

Bevorderende factoren voor ketenontwikkeling in de spoedzorg

EEN CASE STUDY IN DE ACUUT MYOCARD INFARCT (AMI) KETEN

Ketenoptimalisatie is succesvol als men oog heeft voor de mix van zachte en harde aspecten die het juiste samenspel tussen actoren stimuleren. Een methodische aanpak gaat hand in hand met aspecten als vertrouwen, leiderschap, geloof en commitment. Gaandeweg het proces van ontwikkeling van de keten ontstaat een verdieping in de samenwerking. Dit blijkt uit het praktijkonderzoek 'De Lerende AMI-keten' in Noord-Nederland. Dit artikel geeft een handreiking hoe zachte en harde aspecten met elkaar te verbinden zijn.

Door: A.G. van Gemert, C.T.B. Ahaus, A.W. de Kleine, H.S. Franke, C.B.M. Kaagman en C.H.E. Kuijlen

In opdracht van VWS en via het Landelijk Netwerk voor Acute Zorg (LNAZ) is door het UMCG als ziekenhuis met een erkenning voor Traumacentrum een plan van aanpak uitgewerkt om vijf zorgketens (Cerebro Vasculair Accident, Acuut Myocardinfarct, acuut heuptrauma, acute psychiatrie en acute obstetrie) in kaart te brengen. Met het in kaart brengen van deze zorgketens wordt inzichtelijk gemaakt wie welke zorg levert, welke behandelcapaciteit in de regio aanwezig is, welke prestatie-indicatoren een rol spelen en welke afspraken zijn gemaakt. Om te komen tot een gewenste situatie zijn per keten werkgroepen ingesteld waarin de ketenpartners zijn vertegenwoordigd. Voor de uitwerking van de opdracht van VWS was in de regionale overleggen voor acute zorg (ROAZ) in Noord-Nederland commitment voor een eenduidige aanpak. Door het Acute Zorg Netwerk Noord-Nederland (AZNNN) is het Model Ketenkwaliteit (Van Gemert en Kuijlen, 2008; geïnspireerd door Kwaliteitskader Keten-zorg van TNO, 2004, en de INK-aandachtsgebieden) met stappenplan (Van Gemert, 2006) gebruikt. Deze methodiek is in het ROAZ vastgesteld voor het in kaart brengen van de vijf

acute zorgketens.

In het ZonMw-onderzoek 'De lerende AMI-keten' stond de bruikbaarheid van de gehanteerde methodiek voor ketensamenwerking centraal. Het onderzoek past bij een toenemende belangstelling voor ontwikkelingsmodellen voor netwerk- en ketenzorg (zie het recente proefschrift van Minkman, 2012¹). Een van de vragen van dit onderzoek betrof: wat zijn bevorderende factoren voor de ontwikkeling, verbetering en borging van ketensamenwerking bij de zorg voor patiënten met een Acuut Myocard Infarct (AMI) in Noord-Nederland? In dit artikel gaan we eerst in op de gehanteerde aanpak, het Model Ketenkwaliteit en het bijbehorend stappenplan. Dan volgt een korte beschrijving van een longitudinale casestudy waarin de AMI-zorgketen voor de regio Noord-Nederland is onderzocht. De bevorderende factoren worden op een rij gezet en gerubriceerd. Voor dit onderzoek zijn in de regio Noord-Nederland professionals uit de AMI-keten, waaronder een huisarts, medisch managers ambulancezorg en cardiologen geïnterviewd. Voor de interviews was een interview- en analyseprotocol opgesteld. Aan de hand van de trans-

cripties zijn uitspraken uit de interviews gecodeerd in labels (zoals gebruikelijk is in grounded theory). Deze labels zijn gebruikt bij de analyse van de resultaten.

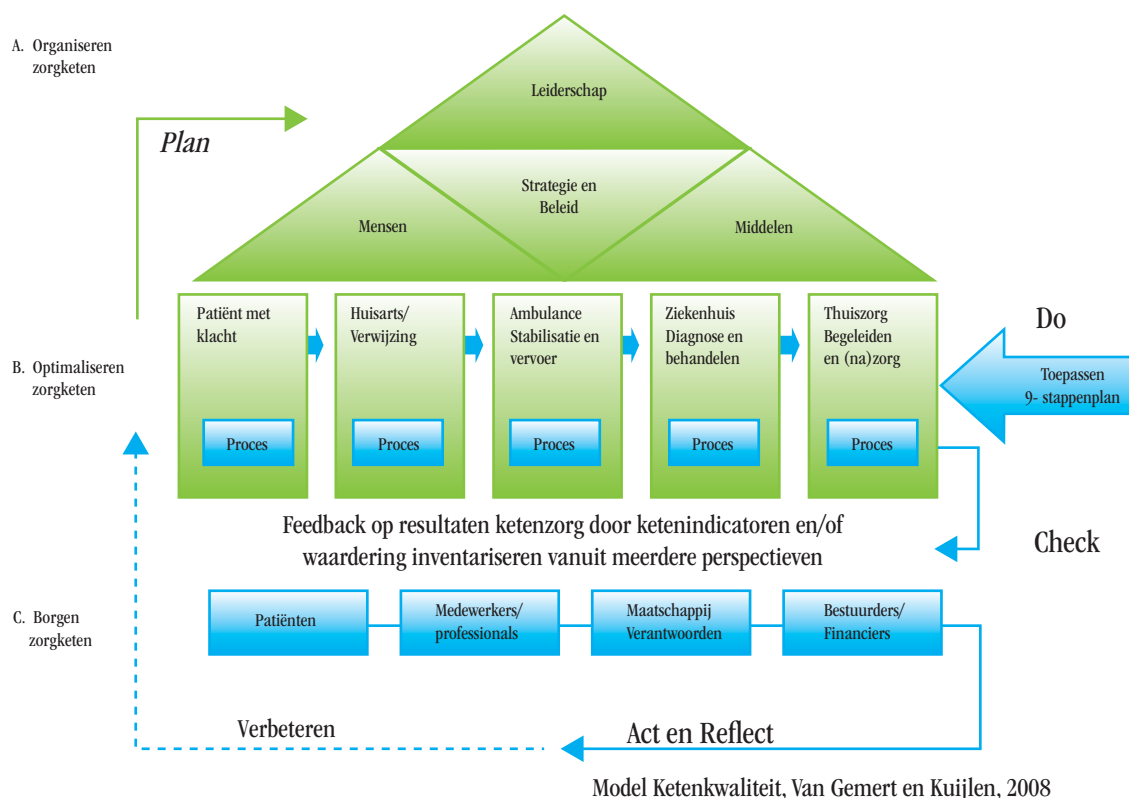
Het Model Ketenkwaliteit

Voor de AMI-zorg is het 'Model Ketenkwaliteit' als kapstok gebruikt om op drie niveaus te verbeteren (zie figuur 1):

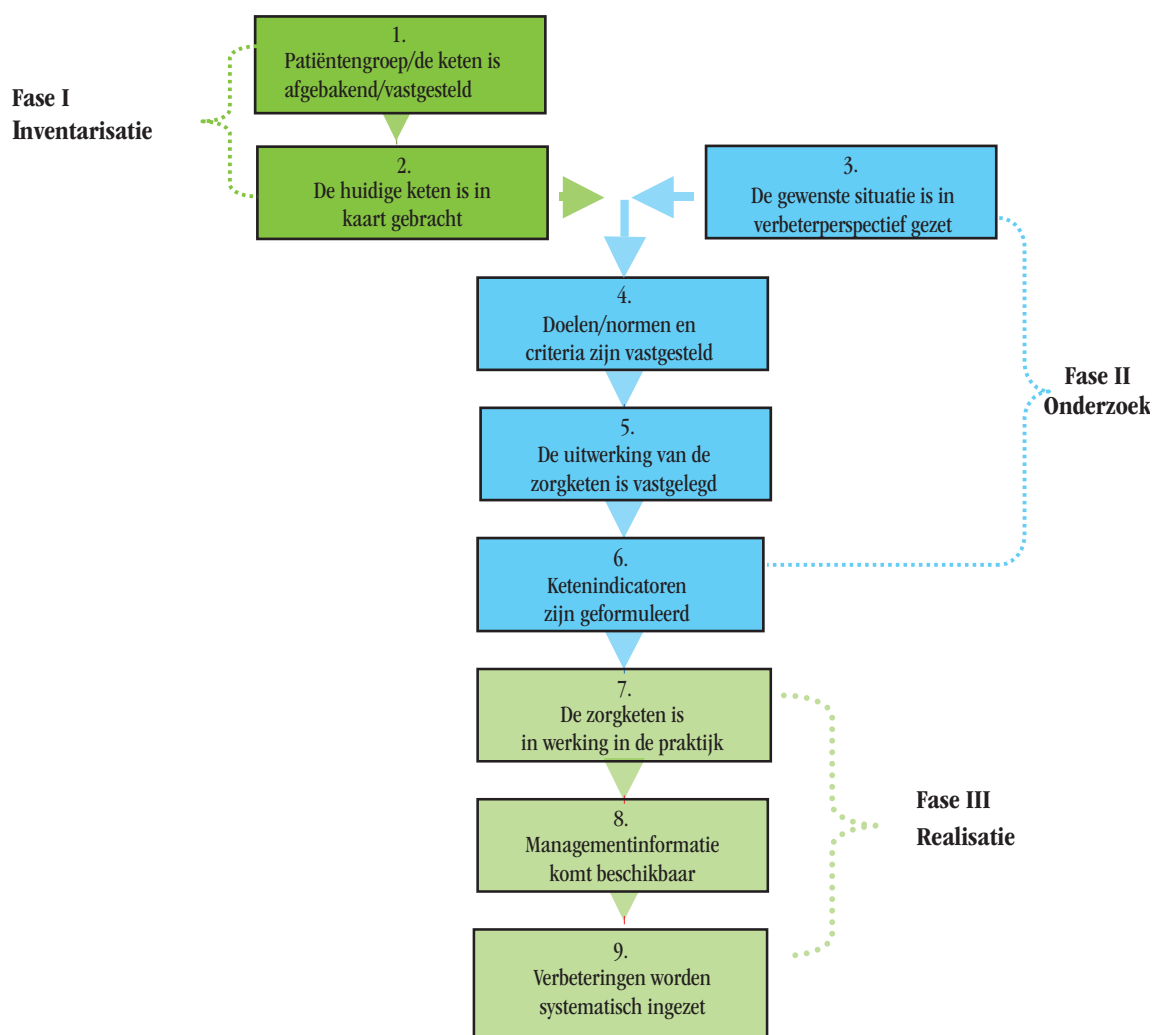
- A. Het organiseren van de zorgketen op bestuurlijk niveau van organisaties die betrokken zijn bij de zorg (*Plan*):
 - het scheppen van voorwaarden door ketenpartners, zoals gezamenlijk beleid, benoemen van een begeleider en beschikbaar stellen van middelen.
- B. Het optimaliseren van het zorgproces voor een specifieke doelgroep door professionals (*Do*):
 - het laten aansluiten van stappen uit het zorgproces tussen partnerorganisaties. Het model voorziet in een stappenplan voor de begeleider (zie figuur 2).
- C. Het borgen van ketenafspraken op bestuurlijk en professioneel niveau (*Check, Act en Reflect*):
 - het sturen van de zorgketen op basis van gemaakte afspraken, informatie uit indicatoren en tevredenheidsmetingen.

In de fase van 'Zorgketen organiseren' scheppen bestuurders voorwaarden waardoor professionals de keten kunnen optimaliseren. In de AMI-zorg koos men op basis van een gezamenlijke ambitie voor een projectstructuur met bestuurlijke besluitvormingsmomenten en terugkoppeling uit werkgroepen. Een randvoorwaarde was het benoemen van een begeleider en het faciliteren van deelname van medici aan bijeenkomsten. Het organiseren van een zorgketen kan echter pas effectief van start gaan bij een 'gevoelde noodzaak' bij ketenpartners om een verandering in te zetten. Dat moment was toen bij iedereen het besef kwam dat uitkomsten voor de patiënt inhoudelijk sterk konden verbeteren door de komst van de nieuwe behandeling Percutane Coronaire Interventie (PCI, dotterbehandeling). Door 'verbindend' leiderschap is het partnerschap in de keten nadrukkelijk gestimuleerd.

In de fase van de 'Zorgketen optimaliseren' wordt de zorg inhoudelijk en organisatorisch aangesloten. De begeleiders van de AMI-werkgroep hebben het stappenplan (zie figuur 2) toegepast. Er werden afspraken vastgelegd over de doorstroom en overdrachten in de keten. De werkgroep sloot deze fase af met een borgings- en ontwikkelplan voor de keten, zoals het in-



Figuur 1. Model Ketenkwaliteit



Stappen naar een zorgketen, Van Gemert, 2006

Figuur 2. Stappenplan voor het optimaliseren van een zorgketen

voeren van nieuwe registratiesystemen en het uitbreiden van de indicatorenset. Nu staan bestuurders en professionals voor de opgave om continuïteit van de keten te borgen.

In de fase van 'Zorgketen borgen' vindt de werkgroep feitelijke keteninformatie belangrijk voor verantwoording. De onderzoeksdata laten zien dat de professionals die werken aan de optimalisatie van de AMI-zorgketen het gevoel hebben dat ze veel zaken hebben afgerond. De professionals zien echter nog graag geborgd dat er een dataregistratieset met technische voorwaarden zoals ICT (voor het monitoren van proces- en resultaatinformatie) is, dat de regiefunctie helder is belegd en dat informatie wordt verspreid.

De casestudy in de AMI-keten

Hoe ziet het toepassen van het ketenmodel er in de praktijk nu uit en tot welke resultaten

leidt dit? We gebruiken het voorbeeld van de ontwikkeling van de AMI-zorgketen in Noord-Nederland om dit te illustreren.

Een belangrijke verandering in de organisatie rondom de AMI-keten is geïnspireerd door de komst van een nieuwe hoogleraar Cardiologie bij het UMCG medio 2004. Zijn visie en persoonlijkheid worden breed genoemd als belangrijke factoren voor de vormgeving van het behandelprotocol voor AMI-patiënten in de regio. Met zijn komst is het UMCG op basis van 24-uurs beschikbaarheid opengesteld als interventiecentrum.

Bij patiënten die worden getroffen door een hartinfarct wordt in de ambulance een ECG gemaakt om de zwaarte van het infarct te kunnen vaststellen. Bij een vastgestelde ST-elevatie (een maat voor de ernst en locatie van de afsluiting van de slagader) wordt de patiënt rechtstreeks naar het interventiecentrum vervoerd waar met een PCI-behandeling de slagader zo snel moge-

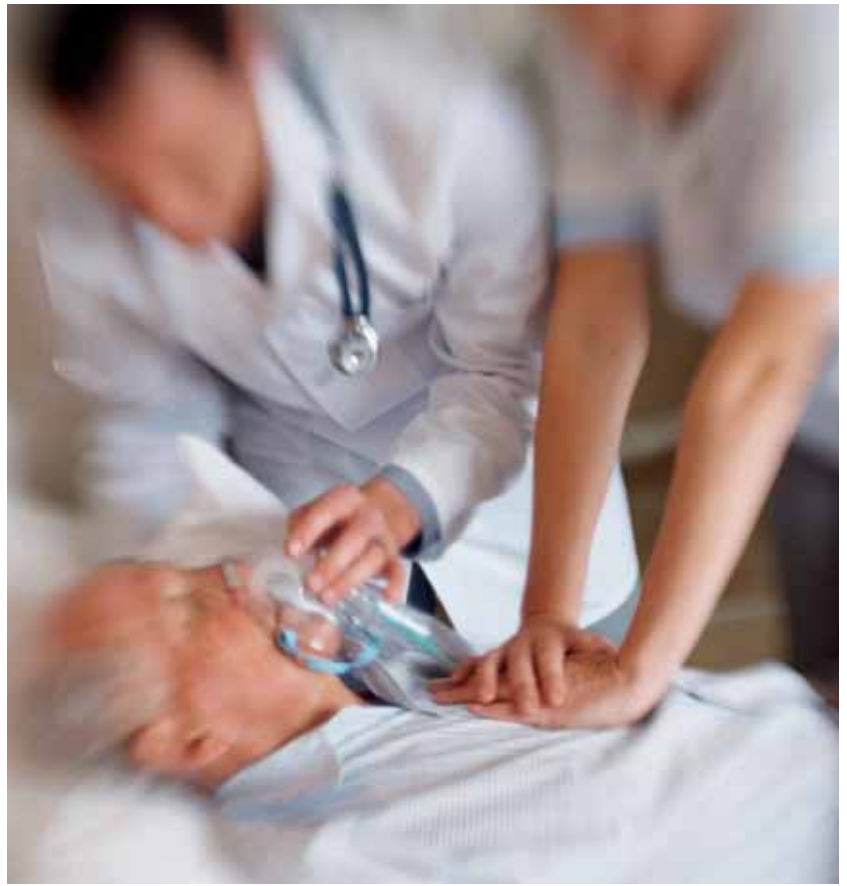
lijk wijder wordt gemaakt. Voor het aankondigen van de patiënt en eventueel afstemming over ECG-beelden heeft het ambulancepersoneel contact met de dienstdoende cardioloog op de afdeling hartbewaking van het UMCG. Algemene ziekenhuizen vreesden dat de directe routing van infarctpatiënten naar het interventiecentrum voor hen gepaard zou gaan met verlies aan inkomsten, desalniettemin is de toewijding van alle ketenpartners aan de directe verwijzing voor primaire PCI groot, omdat hiermee de uitkomsten voor de patiënt spectaculair verbeteren.

De betreffende hoogleraar is persoonlijk naar de ambulancediensten toegegaan om afspraken met hen te maken. Door verbondenheid van cardiologen uit het interventiecentrum en de omliggende ziekenhuizen in de Noord-Nederlandse Cardiologen Vereniging is onderlinge evaluatie van beleid mogelijk. De huisarts speelt in het behandelprotocol voor AMI een steeds minder grote rol. Het wordt wenselijk gevonden om (landelijk) te investeren in kennisontwikkeling van patiënten zodat zij de symptomen van een hartinfarct herkennen en weten dat zij dan het alarmnummer 112 moeten bellen in plaats van de huisarts.

In 2009 is het UMCG Acute Zorg Netwerk Noord-Nederland gestart met het in kaart brengen van de AMI-zorgketen volgens het stappenplan voor optimaliseren van een zorgketen (figuur 2).

De AMI-werkgroep, bestaande uit een huisarts, medisch managers ambulancezorg en cardiologen heeft vanaf 2009 onder begeleiding van een projectleider (cardioloog van het interventiecentrum) en een procesbegeleider het stappenplan doorlopen. De AMI-werkgroep heeft een meer overstijgende doelstelling dan het praktisch ingestoken cardiologenoverleg. Bij de eerste inventarisatie van de verbeterpunten gaven ketenpartners aan dat de keten goed functioneert en men wederzijds vertrouwen ervaart binnen deze samenwerking. De keten is geborgd omdat iedereen gemotiveerd is om de beste patiëntenzorg te leveren. Wel gaven de ketenpartners aan het belangrijk te vinden dat gemaakte afspraken worden nagekomen. Men wil gezamenlijke prestatie-indicatoren ontwikkelen, evenals een complicatieregistratie en de overdracht van informatie over de patiënt. Er wordt gedacht over het ontwikkelen van een visitatiemodel.

Een nieuwe ontwikkeling in 2009 is de introductie van een nieuwe speler in de keten. Het ziekenhuis in Emmen kreeg een vergunning om een PCI-behandeling uit te voeren. De toepassing van het Model Ketenkwaliteit en het



stappenplan heeft bijgedragen aan de succesvolle invoeging van deze nieuwe partner in de keten, omdat vooraf door de partners werd afgesproken dat nieuwe actoren in de keten zich moeten houden aan de inmiddels geformaliseerde ketenafspraken. De methodiek draagt blijkbaar bij aan een heldere positionering. In de periode tussen 2010 en 2011 heeft de AMI-werkgroep het stappenplan uit het Model Ketenkwaliteit doorlopen. Er is gewerkt met een verbeterlijst waar acties op zijn geformuleerd. Afspraken zijn op papier gezet en de werkgroep heeft effect gehad op de overdracht en communicatie. Er wordt gewerkt met vaste contactpersonen, de lijnen worden kort genoemd. Bij afronding van deze fase concludeert de werkgroep dat van bestuurders verwacht mag worden dat de werkwijze wordt ondersteund en geborgd. De ondersteuning omvat gericht beleid, zoals het stimuleren van de ontwikkeling van prestatie-indicatoren, data-/complicatieregistratie, investering in technische hulpmiddelen en het organiseren van de regiefunctie voor de keten.

Bevorderende factoren voor ketensamenwerking

Om bevorderende factoren voor ketensamenwerking te kunnen identificeren hebben we

	Harde aspecten	Zachte aspecten					
	Methodische aanpak	Aanleiding tot verandering	Geloof & commitment	Leiderschap	Communicatie & samenwerking	Rolverdeling	Vertrouwen
Fase A. Organiseren	De scope van de keten helder maken en randvoorwaarden realiseren door bestuurders <i>'De regio kiest voor het acute deel van de AMI-zorg, hoewel revalidatie ook een deel van de keten is'</i>	Een externe of interne aanleiding ervaren om de zorg in ketenverband te organiseren <i>'De introductie van de nieuwe evidence-based behandelmethode PCI maakt dat de AMI-zorg anders georganiseerd moest worden'</i>	Een gedeeld besef bij bestuurders hebben dat het absoluut noodzakelijk is de patiëntenzorg te verbeteren <i>'De bestuurders stellen in het ROAZ een gezamenlijke aanpak vast om de AMI-zorg te optimaliseren'</i>	Visie van voortrekkers op ketenzorg verwezenlijken en beschikken over een aanpak om professionals te betrekken <i>'Direct na zijn aanstelling heeft de hoogleraar afspraken gemaakt met de ambulancediensten'</i>	Vaststellen van een gezamenlijke ambitie door bestuurders en het instellen van overleg <i>'De voortgang van de keten staat op de agenda van het ROAZ'</i>	Duidelijkheid scheppen over ieders rol <i>'In de AMI-keten trekt de projectleider de werkgroep waarin professionals input voor verbetering leveren'</i>	Vertrouwen opbouwen tussen bestuurders door in gesprek te gaan en te blijven <i>'Bestuurders spreken open in het ROAZ over stagnaties en oplossingen'</i>
Fase B. Optimaliseren	Toepassen van het stappenplan door professionals in werkgroepverband <i>'De methodiek helpt ons om geen dingen te vergeten. Afspraken worden geformaliseerd'</i>	Voelen van noodzaak bij professionals om de zorg inhoudelijk en organisatorisch in de keten op elkaar aan te laten sluiten <i>'We moeten snel handelen als we de patiënt willen behandelen. Door de nieuwe behandeling zie je patiënten die genezen en dat is mooi'</i>	Gezamenlijke doelen stellen voor de patiëntenzorg en er daadwerkelijk mee aan de slag gaan en blijven <i>'Onze belangrijkste drijfveer is samen de beste zorg willen leveren'</i>	(Bege)leiders hebben met kennis van de methodiek, die kunnen verbinden en partnerschap stimuleren <i>'Het interventiecentrum Emmen is organisch als partner ingevoegd in de keten'</i>	Als gelijkwaardige ketenpartners gezamenlijk toewerken naar ketenresultaten <i>'Elkaar kennen maakt dat er korte lijnen zijn'</i>	Ruimte bieden voor ieders inbreng en erkennen wederzijdse afhankelijkheid <i>'De afspraken zijn helder, er komen steeds meer vaste aanspreekpunten'</i>	Vertrouwen bieden door oog te hebben voor ieders belang <i>'In de werkgroep zitten cardiologen, in het ROAZ de managiers. Er zijn verschillende belangen'</i>
Fase C. Borgen	Bestuurders stellen plan voor borging en innovatie vast en faciliteren de uitvoering <i>'Borging moet bestuurlijk worden ondersteund door beleid'</i>	Continuïteit willen bieden in de keten, voorkomen dat afspraken verwateren <i>'Op dit moment is het fijn-slijpen, aanpassen en ontwikkelen. Het is een langzaam doorgaand proces'</i>	Zichtbare verbetering in de patiëntenzorg geeft tevredenheid bij patiënten en ketenpartners <i>'Door therapie in de ambulancezorg verbetert de patiëntenzorg enorm'</i>	Sturen op prestaties met behulp van indicatoren en tevredenheidsmetingen <i>'Dataregistratie en complicatieregistratie zijn belangrijk voor verantwoording en research'</i>	Onderhouden van een gestroomlijnd zorgproces voor de patiëntengroep <i>'Door meer overleg in de keten is er minder sprake van eilandden in de zorg'</i>	Wederzijdse afhankelijkheid professioneel en bestuurlijk formaliseren <i>'Regiefunctie is zorgen dat er structurele afspraken worden gemaakt en je in een prettige sfeer met elkaar aan tafel zit'</i>	Vertrouwen onderhouden door feedback en het daadwerkelijk verbeteren van de zorg <i>'In het gezamenlijke doel om de beste zorg te willen bieden aan de patiënt ligt de borging van de keten'</i>

Tabel 1. Bevorderende factoren voor ketensamenwerking (In de cursieve tekst een illustratie uit de casestudy in de keten Acute Myocard Infarct, de AMI-keten)

data verzameld middels interviews.

Met de grounded theory zijn bevorderende factoren voor ketensamenwerking afgeleid uit twee interviewronden in Noord-Nederland met respectievelijk huisartsen, medische managers ambulancezorg en cardiologen in de periode 2009-2011.

Er zijn zes rubrieken onderscheiden: één die wat meer op de harde aspecten van ketensamenwerking ingaat, namelijk de beschikbaarheid van 'een gefaseerde, methodische aanpak' en de andere rubrieken die ingaan op zachte aspecten als 'aanleiding tot verandering', 'geloof en commitment', 'leiderschap', 'communicatie

en samenwerking', 'rolverdeling en vertrouwen'.

De verzamelde data zijn geanalyseerd op verbanden tussen de fasen van ketenontwikkeling en de bevorderende factoren voor ketensamenwerking; de verbanden zijn weergegeven in tabel 1. Gaandeweg het proces van ketenontwikkeling blijkt verdieping in de samenwerking te ontstaan. Ook blijkt dat oog hebben voor harde en zachte aspecten mede bepalend is voor succes.

Conclusie

Ketensamenwerking is niet vrijblijvend en daarom is het cruciaal dat alle ketenpartners zich committeren aan het optimaliseren van de keten. In dit proces verandert het perspectief – van elkaar vrijblijvend informeren naar communiceren met besluitvorming over de samenwerking en het daadwerkelijk verbinden aan de doelen en resultaten van de keten op basis van niet-vrijblijvende afspraken (Van der Aa en Konijn, 2004). Het is waardevol om voor zo'n gefaseerd proces 'een heldere methodiek' toe te kunnen passen. Dat is echter niet de enige bevorderende factor voor ketensamenwerking, het zijn uiteindelijk de zachte aspecten zoals 'aanleiding tot verandering', 'leiderschap', 'communicatie en samenwerking', 'rolverdeling en vertrouwen' en 'geloof en commitment' die de doorslag geven bij de ontwikkeling van zorgketens.

Noot

- 1 In dit themanummer Geïntegreerde Zorg is ook een artikel opgenomen waarin Minkman verslag doet van haar promotieonderzoek.

Literatuur

- Aa, A. van der en T. Konijn *Ketens, ketenregisseurs en ketenontwikkeling*, Boom Lemma, Utrecht, 2004.
- Gemert, A.G. van, *Handleiding voor het optimaliseren van een keten*, in opdracht van ZonMw, Groningen, 2011.
- Kleine, A.W. de, *Eindrapport 'De lerende AMI keten'*, in opdracht van ZonMw, Groningen, 2011.
- Minkman, M.M.N., *Developing Integrated Care, towards a development model for integrated care*, Kluwer, Deventer, 2012.
- ROAZ, startdocument, *Stroomlijnen van acute zorg in een zorgketen door middel van werkgroepen*, Regionaal Overleg Acute Zorg, resp. Groningen, Friesland, Drenthe, 2008.
- Rosendal, H., Ahaus, C.T.B., Huijsman, R. en C. Raad, *Ketenzorg. Praktijk in perspectief*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2009.
- Stoffels, A.M.R., *Cooperation among medical specialists: 'pain' or 'gain'*, Groningen, 2008 (proefschrift).
- TNO, *Kwaliteitskader Ketenzorg*, Leiden, december 2004.

Als onderdeel van het ZonMw-onderzoek zijn ook een handleiding voor het optimaliseren van een keten en een vragenlijst voor het meten van patiënttevredenheid over de ervaren ketenzorg (gebaseerd op Stoffels, 2008) ontwikkeld; deze zijn

Wat is bekend?

Het ontwikkelen van ketenzorg gebeurt in de praktijk dikwijls door een planmatige aanpak. Een dergelijke werkwijze is noodzakelijk, maar nog niet voldoende voor succes.

Wat is nieuw?

De bevorderende factoren voor ketensamenwerking zoals geïdentificeerd in dit onderzoek zijn naast 'een methodische aanpak' de zachte aspecten als 'aanleiding tot verandering', 'leiderschap', 'communicatie en samenwerking', 'rolverdeling en vertrouwen', 'geloof en commitment'.

Wat kun je ermee?

Dit artikel biedt een Model Ketenkwaliteit (Kuijlen en Van Gemert, 2008) en een stappenplan met 9 fasen (Van Gemert, 2006). Door ook rekening te houden met de bevorderende factoren die betrekking hebben op de zachte aspecten komt een methodische aanpak om de ketenzorg te ontwikkelen beter tot zijn recht. Het artikel biedt een overzicht van die bevorderende factoren; dit overzicht kan dienen als checklist in de praktijk.

opvraagbaar bij de corresponderend auteur Anna van Gemert (a.g.van.gemert@umcg.nl).

Informatie over de auteurs

Drs. Anna van Gemert en **drs. Cathy Kuijlen** zijn senior organisatieadviseur bij de Organisatieadvies en Interimmanagementgroep UMCG, met als specialiteit ketenontwikkeling.

Prof.dr.ir. Kees Ahaus is hoogleraar Healthcare Management (UMCG-leerstool) aan de Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Economie en Bedrijfskunde en is tevens directeur van TNO Management Consultants en CBO.

Carin Kaagman MBA van het UMCG is manager van het Acute Zorg Netwerk Noord-Nederland en opdrachtnemer voor de VWS ontwikkeling van ketens en het onderzoek ZonMw.

Drs. Annemarie de Kleine en **drs. Hildegard Franke** waren de onderzoekers in het onderzoek 'De Lerende AMI keten'.