dekkend aantal Diabeteszorggroepen komen;
- Bij de inkoop van Diabeteszorg moet de keten-DBC voor Diabetes worden gebruikt;
- Goede ICT-voorzieningen is een vereiste;
- Rapportage met heldere parameters en indicatoren.

Deze punten moesten vervolgens gelijktijdig en in harmonie uitgewerkt worden. Om dit mogelijk te maken schakelde het ministerie van VWS een aantal verschillende organisaties in.

Capgemini was op dat moment al bezig om in nauwe samenwerking met de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) en op basis van de NDF-Zorgstandaard een concept keten-DBC op te

stellen voor de zorg voor DM2. Op 29 mei 2005 presenteerde zij haar rapport “Keten-DBC's Diabetes – Concept productomschrijving en referentie zorgprofielen”.

ZonMw werd gevraagd een programma te starten waarin veldpartijen gestimuleerd en ondersteund worden bij het opzetten van multidisciplinaire Diabeteszorggroepen. ZonMw lanceerde daarop het programma Diabetes Ketenzorg. Het doel van Diabeteszorggroepen is (1) vormgeven aan een adequate organisatie van Diabeteszorg en (2) ervaring opdoen met een nieuw proces van zorginkoop en -levering via de keten-DBC (*Stuurgroep Diabetes Ketenzorg, 2005*). Het initiatief voor de vorming van groepen werd gelegd bij alle partijen die bij de Diabeteszorg betrokken zijn en die een multidisciplinaire Diabeteszorggroep zouden kunnen opzetten. Op 22 juni 2006 is dit programma officieel van start gegaan met de selectie van tien zorggroepen die uiteindelijk vanaf 1 januari 2007 volgens de nieuwe afspraken gaan werken. Zij zullen Diabeteszorg leveren vanuit een zelf opgezette organisatie. Daarin zijn verschillende vormen van samenwerking tussen huisartsen, podotherapeuten, oogartsen, praktijkverpleegkundigen, internisten en andere betrokkenen denkbaar. De betaling van de zorg gaat via de zorggroep die afspraken met verzekeraars maakt over de inhoud en prijs van aangeboden product keten-DBC Diabetes. De zorggroep kan daarbij worden gezien als hoofdaannemer en de verschillende deelnemende beroepsgroepen als onderaannemers. Uiteindelijk is het doel om kwalitatief goede zorg te leveren op een kostenefficiënte manier. In de toekomst moet door concurrentie tussen zulke zorggroepen de kwaliteit en kostenefficiëntie van Diabeteszorg op een gezonde manier behouden blijven.

Het RIVM zal een evaluatie uitvoeren door middel van een nulmeting en een éénjaarsmeting om de resultaten van de zorggroepen te kunnen beoordelen. Daarbij gaat de aandacht uit naar zowel de processen rond de vorming van de groep als de resultaten van de geleverde zorg. De zorggroepen zullen daarvoor structureel gegevens moeten aanleveren en dat vraagt om een goede ICT infrastructuur. Daarvoor heeft ZonMw het NICTIZ (Nationaal ICT Instituut in de Zorg) gevraagd om samen met de groepen te werken aan deze infrastructuur. Het NICTIZ kan dit zelf weer gebruiken voor de ontwikkeling van een elektronisch Diabetesdossier, dat een onderdeel moet vormen van het toekomstige elektronisch patiëntendossier.

Uit deze korte inleiding blijkt dat op dit moment meerdere ontwikkelingen plaatsvinden in de Diabeteszorg met eenzelfde doel: kwalitatief goede en betaalbare Diabeteszorg. Of dat bereikt wordt met de huidige plannen is nog niet te zeggen, maar het proces moet nauwlettend in de gaten gehouden worden om negatieve ontwikkelingen op tijd te signaleren en af te remmen en om positieve ontwikkelingen verder te stimuleren.

03 - Onderzoeksopzet

Aanleiding

De start van dit onderzoek heeft plaats op het moment dat ZonMw tien zorggroepen heeft aangewezen als deelnemers van het programma Diabetes Ketenzorg. Vanaf 1 januari 2007 gaan tien zorggroepen in anderhalf jaar tijd ervaring op doen met een nieuwe organisatie van Diabeteszorg en een experimentele financieringsvorm via een keten-DBC.

De deelnemende groepen moeten in staat zijn zorg te verlenen die voldoet aan de minimale zorgvragen gesteld in de keten-DBC. Dit zal door het RIVM worden gecontroleerd aan de hand van een aantal proces- en prestatie-indicatoren. Binnen deze en enkele andere voorwaarden worden de groepen vrijgelaten in het opzetten en organiseren van de zorggroep.

De vrijheid om de zorgverlening naar eigen inzicht te organiseren biedt mogelijkheden voor zorgverleners en verzekeraars om zich te onderscheiden door een organisatievorm te kiezen die het beste bij henzelf en hun omgeving past. De zorggroep zal een hoogwaardige en efficiënte organisatie moeten worden waar de zorgverzekeraar bereid is zorg in te kopen. Het opzetten van een Diabeteszorggroep betekent het vormen van samenwerking tussen verschillende zorginstanties en –beroepen en dat is geen eenvoudige opdracht. Ongeacht de manier waarop de groepen het zullen invullen, er gaan mensen samenwerken die dat nog niet eerder hebben gedaan, zeker niet in deze vorm. Verschillende organisatiestructuren en culturen worden samengebracht tot één nieuwe organisatie en bij dergelijke veranderingen ontstaat doorgaans weerstand bij deelnemers. Deze weerstanden zullen overwonnen moeten worden en dat zal niet vanzelf gebeuren. Er is coördinatie nodig die begrijpt welke veranderingen plaatsvinden, wat dat betekent voor de verschillende onderdelen van de nieuwe organisatie en die (potentiële) weerstanden op tijd onderkent en kan verwerken.

Het is de vraag hoe deze coördinatie dan geregeld wordt. Wie of welke organisatie neemt de coördinatie op zich? Wanneer krijgt deze groep/persoon de coördinatie toegewezen? Wie bepaalt vervolgens wie wel en wie niet mag meewerken? Tevens is van belang wat de rol van de coördinator(en) was voordat de zorggroep werd geïnitieerd.

Uit het voorgaande blijkt dat de vorming van een zorggroep vele vragen opwerpt, zowel wat betreft de organisatie qua structuur en cultuur, als wat betreft de coördinatie. Op het gebied van de organisatie is het programma van ZonMw actief. Daarin ligt de aandacht op de samenwerkende partijen en de manier waarop zij samenwerken. In dat programma is echter weinig tot geen aandacht over de manier waarop de groepen tot stand zijn gekomen. Daarom zal dit onderzoek zich richten op het ontstaan en vooral de coördinatie van de zorggroepen. In de volgende paragraaf worden de onderzoeksvragen en hun achterliggende keuzen uitgewerkt.

Onderzoeksvraag

Coördinatie van een zorggroep in de eerstelijnszorg in Nederland is een nieuwe ontwikkeling. Daardoor is er weinig referentie en werken de groepen naar eigen inzicht. Dit onderzoek zal proberen na te gaan of er een lijn te ontdekken is in de ontwikkeling en coördinatie van zorggroepen. Literatuur over het werken in (zorg)ketens dicht de aanwezigheid van een centrale regisseur in een dergelijk proces een belangrijke rol toe. Daarom zal worden onderzocht of deze theorie in de praktijk van Diabeteszorggroepen wordt toegepast of hoe men de ontwikkeling anders heeft gecoördineerd. De vraag waar dit onderzoek op in zal gaan luidt daarom als volgt:

Wat zijn de mogelijkheden voor (centrale) coördinatie bij de vorming en invoering van een Diabeteszorggroep?

Doelstelling

Het doel van de beantwoording van deze vraag is te komen tot een beoordeling van de Diabeteszorggroep wat betreft de vorming en organisatie van de coördinatie van de groep. Als daarbij wordt afgeweken van modellen in de literatuur, zal worden gekeken of aanpassingen mogelijk en noodzakelijk zijn voor een succesvolle organisatie van de groep. Daarbij wordt tevens de gebruikte literatuur kritisch bekeken.

Plan van aanpak en afbakening

De tijd voor dit onderzoek is beperkt. Bovendien is gebleken dat de zorggroepen moeilijk bereikbaar zijn, mede door de drukte waarin zij zitten. Voor een goed inzicht in de ontwikkeling van een zorggroep is minstens een bedrijfsplan/plan van aanpak nodig en niet elke groep is bereid gevonden die af te staan. Daarom wordt hier volstaan met een onderzoek naar twee groepen. Voordat het onderzoek naar deze groepen kan beginnen zullen eerst een aantal onderliggende begrippen en plannen worden behandeld.

Allereerst zal nader worden onderzocht wat het begrip ketenwerk inhoudt. Ketenwerk is in productieorganisaties een langer bestaand principe, in de zorg komt het de laatste jaren opzetten. In dit onderdeel zullen de principes van ketendenken, ketenafspraken en dergelijke besproken worden. Het belang van coördinatie bij de vorming en implementatie van een ketenorganisatie en de rol van een centrale ketenregisseur worden ook nader toegelicht. Het werk van Goedee (2006) en Van der Aa (2001) vormen de basis van het onderzoek. Dit onderdeel vormt de basis van het onderzoek waarmee de organisatie van Diabeteszorg en de praktijksituatie van een Diabeteszorggroep vergeleken zullen worden.

Voordat deze vergelijking kan worden gemaakt zullen echter eerst die twee begrippen worden uitgelegd. Eerst wordt beken wat Diabetes Mellitus type 2 is, welke zorg patiënten nodig hebben en hoe deze zorg verleend wordt. Vervolgens volgt een beschrijving van het ZonMw programma Diabetes Keten zorg omdat die een belangrijke basis is voor de zorggroep.

De volgende stap is de vergelijking van ketenprincipes met de organisatie van Diabeteszorg. Daarvoor wordt het eerder besproken werk van Goedee (2006) en Van der Aa (2001) tegenover de besproken Diabeteszorg gelegd. Daarnaast wordt tevens een effectevaluatie van het RIVM (Struijs, 2004) gebruikt voor deze analyse.

Tot slot volgt een beoordeling van twee zorggroepen op het gebied van coördinatie, de aanwezigheid van een centrale regisseur in de ontwikkeling van de zorggroep en eventuele andere punten die in het onderzoek naar voren komen. Daarbij zal gebruik gemaakt worden van het bedrijfsplan en/of het subsidieaanvraagformulier bij ZonMw worden gelezen en zal met de projectleider contact worden gezocht voor een nadere toelichting van de ontwikkeling.

04 - Ketenzorg

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op het begrip ketenzorg. Uitgelegd wordt wat een ketenorganisatie inhoudt, in welke situatie het gepast is en wat de karakteristieken ervan zijn. Daarbij zal tevens worden ingegaan op de ontwikkeling van een keten en de rol van een (centrale) ketenregisseur daarin.

Wat is een keten?

Ketens zijn verbonden en afgestemde deelprocessen die leiden tot een voor een eindafnemer bevredigend product of dienst (Van der Aa, 2001). In deze definitie staan drie elementen centraal: afstemming, deelprocessen en eindafnemer.

Een keten is opgebouwd uit processen die gescheiden kunnen plaatsvinden. Zij worden in de keten echter verbonden tot een reeks, zodanig dat er afstemming tussen de delen plaatsvindt door middel van afspraken over de aansluiting van de processen op elkaar. Tot slot en niet onbelangrijk, staan alle processen in het teken van de behoeften van de eindafnemer. Het doel van de keten is een bevredigend product voor de eindafnemer (klant/cliënt/patiënt). Daarom worden de wensen van de eindafnemer centraal gesteld in alle deelprocessen van de keten. Elk proces moet toegevoegde waarde hebben aan het eindproduct, anders is het overbodig en kan het worden geschrapt.

Kortom, ketens verbinden de handelingen van organisaties die samen iets kunnen betekenen voor de cliënt met als doel een sluitende aanpak van handelingen die de cliënt nodig heeft of wenst.

Belangrijk is, dat het gaat om een blijvende manier van samenwerking. De verschillende deelnemende organisaties vormen één nieuwe organisatie dat een (nieuw, verbeterd) product of dienst aanbiedt op de markt. Tijdelijke samenwerkingsprojecten vallen hier dus niet onder.

Waarom ketens?

Van der Aa en Konijn (2001) geven vier motieven voor ketenontwikkeling in de publieke sector:

- efficiency- en prestatievoordelen;
- verbinding van publieke en private activiteiten;
- effectiviteit door het richten op een overstijgend, maatschappelijk ketendoel;
- respect voor cliënt/patiënt centraal.

Verder wordt een ketenorganisatie gezien als uitstekend antwoord op een omgeving met een snel wisselende vraag (Goedee, 2006). Ketens kunnen dit opvangen doordat ze ontwikkeld worden vanuit de vraag van de cliënt, de (individuele) vraag komt centraal te staan. In de zorg is de laatste jaren een sterke ontwikkeling naar vraagsturing en patiëntgericht werken waardoor in de zorg in de laatste jaren meer ketens ontstaan.

De belangrijkste voordelen die ketenorganisatie volgens de literatuur (Van der Aa, 2001; Goedee, 2006) kan hebben zijn:

- Geen dubbel werk (efficiency);
- Vergroot collectieve leervermogen organisatie;
- Vraagsturing, waardoor maximale tevredenheid individuele klant;
- Helder overzicht van het primaire proces en de waarde van handelingen;
- Specialisering, organisaties/mensen doen waar ze goed in zijn;
- Sterkere concurrentiepositie (als gevolg van de eerdere voordelen).

Ketenontwikkeling

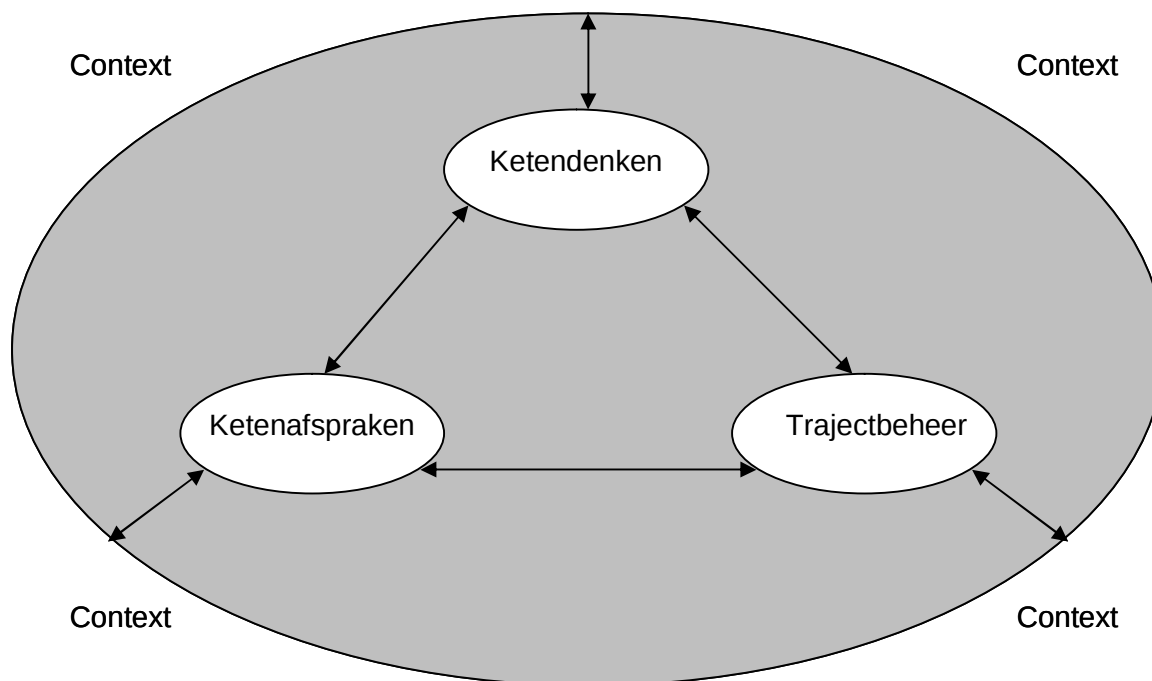
Ketenontwikkeling is een uitgebreid proces waarin veel mis kan gaan. Voor een goede ketenontwikkeling moet men een referentiekader hanteren dat houvast biedt en richting geeft aan het handelen (Van der Aa, 2001). Het referentiekader kent drie velden, ketendenken, ketenafspraken en trajectbeheer, die binnen de context van de samenleving vallen. Alle drie velden moeten ontwikkeld worden voor een succesvolle keten. Met deze drie termen wordt het volgende bedoeld:

Ketendenken: de ontwikkeling bij alle ketenpartners van het besef dat men onderdeel uitmaakt van een gezamenlijke keten, een gedeeld cliëntbeeld en een gezamenlijke ambitie.

Ketenafspraken: het verankeren van een gezamenlijk primair proces, eenheid in taal en procesbeschrijving, eenduidige afspraken over de bijdragen van partners, zelfevaluatie en het herzien van de keten.

Trajectbeheer: de spelregels voor het nemen van beslissingen voor een bepaalde cliënt. Een cliënt moet in zijn eigen situatie en op basis van zijn eigen behoeften worden aangesproken en geholpen.

Deze drie velden komen in elke keten in wisselende verhoudingen voor. Soms ligt de nadruk op het maken van goede afspraken, in andere ketens staat het ontwikkelen van ketendenken meer centraal. Echter, in elke keten zullen alle drie elementen moeten worden ontwikkeld. De ontwikkeling en afstemming van de velden zijn het domein van de ketenregisseur (pijlen in onderstaande figuur), die in de volgende paragraaf nader wordt besproken. In een plaatje ziet dit referentiekader er als volgt uit:



Figuur 1: De relatie tussen ketendenken, ketenafspraken en trajectbeheer (Bron: Van der Aa, 2001)

Belemmeringen publieke sector

Ondanks de voordelen van ketenwerk zijn er in de publieke sector slechts weinig werkzame ketens te vinden. De publieke sector kent de nodige belemmeringen waardoor ketens niet worden ingevoerd of niet optimaal kunnen werken (Goedee, 2006).

Overheden denken in verantwoordelijkheden en rollen, een bureaucratische instelling, niet in termen van (keten)prestaties en klantgerichtheid. Hierdoor wordt het eigenbelang vaak boven belang van de klant/patiënt of het algemeen belang gesteld.

Verder kent de publieke sector vele beleidssectoren met eigen invalshoeken, de politieke kant van deze sector. Dit kan botsen bij ketenvorming waarin iedereen met de neus in dezelfde richting moet staan.

Tot slot is het in de publieke sector niet altijd mogelijk een keuze te maken uit potentiële (keten)partners. Enkele sectoren kennen bijvoorbeeld slechts één instelling met de benodigde kennis of resources waarmee men dan verplicht zal moeten samenwerken.

De zorgsector is een sector waarin men met de bovenstaande problemen te maken kan krijgen. Bij de ontwikkeling van de keten moet hier rekening mee worden gehouden en adequaat op worden gereageerd. Die verantwoordelijkheid ligt bij de ketenregisseur. De rol van de regisseur zal in de volgende paragraaf nader worden besproken.

De ketenregisseur en vertrouwen

In dit hoofdstuk is al een aantal keren het belang van de ketenregisseur aangestipt. Het woord regisseur impliceert wellicht de aanwezigheid van één persoon die alle touwtjes in handen heeft als leider van de groep. In een keten is daar (in principe) echter geen sprake van. Een keten is juist een niet-hiërarchisch, zelfsturend en zelflerend samenwerkingsverband. Voor het gemak wordt er wel over de ketenregisseur gesproken, maar dit betekent dus niet leiderschap en de regisseursrol kan ook bij meer dan één persoon liggen.

De ketenregisseur is dikwijls de initiator van de keten en zorgt vervolgens dat de keten in ontwikkeling blijft. De concrete vormgeving van de coördinatie hangt van een aantal factoren af (Van der Aa, 2001):

- de omvang en samenstelling van de cliëntendoelgroep (patiënten);
- de mate van zelfverantwoordelijkheid van de cliënten/patiënten;
- de verhoudingen tussen (potentiële) partners in de keten;
- de financiering van de keten (overheid, verzekeraar, andere bronnen).

De regisseur komt in zijn werk in een uitzonderlijke en lastige positie. Hij heeft geen formele macht (geen leiderschap), geen geld, maar moet desondanks proberen samenwerking te creëren. Communicatie, gezag, vertrouwen en visie zijn de middelen die hij daarvoor kan gebruiken.

Vertrouwen is hierin een belangrijk element. Het al dan niet slagen van een keten is afhankelijk van het vertrouwen dat er is tussen alle ketenpartners. Aan dit vertrouwen moet de regisseur constant werken. Dat is niet eenvoudig en de (ideale) regisseur moet een groot aantal kwaliteiten bezitten. Op deze persoonlijke eigenschappen wordt hier niet verder op ingegaan. Dit onderzoek is geïnteresseerd in de rol van de regisseur in de ontwikkeling van een keten, niet zo zeer in de persoonlijke kenmerken van de regisseur. Het is niet de regisseur die beoordeeld wordt, maar de keten in zijn geheel. Daarom wordt wel gekeken wat de regisseur in het ketennetwerk kan doen om aan het vertrouwen te bouwen.

Een eerste stap van de regisseur kan een analyse van wederzijdse afhankelijkheid zijn. Er moet wederzijdse afhankelijkheid zijn tussen de partners, anders komt er geen keten tot stand. Het maken van een beschrijving van het primaire proces van de (toekomstige) keten en het gezamenlijk bepalen van de ketendoelen zijn hierbij twee belangrijk instrumenten.

Een element waar de regisseur geen macht over heeft is tijd. Het kost tijd om vertrouwen te kweken, maar die tijd is er doorgaans niet voor de ontwikkeling van een keten. Om dit te

compenseren moet de regisseur een actieve houding aannemen. Telkens weer kunnen partners gewezen worden op de activiteiten en resultaten van andere partners. Tijd is ook nodig voor de acceptatie van een verandering op zich. Niet alle werknemers hebben zelf gekozen voor de nieuwe samenwerking. Zij hebben tijd en bevestiging nodig om het positieve van deze verandering in te gaan zien. De regisseur moet ervoor zorgen dat zij die krijgen.

Een belangrijk middel dat de regisseur gebruikt om vertrouwen in de keten te krijgen en te houden is het maken van afspraken. Daarbij worden drie niveaus onderscheiden (Van der Aa, 2001):

- *Samenwerkingsconvenant*: op dit niveau leggen alle deelnemende partners de uitgangspunten voor de samenwerking vast.
- *Leverancierscontracten*: hierin leggen de partners hun onderlinge betrekkingen vast zoals te leveren diensten, leveringsvoorwaarden en tijdsplanning.
- *Werkafspraken*: deze afspraken gaan vooral over communicatie, kwaliteitsverbetering en informatie-uitwisseling.

Deze afspraken worden niet uit het niets gemaakt, daar gaat een proces aan vooraf waarbij de regisseur een belangrijke rol vervult. Dit proces kan worden beschreven als 'netwerken' waarin verschillende (potentiële) partners met elkaar spreken. In dat proces wordt langzamerhand een gemeenschappelijke visie ontwikkeld met oog op de cliënt. De regisseur begeleidt dat proces en zorgt ervoor dat er vooral partners in het proces betrokken worden die graag *willen* meewerken. Met onwillige partners is het moeilijk afspraken maken en deze moeten zo snel mogelijk uit het proces worden verwerkt.

Conclusie

Samenvattend kan gesteld worden dat ketens efficiëntie en effectiviteit bieden en ze kunnen naar individuele vraagsturing ingericht worden waardoor ze geschikt zijn in een omgeving met een wisselende vraag.

De ketenregisseur of de groep regisseurs is van groot belang in de ontwikkeling van een keten. Hij is betrokken vanaf het allereerste begin als er gepeild wordt naar mogelijke partners, tot en met het operationeel zijn waarin hij de voortgang van de keten beheerst.

05 - Diabetes en Diabeteszorg

In dit hoofdstuk wordt kort een beschrijving gegeven van de ziekte Diabetes Mellitus en de zorg die deze ziekte vraagt. Het merendeel van de informatie komt uit het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM (*RIVM, 2006*). Waar andere bronnen zijn gebruikt zal dat worden gemeld.

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ofwel suikerziekte, is een chronische stofwisselingsziekte die gepaard gaat met een te hoog glucosegehalte in het bloed. Bij mensen met Diabetes mellitus is het lichaam niet meer in staat om glucose goed te verwerken. Dat komt omdat er te weinig of geen insuline wordt aangemaakt of omdat het lichaam ongevoelig is geworden voor de insuline. Insuline is nodig voor het transport van glucose uit het bloed naar de lichaamssweefsels. Bij geen of onvoldoende insuline heeft het lichaam moeite om de glucose uit het bloed te krijgen en stijgen de bloedglucosewaarden. Hierdoor ontstaan allerlei klachten en complicaties.

Er worden drie veel voorkomende vormen van Diabetes mellitus, type 1, type 2 en zwangerschapdiabetes. Dit onderzoek richt zich op de zorg voor type 2 Diabetes.

Diabetes mellitus type 2 (DM2)

DM2 ontstaat als gevolg van stoornissen in de afscheiding van insuline en/of het niet optimaal benutten van de aanwezige insuline door weefsels (insulineresistentie).

DM2 ontstaat zeer geleidelijk en de eerste klachten zijn vaak vaag. Daardoor wordt de Diabetes vaak pas na jaren herkend en gediagnosticeerd. Deze eerste klachten zijn veel drinken, veel eten, vaak urineren, moeheid en duizeligheid. In het verloop van de ziekte treden door schade aan bloedvaten en zenuwweefsel op den duur vaak macro- en microvasculaire complicaties op. Deze schade ontstaat door een te hoog glucosegehalte in het bloed. De complicaties die daardoor kunnen ontstaan zijn hart- en vaatziekten (hartinfarct, beroerte, doorbloedingsstoornissen van de benen), diabetische retinopathie (netvliesafwijkingen), blindheid, nierziekten en gevoelloosheid en/of pijn in de ledematen.

Zorg bij DM2

Behandeling van DM2 richt zich op het voorkómen van aan Diabetes gerelateerde (chronische) complicaties en op het vroeg opsporen en behandelen van deze complicaties. Het doel daarbij is een goede glycemische (bloedsuikergehalte) en metabole (stofwisseling) instelling. Dat is te bereiken door voorlichting over de ziekte, leefstijladviezen over lichamelijke activiteit, gezonde voeding en zo nodig gewichtsafname, behandeling met orale bloedsuikerverlagende middelen en zo nodig insuline. Voor de behandeling door de patiënt zelf ontstaat zo een balansdriehoek tussen voeding, leefstijl/beweging en medicatie.

Daarnaast moeten hoge bloeddruk, ongunstige vetsamenstelling in het bloed (dyslipidemie), waaronder een verhoogd cholesterolgehalte, worden opgespoord en behandeld. Ook roken moet worden ontmoedigd. Vroege opsporing en behandeling van oog- en nierafwijkingen kan de voortgang van deze complicaties vertragen. Tijdige signalering van neuropathie (aandoening van de zenuwen) en jaarlijkse voetinspectie wordt geadviseerd. Ook de opsporing en behandeling van hart- en vaatziekten verdient extra aandacht.

De gewenste behandeling is beschreven in richtlijnen en standaarden, voornamelijk de “Zorgstandaard voor goede Diabeteszorg” van de Nederlandse Diabetes Federatie en de “NHG-standaard Diabetes mellitus type 2” van het Nederlandse Huisartsen Genootschap.

Circa 70 tot 80 procent van de standaard benodigde zorg vindt plaats in de eerste lijn onder de hoede van een huisarts en is vastgelegd in protocollen. Mede dankzij deze protocollen kan de huisarts een deel van zijn taken delegeren aan praktijkondersteuners en verpleegkundigen. Deze kunnen de standaard activiteiten uitvoeren en bij problemen de huisarts inschakelen. Een deel van de zorg wordt verleend door diëtist, oogarts en internist, meestal na verwijzing van de huisarts.

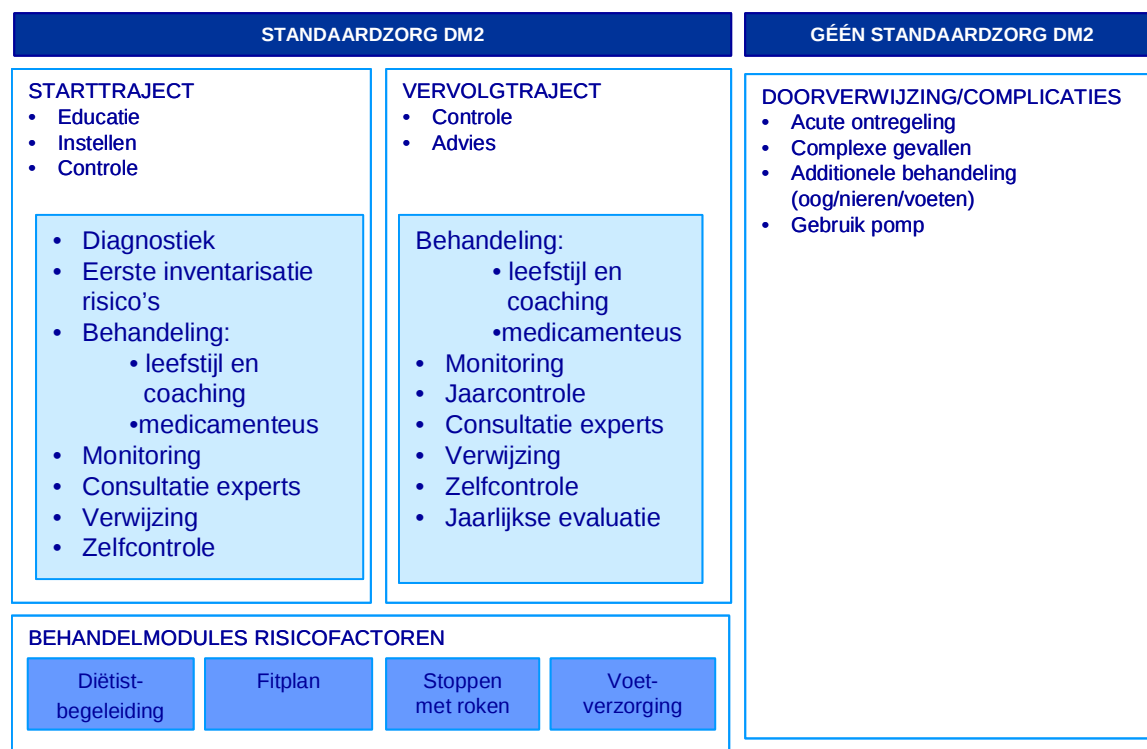
De standaarden en protocollen schrijven onder ander voor dat de patiënt driemaandelijks wordt gecontroleerd waarbij één keer per jaar een uitgebreidere controle plaats vindt. Voor deze controles staat precies beschreven welke tests uitgevoerd moeten worden (Houweling, 2006).

06 - Het programma Diabetes Ketenzorg

Door een groeiend aantal diabetici, een tekort aan huisartsen en de introductie van marktwerking in de zorg is er genoeg aanleiding om Diabeteszorg te onderzoeken en eventueel reorganiseren. Er zijn verschillende ontwikkelingen in gang gezet met als gezamenlijk doel hoogwaardige, bereikbare en kostenefficiënte Diabeteszorg te leveren. Eén van die ontwikkelingen is het programma Diabetes Ketenzorg van ZonMw, de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. Dit programma is een onderdeel van het plan 'Diabeteszorg Beter' van het ministerie van VWS. Het doel is het vormen en functioneren van multidisciplinaire Diabeteszorggroepen in de eerstelijnszorg te bevorderen (*Stuurgroep Diabetes Ketenzorg, 2005*). In dit hoofdstuk zullen drie belangrijke onderdelen van dit programma beschreven worden, de keten-DBC Diabetes, de wettelijke ruimte die daarvoor gecreëerd moet worden en de Diabeteszorggroepen zelf.

De keten-DBC Diabetes

Capgemini heeft in nauwe samenwerking met de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) een concept keten-DBC Diabetes geformuleerd (*Wahle, 2005*). In deze DBC is onderscheid gemaakt tussen een start- en een vervolgtraject. Het starttraject omvat de diagnosestelling en initiële behandeling in het eerste jaar. Het vervolgtraject betreft de standaardzorg voor DM2-patiënten na afsluiting van het eerste jaar. In de onderstaande figuur wordt schematisch weergegeven welke onderdelen zijn meegenomen in de DBC:



Figuur 2: Schema keten-DBC Diabetes (Bron: Wahle, 2005)

De modules 'Starttraject' en 'Vervolgtraject' omvatten de zorg die elke patiënt moet ontvangen. De vier 'Behandelmodules' zijn gericht op bepaalde risicofactoren en zijn patiëntafhankelijk.

Een belangrijke en vernieuwende stap in de DBC is dat de *inhoud* van de zorg wordt beschreven en niet *welke zorgverlener* de zorg verleent. De inhoud van de zorg wordt in de DBC beschreven in zorgprofielen op basis van bovenstaand schema. Daarin staan de activiteiten die uitgevoerd dienen te worden door de zorgverlening en de gemiddelde tijd die daarvoor staat.

In de zorgprofielen is geen onderscheid gemaakt tussen insuline en niet-insuline afhankelijke patiënten. De extra zorg voor insuline afhankelijke patiënten is gemiddeld in de tijden van de zorgprofielen verwerkt. De voorgeschreven geneesmiddelen en hulpmiddelen zijn in de zorgprofielen ook buiten beschouwing gelaten, vanwege de problematiek inzake organisatie van verstrekking en zorginkoop van deze middelen.

De zorgprofielen vormen de basis voor een kostprijsberekening waarmee kan worden onderhandeld met verzekeraars over de 'inkoop' van het zorgproduct Diabetes. De keten-DBC geeft hierin een minimum referentiekader en is niet normatief ten aanzien van inhoud en prijs. Dit geeft de zorggroepen de ruimte voor onderhandelingen en laat de marktwerking de werkelijke vraag, aanbod en prijs bepalen.

Wettelijke ruimte keten-DBC

Om het mogelijk te maken ketenzorg te leveren en in te kopen middels een keten-DBC zijn een aantal beleidsregels opgesteld (*Stuurgroep Diabetes Ketenzorg, 2005*). Een keten-DBC is namelijk niet hetzelfde als de inmiddels bekendere ziekenhuis-DBC.

Een keten-DBC is een contract tussen een groep zorgaanbieders en de verzekeraar. De verzekeraar kan voor het 'product' een prijs afspreken met afzonderlijke zorggroepen. De zorggroep declareert periodiek bij de zorgverzekeraar en achteraf vindt verantwoording plaats op grond van de geleverde zorg krachtens de concept keten-DBC en de onderliggende profielen. De individuele aanbieders binnen de zorggroep verrekenen hun aandeel binnen de eigen groep.

Het financieren van de keten-DBC kent hiermee een nieuwe financiële systematiek. Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) heeft twee beleidsregels ontwikkeld die dit mogelijk te maken. Een beleidsregel waarin wordt vastgelegd dat de keten-DBC Diabetes een declarabele prestatie is en een beleidsregel waarin wordt vastgelegd dat deelnemers van de zorggroep kunnen declareren aan de zorggroep.

De zorggroepen

Tien zorggroepen zullen aan het programma Diabetes Ketenzorg gaan deelnemen. De oproep tot deelname aan het programma werd op 18 januari 2006 gepubliceerd met de deadline tot inschrijving op 15 maart. Na de beoordeling van de aanvragen werd op 22 juni 2006 het programma officieel afgetrapt met een eerste bijeenkomst van de tien groepen.

Vervolgens kregen de groepen een aantal maanden de tijd om zich voor te bereiden om uiterlijk vanaf 1 januari 2007 operationeel te zijn in de nieuwe organisatie (*Stuurgroep Diabetes Ketenzorg, 2005*). Er bestond een variatie in starttijd omdat enkele groepen al ervaring hadden met een soort ketenbenadering van de Diabeteszorg, terwijl andere groepen onder aan de ladder begonnen en daardoor meer voorbereidingswerk hadden. In hoofdstuk 8 worden de zorggroepen verder besproken waarbij twee groepen uitgebreid worden toegelicht.

07 - Ketenzorg bij Diabetes

In hoofdstuk vier is besproken wat het begrip ketenzorg betekent en wat er komt kijken bij het ontwikkelen van een keten. Vervolgens is aandacht geweest voor de ziekte Diabetes, de zorg die daar bij hoort en is ingegaan op het programma Diabetes Ketenzorg van ZonMw. Het is niet onderzocht of ketenzorg toepasbaar is in de organisatie van Diabeteszorg. Volgens een effectevaluatie van het RIVM (Struijss, 2004) leidt transmurale Diabeteszorg tot het structureel beter controleren van patiënten en een verbeterd HbA1c-gehalte, een belangrijke indicator voor de gezondheidstoestand van diabetici. Deze evaluatie is gebaseerd op de resultaten van drie transmurale zorgprojecten. Het had echter geen aandacht voor de ontwikkeling van de onderzochte zorgprojecten. Daardoor is niet bekend wat de positieve resultaten in de onderzochte projecten heeft veroorzaakt. Het programma van ZonMw moet wel kunnen aantonen welk type organisatie de beste verbeteringen in Diabeteszorg behaalt.

Op voorhand wordt ervan uitgegaan dat een ketenorganisatie de meest geschikte methode is. Er zijn echter enkele knelpunten mogelijk op dit gebied. Daar wordt in dit hoofdstuk op ingegaan door de eigenschappen van ketens te vergelijken met de zorgvraag voor Diabetes. Achtereenvolgens zal aandacht worden geschonken aan de keuzevrijheid voor ketenpartners, de situatie rond vraag en aanbod van Diabeteszorg, de mogelijkheden en problemen in de samenwerking van ketenpartners en de rol van coördinatie en de regisseur in deze potentiële problemen.

Keuzevrijheid ketenpartners

Om een succesvolle keten te ontwikkelen is het van belang dat de deelnemende partners *willen* deelnemen. Partners die willen deelnemen zijn eerder bereid mee te gaan in de benodigde veranderingen naar ketendenken en ketenafspraken. Partners die verplicht zijn om mee te gaan zijn hiertoe minder bereid en vormen doorgaans weerstanden in de ontwikkeling van de keten (Goedee, 2006). Partners moeten daarom zelf kunnen kiezen om deel te nemen aan de keten en omgekeerd, de keten (de initiatiefnemer) moet in staat zijn gewenste partners te kiezen. Het is de vraag of deze wederzijdse keuzevrijheid voor een Diabeteszorggroep voldoende aanwezig is.

Keuze vanuit keten

De keten wordt licht beperkt in haar keuze van potentiële partners. Voornamelijk op de meer specialistische gebieden, zoals internist of oogarts, zal de keuze beperkt zijn. Niet elke regio heeft meerdere ziekenhuizen in haar omgeving (waar internisten doorgaans aan verbonden zijn). Bovendien zal het moeilijk zijn alleen met de internist afspraken te maken. Het ziekenhuis is ook onderdeel van deze samenwerking.

Praktijkondersteuners, verpleegkundigen en diëtisten zijn vrijer beschikbaar, mits de arbeidsmarkt gunstig is.

Huisartsen vormen een ander probleem. De huisarts brengt namelijk ook de patiëntenpopulatie met zich mee. Afhankelijk van het aantal huisartsen dat wordt gezocht voor deelname aan de keten, fluctueert dus ook het aantal patiënten en mogelijk ook het soort patiënten. Hoewel dit belangrijk is voor de keten, is het niet doorslaggevend voor de geschiktheid van de huisarts als partner.

Verzekeraars hebben een bijzondere rol in de Diabeteszorggroep. Enerzijds zijn zij de zorginkoper/vrager die bereid moet zijn de geboden zorg tegen een bepaald bedrag aan te nemen. Anderzijds wordt ook van hen verwacht dat zij deelnemen in de ontwikkeling van de Diabeteszorggroep. Dit laatste geldt vooral voor de preferente verzekeraar (de grootste

vertegenwoordiger) in de omgeving. De uitwerking van deze merkwaardige rol op de ontwikkeling van de Diabeteszorggroep is moeilijk te voorspellen. Het kan positief uitvallen als alle marktpartijen tevreden zijn over het eindproduct. Daarbij rijst de volgende vraag, of dit ook tot de meeste effectieve en efficiënte zorg heeft geleid. De praktijk zal moeten leren hoe dit uitpakt.

Daarnaast krijgen de Diabeteszorggroepen te maken met opgelegde partners, zoals het NICTIZ en het RIVM. De te gebruiken informatiesystemen moeten aan de richtlijnen van het NICTIZ voldoen. Dat kan betekenen dat de aanwezige systemen (zoals het Huisartsen Informatie Systeem, HIS) moeten worden aangepast. Verder moeten de juiste gegevens moeten worden geleverd aan het RIVM voor een goede evaluatie, mede via de nieuwe computersystemen. Dit betekent aanpassingen en extra werk voor de partners die zij 'normaal' niet zouden hebben. Dergelijke veranderingen roepen doorgaans weerstand op en kunnen de bereidheid tot samenwerking (ketendenken, ketenafspraken) beïnvloeden.

Keuze door zorgverleners

Hoe vrij is een huisarts in zijn keuze deel te nemen aan de keten als hij bijvoorbeeld al in een zorgcentrum actief is, maar de ketenstructuur niet ziet zitten? De sociale druk om toch deel te nemen zal dan hoog zijn. Een partner die alleen door sociale druk besluit deel te nemen, is geen ideale partner omdat hij bijvoorbeeld minder bereid is tot het doen van concessies in het maken van ketenafspraken. Het is niet te voorspellen hoe de keten hiermee zal moeten omgaan. Mogelijk dat de praktijkervaring dit later duidelijk maakt. Het is in elk geval een belangrijke taak voor de keten(regisseur) om voor dit soort situaties te waken. Voor de overige zorgverleners in een Diabeteszorggroep geldt in principe hetzelfde, maar zij zullen doorgaans vrijer zijn in hun keuze. De internist komt mogelijk wel voor hetzelfde probleem te staan als de huisarts, bijvoorbeeld als het ziekenhuis wel iets ziet in samenwerking maar de internist zelf niet.

Keuze voor patiënt

De patiënt zal hieronder worden besproken bij de paragraaf over vraag en aanbod.

Vraag en aanbod

Eén van de belangrijkste voordelen van de ketenorganisatie is een betere aansluiting van het geleverde product op de vraag van de patiënt. Ook Voor de Diabetespatiënt is het van groot belang dat snel en adequaat op zijn zorgvraag wordt gereageerd om verslechtering en complicaties te voorkomen. Aan de aanbodzijde kan dit bereikt worden door een brede aanpak en een goede aansluiting van de verschillende zorgonderdelen, waardoor optimaal in de vraag kan worden voorzien. Verder wordt goede kwaliteit geleverd omdat iedereen doet waar hij goed in is (specialisatie). Het moet nog blijken of dit binnen de Diabeteszorg en de opzet van het programma van ZonMw mogelijk is. Op een tweetal punten zouden problemen kunnen ontstaan in de aansluiting van vraag en aanbod.

Vraag van de patiënt, of van de NDF?

De gedachte achter de ketenstructuur is een aanbod dat direct wordt aangepast op de vraag van de patiënten. In productiemaatschappijen is deze aanpassing op de vraag duidelijker vorm te geven dan in dienstverlening zoals de zorg. In dit geval wordt die vraag via de NDF en Cap Gemini (in samenwerking met ZonMw en RIVM) gesteld en vertaald naar benodigde zorgverlening door de zelfde organisaties. In de keten-DBC Diabetes en de Zorgstandaard voor goede Diabeteszorg wordt duidelijk voorgeschreven welke zorg een dieticus nodig heeft. De onzekere factor die overblijft is wanneer die zorg moet worden geleverd. Dat moment ligt grotendeels bij de patiënt, hoewel zelfs deze tijds kwestie voor een deel wordt opgevangen in de DBC door de 3-maandelijkse controles. Hoe deze (voorgeschreven) zorg wordt geleverd en door

wie, wordt bij de Diabeteszorggroep gelegd. De individuele vraagsturing lijkt hierdoor beperkt te worden.

De praktijk zal moeten uitwijzen hoe de patiënten hier op reageren en of de keten dus de juiste oplossing is. In andere sectoren van de zorg waar men met ketenorganisaties is gaan werken blijken de resultaten voorlopig tegen te vallen (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2006). Dat komt onder andere door slechte afstemming van de zorgverleners in de organisatie van de keten. Dat betekent dat de keten meer met haar eigen organisatie bezig is dan met het resultaat voor de patiënten. Patiëntgerichtheid of vraagsturing lijkt daarin niet goed op gang te komen.

Medicatie:

In het programma Diabetes Keten zorg en de keten-DBC Diabetes wordt medicatie buiten beschouwing gelaten omdat deze te sterk gefragmenteerd is (Stuurgroep Diabetes Keten zorg, 2005; Wahle, 2005). Medicatie is echter één van de drie pijlers waarop Diabeteszorg rust. In de nieuwe ketenopzet verandert voor de patiënten dus niets aan dit deel van de zorg waardoor 'slechts' tweederde van de benodigde zorg wordt aangepakt. Mogelijk dat de zorggroepen hier wel aandacht aan besteden. Het ZonMw programma biedt hier echter geen aanleiding toe.

Samenwerking

In een ketenorganisatie moeten alle partners over de grenzen van het eigen werk heen kunnen kijken en sommige traditioneel eigen taken aan anderen overlaten. Kunnen en willen de zorgverleners in een Diabeteszorggroep dat?

Voor de meeste huisartsen kan dit een grote stap vormen. Zij zijn gewend en opgeleid om een bepaalde patiëntenpopulatie van basiszorg te voorzien. Diabeteszorg viel daar ook onder. Nu zouden zij enkele van die werkzaamheden moeten overlaten aan anderen (praktijkondersteuners, Diabetesverpleegkundigen) en advies en sturing moeten aannemen van andere organisaties (internisten, de zorggroep).

De andere beroepen zijn de nieuwe verhoudingen van samenwerking ook niet gewend. Eerder gingen patiënten van de huisarts naar de fysiotherapeut, diëtist, internist en dergelijke. De huisarts had de regie. Die regie komt nu bij de keten te liggen, in principe is er niet meer 1 persoon verantwoordelijk voor de regie, maar de keten in totaal. De verantwoordelijkheid komt zelfs meer bij de patiënt te liggen dan bij de zorgverlening. De huisarts kan dat als een forse stap terug voelen, zelfs al is het doel optimale zorg voor dezelfde patiëntenpopulatie als voorheen. Dit vergt dus veel aanpassing en veel aandacht in de ontwikkeling van de keten.

In de laatste jaren zijn er meerdere verschuivingen geweest in de taakverdeling in de eerstelijnszorg. Dat is een voordeel voor de ontwikkeling naar zorggroepen. Vermoedelijk zou men zonder die eerdere verschuivingen zelfs niet in staat zijn geweest ketenorganisatie op te zetten. Evenwel kan het knelpunten veroorzaken in het functioneren van de organisatie. In de ontwikkeling zal men er rekening mee moeten houden.

Coördinatie en regisseur

Ondanks de successen bij de zorgprojecten uit de RIVM-evaluatie die in de inleiding van dit hoofdstuk werden aangehaald, is in de voorgaande paragrafen aangegeven dat diverse knelpunten kunnen ontstaan in de ontwikkeling van een Diabeteszorggroep. Volgens Van der Aa en Goedee moeten coördinatie en voornamelijk de ketenregisseur voor de deze knelpunten inzien en overwinnen. De middelen om dat te bereiken zijn echter zeer beperkt. Het is de vraag of men in de praktijk de benodigde mensen en middelen kan inzetten.

Voor de beantwoording van die vraag is het noodzakelijk om bij de groepen te kijken hoe de coördinatie is verlopen in aanloop naar de start van het project. De wijze van coördinatie en de

uitvoerende personen hebben veel invloed op de besproken probleempunten, vooral op de gebieden keuzevrijheid en samenwerking. Daar gaat het namelijk om het creëren van de ketengedachte. Het gedeelte over de patiëntvraag en medicatie is meer van operationele aard, maar kunnen desondanks wel onderwerp van discussie zijn in het vormen van de ketengedachte en het maken van ketenafspraken.

In het volgende hoofdstuk zal het onderzoek naar twee zorggroepen worden uitgewerkt waarbij ze onder andere zullen worden besproken op de hier besproken potentiële knelpunten.

08 - Twee zorggroepen

Het opzetten van een zorggroep vergt veel voorbereiding, voor het zoeken van partners, het maken van afspraken en het voldoen aan gestelde voorwaarden. De eerste interesse van dit onderzoek gaat uit naar het ontwikkelingsproces en wie daarbij betrokken waren.

Op basis van de besproken literatuur werden een aantal probleempunten gevonden die zouden kunnen ontstaan in het ontwikkelingsproces. In dit hoofdstuk onderzoekt of deze problemen in de praktijk worden teruggevonden. Twee zorggroepen zijn nader onderzocht, Zorggroep Almere te Almere en Zorggroep Diabetes Parkstad te Heerlen. De meeste informatie werd verkregen uit de subsidieaanvraag bij ZonMw en bij Heerlen tevens een onderliggend bedrijfplan. Verder heeft met Almere een telefonisch interview plaatsgevonden en in Heerlen een gesprek ter plaatse voor nadere toelichting.

Allereerst worden de zorggroepen beschreven en hoe ze zijn ontwikkeld. Vervolgens worden zij beoordeeld aan de hand van de mogelijke knelpunten besproken in hoofdstuk zeven, keuzevrijheid, vraag en aanbod (de rol van de patiënt), samenwerking van zorgverleners en de rol van coördinatie/regisseur.

Almere – Zorggroep Almere

De informatie in deze paragraaf is afkomstig uit de subsidieaanvraag van de zorggroep, de internetsite www.zorggroep-almere.nl en uit een telefonisch interview met de heer Ebbens, de projectleider voor het Diabetesproject.

De organisatie

Almere kent 22 gezondheidscentra die vallen onder de vleugels van Zorggroep Almere. In elk van deze centra is minimaal een apotheek, diëtist, fysiotherapie, huisartsen, Jeugdgezondheidszorg en maatschappelijk werk aanwezig. Daarnaast is per stadsdeel verloskunde en thuiszorg aanwezig. Voor Diabeteszorg worden zij ondersteund door de internisten en Diabetesverpleegkundigen van het Flevoziekenhuis.

De organisatie kent een directie met onder andere een directeur curatieve zorg en een directeur verpleging en verzorging. Daarnaast kent het de gebruikelijke organisatorische onderdelen zoals PR, P&O, Automatisering en dergelijke. Vanuit de huisartspraktijken en gezondheidscentra is een stafbestuur gevormd, bestaande uit huisartsen.

De opzet van gezondheidscentra in elke wijk is de uitwerking van het Almeremodel. In dit model moet de patiënt centraal staan en de zorg dicht bij huis kunnen ontvangen. De missie luidt in het kort 'de juiste zorg op de juiste plaats'.

De ontwikkeling

Almere was al bezig met de reorganisatie van Diabeteszorg, voor de oproep van ZonMw werd gepubliceerd. In 2005 was het begonnen met een project met zorgverzekeraar Agis (de grootste in de regio), genaamd Diagis. In dat project werden 7 gezondheidscentra via een DBC-methode betaald voor het leveren van Diabeteszorg.

Voor dit project werd een team samengesteld bestaande uit een projectleider (0,2 fte), huisartsdeskundige (0,2), medische informatiedeskundige (0,1) en Diabetesverpleegkundige (0,4). Dit team verzorgde de dagelijkse bedrijfsvoering rondom de ontwikkeling en invoering van het project (administratie, beleid en dergelijke).

Toen in januari 2006 de oproep van ZonMw kwam, werd dit aangegrepen om de ontwikkeling uit te breiden naar de hele Zorggroep. Het projectteam werd uitgebreid, deels door meer tijd in te ruimen voor de huidige teamleden en er werd 1 fte toegevoegd voor administratieve

werkzaamheden rond het project en voor het onderdeel educatie. Hierna volgen enkele praktische en opvallende punten die aan het licht kwamen in het onderzoek.

De projectleider (dhr. Ebbens) was betrokken bij het opstellen van de plannen rond het project Diagis, samen met de directie van Zorggroep Almere en zorgverzekeraar Agis. De plannen werden gezamenlijk ontwikkeld, maar het eerste initiatief voor het project kwam van Agis.

Almere stelde zich als doelen voor het project *kwaliteitsverbetering*, betere *monitoring* van de zorg en gezondheid van de populatie en *patiëntgericht* werken. Vooral het derde punt vergt een cultuurverandering waarin de huisartsen de moeilijkste factor zijn. Voor de benodigde verandering onder de huisartsen worden in Almere nieuwsbrieven gebruikt en zijn er tweemaandelijks gesprekken tussen verschillende betrokkenen om te proberen de heersende cultuur te beïnvloeden (interview dhr. Ebbens).

De gevolgen van het project voor het gebruik van ICT-voorzieningen vallen mee omdat de praktijken al met dezelfde systemen werkten. Er wordt 'slechts' meer aandacht op het gebruik ervan gevestigd zodat zorgverleners de gegevens te allen tijde zorgvuldig noteren. Problemen die er waren met data-extractie tijdens het 'Diagis-jaar' werden opgelost met een extra module die geen invloed heeft op de dagelijkse werkzaamheden van zorgverleners.

De patiënt wordt weinig betrokken wordt bij het verbeteringsproces. Dit is een zwak punt in het project en heeft de aandacht bij Zorggroep Almere. Het is echter moeilijk om de patiënt te betrekken bij dergelijke processen. In Almere probeert men per gezondheidscentrum een cliëntenraad te hebben met daarin voor het project belangrijke Diabetespatiënten. De aanwezigheid van de juiste patiënten is een belangrijk punt voor de beste vertaling van de zorgbehoeften van die patiëntengroep. Het gaat in dit geval om patiënten met ongecompliceerde Diabetes type 2. Zij voelen zich niet erg betrokken bij het zorgproces, mede doordat ze niet veel met die zorg in aanraking komen. Zij verzorgen voor een groot deel zichzelf en komen alleen voor de vaste controles in het gezondheidscentrum. Zij zijn moeilijk te motiveren om mee te werken aan de organisatie van de zorg zelf. Bovendien is dit ook voor de patiënt een cultuurverandering die tijd vergt. De patiënt moet er aan wennen dat hij invloed op zijn zorgproces kan uitoefenen. Er wordt in Almere dus wel aandacht aan besteed, maar het is naast de cultuur bij huisartsen een tweede zwakke punt op dit moment.

Beoordeling zorggroep

Tot slot volgt een korte beoordeling van de Zorggroep Almere op de potentiële knelpunten van ketenontwikkeling zoals besproken in hoofdstuk zeven.

Keuzevrijheid van keten en zorgverlener

Zorgverleners binnen Zorggroep Almere hebben weinig keus om wel of niet deel te nemen. Het besluit tot deelname aan het project is door de organisatie genomen met alleen inspraak van het stafbestuur. De gezondheidscentra en individuele zorgverleners hebben zich hier naar te schikken omdat ze eerder hebben gekozen deel te nemen in de Zorggroep. Er lijkt een hiërarchie te ontstaan waarin plannen topdown kunnen worden ingevoerd.

Vraag en aanbod, de patiënt

De patiënt is weinig betrokken bij het veranderingsproces. Dit is deels te wijten aan de patiënt zelf. Een gevolg is dat de zorgbehoefte van de patiënt door de Zorggroep zelf moet worden ingevuld.

Samenwerking

De Zorggroep was al eerder actief in de nieuwe vorm van Diabeteszorg dan de oproep van het programma van ZonMw. Zorgverleners zijn al langer gewend aan de nieuwe vorm van samenwerken. Het langzame proces van cultuurverandering is eerder begonnen.

Coördinatie/regisseur

De projectleider was al jaren betrokken bij de verschillende ontwikkelingen, van het maken van de plannen tot de implementatie. Het initiatief kwam echter vanuit de zorgverzekeraar. Deze zal nooit als een 'gelijke' worden gezien door zorgverleners. De rol van initiatiefnemer en regisseur zijn dus gescheiden.

Heerlen - Zorggroep Diabetes Parkstad

De informatie over de Diabeteszorggroep in Heerlen is verkregen uit de subsidieaanvraag bij ZonMw, het Bedrijfsplan Diabeteszorg OZL dat zij hebben meegestuurd, de website www.hozl.nl en een interview met de heer F. Soomers, projectleider van de zorggroep.

De organisatie

De Zorggroep Diabetes Parkstad is onderdeel van de organisatie Huisartsen Oostelijk Zuid Limburg (HOZL). Deze BV heeft tot doel de 7x24-uurs huisartsenzorg nu en in de toekomst te blijven verzorgen voor de inwoners in het verzorgingsgebied Oostelijk Zuid Limburg. De meerderheid van de huisartsen (103 fte) in de regio is aandeelhouder van deze organisatie. De minderheid die geen aandeel heeft praat via de Medische Staf Huisartsen wel mee over zorginhoudelijk beleid in de regio, maar praat niet mee over bedrijfsorganisatorische aspecten. De huisartsen werken verdeeld over 65 (kleine) huisartsenpraktijken en 1 centrale huisartsenpost. Deze praktijken worden gezien als kleine bedrijven die in principe zichzelf verzorgen. Zij nemen slechts kennis en informatie af van de HOZL en maken gebruik van de contacten die HOZL heeft met bijvoorbeeld oogartsen en internisten van het Atrium Medisch Centrum. Ter bevordering van de kwaliteit, toegankelijkheid en gelijkheid van de zorg zijn binnen de HOZL zijn een aantal werkmaatschappijen en onder BV's opgezet. Zorggroep Diabetes Parkstad is daar één van. Intern wordt deze over het algemeen IDITOP (Integrale Diabetes Totaal Programma) genoemd.

Het doel van HOZL is om de patiënt zo min mogelijk door te verwijzen en de zorg zoveel mogelijk in de huisartsenpraktijk zelf te leveren. Elke praktijk bestaat uit een kernteam, bestaande uit huisarts, praktijkondersteuner en diëtist. Ter ondersteuning van dit team is een expertteam opgezet, bestaande uit internisten-endocrinologen, podotherapeuten, Diabetesverpleegkundigen en gespecialiseerde huisartsen met een kaderopleiding van het NHG. Dit laatste is een extra stuk opleiding op het gebied van Diabeteszorg. Het expertteam kan te allen tijde om ondersteuning worden gevraagd en het heeft ook spreekuur op de verschillende locaties waardoor patiënten vrijwel altijd naar eigen praktijk kunnen voor de gewenste zorg.

De ontwikkeling

De ontwikkeling van deze vorm van bedrijfsvoering is begonnen in 1998. In dat jaar stond een groep huisartsen op in de regio die vonden dat het anders moest in de eerstelijnszorg. Het 'anders moeten' gold op dat moment vooral de avond/nacht en weekenddiensten. Bij de (informele) gesprekken die hier in eerste instantie over gevoerd werden, raakte op den duur ook het ziekenhuis (AtriumMC) betrokken. Zij werden een belangrijke partner, toen zij besloten mee te willen betalen aan een organisatie die de eerstelijnszorg in de omgeving zou standaardiseren. Dit resulteerde destijds in huisartsenposten voor avond/nacht en weekenddiensten. Later pas werd een facilitair bedrijf in de opzet zoals het er nu staat. Die heeft onder andere een SWOT analyse uitgevoerd voor de regio. Daaruit ontstond een gezamenlijke visie op de zorg dat er behoefte was aan een zorgregisseur dicht bij de patiënt die de hele zorg voor die individuele patiënt kan overzien. Kort gezegd willen ze 'generalistische zorg, dicht bij huis' leveren.

Op het gebied van Diabeteszorg werden diverse plannen ontwikkeld voor de regio OZL. Het eerste plan was het Schakelproject in 2001/2002. Dit plan kwam echter nooit echt van de grond vanwege gebrek aan structurele financiering. Het vormde wel de basis voor het Projectplan Diabeteszorg OZL, dat later overging in Bedrijfsplan Diabeteszorg OZL. De eerste versie van dit plan zag in augustus 2004 het licht en in februari 2005 werd een contract gesloten met zorgverzekeraar CZ over de financiering van deze vorm van zorgverlening. Een belangrijke basis voor dit bedrijfsplan is het Visiedocument Diabeteszorg OZL dat tegelijkertijd met het contract werd ondertekend in februari 2005 door HOZL, CZ, AtriumMC en Huis voor de Zorg. Huis voor de Zorg is een onafhankelijke organisatie die zich inzet voor zorgvragers in Limburg waarin alle regionale patiëntenverenigingen zijn vertegenwoordigd. Dit is een belangrijke speler in de ontwikkeling van het Visiedocument omdat het de stem van de patiënt vertegenwoordigt. Voor een succesvolle implementatie van het Bedrijfsplan werden 3 generalistische huisartsen met kaderopleiding van het NHG ingezet in 3 subregio's met elk ongeveer 20 huisartspraktijken. Op deze manier konden deze huisartsen minstens één maal in de 14 dagen bij een praktijk langs komen om het proces in de gaten te houden en waar nodig bij te sturen. Na de implementatiefase zijn deze artsen deel gaan uitmaken van het expertteam. Vervolgens heeft men bijna een jaar lang al Diabeteszorg in de nieuwe vorm verleend toen in januari 2006 de oproep van ZonMw kwam. Daar heeft men zich vervolgens op ingeschreven. Het grote voordeel van deelname was dat alleen de deelnemende groepen wordt toegestaan om volgens de Diabetes DBC te worden gefinancierd. Het is opmerkelijk dat de verschillende huisartsen(posten) niet gebruik maken van hetzelfde HIS. Elk praktijk wordt beschouwd als zijn eigen bedrijf en heeft dus het recht hierin zelf keuzes te maken. Voor de Diabeteszorg wordt wel gebruik gemaakt van een gelijke module, voornamelijk ten behoeve van de data-extractie voor de evaluatie.

Beoordeling zorggroep

Tot slot volgt net als voor Almere een korte beoordeling van de Zorggroep Diabetes Parkstad op de potentiële knelpunten van ketenontwikkeling zoals besproken in hoofdstuk zeven.

Keuzevrijheid van keten en zorgverlener

Binnen de regio OZL is een duidelijk proces zichtbaar (geweest) van informele gesprekken, het ontwikkelen van een gezamenlijke visie (ketendenken) en het maken van werkafspraken. Dit gold vooral de organisatie HOZL, niet zozeer voor de vorming van de Diabeteszorggroep. Na het opzetten van de HOZL begint meer hiërarchie te ontstaan. De huisartspraktijken blijven een eigen bedrijf vormen, zij moeten wel de besluiten vanuit de HOZL volgen. Daarvoor is weliswaar een Visiedocument opgesteld en ondertekend, maar dit is niet ondertekend door iedere individuele huisarts. Dit beperkt de huisarts in zijn vrijheid. Dat kan weerstand opleveren bij het invoeren van veranderingen.

Vraag en aanbod, de patiënt

Er is weinig merkbare verandering voor de patiënt, voor zijn zorg kan hij nog altijd naar de huisartspraktijk in de wijk. Wel is de patiënt via een vertegenwoordiger (Huis voor de Zorg) betrokken bij het veranderingsproces. De praktijk zal moeten uitwijzen of deze vertegenwoordiger de behoeften van de patiënt voldoende begrijpt en kan uitdragen.

Samenwerking

De Zorggroep was al eerder actief in de nieuwe vorm van Diabeteszorg dan de oproep van het programma van ZonMw. Zorgverleners zijn al langer gewend aan de nieuwe vorm van samenwerken. Het langzame proces van cultuurverandering is eerder begonnen. De verhoudingen tussen de huisarts en overige zorgverleners blijven gelijk, de huisarts blijft poortwachter die bepaalt of patiënten worden doorverwezen en naar wie.

Coördinatie/regisseur

De projectleider was al jaren betrokken bij de verschillende ontwikkelingen, van het maken van de plannen tot de implementatie. Het initiatief kwam vanuit de zorgaanbieders, vooral de huisartsen, maar al snel werden verschillende partijen betrokken bij het proces en werden organisaties opgezet die de ontwikkelingen konden coördineren.

Conclusies

Beide zorggroepen die in dit hoofdstuk zijn onderzocht ontwikkelden de Diabeteszorggroep vanuit een bestaande organisatie. Bovendien waren zij beiden al een jaar operatief als Diabetesketen voordat het programma van ZonMw werd geïntroduceerd.

Dit onderzoek is geïnteresseerd in de ontwikkeling van de zorggroep. De verwachting was dat het zou gaan om zorggroepen die zich vanaf een 'nulpunt' zouden moeten ontwikkelen. Voor zover bekend zijn er onder de tien deelnemende zorggroepen enkele waarvoor dit geldt. Met deze groepen kon helaas geen contact worden gemaakt. Daarom is het bij de groepen in Almere en Heerlen gebleven.

Met de gegevens van deze twee zorggroepen kunnen wel enkele conclusies worden getrokken. Dit zal gepresenteerd worden aan de hand van de eerder besproken knelpunten en enkele overige punten die nog aan het licht kwamen in de gesprekken en stukken.

Keuzevrijheid van keten en zorgverlener

Beide Diabetesketens zijn ontstaan vanuit een bestaande organisatie. Dit beperkt de keuzevrijheid zowel voor de keten als voor de hulpverleners. Zoals eerder werd aangegeven, dit kan problemen geven in de ontwikkeling van de keten en bij het invoeren van aanpassingen.

Vraag en aanbod, de patiënt

In beide regio's geeft men aan dat het lastig is om de patiënt te betrekken bij de organisatie van het zorgproces en dit gebeurt dan ook weinig. Er wordt gekozen voor twee verschillende oplossingen. Almere kiest voor het opzetten van cliëntenraden per wijk. Heerlen werkt nauw samen met de patiëntenverenigingen (via het Huis van de Zorg).

Samenwerking

Dat de zorggroep vanuit een bestaande organisatie is ontwikkeld en voor de keuzevrijheid een beperking kan zijn, is voor de samenwerking positief. Zorgverleners raken langzaam aan gewend aan meer taakherschikkingen en de contacten met andere disciplines uit zowel de eerste als tweedelijnszorg.

Het is echter de vraag of de taakherschikking zover kan worden doorgevoerd als wenselijk volgens de literatuur. De rolverdeling met de huisarts als poortwachter geldt nog steeds als gevolg van de visies om zorg dichtbij huis te leveren en dus wijkcentra op te zetten.

Coördinatie/regisseur

De projectleiders zijn langere tijd actief in de organisatie en betrokken bij het Diabetesproject. Dit is positief en noodzakelijk voor een succesvolle ontwikkeling van de keten. Zij zijn aangewezen vanuit de bestaande organisatie en komen daardoor (wellicht ongewild) min of meer boven de zorgverleners te staan. Dit kan de werkzaamheden van de regisseur bemoeilijken door weerstanden die kunnen ontstaan bij deze topdown ontwikkeling.

09 - Conclusies

In dit afsluitende hoofdstuk worden de besproken bevindingen samengevat en zal een antwoord op de onderzoeksvraag worden gegeven.

Een centrale regisseur is belangrijk in de ontwikkeling van een ketenstructuur. Dit blijkt uit de literatuur en ook in de praktijk wordt gebruik gemaakt van een centrale coördinator. Deze rol is echter minder rechtlijnig voor de zorgsector dan in de literatuur wordt voorgesteld. Doordat in de zorg wordt gewerkt voor, door en aan mensen is het niet mogelijk voor een regisseur om de omgeving naar zijn wensen en behoeften te vormen. De menselijke factor van ketenzorg en het regisseren daarvan moet worden meegenomen in de ontwikkeling.

In de praktijk worden de veranderingen nog sterk vanuit de organisatie doorgevoerd. In de onderzochte praktijksituaties namen bestaande regionale organisaties het besluit een onderdeel van de zorg te hervormen. De aangesloten zorgverleners hebben daar vervolgens weinig tegen in te brengen.

Het is de vraag of dit anders kan. Ideaal werken volgens de literatuur zou betekenen dat je vanaf 'nul' moet beginnen. Dat is zelden tot nooit het geval. Vrijwel overal zijn regionale organisaties actief die het organisatorisch en beleidswerk doen voor een groep aangesloten zorgverleners. Daar liggen dan al werkafspraken, arbeidsverhoudingen en er heerst een bepaalde cultuur. Dat is niet in korte tijd te veranderen.

De voorbereidingstijd die 'nieuwe' ketens vanuit het programma van ZonMw krijgen is nihil als je nagaat hoe lang de bestaande organisatie bezig zijn (geweest) om de gewenste veranderingen door te voeren. En belangrijker, zij waren al langer bezig met de omvorming van de eerstelijnszorg in de praktijk in hun regio, niet alleen op het gebied van Diabeteszorg.

Het optimale ketendenken vraagt om een platte netwerkstructuur. In de praktijk blijken de groepen gebruik te maken van een topdown benadering, maar wel in een structuur die relatief plat is. De lijnen tussen de top en de werkvloer zijn zeer kort.

Het is moeilijk om 'losse' ketens te ontwikkelen. Met een losse keten wordt een keten bedoeld voor bijvoorbeeld één ziektebeeld zoals Diabetes. Zorgverleners in de eerstelijnszorg zijn vaak al verenigd in overkoepelende organisaties of verenigingen. Daarbinnen ontstaan vervolgens deze zorgketens waar in de toekomst meer van verwacht kunnen worden. Op die manier werkt een zorgverlener op den duur in vele kleine organisaties wat voor zijn eigen organisatie chaotische gevolgen kan hebben.

In Heerlen heeft men in het gesprek aangegeven niet die kant op te willen. Daar ziet men het niet zitten om allerlei losse zorgproducten te gaan aanbieden. Zij richten zich op generalistische zorg in de wijk, dus dicht bij de patiënt. De achterliggende organisatie van bijvoorbeeld de financiering zou daarin wel in losse zorgstraten of zorgproducten worden ontwikkeld. Dat blijft echter onzichtbaar voor de patiënten. De patiënt kan zijn zorg dan dicht bij huis ontvangen en altijd op dezelfde plek. Hij hoeft niet voor zijn Diabeteszorg naar praktijk A en voor zijn astma naar praktijk B, enzovoorts.

Na enige taakherschikking lijken de 'oude' verhoudingen te blijven bestaan in de eerstelijnszorg. In de ideale keten is iedereen gelijk en in dienst van de patiënt en is 'de keten' de leidende factor eveneens in dienst van de patiënt. In de praktijk blijft de huisarts veelal de poortwachter en zijn de overige zorgverleners daar afhankelijk van. De patiënt komt wel centraler te staan in het zorgproces door grotere zelfverantwoording. Er is bijvoorbeeld veel aandacht voor extra

educatie in de zelfzorg van de patiënt en zijn omgeving. Daarin blijft hij echter afhankelijk van het aanbod van zijn eigen huisarts.

De ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden zijn dus niet optimaal. Er is zeker een centrale coördinatie zichtbaar in de ontwikkeling van de keten maar hierin is meer hierarchie zichtbaar dan als wenselijk wordt beschouwd.

Tegelijkertijd is het moeilijk te zeggen of er op dit moment meer gedaan had kunnen worden. De verwachting is dat de zorg en gezondheidsuitkomsten verbetering zullen tonen ten opzichte van de periode vóór de keten-DBC. Mogelijk hebben de organisaties er uitgehaald wat er op het moment in zit en kunnen zij in de toekomst verder ontwikkelen naar sterkere vraagsturing door sterkere ketens.

Geraadpleegde literatuur:

- Aa v.d. A, Konijn T., *Ketens, ketenregisseurs en ketenontwikkeling – Het ontwikkelen van transparante en flexibele samenwerkingsverbanden in netwerken*, Lemma, Utrecht, 2001
- Baan C.A., Struijs J.N., *Het Programma Diabetes Keten zorg: evaluatie van proces en uitkomsten met betrekking tot de implementatie van de diabetes keten-DBC*, RIVM, 2006
- Berg M., *Een zorgstelsel dat doelmatig hoge kwaliteit zorg produceert*, Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam, 2004
- Berg M., Sanders, F., Schellekens, W., “Zorgproducten zonder schotten – Eerste lijn en keten hebben baat bij marktwerking”, *Medisch Contact*, jaargang 60 (2005) nr. 25
- Blijham G., “Bekostiging volgt functie – Uniforme prijsconcurrentie met DBC's werkt niet”, *Medisch Contact*, jaargang 60 (2005) nr. 36
- Boomsma L.J., *Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak – Diabetes mellitus type 2*, LESA, 2006
- Dinh V.T., Swiers R., *Diabetes mellitus – Een overzicht van de ziekte en haar plaats in de Nederlandse gezondheidszorg*, Enschede, Universiteit Twente, 2005
- Goedee J., *(Ont)keten – Implementeren van werken in ketens*, LEMMA, Den Haag, 2006
- Goumans M., Veltman M., *Netwerken voor passende zorg – Aandachtspunten voor de start van intersectorale samenwerkingsverbanden*, NIZW, Krips, Meppel, 2003
- Groot C.M.E., et al, *Concurrentie huisartsen doorgeprikt*, Amsterdam, LHV, 2003
- Hilhorst M., Struijs A., “Commerciële normen in de zorg – Marktmechanisme heeft invloed op beroepsethiek”, *Medisch Contact*, jaargang 60 (2005) nr. 12
- Houweling S.T. et al, *Protocollaire diabeteszorg - Mogelijkheden voor taakdelegatie – Editie 2006/2007*, 3^e herziene druk, Stichting Langerhans, 2006
- Houweling S.T. et al, *Taakverschuivingen in de eerstelijns diabeteszorg – Een enquête onder ruim vierhonderd praktijkondersteuners*, 2006
- Inspectie voor de gezondheidszorg, *Staat van de gezondheidszorg 2006 – Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd?*, Den Haag, september 2006
- LOVE, *Programma Versterking Eerstelijnszorg*, LOVE, 2005
- NDF, *Zorgstandaard voor goede diabeteszorg*, Amersfoort, NDF, 2003
- NHG/DiHAG, *Visie Concretisering – Diabeteszorg in de eerste lijn; werk in uitvoering*, Utrecht, NHG en DiHAG, 2005
- NICTIZ, *Bijeenkomst projectleiders en ICT coördinatoren zorggroepen ZonMw programma Diabetes Keten zorg*, Leidschendam, NICTIZ, 2006
- NMa, *Richtsnoeren voor de zorgsector*, NMa, 2002
- Pronk E., “Gemorrel aan de poort – Huisarts verliest terrein in zorg voor chronisch zieken”, *Medisch Contact*, jaargang 61 (2006) nr. 14
- RIVM, *Nationaal Kompas Volksgezondheid – Diabetes Mellitus*, 28 juni 2006, RIVM, http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_suikerziekte.html
- RIVM, *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, Zoetermeer, RIVM, 2002
- Rutten G.E.H.M., et al, *NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2*, tweede herziening, NHG, 2006
- Schut E., *De zorg is toch geen markt? – Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*, oratie 9 mei 2003, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Slobbe L.C.J. et al, *Kosten van ziekten in Nederland 2003 – Zorg voor euro's -1*, Bilthoven, 2006
- Spreeuwenberg C., Ruissen C.J., Schaper N.C., “Transmurale Diabeteszorg – Maastrichts model kiest voor gezamenlijke verantwoordelijkheid”, *Medisch Contact*, jaargang 59 (2004) nr. 48

- Struijs J.N., Westert G.P., Baan C.A., *Effectevaluatie van transmurale diabeteszorg in Nederland*, RIVM, Bilthoven, 2004
- Stuurgroep Diabetes Ketenzorg, *Programma Diabetes Ketenzorg*, Den Haag, ZonMw, 2005
- Stuurgroep Diabetes Ketenzorg, *Van registratie naar rapportage – Beschrijving van de ICT voorzieningen bij de zorggroepen in het ZonMw programma*, ZonMw, 2006
- Taakgroep Programma Diabeteszorg, *Diabeteszorg beter*, Ministerie van VWS, 2005
- VWS, *Brancherapporten VWS*, 14 september 2006, Ministerie van VWS, http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_class/br_cure_feiten.html
- VWS, *Diabeteszorg beter*, Kamerstuk 2004, POG/ZP 2.474.724, Tweede Kamer, Ministerie van VWS (5 juli 2004)
- Wahle A.E. et al, *Keten-DBC's diabetes – Concept productomschrijving en referentie zorgprofielen*, Utrecht, Capgemini Nederland, 2005
- ZonMw, *Verslag van de startbijeenkomst van het ZonMw programma Diabetes Ketenzorg 22 juni 2006 te Den Haag*, ZonMw, 2006