

Co-creatie bij onderzoek, van plank naar praktijk

Grote veranderingen in de inrichting van de curatieve en langdurige zorg zijn al ingezet of zijn op til. Hoe deze veranderingen in de dagelijkse praktijk moeten worden geconcretiseerd is vaak nog een vraagstuk. Co-creatie is een vorm van samenwerken waarbij alle deelnemers invloed hebben op het proces en het resultaat. In dit artikel ga ik in op de samenwerking tussen beleid, praktijk en wetenschap.

Door: P. Poortvliet

De inrichting van de gezondheidszorg is op termijn onhoudbaar. Daarom zijn in de afgelopen jaren grote en structurele veranderingen ingezet, in 2006 de stelselwijziging en in de komende jaren de verregaande decentralisatie. De zorg moet dicht bij de cliënt worden georganiseerd en tegelijkertijd wordt gespecialiseerde zorg meer geconcentreerd. Veranderingen zijn gericht op een meer integrale aanpak, waarbij de cliënt het uitgangspunt vormt. Dit betekent het weghalen van schotten tussen domeinen en samenwerking tussen partijen met heel verschillende achtergronden.

Kenmerken van co-creatie zijn dialoog, gedeelde belangen, enthousiasme, daadkracht en focus op resultaat. Voorwaarden voor succesvolle co-creatie zijn regie, gelijkwaardigheid van de deelnemers, wederkerigheid, openheid en vertrouwen. Co-creatie is goed bruikbaar bij het oplossen van complexe vraagstukken en het realiseren van veranderingen.

Onderzoek blijft nog te veel op de plank liggen

Onderzoek kan bij deze veranderingen een belangrijke rol spelen. Bijvoorbeeld door inzicht te geven in effectiviteit en doelmatigheid van zorg, of door aan te geven wat belangrijke ingrediënten zijn voor een nieuw zorgmodel. Onderzoek geeft echter nog onvoldoende antwoord op de vraagstukken die in de praktijk

spelen. Als onderzoeksresultaten wel toepasbaar zijn, blijven deze nog vaak op de plank liggen. Regelmatig komt vanuit zowel beleid als praktijk de verzuchting: 'Er zijn al zoveel inzichten, laten we minder onderzoeken en meer gaan toepassen.'

Tegelijkertijd geven critici aan dat er maar wat wordt aangerommeld in de zorgpraktijk. Zorgverleners die vanuit eilandjes goedbedoeld bezig zijn het wiel uit te vinden. Het zoveelste project. Allemaal ijverige, losse en weer wegstervende initiatieven. Als een innovatietraject slaagt, is het vaak geïsoleerd. Opschaling vindt niet plaats, ook niet als het kennis over heel concrete, praktische en bewezen effectieve en doelmatige praktijken betreft.

Verbinding tussen onderzoek, beleid en praktijk

Over de relatie tussen onderzoek, praktijk en beleid wordt vaak lineair gedacht: al dan niet vanuit een praktijk- of een beleidsvraag onderzoekt de wetenschap en past de praktijk de bevindingen toe. Steeds meer onderzoek naar de maatschappelijke impact van onderzoek laat zien dat het zo niet werkt. Maatschappelijke impact is vooral gebaat met een continue verbinding en co-creatie tussen onderzoek, beleid en praktijk. Voor elke betrokkene is hierbij een belangrijke rol weggelegd.

Sturing van onderzoek vanuit vraagstukken in de praktijk

Vanuit de wetenschap zelf (zie ook het artikel van Wendy Reijmerink) wordt de noodzaak tot verbinding met de maatschappij ook gevoeld. Een groep wetenschappers is een beweging gestart met de naam 'Science in Transition'.¹ Een van de knelpunten die zij aandragen is dat er onvoldoende sturing is vanuit maatschappelijke vraagstukken. De Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW)² ziet deze



Paul Poortvliet

noodzaak ook en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR)³ stelt dat onderzoek nog meer moet worden gedreven door grote maatschappelijke uitdagingen. De expertise die in de wetenschap aanwezig is, moet meer worden verbonden met behoeften in de samenleving. Vaak is er niet zozeer behoefte aan een wetenschapper die een nieuw concept ontwikkelt, maar vooral aan een deskundige begeleider die langdurig meedenkt over de vraag hoe de zorg permanent verder kan worden ontwikkeld.

Communities rond zorginnovatie

Niet alleen vanuit de wetenschap, maar ook vanuit de praktijk ontstaan bewegingen. Zo is een groep van 125 mensen door co-creatie tot een boek over zorginnovatie gekomen.⁴ Dit zijn mensen die als patiënt, innovator, zorgverlener en/of bestuurder actief zijn in de zorg en kennis en ideeën hebben over de zorg. De boodschap vanuit dit initiatief is vooral om met elkaar aan de slag te gaan om tot betere en betaalbare zorg te komen. De cliënt moet daarbij nog veel meer het vertrekpunt zijn. Het initiatief bouwt aan een community voor zorginnovatie, waarbij patiënten/cliënten, zorgverleners, bestuurders, innovators en wetenschappers nadrukkelijk worden uitgenodigd om mee te doen.

Rol van gemeenten en zorgverzekeraars bij co-creatie

Ten slotte is ook vanuit het overheidsbeleid de visie dat veranderingen en innovatie vooral vanuit co-creatie vorm moeten krijgen. Het huidige kabinet heeft ingezet op topsectoren (waaronder Life Sciences). Bedrijfsleven, wetenschap en overheid werken samen om Nederland nog concurrerender te maken. Los van deze topsectoren zijn in de zorg op veel plekken initiatieven waarin structurele samenwerking tussen beleid, wetenschap en praktijk vanuit de overheid wordt gestimuleerd. Voorbeelden zijn de academische werkplaatsen (structurele samenwerking tussen lokale overheid, kennisinstituten en zorgaanbieders).⁵ Ook zijn er voorbeelden van gemeenten die samen met zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en bedrijfsleven bezig zijn om de drie decentralisaties (Jeugd, AWBZ en Participatiewet) vorm te geven. De overheid wordt daarbij steeds meer een speler te midden van andere. Overheden worden steeds meer de procesmanagers die vanuit een gedeelde lokale/regionale agenda zorgen dat het proces tussen betrokken partijen goed verloopt. Dit is een verschuiving van government naar governance.

Zorgverzekeraar als aanjager

Ook de rol van zorgverzekeraar schuift op een aantal terreinen langzaam op naar meer sturing en ontwikkeling. Een aantal zorgverzekeraars stimuleert bijvoorbeeld om te werken volgens de laatste inzichten. Daarbij wordt samengewerkt met kennisinstituten, beroepsorganisaties en gemeenten. Met gemeenten werken zorgverzekeraars samen bij het opzetten van wijkteams en het onderzoeken van de effectiviteit van deze wijkteams. Ook in de acute zorg verandert de rol van de zorgverzekeraar. Daar waar nodig stimuleren zorgverzekeraars ziekenhuizen en huisartsen om samen vorm te geven aan de basisspoedzorg.

Bij co-creatie in onderzoek is het dus niet zozeer de vraag hoe de praktijk (of het beleid) het best in het onderzoek kan worden betrokken, maar gaat het veel meer over de participatie.

Kader 1. Regie bij co-creatie in de acute zorg

Tijdens ons onderzoek naar de samenwerking in de acute zorg kwam vanuit zowel onderzoekers als zorgaanbieders de behoefte aan regie naar voren. De acute zorg kenmerkt zich door een veelheid van partijen, belangen en invalshoeken. Het is een arena waar regelmatig domein- en concurrentiestrijd plaatsvinden. Deze leiden tot een wirwar van visies en patstellingen waarbij vernieuwing, toepassing van onderzoek en versterking van de samenwerking vaak nog onvoldoende plaatsvinden. Juist nu in de acute zorg een transformatie nodig is, zijn een drijvende kracht en regie essentieel. Het gaat daarbij om regie op twee niveaus:

- organisatorisch: afstemming tussen aanbieders en organisatie van de acute zorg (regie door een procesbegeleider, een onafhankelijke initiator, ketenregisseur of aanspreekpunt).
- regie op de inhoud (ontwikkeling van de behandeling, eindverantwoordelijkheid voor de behandeling van de individuele patiënt).

Een procesbegeleider moet de competenties hebben om een visie neer te zetten, partijen te verbinden op gedeelde belangen, zaken te faciliteren en voor te bereiden zodat de professionals zich met de inhoud kunnen bezighouden. Het moet ook iemand zijn die neutraal is en die vragen stelt over keuzes die zijn gemaakt bij de inrichting van de acute zorg.

Daarnaast is het van belang om ervoor te zorgen dat de partijen die deelnemen aan co-creatie kennis hebben van elkaar en elkaars werkveld. Daarbij kan men ook leren rekening te houden met de verschillende culturen waarbinnen ketenpartners werken. Een voorbeeld van een zeer diverse keten is de psychiatrische spoedzorgketen. Waarbij niet alleen zorgprofessionals uit de medisch specialistische zorg, huisartsenzorg en ggz betrokken zijn maar ook andere organisaties zoals politie, maatschappelijk werk en verstandelijk-gehandicaptenzorg. Deze hebben ieder een eigen cultuur, richtlijnen en aanvliegroute van een probleem.

Het besef van elkaar afhankelijk te zijn, draagt bij aan het gevoel voor de noodzaak met elkaar samen te werken. Dit besef moet echter soms worden aangewakkerd door voor ketenpartners inzichtelijk te maken welk effect het eigen handelen op het handelen van de ketenpartner heeft.

Het leren kennen van elkaar kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Onderzoeks- en ontwikkelprojecten waarbij alle partijen actief betrokken zijn dragen bij aan een meer gemeenschappelijk kader. Betrokkenen komen bij elkaar over de vloer en krijgen inzicht in elkaars processen.

tie van onderzoek in bredere netwerken en processen als een van de partijen. Co-creatie kan op veel verschillende terreinen en niveaus plaatsvinden en juist de verbinding tussen die niveaus en terreinen is van belang voor het succes.

Weerbarstige praktijk van co-creatie

De praktijk van co-creatie is weerbarstig; dit zal ongetwijfeld herkenbaar zijn voor degenen die bij dergelijke trajecten betrokken zijn. In onze evaluatieonderzoeken^{6,7} zien we regelmatig de worsteling bij alle deelnemende partijen. Het is bijvoorbeeld lastig om überhaupt partijen als een gemeente, een zorgverzekeraar of een huisarts erbij te betrekken. De onderzoekspraktijk, beleidsprak-

tijk en de zorgverleningspraktijk zijn vaak verschillende werelden, met verschillende talen en belangen. Dit geldt tussen deze domeinen maar ook nog steeds binnen de zorgverleningspraktijk tussen afdelingen en verschillende zorgaanbieders. Daarnaast is het complex om onuitgesproken behoeften vanuit de zorg en het beleid om te zetten in onderzoekbare vraagstellingen. Het komt vaak voor dat gezamenlijke initiatieven uiteindelijk tot weinig impact leiden. De ervaring leert wel dat als er eenmaal verbindingen zijn gerealiseerd, partijen elkaar hebben leren kennen en als er een meer structurele samenwerking ontstaat, het steeds makkelijker gaat. Successen worden dan ook vaak geboekt door partijen die al eerder initiatieven met elkaar hebben ondernomen.

Kader 2. Co-creatie bij richtlijn Guillain Barré Syndroom

De ontwikkeling van deze richtlijn was een co-creatie tussen patiëntenorganisatie, richtlijnontwikkelaar en medisch specialisten.

Rol patiëntenvereniging:

- Initiatiefnemer en projectleider.
- Twee patiënten en twee bureaumedewerkers hebben deelgenomen aan de werkgroep. De werkgroepleden zijn geselecteerd uit de diagnosewerkgroep van de patiëntenvereniging. Ze hebben patiënten geselecteerd die regelmatig contact hebben met andere patiënten, zodat ze niet alleen vanuit hun eigen ervaring praten.
- Aan het begin is een focusgroep met patiënten gehouden om de knelpunten in beeld te krijgen. Toen de concept-richtlijn gereed was is nogmaals een focusgroep met patiënten gehouden, waarin een aantal onderdelen is bediscussieerd.

Proces:

- De betrokkenen zijn tevreden over de werkwijze van de patiëntenorganisatie als projectleider.
- De patiëntenorganisatie kon deze rol op zich nemen doordat het een professionele organisatie is, ze goede structurele contacten hebben met een klein netwerk van gespecialiseerde artsen en ze al ervaring hadden met richtlijnontwikkeling.
- Er is voor gekozen het CBO in te huren voor de methodiek, het uitvoeren van de literatuurschouw en het beoordelen van de literatuur. De patiëntenorganisatie heeft zich gefocust op het bewaken van het proces en het inbrengen van het patiëntenperspectief.
- De patiëntenorganisatie werkt al jaren samen met artsen die zijn gespecialiseerd in spierziekten en kon dus in dit richtlijntraject voortbouwen op haar goede relaties met deze artsen. Doordat er regelmatig overleg is tussen de diagnosewerkgroep van de patiëntenvereniging en artsen zaten ze op veel punten al op één lijn.
- De voorzitter heeft tijdens de vergaderingen de kaders aangegeven en het proces van evidence based richtlijnontwikkeling bewaakt. De betrokken artsen waren geïnteresseerd in de beleving van de patiënten.

Resultaat:

- Breed gedragen en geaccordeerde richtlijn. Op papier staat hoe de zorg eruit moet zien, met aandacht voor knelpunten die patiënten in de praktijk ervaren. De wensen van patiënten liggen vooral op het vlak van communicatie en informatie. Daarnaast vroegen patiënten aandacht voor pijn en vermoeidheid. Daar zijn aparte hoofdstukken over opgenomen in de richtlijn.
- Compacte brochures voor artsen en patiënten.

Belang van een goede aansturing

Een belangrijke voorwaarde voor het slagen van co-creatie is een gestructureerd en tegelijkertijd creatief proces. Een goede procesbegeleiding is daarbij cruciaal (zie hiervoor het voorbeeld met betrekking tot regie in de spoedzorg, kader 1). Het in goede banen leiden van co-creatie en het zorgen voor efficiëntie en productieve interacties tussen onderzoek, beleid en praktijk vraagt deskundigheid. Doordat er steeds vaker sprake is van co-creatie ontstaat er meer inzicht en ervaring. Het aantal mensen met deze deskundigheid groeit binnen bestaande en nieuwe functies. Een bestaande functie is die van kwaliteitsfunctionaris, voorbeelden van nieuwe functies die in de afgelopen jaren ontstaan zijn, zijn implementatiedeskundigen bij kennisinstituten, 'chief science officers' bij gemeenten en 'patient listening officers' bij zorgaanbieders. Deze laatste functie is vooral bedoeld om de beleving en de behoefte van de cliënt heel goed in kaart te brengen en te vertalen naar onderzoekers, zorgverleners en beleid. Ten slotte zijn er zzp'ers die geen deel uitmaken van een specifieke partij, maar een katalyserende rol tussen partijen vervullen.

Rol van de kwaliteitsfunctionaris

Vraagstukken over de kwaliteit van zorg gaan steeds vaker over de grenzen van instellingen, afdelingen en disciplines heen. Dit zijn vraagstukken die zich lenen voor co-creatie en hierbij heeft de kwaliteitsfunctionaris een rol. Dit kan de rol van deelnemer zijn (bijvoorbeeld aan onderzoek), maar ook die van procesbegeleider of regisseur.

Uitermate belangrijk is om een goed gevoel te ontwikkelen voor de context. Een analyse van

initiatieven die al gaande zijn in de regio en van de stakeholders die nodig zijn is van belang. En ook bestuurlijk draagvlak. En dan met elkaar goed nadenken over welke kennis nodig is en over hoe de resultaten van een project na afloop doorgang kunnen vinden. Voor het uitvoeren van onderzoek kunnen kennisinstellingen in de regio (hogescholen, universiteiten en onderzoeksinstituten) worden ingeschakeld.

Hoe staat het met de financiering op korte en op lange termijn? Financiers moeten er in een vroeg stadium bij worden betrokken. Als regisseur moet de kwaliteitsfunctionaris denken in processen en relaties. Daarmee vergroot de kans dat het lukt om veranderingen structureel door te voeren.

De cliënt als vertrekpunt

Een andere belangrijke voorwaarde voor het slagen van co-creatie is dat er sprake is van een gedeeld belang en draagvlak. Het meest voor de hand liggende is om de (behoefte van) de cliënt als uitgangspunt te nemen. Hiervan zijn verschillende voorbeelden. Bijvoorbeeld het gebruik van spiegelgesprekken; dit voorbeeld is verder uitgewerkt door Greta Antuma en Rita Wesselius en elders in dit blad opgenomen. Een ander voorbeeld is de rol van cliënten-(organisaties) bij multidisciplinaire richtlijnontwikkeling. De evaluatie van deze trajecten laat zien dat patiënten een verbindende factor tussen verschillende disciplines kunnen vormen (Evaluatie ZonMw programma KKCZ).⁷ Vooral als er alternatieve keuzes zijn binnen de behandeling en het wetenschappelijk bewijs niet eenduidig is, kunnen argumenten van patiënten een belangrijke rol spelen bij de aanbevelingen. Patiënten voegen praktijkervaring toe aan de wetenschappelijke kennis van de werkgroep. Alleen al door de aanwezigheid van patiënten bij de discussies, besteden alle partijen meer aandacht aan aspecten die patiënten belangrijk vinden. Binnen dit richtlijnenprogramma zijn ook richtlijnen ontwikkeld waarbij de patiëntenorganisatie de initiator en regisseur was (zie kader 2).

Van boekenplank naar springplank

Co-creatie bij onderzoek kan van de boekenplank een springplank maken doordat het de kans vergroot dat onderzoek daadwerkelijk bijdraagt aan het realiseren van meer effectiviteit en doelmatigheid. De kans dat je bij een sprong van deze springplank pijnlijk terechtkomt is zeker aanwezig, daarom is het nodig om meerdere keren te springen. Co-creatie vraagt om toewijding en langdurige verbanden tussen wetenschap, beleid en praktijk.

Oefening baart kunst en helpt om uiteindelijk op een hoger plan te komen.

Informatie over de auteur

Paul Poortvliet is Manager Zorg bij Panteia/Research voor Beleid.

Noten

- 1 Science in Transition: www.scienceintransition.nl.
- 2 KNAW, *Vertrouwen in Wetenschap*, Amsterdam 2013.
- 3 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Naar een Lerende Economie. Investeren in het verdienvermogen van Nederland*, Amsterdam University Press, Amsterdam 2013.
- 4 Co-creatie Zorginnovatieboek: www.zorginnovatieboek.nl.
- 5 www.zonmw.nl/nl/publicaties/detail/mediator-5-oktober-2012-special-academische-werkplaatsen.
- 6 E.P. Poortvliet en M. Diepenhorst, *Eindrapport Begeleidend Onderzoek Spiedzorg. Signalen uit onderzoek, beleid en praktijk over samenwerking in de acute zorg*, Panteia, Zoetermeer 2013.
- 7 S. van der Kemp en E.P. Poortvliet, *Evaluatie Programma KKCZ. De ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen in de acute zorg*, Panteia, Zoetermeer 2013.

TIP!

Alle artikelen in KiZ zijn online na te lezen op www.tijdschriftkiz.nl

