

Schotten en grenzen remmen ketenzorg

Nederland telt een groeiend aantal co-morbide chronisch zieken. Alle reden dus voor meer ketenzorg. Waar liggen de kansen en knelpunten?

Door Philip van de Poel



Soms geven woorden de werkelijkheid weer, soms een gewenste werkelijkheid. Deze bespiegeling is naadloos van toepassing op de huidige stand van zaken in de ketenzorg. Termen als transmurale netwerken en zorgcontinuüm suggereren een omslag in het zorgproces, maar hoeveel hiervan is wens en hoeveel werkelijkheid?

Zeker, op regionaal niveau zijn ketenzorginitiatieven als paddestoelen uit de grond geschoten. En met de invoering van keten-dbc's voor chronische aandoeningen draagt ook de overheid haar steentje bij. Maar het betreft een minimaal deel van het zorgaanbod. Wie naar de bredere contouren kijkt, ziet op allerlei niveaus schotten, gaten en blokkades. Daar kunnen de initiatiefnemers van het Nederlands Hart Netwerk (NHN) in Zuidoost-Brabant over meepraten. Dit regionale netwerk stelt zich ten doel de kwaliteit van zorg voor patiënten met een hartaandoening te optimaliseren (*zie kader Meten=verbeteren*). Als eerste stap zijn de betrokken partijen begonnen met het exact beschrijven van alle zorgprocessen. "Wat daarbij opvalt, zijn de schotten die er bestaan", zegt Luc Theunissen, NHN-voorzitter en cardioloog in Máxima Medisch Centrum. "Tweedelijns cardiologen zouden met

hun kennis de eerste lijn meer kunnen adviseren om zo de cardiologische zorg in de eerste lijn te verbeteren. Op eenzelfde manier kunnen derdelijns cardiologen ons adviseren. Maar we stoten steeds onze neus aan barrières als de bekostiging."

Hardnekkig

Het is deze financiële component die de fragmentatie van het zorgproces hardnekkig maakt, gelooft Anja van der Aa, directeur van GezondNL, een landelijk samenwerkingsverband op het gebied van (virtuele) gezondheidspleinen en zorgregio's. "Zo lang landelijk is vastgelegd hoeveel geld er naar iedere partij gaat, blijven de schotten overeind." Wat er aan ketenzorg is, danken we volgens haar aan actieve zorgprofessionals. Op landelijk niveau wordt het gesprek gedomineerd door de koepels. "Die vertegenwoordigen de schotten. Met eigen instituten, eigen wetgeving, eigen opleidingen en een eigen verantwoordingsregime. Het is niet in het belang van aanbieders om de zaken anders te organiseren." De initiatiefnemers van het Nederlands Hart Netwerk willen niet te lang stil staan bij alle hindernissen. "We kijken naar die zaken waar we wel invloed op hebben", zegt Lukas Dekker, NHN-be- ➔



stuurslid en cardioloog in het Catharina Ziekenhuis. Daarbij is ketenzorg wat hem betreft een realiteit. “We zijn een tertiair hartcentrum; 70 procent van onze patiënten wordt verwezen vanuit andere ziekenhuizen en we sturen ook patiënten terug. Er bestaan dus al netwerken, alleen kunnen die soms beter georganiseerd worden.” Juist over die soms diffuse scheidslijnen heen valt volgens de initiatiefnemers van NHN winst te boeken. Dekker: “Je bepaalt niet als dokter of ziekenhuis de uitkomst voor een patiënt, dat doen we samen.”

“We zijn in de zorg wel gewend onze eigen instelling te optimaliseren, maar juist die schakelmomenten zijn belangrijk”, aldus Dennis van Veghel, programamanager NHN en manager Coöperatie Catharina Hartcentrum. “Hoe vaak zie je niet dat een patiënt wordt ingestuurd en er toch een aanvullende gegevensvraag is?” Theunissen: “We zijn nog niet tevreden over de overdracht. Communicatie van de tweede lijn naar huisartsen gaat nog vaak per brief, terwijl je meer continu contact wilt.” Een eerste stap naar betere communicatie is zorgen dat alle partijen dezelfde taal spreken. “Dan gaat het over eenduidige definities van het ziektebeeld en de initiële conditie”, legt Theunissen uit. “Dat lijkt vanzelfsprekend, maar is het niet.”

Een ander punt van aandacht is het vertrouwen tussen verschillende partijen. Dekker: “Zo’n initiatief moet organisch groeien. Daarom zijn we begonnen met boezemfibrilleren, gevolgd door hartfalen. We proberen het stapsgewijs te doen, zodat huisartsen zich gemakkelijk kunnen aansluiten.”

Knelpunten

Onderzoeker en hoogleraar Isabelle Fabbriotti van het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG) heeft onderzocht waar in de praktijk de knelpunten voor ketenzorg liggen. “In het begin zeggen alle partijen dat ze mee willen doen, maar als ze moeten deelnemen aan multidisciplinair overleg en verplichte screeningsinstrumenten moeten gebruiken, daalt het enthousiasme”, constateert Fabbriotti. “De belangrijkste barrière voor keten-

zorg zijn eigen belangen. Tot op zekere hoogte zijn die legitiem. Bij de huidige krimpende budgetten moeten zorgprofessionals op zichzelf letten.” Dergelijke belangenconflicten kunnen verder worden bemoeilijkt door het verschil in soortelijk gewicht van elk van de deelnemende partijen. Fabbriotti: “Niet iedere beroepsgroep heeft dezelfde status of macht, dan krijg je al snel een Calimero-effect.” Een gunstige historische constellatie kan wonderen doen, blijkt in Eindhoven en omgeving. “Van oudsher is het vertrouwen tussen de tweede en derde lijn in deze regio al groot”, stelt Theunissen. “We zijn in het Catharina enkele jaren geleden gestopt met hartrevalidatie, omdat een aantal specialisten in het Máxima daar heel goed mee bezig was”, vult Van Veghel aan. “Bovendien zijn de huisartsen in deze regio goed georganiseerd”, zegt Theunissen. Het belangrijkste wapen van het NHN is wat Van Veghel betreft de terug-naar-de-kern-gedachte achter alle activiteiten. “Wij zijn terug bij waar het in de zorg allemaal om begonnen is; een dokter die een patiënt helpt.”

Vertrekpunt

De patiënt is ook het vertrekpunt van een baanbrekend initiatief van revalidatiecentrum Heliomare in Beverwijk. Dankzij de nieuwe optimum care-afdeling kan Heliomare complexe patiënten opnemen die voorheen gezien hun medische conditie noodgedwongen in het ziekenhuis moesten verblijven. “Tien tot twaalf jaar geleden heb ik een tijd in een Zwitserse privékliniek gewerkt”, licht revalidatiearts Tijs van Bezeij toe. “Daar zag ik hoe snel en met wat voor resultaten patiënten konden doorstromen door een combinatie van acute opvang, een eigen intensive care en revalidatie.” In de Nederlandse klinische praktijk is de vuistregel dat patiënten met bijvoorbeeld een dwarslaesie of hersenbloeding pas naar een revalidatiecentrum mogen als ze voldoende stabiel zijn. Complexe patiënten blijven dus lang in een ziekenhuisbed. “Wij zagen soms mensen die 120 dagen op de IC hadden gelegen”, vertelt Van Bezeij. “Al die tijd ➔

Meten = verbeteren

Het Nederlands Hart Netwerk (NHN) is een initiatief van de cardiologen van vier Brabantse ziekenhuizen: het St. Anna Ziekenhuis, Elkerliek Ziekenhuis, Catharina Ziekenhuis en Máxima Medisch Centrum. Het NHN heeft als missie om “de aantoonbaar hoogste patiëntwaarde te bieden voor patiënten met een hartaandoening, door gezamenlijk de volledige zorgketen op een optimale en uniforme wijze te organiseren”. Uniforme zorgstandaarden en een eigen kwaliteitsmodel moeten het mogelijk maken om de kwaliteit doorlopend te toetsen én te verbeteren. Het netwerk steunt sterk op de Value Based Healthcare-methodiek van managementgoeroe Michael Porter. Het Catharina ziekenhuis pionierde hier al eerder mee in de vorm van ‘Meetbaar Beter’. Inmiddels gebruiken veertien hartcentra Meetbaar Beter om hun behandeluitkomsten te vergelijken en te verbeteren.



gebeurde er op de IC niet veel meer dan stabiel houden. Vanuit de patiënt bekeken, moet er zo snel mogelijk gerevalideerd en gemobiliseerd worden. Als je daar vroeg mee begint, geeft dat goede resultaten in onder meer de afbouw en de duur van de beademing.”

Gevangen

Van Bezeij beschrijft een patiëntengroep die gevangen zit tussen de schotten die ziekenhuis- en revalidatiezorg nu scheiden. Niet alleen krijgen zulke patiënten daardoor suboptimale zorg, ook vormt hun langdurig verblijf voor ziekenhuizen logistiek in veel gevallen een blok aan het been. Van Bezeij: “Als de IC vol ligt, is het operatieprogramma vaak een probleem en kunnen complexe operaties regelmatig niet doorgaan.”

Zodoende ontstond het idee voor een gespecialiseerde revalidatie-afdeling waar de vitale functies van hoogcomplexe patiënten doorlopend gevolgd kunnen worden. Hierdoor kunnen ze eerder revalideren. De eerste resultaten mogen er zijn: de totale klinische opnameduur is met zestig dagen verminderd van 166 naar 104 dagen. Bovendien is de terugplaatsing naar het ziekenhuis een stuk minder. Bij oppervlakkige beschouwing heeft optimum care meer te maken met concentratie dan met ketenzorg. Toch zijn ketenelementen prominent aanwezig. “We hebben ons businessplan met alle omliggende ziekenhuizen opgesteld”, legt Van Bezeij uit. “Intensivisten trekken bij ons vaak als eerste aan de bel met de vraag om mee te denken over een patiënt. Samen met hen en de revalidatiearts van het ziekenhuis maken we een plan.”

Waar nodig wordt specifieke expertise van buiten ingevlogen. “We dialyseren niet zelf, maar indien nodig kunnen patiënten hier in het dialysecentrum terecht.” Zo bezien is het optimum care-concept een vorm van ketenzorg die is ingedikt binnen de muren van een instelling. Gezien de specifieke kenmerken van de doelgroep is dit eigenlijk niet meer dan logisch, maar het kan natuurlijk vragen oproepen over de financieringstitel. De zorgverzekeraar houdt

het vooralsnog op ‘ziekenhuis verplaatste zorg’. Of dat voldoende is om op termijn het hele ‘optimale’ aanbod te bekostigen, moet de tijd leren. Voorlopig krijgt Heliomare de eerste drie jaar een aanvullende financiële injectie van de Stichting Agis.

Stimulans

Als het gaat om nieuwe vormen van financiering valt geregeld de term ‘populatiegebonden bekostiging’. “Als je zorgaanbieders gezamenlijk verantwoordelijk maakt voor de gezondheid van de bevolking in een bepaald gebied, zullen ze wel moeten samenwerken”, stelt Fabbricotti. “Dus het zou beslist een stimulans zijn voor ketenzorg, maar het blijft wel een hele moeilijke bekostigingsvorm.” Naast adequate financieringsinstrumenten staat ook betere informatie-uitwisseling hoog op het verlanglijstje van de ketenzorgpioniers. “Als de patiënt hier aan de monitor wordt aangesloten, moeten we opnieuw beginnen”, verzucht Van Bezeij. “Het mooiste zou zijn als je al data van de weken daarvoor hebt.”

Heliomare heeft bij de digitale doorontwikkeling van de optimum care-afdeling de hulp ingeroepen van CarePoint. Als automatiseerder mikt het IT-bedrijf op maximale uitwisselbaarheid van gegevens. Technisch zijn er volgens directeur Jan van der Beek steeds minder belemmeringen. Verbeterde informatie-uitwisseling is wat hem betreft vooral een leiderschapsopdracht. “Het is de wil die ontbreekt”, aldus Van der Beek. “Over het algemeen is een zorgbestuurder gelukkig als zijn koker, zijn instelling goed draait. Bestuurders worden niet financieel geprikkeld om te kijken hoe het met hun patiënten verder in de keten gaat.”

Leiderschap is ook een thema dat onderzoeker Fabbricotti aanroert. Ze stelt vast dat leiding geven in een netwerk omgeving specifieke leiderschapsvaardigheden vraagt. “Het regisseren van een keten is echt wat anders dan leidinggeven aan een instelling. Als ketenregisseur moet je communiceren, verbinden en conflicten managen zonder formele sancties of beloningen van een traditionele functie.”

Leergang Ketenregie

‘Verbinden over lijnen en domeinen’, dat is kort gezegd het doel van de Leergang Ketenregie in de Zorg van de Erasmus Academie die dit najaar van start gaat. Tijdens de leergang leren deelnemers om zonder hiërarchische macht strategisch te interveniëren in zorgketens en -netwerken. Betreffende interventies zijn gericht op het bevorderen van integrale zorg in combinatie met kostenbeheersing. Tijdens de leergang komt een reeks actuele concepten en methoden langs, waaronder ‘de cliënt centraal’, positieve gezondheid, populatiemanagement, substitutie, geïntegreerde zorg, Triple Aim en Value Based Healthcare. Daarmee leert de deelnemer “onvermijdelijke patronen in samenwerkingsprojecten snel herkennen en interpreteren in de context van de actuele ontwikkelingen, de regelgeving en financiering, en dominante cultuur in de zorg”.