



Over het katalyseren van samenwerking tussen zorg-professionals in geïntegreerde zorg

Scriptie in het kader van de MBA-H opleiding
Erasmusuniversiteit 2006 – 2008
Begeleider: prof. dr Jan Moen
Aris Bras
april 2008

Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante no hay camino
sino estelas en la mar.

Antonio Machado (1875 – 1939)

Wandelaar, het zijn jouw voetsporen
die de weg vormen; niets anders.
Wandelaar, er bestaat geen weg,
de weg ontstaat terwijl je wandelt.
Terwijl je wandelt ontstaat de weg
en als je dan eens rustig omblijkt
zie je het pad waarover je
nooit meer zult hoeven gaan trekken.
Wandelaar, er bestaat geen weg
alleen schuimsporen in de zee.

Voorwoord	iv
1 Het geheel is meer dan de som der delen; een proloog	1
2 Geïntegreerde zorg: een verkenning	3
2.1 Doelstelling geïntegreerde zorg	3
2.2 Geïntegreerde zorg, ketenzorg of ...?	4
2.3 Geïntegreerde zorg nader bekeken	5
2.3.1 Globale organisatiemodellen	5
2.3.2 Basismodellen regio Midden-Holland	6
2.4 Barrières en succesfactoren	7
2.4.1 Barrières	7
2.4.2 Succesfactoren	8
3 Onderzoeksopzet	9
3.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen	9
3.2 Onderzoeksopzet	9
4 Mensenwerk als uitgangspunt voor een model	12
4.1 Kenschets van (zorg)professionals	12
4.2 Bronnen voor bevorderende en belemmerende factoren	14
4.2.1 Autonomie	14
4.2.2 Macht	14
4.2.3 Cultuur	15
4.2.3.1 'De cultuur' van professionals	16
4.2.3.2 'De cultuur' van organisaties	17
4.2.3.3 'De cultuur' van de (sub)-regio	17
4.3 Mechanismen die bevorderende en belemmerende factoren beïnvloeden	18
4.3.1 Structuur	18
4.3.2 Urgentiebesef	19
4.3.3 Leren	20
4.3.3.1 Enkelslag (single loop) leren	20
4.3.3.2 Dubbelslag (double loop) leren	21
4.3.3.3 Drielslag (triple loop) leren	21
4.4 Samenvatting	22
5 Verandermodel	23

6	Ervaringen vanuit de praktijk	25
6.1	De 'voedingsbodem'	25
6.2	Veranderingsfactoren	30
6.3	Samenvatting	33
7	De zorgprofessional (weer) drager van geïntegreerde zorg; een beschouwing	34
7.1	Voorwaarden en succesfactoren bij het katalyseren van de samenwerking en geïntegreerde zorg	35
7.1.1	De patiënt centraal	35
7.1.2	Echt willen	35
7.1.3	Integraal, richten op verschillende dimensies	35
7.1.4	Primaat bij de zorgprofessionals	35
7.1.5	Vertrouwen	37
7.1.6	Heb een lange adem	38
7.2	Over degenen die voorwaarden scheppen en katalyseren	38
7.2.1	De rol van de bestuurder	38
7.2.2	Rol van projectgroep/projectleider	39
7.2.3	Rol van transmurale netwerken	39
8	Optimaliseren van een zorgketen	41
8.1	Netwerk voor het optimaliseren van een zorgketen	41
8.2	Aanbevelingen	42
	Literatuur	46
Bijlage 1	Vragenlijst	48
Bijlage 2	Gesprekspartners	51

Voorwoord

In mijn dagelijks werk besteed ik met plezier veel tijd aan de regionale ontwikkeling van geïntegreerde zorg en de inrichting van zorgketens. Drijfveer daarvoor is mijn overtuiging dat je alleen met samenwerking een passend antwoord kunt geven op de zorgvragen van patiënten, helemaal in het bijzonder patiënten met multipale problematiek en/of chronische aandoeningen.

Op grond van mijn praktijkervaringen denk ik ook dat ketenzorg een antwoord kan vormen op de versnipperde financiering.

Wie neemt overigens het woord samenwerking niet in de mond? Ik kan me echter niet aan de indruk onttrekken dat ondanks de vele aandacht voor en het gepraat over samenwerking, echt samenwerken niet gemakkelijk verloopt.

Ik zie bijvoorbeeld binnen mijn eigen werkveld, de VV&T-sector, dat de kenmerkende multidisciplinaire werkwijze niet automatisch synoniem blijkt te zijn met echt samenwerken. Er zijn meer eilandjes dan wenselijk is.

Ik merk het ook binnen de regio Midden-Holland, waar ondanks een lange traditie van samenwerken sommige zorgketens minder snel ontwikkelen dan op voorhand te verwachten zou zijn. Ondanks goede afspraken over de transfers van patiënten met een status na CVA of een orthopedische ingreep van het ziekenhuis naar het verpleeghuis, verlopen deze processen nog zeker niet vlekkeloos. Met enige regelmaat ontstaat er frictie over of de juiste patiënt wel op de juiste plek komt of dat een bed in het ziekenhuis te lang wordt bezet. In de praktijk blijkt er nog te weinig gedeelde verantwoordelijkheid te zijn bij de verschillende actoren in zo'n keten. Wellicht dat dit verklaart waarom de informatieoverdracht vaak ook zo onvolledig is.

Ik merk het ook aan de moeizame ontwikkeling van een Elektronisch Medicatie Dossier (EMD), zowel regionaal als landelijk. Een gemeenschappelijke taal voor een EMD bestaat (G-standaard), dus dat zou de belemmering niet hoeven zijn. Het laat zich raden hoe moeizaam de ontwikkeling van een Elektronisch Patiënten Dossier is en naar mijn beleving voorlopig zal blijven.

Dat samenwerking binnen geïntegreerde zorg en ketenzorg het onderwerp van mijn scriptie zou worden ligt dus voor de hand. Daarbij ben ik vooral geïnteresseerd op welke wijze samenwerking in de geïntegreerde zorg te bevorderen. Welke eisen stelt dat aan leiderschap? Hoe laat je zorgverleners en professionals hun oude afhankelijkheden inruilen voor nieuwe?

1. Het geheel is meer dan de som der delen; een proloog

Een tijdje geleden zat ik met mijn nichtje naar ‘Finding Nemo’ te kijken. Op een gegeven ogenblik komt er een grote school vissen in beeld. Honderden vissen bewegen als één, steeds van vorm veranderend, organisme zwierig door het water, een prachtige vorm van samenwerken. Een mooi plaatje voor de voorkant van mijn scriptie, dacht ik. Zoeken dus op Internet. Waardoor ik onvermoed in de wereld van de theoretische biologie, gedragsbiologie en kunstmatige intelligentie terecht kwam.

In de film praten en overleggen alle vissen (en andere zeedieren) met elkaar dat het een lieve lust is. Voor zover bekend hebben de vissen in het echt een leven zonder vergaderingen, overleggen en beslismomenten. Ze kennen geen HKZ. Hebben geen chef of manager boven zich.

En toch botsen vissen niet tegen elkaar, terwijl ze met duizenden tegelijk als een grote amoebe wegzwenken als er een roofdier op ze afkomt. Geen leider en toch samenwerken?! Een geringe herseninhoud en toch zulke intelligente gedragspatronen?

Het complexe, sociale gedrag van scholen vissen blijkt, verrassend genoeg, met drie regels in een computer gesimuleerd te kunnen worden (Hemelrijk in van 't Hoog, 2004):

- zorg dat je niet tegen elkaar op zwemt (vissen stemmen hun richting en bewegingen op elkaar af door een aantal zintuigen te gebruiken: kijken, voelen met een zijlijn van sensoren en ruiken)
- zorg dat je dezelfde richting opgaat als vissen op middelgrote afstand
- zorg dat je naar andere vissen toegaat als je alleen zwemt

Ook een mierenleger lijkt gestuurd door centrale prikkels naar voedsel te zoeken. Ze kiezen doeltreffend voor de meest dichtbijgelegen voedingsbronnen. Schijnbaar worden er collectief beslissingen genomen. Maar ook het gedrag van mierenlegers blijkt met computers te simuleren.

De communicatie ten behoeve van het sociale gedrag vindt plaats door feromonen. Hoe dichter een mier bij voeding komt, des te meer feromonen laat hij achter. Voor andere mieren vormen de feromonen positieve feedback: daar moet je naar toe. Zo ontstaat een spoor met een dichte concentratie van feromonen waar het voedsel is, terwijl op minder lucratieve sporen de feromonen geleidelijk verdampen. Uiteindelijk gaat daar ook geen mier meer naar toe. Met een paar simpele regels is dit in de computer na te bootsen.

In de gedragsbiologie zijn nieuwe methoden geïntroduceerd om tot integrerende verklaringen voor dergelijk sociaal gedrag te komen: de ‘synthetic’ of ‘bottom-up’ benadering. Bij deze benadering worden kunstmatige individuen gecreëerd (robots, computermodellen) met een beperkt arsenaal aan gedragsregels, die niet nadenken en alleen reageren op prikkels in de directe omgeving. Er blijken vervolgens veel complexer gedragspatronen te ontstaan dan je op basis van de eenvoudige gedragsregels die de individuen definiëren, zou verwachten. De gedragspatronen ontstaan door zelforganisatie die voortkomt vanuit de veranderingen in hun omgeving (Hemelrijk 2004).

Bij het gedrag van primaten, veel intelligenter dieren als mieren of vissen, ben je geneigd de verklaring van gedrag te zoeken in intenties, overdenkingen en afwegingen van individuele apen. Maar zelfs groepsgedrag van apen blijkt met bovengenoemde modellen te beschrijven. Een aantal relatief eenvoudige regels is voldoende om sociaal gedrag binnen de complexe apengroepen opmerkelijk adequaat te beschrijven.

Waarmee we op het oude gezegde komen: het geheel is meer dan de som van alle delen. Of meer wetenschappelijk: de *emergent properties* van de natuur.

Een recente definitie van het begrip *emergency* is van Goldstein: '*the arising of novel and coherent structures, patterns and properties during the process of self-organization in complex systems*'. Het concept van de *emergent properties* dateert echter al uit het eind van de 19^e eeuw. (Corning 2002)

En daarmee ben ik aangekomen bij het waarom van deze proloog. Ik was niet bekend met de modellen uit de gedragsbiologie. Maar bovengenoemde concepten uit de gedragsbiologie en het begrip *emergent properties* zijn een interessante metafoor om over geïntegreerde zorg en ketenzorg te filosoferen. Ze helpen om eens anders te kijken.

Ze stemmen overeen met mijn indruk dat je samenwerking eerder smooit met te veel regels dan dat je ze katalyseert. Dat je om te kunnen samenwerken geen hogere wiskunde hoeft te hebben gestudeerd (misschien liever wel niet zelfs).

Dat zelf-organisatie complexe vormen van samenwerken kan genereren is een interessante gedachte. Het is verleidelijk om een aantal eenvoudige regels als vertrekpunt nemen voor het ontwikkelen en aansturen van geïntegreerde zorg.

Maar in de praktijk blijkt het allemaal niet zo gemakkelijk. Het heersende paradigma lijkt eerder 'waarom eenvoudig doen als het ook moeilijk kan?' Zoals de *syntetic* benadering niet voetstoots door alle gedragsbiologen aanvaard wordt, hebben in de gezondheidszorg veel mensen weinig vertrouwen in zelf-organisatie bij de ontwikkeling van geïntegreerde zorg.

Een deel van de mensen die ik de metafoor van de school vissen vertel, kijkt me wat meewarig aan. Je ziet ze denken: "Weer een nieuw stokpaardje, jochie? Dat waait wel over". In het hierna volgende betoog zal het echter steeds in mijn achterhoofd meespelen en in de beschouwing zal ik op de school vissen terug komen..

2. Geïntegreerde zorg: een verkenning

2.1 Doelstelling geïntegreerde zorg

De laatste decennia is geïntegreerde zorg toenemend in de belangstelling gekomen. Het fenomeen doet zich voor over de gehele wereld. Overal is de boodschap dezelfde: meer samenwerking, samenhang en continuïteit in de zorg- en dienstverlening.

Het meest recente voorbeeld in Nederland is het advies van de Gezondheidsraad 'dat er op regionaal niveau afspraken gemaakt moeten worden over zorgtrajecten voor ouderen met complexe multimorbiditeit' (Gezondheidsraad 2008).

Ook bijvoorbeeld zorgverzekeraars blijken steeds meer geïnteresseerd om voor een aantal aandoeeningen een heel traject in te kopen. Keten DBC's werken die ontwikkeling in de hand.

Een aantal ontwikkelingen en vraagstukken heeft aan de belangstelling voor geïntegreerde zorg bijgedragen (Fabricotti 2007; Kodner 2000; Åhgren 2003, Andersson 2000):

- *maatschappelijke ontwikkelingen*

Er heeft zich in belangrijke mate een emancipatie van de zorggebruiker voorgedaan. Vrijheid van keuze en autonomie zijn geldende waarden geworden. Patiënten zijn daardoor centraler in het zorgsysteem komen te staan. De kwaliteit van leven van de individuele patiënt is steeds meer de focus geworden. De zorgverlening wordt van aanbodgericht meer vraaggericht. Patiënten wachten niet op welke zorg zij krijgen, maar zoeken deze op. Daarbij stellen zij als eis dat de zorg aan hun behoeften voldoet, zowel qua inhoud als continuïteit en toegankelijkheid.

Ontwikkelingen als persoonsgebonden budget (PGB) en cliënt volgende indicatiestelling (op zich een kenmerk van de Zorgzwaarte Pakketten (ZZP)) sluiten bij deze ontwikkeling aan.

Veel mensen zijn bereid zelf voor zorg te betalen. Maar ze willen dan wel waar voor hun geld.

- *versnippering van kennis en aanbod*

De inrichting van complexe zorgorganisaties is gaan bestaan uit divisies, met een grote mate van decentralisatie en (sub)specialisaties. Er is daardoor versnippering in het zorgaanbod ontstaan met een negatieve invloed op de kwaliteit en doelmatigheid. Voorzieningen sluiten niet voldoende op elkaar aan (lacunes) of er is juist overlap in zorg. Ook tussen de verschillende sectoren in de gezondheidszorg zijn schotten ontstaan. Elke sector kent zijn eigen financiering, zijn institutionele en professionele culturen, zijn eigen belangen.

Daardoor ontstaan wachttijden en wachtlijsten, verkeerde bed problematiek (de eerste zorgketens zijn veelal ontstaan om de verkeerde bed problematiek op te heffen), het af- of doorschuiven van problemen.

Problemen zijn er op het gebied van regievoering en coördinatie: meerdere kapiteins op het schip of geen enkele kapitein, beiden leidend tot stuurloosheid.

Er ontbreekt eenduidigheid over het monitoren van de functionele situatie en het welbevinden van de patiënt.

De informatieoverdracht laat veelal te wensen over. Zelfs als er een gemeenschappelijke taal lijkt te bestaan (G-standaard voor geneesmiddelen) blijkt het buitengewoon moeilijk om een regionaal elektronisch medicatiesysteem te ontwikkelen.

Daarnaast is er zoveel kennis aanwezig dat niemand meer in staat is alles te overzien. De tijd van de homo universalis ligt ver achter ons. Het is praktisch onmogelijk geworden om zonder de inzet van en samenwerking met andere deskundigen (m.n. langdurige) zorg aan patiënten te bieden.

- *economische redenen:* de financiën in de gezondheidszorg staan al langere tijd onder druk. De westerse wereld wil de collectieve lasten niet teveel laten oplopen om de concurrentiepositie ten opzichte van andere continenten op peil te houden. De kosten en de beschikbare middelen lopen echter uit elkaar. De kwaliteit van het gebodene is daarbij dan ook nog vaak onder de maat.

Kostenbeheersing is daardoor een belangrijk onderwerp. Waarbij inmiddels de aandacht wel iets teveel op geld lijkt te zijn gekomen. We zijn daardoor in een 'zero sum competition' terecht gekomen, waarbij we meer met risicovermijding en afschuiven bezig zijn dan dienstverlening aan klanten (Porter 2007).

Een van de strategieën om op bovenstaande problemen een antwoord te hebben is de ontwikkeling van geïntegreerde zorg. Samenwerking zal de fragmentatie onder zorgaanbieders kunnen en moeten verminderen of opheffen, waardoor het zorgaanbod beter aansluit bij de behoeften van patiënten met een hogere kwaliteit, doelmatigheid, bestuurbaarheid en kostenbeheersing als resultaat. Juist samenwerking en de geïntegreerde zorg zal de focus kunnen leggen op hoe zoveel mogelijk toegevoegde waarde aan de patiënt te bieden en een competitie op basis van waarde voor de patiënt (Porter 2007).

Overigens richten zorgketens zich vaak op één aandoening. Patiënten met multimorbiditeit behoren daardoor doelgroepen van verschillende ketens. Ze krijgen hun zorg dan nog steeds versnipperd en kunnen alsnog tussen wal en schip vallen. Van verschillende kanten wordt hierop gewezen en wordt geadviseerd samenwerking ook te richten op het voorkomen van een versnipperd zorgaanbod aan cliënten met multimorbiditeit (RIVM 2005, Gezondheidsraad 2008)

2.2 Geïntegreerde zorg, ketenzorg of ...?

Ketenzorg, transmurale zorg, zorgketens, klinische paden, zorgtrajecten, managed care (Verenigde Staten), shared care (Engeland), care chain, comprehensive care, disease management, integrated care en geïntegreerde zorg (Schrijvers 2007; Kodner en Spreeuwenberg 2002).

Er bestaat een breed scala aan termen die min of meer het volgende gemeenschappelijk hebben: het betreft zorg die wordt verleend door professionals van verschillende disciplines, met verschillende competenties en specialisaties, waarbij samenhang wordt nagestreefd met als doel kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen (Schrijvers 2007).

Op zich is het mogelijk om voor de diverse termen min of meer subtiële onderscheiden aan te brengen in de definities. De thesaurus voor de gezondheidszorg kan daar bijvoorbeeld behulpzaam bij zijn (Thesaurus Gezondheidszorg). Voor het betoog van deze scriptie vind ik dat echter niet zo relevant.

Omdat ik met name geïnteresseerd ben in het bewerkstelligen van samenwerking tussen verschillende professionals, spreekt de in mijn ogen neutrale, meest patiëntgeoriënteerde, term geïntegreerde zorg mij het meest aan.

Deze term suggereert bijvoorbeeld geen lineair proces, zoals termen als klinische paden, ketenzorg of zorgketens wel doen. Bij de CVA-revalidatie is weliswaar sprake van de opeenvolgende inzet en betrokkenheid van professionals en past het begrip ketenzorg of zorgtraject prima. Bij zorg aan dementierenden of palliatieve zorg is er echter vaak sprake van gelijktijdige betrokkenheid en zou bijvoorbeeld een begrip als netwerk beter voldoen.

Ook heeft geïntegreerde zorg als term niet impliciet het intramurale aanbod als vertrekpunt, zoals transmurale zorg dat mijns inziens als term wel heeft.

Een uitgebreide definitie die de grondslag vormt voor mijn scriptie is de volgende (Kodner en Spreeuwenberg 2002):

Integration is a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organizational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors. The goal of these methods and models is to enhance quality of care and quality of life, consumer satisfaction and system efficiency for patients with complex, long term problems cutting across multiple services, providers and set-

tings. The result of such multi-pronged efforts to promote integration for the benefit of these special patient groups is called 'integrated care'.

Naast het begrip geïntegreerde zorg zal ik ook wel andere termen, met name ketenzorg, gebruiken in de scriptie, vooral als het over “echte” ketens gaat. Dat brengt wat variatie bij het lezen.

2.3 Geïntegreerde zorg nader bekeken

Dé blauwdruk voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg bestaat niet. Daarvoor is het krachtenveld te dynamisch. De steeds veranderende zorginhoudelijke, strategische en/of financiële belangen van patiënten, zorgaanbieders en de financiers/overheid/zorgverzekeraars, de bezinning op en herijking van de rollen van bij de geïntegreerde zorg betrokkenen vragen om een dynamische invulling van de geïntegreerde zorg.

Er zijn echter wel een aantal instrumenten om geïntegreerde zorg te analyseren. Ook is er een aantal basismodellen te benoemen, om de ontwikkeling van geïntegreerde zorg op een methodische manier aan te pakken (Donkers, Bras en van Dingenen 2008).

Een aantal aandachtsgebieden speelt bij de verkenning van en het maken van strategische keuzes in geïntegreerde zorg een vaste rol (Kodner en Spreeuwenberg 2002):

- financiering
- wet- en regelgeving
- organisatievorm en samenwerking
- dienstverlening
- (zorg)inhoudelijke afspraken.

Voor de lijn van mijn betoog, waarin ik met name het bevorderen van samenwerking onder de loep neem, is het vooral zinvol om de aandachtspunten organisatievorm en (zorg)inhoudelijke afspraken kort nader te beschouwen.

2.3.3 Globale organisatiemodellen

Kodner (2000) onderscheidt drie, globale, organisatiemodellen

- *afstemmingsmodel (linkage)*

Professionals werken samen op basis van richtlijnen en/of werkafspraken. Elke professional behoudt zijn eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van indicatiestelling, werkprocessen, financiële regelingen. Vaak kennen de professionals elkaar niet.

- *coördinatiemodel (co-ordination)*

Professionals overleggen met elkaar om misverstanden, discontinuïteit, slechte communicatie en dubbel werk te vermijden. Instrumenten daarvoor zijn structurele overlegvormen, gemeenschappelijke taal, gezamenlijke aanmeldingsprocedure, gemeenschappelijke triage en goede afspraken over overdrachten of soms zelfs een gemeenschappelijk patiëntendossier. Kortom: de patiëntenzorg wordt gecoördineerd.

- *volledig integratiemodel (full integration)*

Niet alleen de patiëntenzorg wordt gecoördineerd maar ook ondersteunende voorzieningen als kwaliteitsbevordering, ICT, management en personeelsbeleid worden gedeeld. Dit kan gebeuren onder de hoede van één eigenaar, maar kan ook met contracten tussen verschillende zorgaanbieders geregeld worden. Door de fusies van de laatste jaren ontstaan er steeds meer voorbeelden van geïntegreerde zorg die passen binnen dit model.

Ik wil kijken naar de voorbeelden van ketenzorg die onder het coördinatiemodel of volledig integratiemodel vallen. Juist bij deze modellen is er sprake van samenwerkingsvormen die ik nader wil onderzoeken.

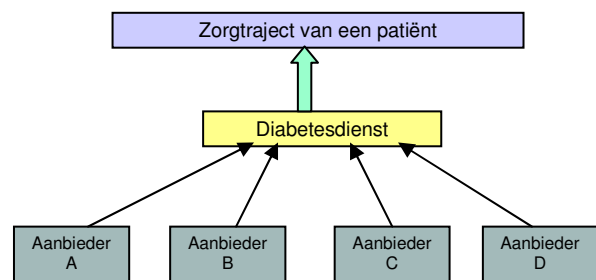
2.3.4 Basismodellen regio Midden-Holland

In de regio Midden-Holland onderscheiden we op basis van ervaringen in de afgelopen jaren drie basismodellen voor ketenzorg. Het zijn wat meer specifieke uitwerkingen van het coördinatiemodel of volledig integratiemodel en behelzen dus (beoogde) intensieve vormen van samenwerking.

In onze basismodellen hebben wij de samenhang tussen de zorgtrajecten en zorgvragen van patiënten en de organisatie van het zorgaanbod beschreven. Elk model kent ook zijn eigen manier van prestatie meten. Al naar gelang de kenmerken van een patiëntgroep wordt voor een bepaald basismodel gekozen, waarop dan eventueel verdere variatie mogelijk is. We hebben de indruk dat met deze basismodellen alle variatie in geïntegreerde zorg te beschrijven zijn (Donkers, Bras en van Dingenen 2008).

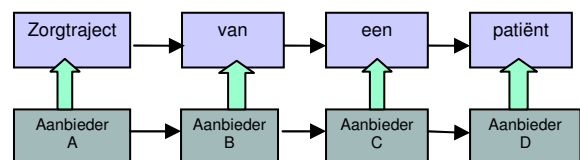
- *dienstenmodel*

Er is één hoofdbehandelaar die met of voor de cliënt de regie voert. Via de hoofdbehandelaar worden meerdere naast elkaar staande zorgverleners ingeschakeld voor de cliënt. Het beloop van het zorgtraject is veelal voorspelbaar (te maken) en goed te protocolleren en programmeren. Een voorbeeld van dit model is de diabeteszorg. De achterliggende samenwerking is uitvoeringsgericht met veel aandacht voor operationele afspraken. Dit model leent zich voor een bepalende keteneigenaar zoals bij de Keten DBC experimenten het geval is. Ook is het model geschikt voor cliëntgroepen bij wie het zelfmanagement centraal staat.



- *transfermodel*

Bij dit model bieden verschillende zorgaanbieders volgtijdelijk hun zorg. De cliënt bezoekt achtereenvolgens verschillende, veelal lichtere of minder dure vormen van zorg om zelfstandigheid te herwinnen. Bij de transfers vindt overdracht van zorg en regie van de ene behandelaar naar de andere plaats. Het beloop van het zorgtraject is redelijk voorspelbaar met vaste ijkmomenten maar is minder programmatisch in te vullen dan bij het dienstenmodel. Met name het herstel/de revalidatie van de patiënt staat centraal. De patiënt heeft zelf niet veel regie in het traject.

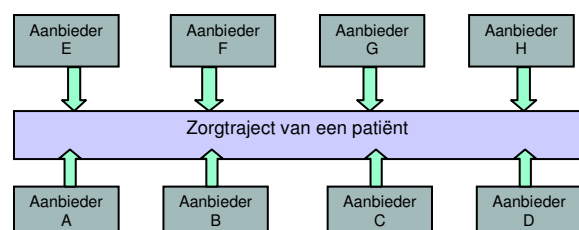


Een belangrijke drijfveer om voor dit model te kiezen was (en is nog veelal) het verminderen van 'verkeerde bedden'.

Een voorbeeld van het transfermodel is de CVA-zorgketen. De achterliggende samenwerking is procesgericht voor een goede doorstroom van patiënten en adequate overdrachten met veel aandacht voor logistieke afspraken.

- *'kluwen'-model*

In dit model staat centraal dat de patiënt door een toenemende zorgbehoefte de hulp nodig heeft van verschillende zorgverleners. De patiënt en diens omgeving is geleidelijk aan steeds minder in staat de regie en overzicht over al die verschillende



aanbieders te houden. Doordat er meerder kapiteins onafhankelijk van elkaar sturen dreigt het zorgtraject stuurlaas te worden. Daarom is er coördinatie nodig. Achter de schermen werken de zorgverleners samen om zoveel mogelijk kennis en kunde bij de cliënt te brengen. Bij dit model horen bijvoorbeeld consultatieteams, casemanagent en zorgtrajectbegeleiders.

Het individuele zorgtraject van een patiënt is op voorhand onduidelijk. Op het niveau van een populatie/patiëntgroep is het beloop van de aandoening op grote lijnen wel voorspelbaar. De variatie in gevolgen op individueel patiëntniveau is echter zeer groot.

Voorbeelden van dit model zijn de palliatieve zorg, de zorg voor dementerenden en de zorg aan patiënten met multimorbiditeit.

De achterliggende samenwerking is probleemgericht met veel aandacht voor onderlinge dienstverlening. Van overheidswege wordt flink geïnvesteerd op regionale samenwerking rond deze cliëntgroepen.

Het transfermodel en het 'kluwen'-model vragen de meeste inspanning om goede samenwerking tussen zorgverleners te bewerkstelligen. In deze scriptie komen daarom voorbeelden van deze laatste twee modellen aan de orde.

In de drie basismodellen kwamen al zijdelings de mate van voorspelbaarheid en de rol van protocollen aan de orde. Protocollen vormen een van de integratie-instrumenten, de (zorg)inhoudelijke afspraken, om tot geïntegreerde zorg te komen. De keus van een integratie-instrument hangt af van het model ketenzorg waarvoor men kiest. Andere integratie-instrumenten zijn: richtlijnen, casemanagement of zorgtrajectbegeleiding (op zich ook wel als dienstverlening te beschouwen), diseasemanagement, uniforme dossiervorming (bij voorkeur elektronisch in de vorm van een EPD) of op zijn minst een goede informatieoverdracht en -deling, gezamenlijke programmering en planningen (bijvoorbeeld triage, opname en ontslagbeleid), multidisciplinair team, feedback naar en scholing van professionals. (Fabricotti 2007; Ouwens 2005).

Het ontwikkelen van deze instrumenten en afspraken is echter niet genoeg. De mechanismen leiden alleen tot integratie als ze daadwerkelijk gebruikt worden. Het opstellen van een protocol of richtlijn alleen is niet afdoende. Zorgverleners moeten de protocollen wel toepassen en ook andere afspraken nakomen. In de praktijk blijkt dat echter gemakkelijker gezegd dan gedaan.

2.4 Barrières en succesfactoren

Er zijn een aantal barrières en succesfactoren te onderscheiden bij het organiseren van geïntegreerde zorg. (bewerkt naar Shortell 2006, Gillies 1997)

2.4.3 Barrières

- *onvoldoende patiënt georiënteerd,*
De patiënt en diens zorgvragen staan vaak onvoldoende centraal. Het ontbreekt daardoor aan gerichte aandacht voor welke vragen er daadwerkelijk beantwoord moeten worden. Vraag en antwoord kunnen daardoor behoorlijk uit balans raken.
- *gebrek aan begrip over en duiding van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg*
- *het zicht ontbreekt op welke onderdelen wel moeten worden geïntegreerd en welke niet;*
Een onduidelijke strategie en missie, het ontbreken van gemeenschappelijke waarden en het onvoldoende inzicht hebben in de processen leiden ertoe dat de focus verkeerd komt te liggen, men energie steekt in het integreren van niet noodzakelijk delen terwijl men elders lacunes laat ontstaan.
- *gebrek aan begrip van geïntegreerde zorg en samenwerking,*
- *focus blijft op afzonderlijke aanbieders of organisaties,*

Men bekommert zich meer om de eigen belangen of het verliezen van macht/invloed dan dat men het belang van de patiënt, de zorgketen en de gemeenschappelijke waarden centraal stelt

- *onvoldoende commitment van afzonderlijke zorgaanbieders en zorgverleners*,
Gezamenlijke afspraken worden niet nagekomen, men volgt de eigen strategie en belangen. Het niet nakomen van afspraken beïnvloedt de betrouwbaarheid en het vertrouwen in elkaar.
- *onvoldoende regionale binding*,
De deelnemers binnen ketenzorg moeten fysiek niet te ver van elkaar verwijderd zijn. Verder is een inbedding in de eigen regio belangrijk om aansluiting te kunnen vinden met de gewoonten, vragen en behoeften van patiënten.
- *onvoldoende competente zorgverleners*,
Binnen de geïntegreerde zorg moet men kunnen onderhandelen, conflicten kunnen hanteren, in systemen kunnen denken, gericht zijn op verbeteren, in teams kunnen werken, aan teambuilding kunnen doen, aan relatiebeheer doen en kunnen implementeren. Het beheersmatige en hiërarchische komt op de achtergrond.
- *angst voor controleverlies*,
Men is bang de grip te verliezen, geen controle uit te kunnen oefenen en blijft daardoor een hiërarchische aansturing hanteren en besteedt te weinig energie aan teamontwikkeling
- *risicovermijdend gedrag*,
De eindtermen en het tijdpad van de ontwikkeling van een project in het kader van geïntegreerde zorg zijn op voorhand vaak onduidelijk. Blauwdrukken bestaan er, zoals eerder gezegd, niet. Niet iedereen houdt ervan een sprong in het diepe te maken, terwijl men denkt niet te kunnen zwemmen. Mensen houden vast aan zekerheden. Hoe onduidelijker de ontwikkeling van de ketenzorg, hoe meer men zal teruggrijpen naar oude zekerheden en patronen.
- *inadequate informatieoverdracht*,
Er is vaak onvoldoende overeenstemming over de informatieoverdracht. Welke informatie moet op welk moment en aan wie worden overgedragen? Men weet niet van elkaar welke informatiebehoefte er bestaat. Onder de mom van privacy van de patiënt wordt veel informatie-uitwisseling gefrustreerd, terwijl het niet om de patiëntbelangen lijkt te gaan maar eerder om het zichzelf afschermen van de zorgverlener (om zich niet te hoeven committeren, om onkunde, desinteresse, luiheid te verbloemen?)
Daarnaast wordt de informatieoverdracht onvoldoende ondersteund door ICT of transmurale dossiers.

2.4.4 Succesfactoren

Kritische succesfactoren liggen op een viertal domeinen (Shortell):

- *strategische dimensie*,
De mate waarin een duidelijke strategie en missie zich richten op integreren, overbruggen van tegenstellingen en samenwerken zijn essentieel.
- *structurele dimensie*,
De mate waarin een structuur en organisatie de integratie en het samenwerken bevorderen en ondersteunen.
- *culturele dimensie*,
De mate waarin onderliggende opvattingen, waarden, normen en gedrag van alle bij de ketenzorg betrokken zorgverleners de geïntegreerde zorg ondersteunen en bevorderen.
- *technische dimensie*,
De mate waarin de zorgverleners over de juiste competenties en kennis beschikken om de doelen van de geïntegreerde zorg te bereiken. Hier valt ook de informatietechnologie onder.

3. Onderzoeksopzet

3.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen

Uit paragraaf 2.4.1 blijkt dat er veel barrières bestaan die samenwerking in ketenverband een lastige opgave laten zijn. Vrijwel alle barrières zijn uitingen en gevolg van menselijk gedrag. Regels, procedures en een hiërarchische aansturing leiden niet tot het opheffen van bovenstaande barrières. Daar is meer voor nodig.

De inzet en samenwerking van zorgprofessionals zijn bepalend voor het welslagen. Hun waarden en normen, hun gedrag, hun opvattingen en de mogelijke veranderingen op die gebieden: daar draait het primair om. Bij het ontwikkelen van geïntegreerde zorg moeten bestaande waarden, werkwijzen en afhankelijkheden worden ingeruild voor nieuwe. Dit vraagt om loslaten, geven en nemen, herijken en een nieuwe rol opzoeken. Het is menselijk om daar met weerstand op te reageren.

Richtlijnen, samenwerkingsafspraken en een adequate financiering zijn onder andere de lijm van de zorgketen. Maar de lijm alleen is niet sterk genoeg als mensen de krachten niet *willen* bundelen, als de middelpuntvliedende krachten door de weerstanden te groot zijn.

Dat leidt tot de volgende probleemstelling:

hoe kan de zorgprofessional optimaal bijdragen aan de succesvolle ontwikkeling en borging van geïntegreerde zorg?

Om op deze probleemstelling een antwoord te kunnen geven, worden de volgende vragen nader onderzocht:

- hoe is 'de (zorg)professional' te kenschetsen?
- welke factoren spelen een rol bij het bevorderen of belemmeren van samenwerking tussen zorgprofessionals?
- welke mechanismen kunnen de bevorderende en belemmerende factoren ten positieve of negatieve beïnvloeden?
- hoe ziet een mogelijk, samenhangend model betreffende de bevorderende en belemmerende factoren en beïnvloedende mechanismen eruit?
- welke inzichten en ervaringen zijn er in de praktijk verkregen?
- welke rol spelen de managers (projectleiders, bestuurders, transmurale netwerken e.d.) ten opzichte van de zorgprofessionals?
- welke aanbevelingen zijn er op basis van de theorie en de praktijkervaringen te formuleren?

3.2 Onderzoeksopzet

De eerste drie vragen zijn op grond van literatuuronderzoek beantwoord. Op basis van de bevindingen uit de literatuur stel ik een conceptueel model op, aan de hand waarvan de praktijk onderzocht kan worden ten aanzien van de rol van de zorgprofessional in de geïntegreerde zorg en hoe die rol geoptimaliseerd zou kunnen worden.

Praktijkervaringen zijn verkregen door een aantal vraaggesprekken met zorgketens en transmurale netwerken die meerdere zorgketens hebben ontwikkeld of ontwikkelen. Leidraad voor de vraaggesprekken was het conceptuele model, dat is omgewerkt tot een semi-gestructureerde vragenlijst (zie bijlage 1).

Er is voor het gesprek gekozen als belangrijkste instrument voor gegevensverzameling, omdat in een gesprek doorgevraagd kan worden, het perspectief kan worden verlegd en in een dialoog door het *sparren* ter plekke nieuwe inzichten of verklaringen kunnen ontstaan. Alleen een vragenlijst, opgezet

als een enquête zonder gesprek, zou die toegevoegde waarde niet hebben. De kans om daardoor belangrijke inzichten te missen leek me te groot.

De vragenlijst was wel een goed hulpmiddel om systematisch een aantal aandachtspunten te bespreken. Het onderwerp en ikzelf ook trouwens, bieden namelijk aanleiding genoeg om al associërend door de bomen het bos niet meer te zien.

De vragenlijst werd van tevoren opgestuurd om een indruk te geven van doel en inhoud van het gesprek en om de gesprekspartners de gelegenheid te bieden zich voor te bereiden.

De belangrijkste doelstelling van de vraaggesprekken was om aan de hand van het conceptuele model praktijkervaringen en -inzichten te verzamelen en te interpreteren. Een nevendoelelstelling van de vraaggesprekken was om globaal te toetsen of het conceptuele model een handreiking zou kunnen bieden bij het ontwikkelen en borgen van geïntegreerde zorg.

De vraaggesprekken worden gevoerd met een zestal organisaties, dat zich bezig houdt met ketenzorg: vier transmurale organisaties die betrokken zijn bij de ontwikkeling van meerdere ketens en twee die zich op cliënten met dementie richten (zie bijlage 2). Een aantal overwegingen heeft tot deze keuze geleid.

Bij het kluwenmodel draagt de structuur van de keten het minst bij aan het bieden van een raamwerk bij het doen ontstaan van samenwerking. Bij het dienstenmodel en transfermodel biedt de structuur op voorhand veel meer een raamwerk.

Bij het dienstenmodel gaat het veelal om redelijk te voorspellen, goed te protocolleren aandoeningen waarover vaak al landelijk consensus bestaat over de beoogde uitkomsten. De regie ligt vrijwel 'automatisch' in handen van één persoon, die snel contact met andere zorgprofessionals kan hebben. Dat bindt zorgprofessionals tot op zekere hoogte al.

Het transfermodel sluit aan op het naar elkaar verwijzen door professionals, iets wat men gewend is te doen. Een patiënt wordt daarbij overgedragen van de ene hoofdbehandelaar naar de andere. De zorgprofessional hoeft op zich zijn doen en laten niet heel sterk aan te passen. Het transfermodel sluit in die zin aan bij bestaande opvattingen en handelwijzen, kan redelijk gemakkelijk geënt worden op bestaande wortels. Er bestaat zeker afhankelijkheid tussen zorgprofessionals, maar het gaat hierbij toch meer over processen. Frictie bestaat vooral over slechte informatieoverdrachten, onzorgvuldige triage en daardoor een onjuist traject voor de patiënt en 'verkeerde bed'-problematiek. Maar je kunt redelijk onafhankelijk van elkaar werken en toch als keten een goed succes behalen.

Bij het kluwenmodel is het progressief minder worden van regiefunctie bij de patiënt en zijn systeem het kenmerk. Per definitie zijn er in dit model verschillende zorgprofessionals uit meestal verschillende organisaties betrokken bij de zorg- en dienstverlening. Coördinatie en afstemming zijn belangrijke, allesbepalende uitkomsten van dit traject. Er wordt dus een groot beroep gedaan op de samenwerking door zorgprofessionals. De patiënt merkt ook vrijwel direct als de samenwerking niet goed verloopt. Zorgprofessionals kunnen in dit model echt niet zonder elkaar.

In alle drie de modellen is samenwerking belangrijk om doelmatig resultaten te behalen, moeten professionals veranderen en kunnen er dus weerstanden bestaan. Maar het kluwenmodel vraagt om de meeste samenwerking en verandering bij professionals.

Mijn veronderstelling is dat bij het kluwenmodel (waarvan het archetype de zorg aan dementerenden is) de meeste fricties op het gebied van samenwerken zouden kunnen optreden en er het meest georganiseerd en gestuurd moet worden om tot succesvol samenwerken te komen. Dat van dit model het meest te leren is over zorgprofessionals en geïntegreerde zorg. Vandaar mijn keuze voor het kluwenmodel. En vanuit mijn netwerk zijn contacten met 'dementieketens' snel gemaakt.

De meeste transmurale netwerken¹ ontwikkelen een variatie aan ketenzorg die zijn gebaseerd op verschillende modellen. De transmurale netwerken waarmee ik heb gesproken, hebben alle in ieder geval op het kluwenmodel gebaseerde zorgketens (dementie, palliatieve zorg). Bovendien hebben ze, doordat ze meerdere trajecten en projecten hebben ontwikkeld, overstijgende ervaringen, inzichten en kennis opgedaan. Dat leek me een toegevoegde waarde hebben voor dit onderzoek (hetgeen ook zo bleek te zijn). Het sluit goed aan bij mijn doelstelling om overstijgend naar geïntegreerde zorg en zorgprofessionals te kijken.

Ik heb de gesprekken gevoerd met een of twee mensen van een keten of transmuraal netwerk die uit de aard van hun functie (adjunct)-directeur en/of projectleider) overzicht over de gehele keten of het transmurale netwerk met de diverse ketens.

Ze bleken allen ook zeer geïnteresseerd in het op een meer theoretisch-conceptuele wijze kijken naar en praten over geïntegreerde zorg en zorgprofessionals.

¹ Met transmuraal netwerk bedoel ik hier een platform waarin regionale zorgaanbieders de krachten gebundeld hebben om gezamenlijk ontwikkelingen op het gebied van de regionale zorg- en dienstverlening te entameren

4. Mensenwerk als uitgangspunt voor een model

Geïntegreerde zorg is primair mensenwerk. Het succes van geïntegreerde zorg hangt, zoals eerder gezegd, vooral af van inzet en commitment van de zorgprofessionals.

Allereerst worden op grond van literatuuronderzoek een kenschets van (zorg)professionals gegeven (paragraaf 4.1), bronnen voor belemmerende en bevorderende factoren voor samenwerking beschreven (paragraaf 4.2) en mechanismen om die factoren te beïnvloeden benoemd (paragraaf 4.3).

In paragraaf 4.4 construeer ik op grond van de bevindingen betreffende de belemmerende en bevorderende factoren en de beïnvloedende mechanismen een 'verandermodel'.

4.1 Kenschets van (zorg)professionals

Een professional kan worden omschreven als een persoon uit een welomschreven beroepsgroep die met behulp van creativiteit en toepassingsvaardigheden, wetenschappelijke kennis gebruikt bij het oplossen van waardeproblemen (van Aken, 1994).

Dé gemiddelde professional bestaat natuurlijk niet. Desalniettemin zijn er een aantal eigenschappen te benoemen, die karakteristiek zijn voor een gemiddelde professional (Weggeman 2007, Glouberman, 2001). Enig inzicht in deze eigenschappen kan helpen bij welke reacties, gedrag en weerstanden te verwachten kunnen zijn bij het ontwikkelen van samenwerking tussen de zorgprofessionals en hoe dit te duiden.

Professionals:

- *beschikken over gespecialiseerde kennis*
Er is een grote behoefte om kennis te vergaren en te ontginnen. Een professional vindt het ook leuk om nieuwe dingen te leren. De professional is zich er meestal van bewust dat (nieuwe) kennis nodig is om te innoveren en de zorg- en dienstverlening te verbeteren.
De keerkant is dat kennisvergaring tegelijkertijd kan leiden tot verdergaande specialisatie en daardoor een verminderde integratie.
- *streven naar autonomie*
Een professional wil het recht hebben om zelf keuzes te maken over hoe het beroep wordt uitgeoefend
- *zijn gedreven en toegewijd*
Een professional is in hoge mate persoonlijk betrokken bij de beroepsuitoefening, en is bereid veel tijd en energie te steken in de patiëntenzorg. Roeping is een wat verouderd begrip, maar in de literatuur kom je vaak de term altruïsme of altruïstische houding tegen.
Het belang van de eigen groep of eigen persoon is echter vaak dichtbij en wordt door de professional net zo gedreven en toegewijd verdedigd. De altruïstische houding komt daardoor nog wel eens in de schaduw te staan.
- *hebben behoefte aan identificatie met de eigen beroepsgroep en collega's*
Elke beroepsgroep heeft zijn eigen beroepsvereniging, die vaak niet alleen voor de belangen van de beroepsgroep opkomt maar juist ook de leden van de beroepsgroep op inhoud samenbindt. Steeds meer beroepsverenigingen stellen eisen aan de herregistratie om tot de beroepsgroep te kunnen blijven behoren.
- *hebben een sterke beroepsethiek*
Een professional voelt zich verplicht diensten te verlenen aan de patiënt zonder steeds rekening te hoeven houden met financiële belangen van een organisatie. Dit is overigens mijns inziens iets anders dan dat men geen financieel-economische antenne zou hebben. Veel professionals weten feilloos welke factoren van invloed zijn op de inkomsten.

- *hanteren professionele standaarden en willen die door intercollegiale toetsing handhaven*
Professionals besteden veel tijd aan opstellen van standaarden en richtlijnen. Die vaardigheid is in het algemeen sterker ontwikkeld dan de vaardigheid om collega-professionals aan te spreken op fouten, disfunctioneren of niet gepast gedrag. Er bestaat een sterke neiging om elkaar te beschermen, zeker binnen dezelfde beroepsgroep.
- *kunnen zeer effectief en doelgericht zijn bij de juiste urgentie*
Als iedereen het water aan de lippen staat zie je vaak dat de armen ineens worden geslagen en dat zeer effectief en resultaatgericht, samen, gepresteerd wordt. In acute, gezondheidbedreigende situaties als op een SEH, wordt samenwerking vaak eenvoudig en met weinig woorden bereikt. Als het water echter wat lager staat, daalt het urgentiegevoel navenant mee en vermindert het effectief samenwerken. De professional is dan weer geneigd solistisch op te treden en zich onafhankelijk op te stellen met een beperkende invloed op de samenwerking.

Maister onderscheidt vanuit het perspectief van de dienstverlening vier 'archetypen' professionals (Maister 1997). Hij deelt de professionals in op basis van twee assen:

- de mate waarin de professional gestandaardiseerd of klantspecifiek werkt
- de mate van contact met de cliënt bij de dienstverlening.

In de tabel zijn de archetypen uitgewerkt voor de gezondheidszorg.

Tabel 'Archetypen' professionals, op grond van hun dienstverlening

	<i>Gestandaardiseerd proces (min of meer routinematig)</i>	<i>Klantspecifiek proces (maatwerk)</i>
<i>Veel contact met patiënten. Klant verwacht resultaat én interactie</i>	Verpleegkundige	Huisarts
<i>Weinig contact met de patiënt De klant is vooral gericht op resultaat</i>	Apotheker	Hersenchirurg

De professional in de rechter bovenhoek heeft de meeste vrijheid nodig voor zijn dienstverlening en eigent zich deze vrijheid in het algemeen ook toe. Deze groep is dan ook het moeilijkst te managen. De professional in de linker bovenhoek is meer gericht op coördineren en afstemmen met anderen. Hoe minder sprake er is van standaardisatie, des te meer moet er op normen en waarden gestuurd worden.

Zoals Weggeman ook al schrijft, moet je niet verwachten dat professionals met een paar simpele (dienst)opdrachten en het opleggen van regels en procedures tot samenwerken zijn te bewegen. Integendeel zelfs. Hoe meer regels, hoe meer de professional zich ergens toe gedwongen voelt. Als reactie zal de professional zich aan het geheel onttrekken en zijn eigen plan trekken.

Als de professional zich echter kan identificeren met de hogere doelen, met de waarden, met een collectieve ambitie, dan is er een grote inzet, betrokkenheid en output te verwachten.

Met andere woorden: samenwerking moet ontstaan vanuit een proces van zelf-organisatie, als bij de school vissen of het mierenleger. Helemaal vanzelf loopt dat niet. Een beperkt aantal spelregels zal hieraan richting moeten geven. Spelregels die bovenal het ontwikkelen van een collectieve ambitie niet moeten belemmeren.

4.2 Bronnen voor bevorderende en belemmerende factoren

Het ontwikkelen van geïntegreerde zorg en ketenzorg is te beschouwen als een majeur veranderingstraject met als beoogde resultante veranderingen in dat mensenwerk.

Op basis van literatuuronderzoek onderscheid ik drie bronnen voor bevorderende en belemmerende factoren en drie mechanismen die deze factoren beïnvloeden. (Glouberman en Mintzberg 2001, Mur-Veerman 2001, van Wijngaarden 2006, Kotter 1997).

In deze paragraaf komen de bronnen voor bevorderende en belemmerende factoren aan de orde.

4.2.3 Autonomie

Samenwerking houdt onderlinge afhankelijkheid in. Het is belangrijk dat de spelers in geïntegreerde zorg deze afhankelijkheid (h)erkennen en zichzelf ook als afhankelijk van anderen d.w.z. van elkaar kunnen en willen opstellen. Het is belangrijk dat ze erkennen dat ze kennis en vaardigheden van anderen nodig hebben om ook eigen doelstellingen te bereiken. Ze zullen daarvoor relaties moeten aangaan met anderen, zich afhankelijk moeten gaan opstellen. Vraagstukken van autonomie en macht zijn intrinsiek aan afhankelijkheidsrelaties.

Autonomie (van het Grieks αυτο (auto) = zelf en νομος (nomos) = wet of regel) betekent volgens de Van Dale letterlijk onafhankelijkheid, de vrijheid om eigen wetten te volgen. De autonome professional laat zich erop voorstaan dat hij zelf doel en inhoud van zijn functie bepaalt, prioriteiten stelt, zelf kiest met welke collega's en externe partijen hij samenwerking zoekt en zelf bepaalt op welke manier hij zijn activiteiten uitvoert en met welke kwaliteitsnorm. De professional eigent zich het recht toe 'managementbeslissingen niet uit te voeren als die tegen de professionele standaards ingaan'. (Weggeman)

In geïntegreerde zorg en zorgketens is de samenwerking niet vrijblijvend. Ook de keuze met wie men samenwerkt, staat niet vrij. Een professional die te star vasthoudt aan de eigen autonomie en onafhankelijkheid belemmert met zijn solistische optreden een goed samenwerken. Een professional zal moeten geven en niet alleen nemen. Dat kan dus een spanningsveld opleveren. Durf je over je eigen grenzen te gaan en een deel van de autonomie in te leveren, dat is de vraag.

Beroepsgroepen beseffen in toenemende mate dat autonomie niet onbeperkte vrijheid inhoudt. Er zal ook verantwoording moeten worden afgelegd door de professional, niet alleen naar de patiënt en de eigen beroepsgroep, maar ook naar de samenleving of samenwerkingspartners. De KNMG (Koninklijke Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst) schrijft in haar document over medische professionaliteit bijvoorbeeld 'dat iedere professional zijn eigen verantwoordelijkheid heeft te nemen, maar dat er tegelijkertijd een gezamenlijke verantwoordelijkheid is. Dit vereist dat bewaakt wordt dat de gedeelde en verdeelde verantwoordelijkheden op elkaar aansluiten' (KNMG 2007)

4.2.4 Macht

Het uitoefenen van macht lijkt een universele eigenschap van de mensheid, waar ook ter wereld, inherent aan het feit dat de mens een sociaal wezen is.

Macht is de capaciteit van individuen of groepen om anderen te overtuigen, aan te zetten of te dwingen tot het volgen van bepaalde actiepatronen (Johnson en Scholes).

Macht manifesteert zich alleen als er sprake is van sociale relaties. Sociologen spreken van de machtsbalans. In sociale relaties heeft iedereen wel enige macht. Van belang is echter of de macht

gelijkelijk verdeeld is of niet, en stabiel verdeeld is of onderhevig aan periodieke veranderingen. In het algemeen spreekt men pas van macht als er sprake is van enige uni-lateraliteit. Als de macht vrijwel of geheel gelijkelijk is verdeeld spreekt men van 'constraint'.

Macht kan worden ingezet om te domineren of juist om compromissen met derden te sluiten. Binnen afhankelijkheidsrelaties is er meestal sprake van ongelijke machtsverdeling.

Macht berust op diverse bronnen:

- hiërarchie, formele macht, bijvoorbeeld door de positie die men heeft
- invloed, informele macht, op grond van bijvoorbeeld charisma van een persoon of groep of toegekende macht (zonder dat dat getoetst hoeft te zijn)
- controle over strategische middelen, geld
- bezit van (unieke of specialistische) kennis en vaardigheden,
- controle over de menselijke omgeving, bijvoorbeeld onderhandelingsvaardigheden of overtuigingskracht
- betrokkenheid bij de implementatie van de strategie.

Macht kun je aflezen aan de status (de reputatie, het aanzien van een beroepsgroep), de aanspraak op de middelen (grootte van het budget bijvoorbeeld), de vertegenwoordiging op belangrijke posities en symbolen (gebruik van titels, witte jassen, de pieper en constante bereikbaarheid). Door de verschillende bronnen en factoren in samenhang te beschouwen kun je een idee vormen over de macht van een individu of groep.

Als er te grote verschillen in macht worden beleefd, kan een individu of groep zich bedreigd gaan voelen, ten aanzien van het eigen taakgebied, de autonomie of de positie. Dit werkt domeindiscussies en wantrouwen in de hand. Domeindiscussies werken verlamrend op de voortgang van het veranderingsproces. Wantrouwen dat samenwerken zo en zo onmogelijk maakt.

Binnen de gezondheidszorg bestaan grote verschillen in macht (vergelijk de specialist ten opzichte van de huisarts, de dokter ten opzichte van de verpleegkundige).

Ongelijkheid in macht hoeft niet per se een beperkende factor te zijn. Zolang de ongelijkheid maar niet te groot wordt en er geen misbruik van gemaakt wordt.

Zowel de mensen met als zonder macht streven naar controle. Controle geeft macht. De machtigen zoeken controle om hun macht te legitimeren. De mensen zonder macht reageren vervolgens precies hetzelfde als ze eenmaal wel macht krijgen. Het is kennelijk een universeel, menselijk gedrag om controle te hebben. (Argyris 1997)

De uitdaging zit er nu in om dit gedrag gericht op het verkrijgen of in stand houden van controle toch in dienst van veranderen en leren te krijgen.

4.2.5 Cultuur

De cultuur (zowel van een bepaalde professie als van een organisatie) is een van de grootste variabelen binnen samenwerking. Cultuur is het geheel van normen, waarden, leidende inzichten, beginsels, gedrag en denkwijzen dat als vanzelfsprekend wordt gedeeld door leden van een organisatie of beroepsgroep en dat aan nieuwe leden wordt geleerd als zijnde correct. Het staat voor het onbewuste, ongeschreven deel van een organisatie of beroepsgroep.

De ontwikkeling van geïntegreerde zorg wordt door professionals al snel gevoeld als een inbreuk op de eigen cultuur. Ze vrezen misverstanden, het doorbreken van vertrouwde routines en verlies van eigen identiteit (Mur -Veerman 2001).

Professionals zijn echter dikwijls opmerkelijk weinig tot niet op de hoogte van de cultuur van de overige spelers binnen de geïntegreerde zorg. Ze reageren tamelijk primair, vanuit vooronderstellingen en vooroordelen dat de cultuur van anderen altijd sterk verschilt van de eigen cultuur. En ze reageren vanuit een angst dat anderen hun cultuur zullen opleggen.

Voor een succesvolle ontwikkeling van samenwerking is inzicht in de verschillen en de overeenkomsten in cultuur nodig, bij zowel de uitvoerende professionals als de mensen die de ontwikkeling van de ketenzorg katalyseren.

4.2.5.1 'De cultuur' van professionals

Zoals dé professional niet bestaat, is er natuurlijk ook geen sprake van dé cultuur van professionals. Desalniettemin is er wel een aantal kenmerken te benoemen dat van invloed is op het bevorderen of in stand houdend van culturele verschillen (Weggeman):

- *gebrek aan gemeenschappelijke doelgerichtheid*

Professionals zijn in veel gevallen meer betrokken bij hun eigen vak dan bij een organisatie.

- *het referentiekader voor beslissingen ligt buiten de eigen organisatie*

Het zijn veeleer de beroepsverenigingen en wetenschappelijke collegia die aangeven wat vakmatig wel en niet juist is. Organisaties spelen daar slechts een kleine rol in. Een manager die niet uit het vak komt geniet weinig gezag en kan zich maar beter niet met de inhoud van het vak bemoeien.

Besluitvorming in kennisintensieve organisaties (en dus ook in geïntegreerde zorg) is veelal diffuus. De betekenis die aan besluiten wordt gehecht is vaak ook problematisch. Besluiten en afspraken waarvan de professional vindt dat die te veel invloed hebben op de inhoudelijke wijze van het vak uitoefenen, worden met argwaan tegemoet getreden en slecht opgevolgd.

- *de onderlinge werkverdeling geschiedt op persoonlijke voorkeuren*

Professionals neigen ernaar de wereld te verdelen in *good* en *bad guys*. Ze weten in het algemeen prima welke collega ergens goed in is. Met die collega zullen ze bij voorkeur ook zaken doen. De minder presterende collega komt steeds meer op een zijspoor te staan. Gerichtte actie om dat te veranderen wordt meestal niet ondernomen. Iedereen weet het, maar niemand doet er wat aan.

- *eigen vak is bij multidisciplinaire samenwerking toch belangrijker*

Verschillende vakgebieden en beroepsgroepen kunnen behoorlijk 'vijandig' met elkaar omgaan. Territoriumdrift en competentiestrijd zijn aan de orde van de dag. En hoe dichter de vakgebieden bij elkaar liggen, hoe groter de onderlinge competitie lijkt te zijn. Ik zie dat in de praktijk bijvoorbeeld tussen internisten en klinisch geriaters, of tussen psychologen, geestelijk verzorgers en maatschappelijk werkers in het verpleeghuis.

- *veel wordt informeel geregeld*

De behoefte om informeel te regelen is groot. Hoe vaak hoor je niet 'dat regel ik wel even met a of b'. Met het argument dat het ten behoeve van de patiënt of de patiëntenzorg is, krijgt de professional informeel ook veel voor elkaar. Deze houding leidt tot een taakgerichte samenwerkingscultuur, waarbij het bereiken van de output belangrijker wordt gevonden dan het volgen van de regeltjes en procedures van een systeem of organisatie. Actuele ontwikkelingen als HKZ-certificering of de AO/IC-regeling leiden regelmatig tot onbegrip en botsingen.

- *er is een selectieve financieel-economische gevoeligheid*

In de ogen van de professional is het de doelstelling van een organisatie om goed werk af te leveren, patiënten te helpen of nieuwe dingen bedenken en niet om de financiële administratie tot drie decimalen achter de komma kloppend te krijgen. Je moet dus niet altijd te strikt met budgetten omgaan.

Zoals eerder gezegd is er mijns inziens wel sprake van een selectieve gevoeligheid. Want als er eigen belangen spelen, blijkt men een goed ontwikkeld financieel-economisch inzicht te hebben en niet naïef te zijn op dit gebied.

- *men creëert graag een sfeer van openheid en naïviteit*

Men deelt op zich graag kennis met anderen. Een bedrijf dat kennis strategisch voor zichzelf wil houden, zal dat wellicht een vervelende eigenschap vinden. In het licht van geïntegreerde zorg is dit echter juist zeer positief.

4.2.5.2 'De cultuur' van de organisatie

De meeste zorgprofessionals die betrokken zijn bij geïntegreerde zorg, worden niet alleen gevoed door de cultuur van de beroepsgroep, maar in meer of mindere mate ook door de cultuur van de organisatie waarin ze werken. Een verpleeghuisarts of een afdelingshoofd van een dagbehandeling nemen naar mijn beleving bijvoorbeeld meer van de cultuur van hun organisatie mee dan een medisch specialist. Het maakt de variatie binnen samenwerkingsverbanden in ieder geval nog groter.

Johnson en Scholes beschrijven het culturele web als een manier om de cultuur van een organisatie in kaart te brengen. Door toch eens stil te staan bij de zes gebieden van het culturele web, zijn op voorhand weerstanden, drempels en mogelijke aangrijpingspunten in te schatten. Of een vastlopend proces kan er door los worden getrokken. De zes gebieden kort beschouwend:

- *rituelen en routines*: een sterke hang aan rituelen en routines kunnen een proces, waarbij juist een verandering moet optreden, sterk frustreren. Hoeveel tijd wordt er niet besteed aan het doorbeken van "ja, maar wij doen het altijd zo..."?
- *de verhalen*: in het kader van geïntegreerde zorg lijken me vooral de verhalen of andere partijen waarmee samengewerkt moet worden, relevant. Hoeveel vooronderstellingen en vooroordelen wisselen we met z'n allen wel niet uit over die of die organisatie? Overigens vrijwel nooit met open vizier, maar altijd achter de rug om. De concurrentie tussen organisaties lijkt dit soort verhalen in de hand te werken.
- *symbolen*: in de geïntegreerde zorg werken vooral jargon en het vasthouden aan eigen dossiers (op papier of elektronisch) contraproductief.
- *machtstructuren*: in de samenwerking zal veel afhangen hoe organisaties hun macht gebruiken. Eerder in deze paragraaf heb ik daar al wat over geschreven.
- *controlesystemen*: bij het opstellen van prestatie-indicatoren merk je vaak heel duidelijk hoe verschillend organisaties omgaan met controle en monitoren. Er kan een aanzienlijke frictie ontstaan tussen meer beheersmatige of meer ontwikkelingsgerichte organisaties.
- *organisatiestructuren*: professionals die uit een meer hiërarchische ingestelde organisatie komen moeten vaak veel meer met de 'achterban' afstemmen dan professionals die meer mandaat hebben. Dit kan processen behoorlijk vertragen.

Verder merk je dat afspraken en opvattingen die in een kleine groep zijn gemaakt, soms zeer moeizaam of zelfs niet doordringen in de vaak zeer grote organisaties.

4.2.5.3 'De cultuur' van de (sub)-regio

De cultuur kan per (sub)-regio aanzienlijk verschillen. Bijvoorbeeld mijn eigen regio Midden-Holland kent zeker drie subregio's: Gouda (de 'grote' stad), de Krimpenerwaard (sterke religieuze waarden) en Boskoop en omgeving ('niet zeuren maar poetsen'). Goede voorbeelden uit andere regio's hoeven daarom niet automatisch tot een succes in de eigen regio te leiden.

Dit wordt niet alleen veroorzaakt doordat zorgaanbieders verschillen, maar juist ook doordat de behoeften en gewoontes van inwoners verschillen per regio.

Kortom: de diversiteit aan beroepsgroepen, de diversiteit aan organisaties, de verschillen per (sub)-regio, met al die geheel verschillende waarden en belangen, daar heb je een grote 'melting pot' voor nodig.

Kotter wijst erop dat de kern van oude en bestaande culturen op zich niet onverenigbaar hoeft te zijn met de nieuwe visie (Kotter 1997). Nieuwe werkwijzen en denkbeelden kunnen best geënt worden op bestaande wortels, maar echt onverenigbare takken zullen wel moeten worden gesnoeid. Dat lijkt ook een verstandiger weg dan alle verschillen proberen weg te ruimen: daarmee snoei je de ontwikkeling van geïntegreerde zorg ook dood.

Het creëren van een collectieve ambitie in de zorgketen, het ontwikkelen van gemeenschappelijke ketenwaarden, het is geen sinecure maar wel een vereiste.

4.3 Mechanismen die bevorderende en belemmerende factoren beïnvloeden

Er zijn op basis van de literatuur drie verschillende mechanismen te benoemen die de bevorderende en belemmerende factoren ten positieve of negatieve kunnen beïnvloeden (Glouberman en Mintzberg 2001, Mur-Veerman 2001, van Wijngaarden 2006, Kotter 1997).

4.3.3 Structuur

Mintzberg omschrijft structuur als de coördinatiemechanismen, de taakverdeling, de plek van individuele en groepen zorgprofessionals in een geheel. Structuur speelt op twee manieren een rol in het organiseren van geïntegreerde zorg.

Ten eerste moet er een structuur worden gemaakt om de ontwikkeling van geïntegreerde zorg voor te bereiden en te implementeren. Voor de zorgprofessionals is deze structuur bepalend voor de mate waarin ze iets te zeggen zullen hebben over de (toekomstige) gang van zaken. Zoals eerder in de paragraaf al aangegeven, is de positie van invloed op de macht die je kunt uitoefenen. Er wordt dan ook vaak sterk onderhandeld over de plek in de keten. Hiermee kan nogal veel tijd verloren gaan. Het kan bovendien leiden tot het sluiten van compromissen die niet de meest efficiënte structuur inhouden. (Mur-Veerman 2001).

Ten tweede moeten er nieuwe structuren van zorg verlenen ontstaan met nieuwe werkwijzen, inzichten, gedrag en communicatiepatronen. Doordat professionals echter in verschillende organisaties werken, op verschillende locaties met verschillende achtergronden, is er sprake van betrekkelijk weinig onderling direct contact. Als je elkaar zo weinig ontmoet, hoe moet je dan bestaande grenzen overstijgen? (van Wijngaarden 2006). Bij de paragraaf over leren kom ik daar op terug.

In ieder geval zullen bestaande patronen ingewisseld moeten worden voor nieuwe. Hierbij komen professionele waarden als altruïsme en commitment snel in de knoei te zitten en op het tweede plan. Het mogelijk verliezen van autonomie weegt dan namelijk zwaarder dan het volhouden van een altruïstische houding.

Glouberman en Mintzberg (2001) beschrijven zes coördinatiemechanismen die de samenwerking kunnen bevorderen:

- *onderlinge afstemming*: twee of meer mensen passen de werkwijze op elkaar aan, meestal door middel van informele communicatie. Dit mechanisme werkt in simpele situaties (fietsen op een tandem) of zeer complexe situaties (een vliegtuig bouwen).
- *directe supervisie*: er wordt iemand aangesteld om de werkzaamheden te coördineren: de chef, de baas, de manager. Hiermee wordt een vorm van hiërarchie geïntroduceerd.
- *standaardisatie van het werk*: coördinatie vindt plaats door het ontwerp van het werk zelf.
- *standaardisatie van resultaten/output*: de focus ligt niet op werkprocessen maar op de resultaten, bijvoorbeeld om een vooraf bepaalde target of productie te behalen.

- *standaardisatie van vaardigheden en kennis*: verschillende mensen worden getraind om van elkaar te weten welke acties/handelingen ze van elkaar kunnen verwachten.
- *standaardisatie van normen en waarden*: socialisatie wordt gebruikt om gemeenschappelijke waarden en visie te bewerkstelligen om tot gemeenschappelijke verwachtingen te komen.

Alle zes de mechanismen worden in min of meerdere mate in de praktijk toegepast, hoewel vaak het accent toch op een van de mechanismen komt te liggen. In het ziekenhuis is dat veelal de standaardisatie op vaardigheden en kennis. In de V&V-sector ook nog wel eens op output (alle cliënten om ½ 10 uiterlijk gewassen).

Onderlinge afstemming en standaardisatie van normen en waarden zijn echter meer effectieve mechanismen bij het ontwikkelen van geïntegreerde zorg.

4.3.4 Urgentiebesef

De ontwikkeling van geïntegreerde zorg is te beschouwen als een groot veranderingstraject met als eindresultaat samenwerking tussen zorgprofessionals die dat daarvoor nog niet of op een veelal minder intensieve manier deden. Kotter (1997) geeft aan dat urgentiebesef van cruciaal belang is om tot gewenste samenwerking te komen. Het creëren van een urgentiebesef moet de zelfgenoegzaamheid doorbreken die de status quo handhaaft, die de oude patronen en denkbeelden van de zorgprofessionals in stand houdt. Kotter onderscheidt een negental bronnen van zelfgenoegzaamheid. In het kader van de geïntegreerde zorg lijken mij vooral relevant:

- aandacht gericht op eng functionele doelen in plaats van op het integrale proces, waardoor men zich onvoldoende verantwoordelijk voelt voor het gehele proces
- gebrekkige feedback over de prestaties, en dan met name van externe belanghebbenden (de patiënt in het bijzonder)
- een cultuur waarin de boodschapper van slecht nieuws wordt afgemaakt, waarin oprechtheid en met name confrontatie op een laag pitje staan
- de menselijke neiging om te ontkennen wat men niet wil horen, men heeft al druk genoeg en er is weinig behoefte aan nog meer werk.

Om de genoegzaamheid te doorbreken zijn stoutmoedige acties noodzakelijk. Hierdoor zal de onrust toenemen, iets waar de meeste mensen niet direct op zitten te wachten. De meeste mensen houden er niet van zekerheden los te laten voordat ze zich hebben op nieuwe zekerheden. En bij tegenslag heeft men de neiging zich alleen nog maar sterker vast te houden aan het bekende.

Kotter betoogt dat het belangrijk is de eerste stap in zijn veranderproces (dat uit acht stappen bestaat) vooral niet over te slaan. Vroeg of laat wreken een laag urgentiebesef en (veel) genoegzaamheid zich. Omdat de omgeving blijft veranderen is het eigenlijk niet goed meer mogelijk om achter over te leunen. Er zal steeds een urgentiebesef moeten blijven bestaan om op de omgeving te blijven reageren. Dit betekent niet dat men in een constante paniek of bezorgdheid hoeft te leven en als kippen zonder kop rond te rennen. Het betekent wel dat er een situatie ontstaat waarin men steeds alert is op problemen en kansen. Daarvoor is in ieder geval goede feedback en informatie noodzakelijk van belanghebbenden, in de eerste plaats de patiënten. Dat is wat anders dan dat men informatie verzamelt om slechts controle uit te oefenen.

Urgentiebesef proberen te creëren als manager die meer behoedzaam en beheersmatig is ingesteld, vooral gericht op de status quo, zal niet erg veel succes op leveren. Er wordt leiderschap gevraagd om de visie, de communicatie daarover, de krachten tot veranderen bij de zorgverleners tot stand te brengen. Er wordt leiderschap gevraagd om risico's te durven nemen, om bureaucratie durven te vermijden of af te breken. De beste investering die je als manager daarvoor kunt doen lijkt me de aanschaf van een zeepkist.

De zorgprofessionals zullen via zelforganisatie tot prestaties komen, die passen bij de zorgvragen van de patiënten en met de nodige flexibiliteit geleverd zullen worden.

4.3.5 Leren en kennis

Argyris (1997) onderscheidt twee typen van menselijk denken en redeneren:

- *defensief redeneren*

Dit redeneren wordt gekenmerkt doordat de causale verklaring niet expliciet wordt gemaakt, ook de overwegingen die leiden van vooronderstelling naar de conclusie blijven verborgen, de gegevens die hiervoor worden gebruikt zijn niet onderhevig aan verificatie en de logica om de gevolgen te toetsen is dezelfde als om ze te maken.

Het gevolg hiervan is dat defensief redeneren leidt tot zelfbevestiging, niet-leren en overprotectie.

- *productief redeneren*

Het afwegen van overwegingen en veronderstellingen is bij productief redeneren dé sleutelactiviteit bij het ontwerpen en implementeren van processen. Het leren overwegingen expliciet te maken en de validiteit te toetsen is belangrijk om effectief te handelen. Acties ontwikkelen om zelf en anderen te laten begrijpen wat er om je heen gebeurt, is essentieel om veranderingen te initiëren en te borgen.

Productief redeneren is vooral moeilijk als er zich grote veranderingen voordoen. Je moet steeds je overwegingen, aannames en oordeel toetsen aan de situatie. Dat vraagt om tijd, aandacht en de wil om zo te kijken en te redeneren.

Leren ontstaat vervolgens als men vertelt wat men ontdekt heeft en weet. Het is ook leren als je bij het toetsen de verschillen leert zien tussen wat men zegt en wat men doet.

Leren binnen een netwerk kan worden omschreven als de capaciteit of processen die aanwezig zijn binnen een netwerk om de prestaties te behouden of te verbeteren op basis van de opgedane ervaring. (van Wijngaarden 2006) Leren omvat nieuwe kennis verwerven, kennis delen en kennis kunnen toepassen in een nieuwe context. Het gaat om leren *van* en leren *aan* (waar het Duits twee woorden voor heeft: *lernen* en *lehren*).

Zowel in de ontwikkeling als het borgen van geïntegreerde zorg spelen kennis delen en feedback geven, kortom leren, een belangrijke rol. Door leren als veranderingsmechanisme toe te passen kunnen professionals richting geven aan het veranderingsproces, waardoor het draagvlak toeneemt. Leren past goed bij het dynamische proces wat de geïntegreerde zorg is.

Leren wordt onderscheiden in enkelslag, dubbelslag en drieslag (*single*, *double* en *triple loop*) leren (EMHA).

4.3.6 Enkelslag (single loop) leren

Dit betreft het opsporen en corrigeren van fouten met een eenvoudig feedback mechanisme, bijvoorbeeld in de vorm van een audit die de praktijk met een standaard of procedure vergelijkt. Kort en krachtig gezegd: wat we doen beter doen.

Als professionals ontdekken dat anderen ook bepaalde problemen herkennen en bereid zijn oplossingen te bedenken zal het defensieve redeneren worden geminimaliseerd. Als vervolgens ook eventueel optredende gevoelens van schaamte of bedreiging aan de orde worden gesteld ligt de weg open voor *double loop* leren.

Een voorbeeld (ontleend aan EMHA):

Een ziekenhuis onderzoekt de zorg aan oudere patiënten. Door een audit stelt men lacunes vast tussen de standaarden en richtlijnen en de dagelijkse praktijk. De richtlijnen worden in bijeenkomsten besproken en geëvalueerd, er worden veranderingen in de procedures en werkprocessen afgesproken. Daarbij verhoogt men de feedback over de geleverde prestaties. Hiermee bereikt men dat er betere zorg aan de oudere patiënten wordt gegeven.

Veel voorbeelden van ketenzorg en geïntegreerde zorg betreffen vooral dit niveau van leren. In mijn eigen regio betreft het tot nu toe ook grotendeels dit type van leren. CVA-keten, zorg aan dementiërenden, palliatieve zorg: het gaat vooral om het verfijnen van inhoudelijke en verwijsrichtlijnen en een betere afstemming tussen professionals zonder dat de structuren daadwerkelijk veranderen.

Het gaat dus vooral om bruggen slaan tussen professionals en organisaties, waarbij er niet veel verandert ten aanzien van domeinen en taken, dan wel inrichting van het zorgproces. In het bijzonder de coördinatie tussen professionals en organisaties verbetert (van Wijngaarden 2006).

4.3.7 Dubbelslag (double loop) leren

Hierbij gaat het om een manier van leren die van invloed is op de organisatieprocessen door vragen te stellen bij de doelstellingen en het veranderingstraject. Er wordt vanuit andere invalshoeken naar de problematiek gekeken. Dit kan leiden tot het herzien en herijken van waarden en doelstellingen, de strategie en eventueel ook de structuur.

Voortbordurend op het hierboven gegeven voorbeeld:

Het ziekenhuis interviewt een aantal patiënten. Het blijkt dat de belangrijkste onderwerpen zijn: continuïteit van de zorg- en dienstverlening, goede toegankelijkheid, kwaliteit van de informatieverschaffing en de relatie tussen behandelaars en de patiënt. Om de prioriteit binnen het ziekenhuis op deze aandachtspunten te krijgen verplaatst men de regiefunctie van de dokter naar de verpleegkundige. De oude inhoudelijke richtlijnen blijven weliswaar van kracht, maar ze worden in een nieuwe structuur geweven.

Enkele aspecten van dit type leren herken in mijn eigen regio bij de ontwikkeling van de Diabetesdienst waar een grote taakverschuiving plaats had en ik zie het ontwikkelen bij de dementieketen waar zorgtrajectbegeleiding gevormd gaat worden.

4.3.8 Drieslag (triple loop) leren

Het EHMA omschrijft dit als 'learning about learning'. Organisaties proberen hierbij de context van hun eigen leren te begrijpen en de capaciteit te ontwikkelen om vast te stellen wanneer en hoe ze leren en wanneer niet. Zulke lerende organisaties bouwen en testen, op basis van hun eigen leerervaringen ontwikkelde, leerstrategieën.

Verder uitgewerkt in het eerder gegeven voorbeeld:

Ondanks de inspanning die het ziekenhuis levert, bereikt het toch de nieuwe doelstellingen niet. De bevorderende en remmende factoren worden geanalyseerd. Er vindt communicatie over plaats binnen de organisatie met de verschillende betrokkenen. De communicatie loopt niet formeel via schriftelijke rapporten en dergelijke, maar via informele bijeenkomsten, bij elkaar in de keuken kijken en met de ontwikkeling van overstijgende teams. De lessen die men daaruit leert draagt men over aan andere diensten binnen het ziekenhuis.

In Zweden bestaat in de regio Jönköping County het Kulturum: een platform voor ontwikkeling en borging van kennis ten behoeve van de geïntegreerde zorg. Het Kulturum besteedt vooral aandacht aan het verwerven van kennis om bij de ontwikkeling van een nieuwe zorgketen te hebben geleerd van eerder gemaakte fouten. In onze eigen regio denken we er over een vergelijkbaar 'instituut' te ontwikkelen.

Relevant is verder onderscheid te maken tussen individueel en collectief leren. Voor het laatste is dialoog noodzakelijk tussen de verschillende lerenden. Het is belangrijk te zorgen dat deze contacten

binnen de structuur mogelijk zijn. Verder moet het collectieve leren een plek gaan krijgen in de cultuur van de ketenzorg.

Als laatste vermeld ik nog het onderscheid tussen expliciete en verborgen (*'tacit'*) kennis. Expliciete kennis is te vangen in richtlijnen, protocollen en standaarden, in een structuur.

De verborgen kennis is veelal persoonlijk gebonden kennis, die ontstaat door ervaring en niet altijd expliciet gemaakt kan worden. Door handelingen te herhalen en door socialisatie, dat wil zeggen door observatie en imitatie, ontstaat dit type kennis.

4.4 Samenvatting

Geïntegreerde zorg is mensenwerk. De zorgprofessionals die betrokken raken bij geïntegreerde zorg zullen op een andere manier moeten gaan werken. De werkwijze in deze nieuwe situatie verschilt meestal aanzienlijk van de bestaande werkwijze. Om de benodigde veranderingen in het denken en doen van professionals succesvol te laten verlopen is het belangrijk een aantal factoren dat de verandering beïnvloedt, te analyseren. Op basis van literatuuronderzoek zijn de volgende factoren relevant. Drie factoren (autonomie, macht en cultuur) vormen de bronnen, voedingsbodem voor bevorderend of beperkend gedrag van professionals.

Drie factoren (structuur, urgentiebesef en leren) behelzen de prikkels en mechanismen om de bevorderende en belemmerende factoren ten positieve of negatieve te beïnvloeden.

5. Verandermodel voor geïntegreerde zorg

De ontwikkeling van geïntegreerde zorg beschouw ik, zoals eerder gezegd, als een groot veranderingstraject. Zorgprofessionals moeten met andere professionals gaan werken die ze voorheen niet kenden of waar ze geen of weinig contacten mee hadden. Ze moeten rekening gaan houden met anderen. Iets wat ze moeten leren. Voor zorgorganisaties geldt hetzelfde.

Bestuurders, managers en projectleiders moeten voorwaarden en een klimaat scheppen om deze veranderingen mogelijk te maken (ervan uitgaande dat de keus voor ketenzorg al gemaakt is). Ook zij moeten hierbij rekening gaan houden met anderen.

Momenten genoeg om weerstanden te zien ontstaan of op drempels te stuiten.

Daarnaast heeft de omgeving natuurlijk ook een aantal verwachtingen en eisen. Geïntegreerde zorg ontwikkelt zich in reactie op die omgeving: de wensen en behoeften van patiënten, de belangen van organisaties en professionals (als individu en groep), de richtlijnen en eisen van overheid en zorgverzekeraars.

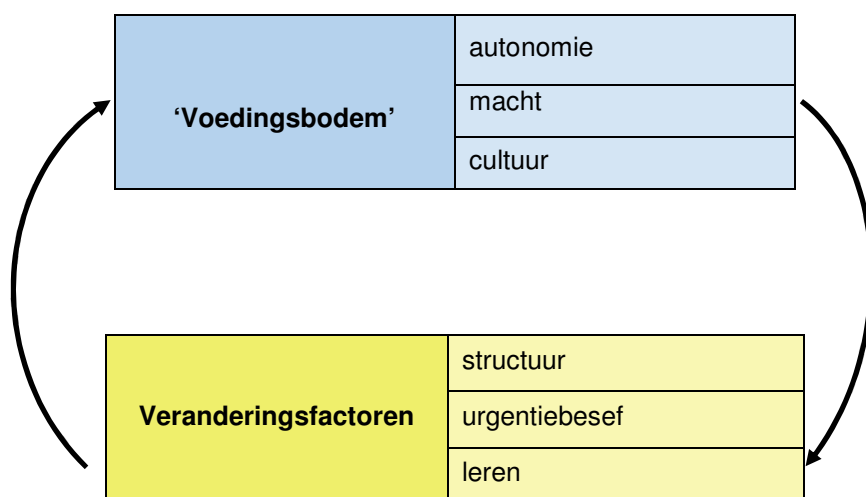
Die omgeving is bovendien niet statisch en verandert voortdurend. De veranderende omgevingsfactoren kunnen grote gevolgen hebben voor bevorderende of belemmerende factoren. Dit vraagt op zijn beurt weer om een voortdurende aanpassing van het gedrag van degenen die bij geïntegreerde zorg zijn betrokken. Er is dus niet alleen in de ontwikkelingsfase van ketenzorg sprake van veranderen, ook bij de borging en bestendiging gaat het veranderen door.

Zoals de school vissen uit de proloog ook steeds blijft reageren op de omgeving en in vorm blijft aanpassen en veranderen. Waarbij ik niet weet of vissen leren van het aanpassen en als gevolg daarvan het gedragsrepertoire veranderen. Van zorgprofessionals beogen we in ieder geval wel dat ze al lerend het gedragsrepertoire veranderen. Waarmee ze dan zelf ook weer bron voor verdere veranderingen gaan vormen.

Het werkwoord veranderen heeft twee betekenissen: anders maken en anders worden. Dit is gezegd precies wat er idealiter bij de ontwikkeling van geïntegreerde zorg moet gebeuren. Degenen die bij de geïntegreerde zorg betrokken zijn hebben in die zin een dubbelrol: ze maken de processen anders en tegelijkertijd worden ze daarvoor en daardoor anders.

Om dit dynamische proces van veranderen te kunnen analyseren en om de praktijkervaringen op een systematische manier te ontsluiten (zowel in het kader van deze scriptie als de dagelijkse praktijk) heb ik een model geconstrueerd: het verandermodel (zie schema).

Verandermodel voor geïntegreerde zorg



De bouwstenen voor het model ontleen ik aan paragraaf 4.2 Bronnen voor bevorderende en belemmerende factoren en 4.3 Mechanismen die bevorderende en belemmerende factoren beïnvloeden. De naam heeft betrekking op de twee betekenissen van veranderen: anders maken en anders worden. Het model geeft de dynamische samenhang aan tussen:

- *‘voedingsbodem’*

De factoren in dit blok vormen een ‘voedingsbodem’ waaruit bevorderende en belemmerende factoren voor het ontstaan van samenwerking tussen zorgprofessionals voortkomen. Door inzicht te krijgen in deze factoren kan een indruk verkregen worden waar weerstanden liggen of mogelijk te verwachten zijn en in welke mate er (al) sprake is van gemeenschappelijke waarden en een collectieve ambitie. Een duiding vormt vervolgens de voedingsbodem, het vertrekpunt of ijkpunt voor de richting en aanpak van de verandering.

- *veranderingsfactoren*

De factoren in dit blok zijn mechanismen om een veranderingstraject in gang te zetten dan wel een verandering te borgen.. De mechanismen leiden in principe tot een verandering in de factoren van het blok ‘voedingsbodem’, althans als het succesvol geschiedt. En daarmee ontstaat een continu, dynamisch proces van ijken, aanpassen en veranderen.

Niet ingetekend in het schema zijn de omgevingsfactoren die zowel modulerende als initiërende invloeden op het veranderproces uitoefenen.

6. Ervaringen vanuit de praktijk

Het verandermodel vormde de basis voor de gesprekken. De beschrijving van de bevindingen en praktijkervaring volgt het schema van het verandermodel.

6.1 De ‘voedingsbodem’

Uit de gesprekken blijken twee recente ontwikkelingen een grote invloed te hebben op de factoren van de ‘voedingsbodem’: toenemende competitie/concurrentie en herschikking van financiën (die ook nog eens flink onder druk staan). Welbeschouwd zijn het twee kanten van een zelfde medaille: marktwerking als middel om kostenbeheersing te bereiken.

De teneur is duidelijk: als iets processen en samenwerking beïnvloedt, is het wel (de strijd om het) geld. Zoals vreemde ogen dwingen, kan geld dat ook. Het kan net die prikkel vormen om voldoende urgentiebesef te creëren. Maar het kan ook al bereikte resultaten op het gebied van bijvoorbeeld samenwerking frustreren en partijen uit elkaar drijven. Dat laatste is niet meer alleen een vrees, maar ook werkelijkheid geworden. In een groot aantal regio's merkt men dat een aantal partijen zich in het eigen bastion terug trekt. In veel regio's (maar zeker niet allen) blijken dat vooral huisartsen te zijn. Beide ontwikkelingen verdienen een nadere beschouwing.

- *toenemende competitie/concurrentie:*

Een van de manieren om kostenbeheersing te bewerkstelligen was het invoeren van prestatiebekostiging. Op zich is dat niet vreemd, bij de groenteboer betalen we immers ook niet voor de spruitjes die we niet willen hebben. Inherent aan prestatiebekostiging is dat een organisatie het risico loopt bij onvoldoende prestatie onvoldoende inkomsten te genereren. Om voldoende prestaties te kunnen leveren heeft een zorgorganisatie voldoende patiënten, een marktaandeel, nodig. Kortom: zonder patiënten geen inkomsten. Organisaties gaan vervolgens de competitie met elkaar aan om in ieder geval geen klanten te verliezen of, liever nog, nieuwe klanten te winnen.

Vanuit concurrentieoverwegingen blijken veel organisaties minder bereid hun kennis te delen. Want kennis die een ander niet heeft betekent veelal concurrentievoordeel. Dit kan tot een meer terughoudende opstelling bij ketenzorg en geïntegreerde zorg leiden.

Enkele gesprekspartners gaven aan dat zorgorganisaties zich ook daadwerkelijk anders gaan opstellen in bijvoorbeeld de besturen van de transmurale netwerken. Men is wel aanwezig bij overleggen, maar men is minder bereid om acties vanuit de eigen organisatie in gang te zetten. Men is bijvoorbeeld slechts aanwezig om geen informatieachterstand ten opzichte van de concurrent op te lopen. Of deelname is een mooi middel om te laten zien hoe betrokken de organisatie wel niet is. “Wij doen ook mee als organisatie, vanzelfsprekend, dat vraagt men immers van ons (maar meer dan aanwezig zijn doen we even niet)”.

- *herschikking van financiën onder druk*

Bij de financiering spelen twee ontwikkelingen met gevolgen voor geïntegreerde zorg.

Activiteiten als coördineren of afstemmen met andere hulpverleners komen nogal eens onder druk in de tarieven, die vooral op direct patiëntgebonden output zijn gericht. Organisaties passen hun activiteiten daarop noodgedwongen aan. Er blijft daardoor minder tijd over voor de deelname aan projecten, maar ook de coördinatiefunctie ten behoeve van patiënten komt onder druk te staan. Bepaalde zorgprofessionals kunnen hun taken daardoor minder goed uitvoeren. Vooral de verpleegkundige beroepen hebben daar last van. Op zich niet verwonderlijk omdat coördineren een kerncompetentie en kerntaak van verpleegkundigen is. Een gesprekspartner gaf aan dat in hun regio de psychiatrisch verpleegkundigen hun activiteiten en taken ten behoeve van de ketenzorg zo beknot hebben zien worden, dat hun motivatie tot het vriespunt aan het zakken is.

Met vacatiegelden probeert men de zorgprofessionals toch bij de (beleids)ontwikkeling van geïntegreerde zorg betrokken te kunnen houden.

Door in ketenverband gezamenlijk na te gaan hoe elke zorgaanbieder respectievelijk zorgprofessional de financiële mogelijkheden optimaal kan benutten, kunnen veranderingen in tarieven voor een groot deel opgevangen te kunnen worden. Wat voor de ene professional buiten het tarief valt blijkt soms voor een ander wel binnen het tarief te vallen. Dit vereist vaak wel een andere onderlinge verdeling van taken.

Vanzelfsprekend proberen veel regio's ook via subsidies activiteiten in het kader van de ontwikkeling betaald te krijgen. Nadeel van de subsidies is het tijdelijke karakter.

Herschikking van gelden tussen verschillende partijen blijkt grote gevolgen te hebben voor de verdeling van macht en de mate van uitoefenen van autonomie. Huisartsen bijvoorbeeld hebben nu de financiële wind mee.

Overall organiseren huisartsen zich om de kansen die ze krijgen optimaal te benutten. Na in een vacuum gezeten te hebben na het verdwijnen van onder andere de DHV, komen ze nu weer sterk terug. Ze richten verenigingen en coöperaties op, om zo de krachten te bundelen. Ze reageren daarmee op de toegenomen macht van zorgverzekeraars en door fusies vaak zeer groot geworden zorgaanbieders. De coöperaties en verenigingen lijken nu vooral geleid te worden door huisartsen die de financiële kansen ten volle willen grijpen en het Angelsaksische spel willen en kunnen meespelen. Ze nemen daar hun minder uitgesproken collega's in mee.

Huisartsen eisen de regiefunctie, die hun overigens is toebedacht door bijvoorbeeld de overheid, nadrukkelijk op. Ze willen daarbij dat hun standaarden leidend worden. Bij enkele gesprekspartners bestaat de indruk dat daardoor minder kwaliteit wordt geboden dan men oorspronkelijk met elkaar in ketenverband had bedacht.

Huisartsen pakken dus de macht en versterken hun autonomie. En worden daarmee "van partner tot concurrent", zoals een van de gesprekspartners zei. Sommige coöperaties of verenigingen willen namelijk als een soort hoofdaannemer diensten inkopen. Enkele transmurale netwerken die de ontwikkeling van geïntegreerde zorg begeleiden worden daardoor mogelijk onderaannemer. In de prijs die vervolgens wordt geboden voor de activiteiten zit weinig tot geen geld meer voor coördinerende en innoverende activiteiten. Vooral in regio's waar voor hoofdaannemers mogelijkheden zijn om tussen verschillende aanbieders te kiezen, krijgt een transmurale netwerk met zorgaanbiederstaken met concurrentie en onzekerheid over de continuïteit van het takenpakket te maken. Mijn indruk is dat dit in regio's waar verschillende verenigingen van huisartsen actief zijn (bijvoorbeeld Utrecht, Helmond) meer het geval is dan meer kleine regio's (Midden-Holland, Oosterschelde).

Grote zorgorganisaties blijken ook op deze manier macht uit te oefenen. Als het niet voor een bepaald bedrag kan, gaan ze op zoek naar een ander samenwerkingsverband (of dreigen daar in ieder geval mee). Ook hier geldt dat die andere samenwerkingspartners er dan wel moeten zijn. In grote, verstedelijkte regio's, is dat vaak wel het geval.

De focus op kostenbeheersing heeft overigens de financiële antennes van veel zorgprofessionals aanmerkelijk gevoeliger gemaakt. Het beeld dat in de cultuur van de professional financiën een ondergeschikte rol spelen moet wat dat betreft bijgesteld worden.

Over de afzonderlijke factoren is nog een aantal opmerkingen gemaakt.

Autonomie

De ene beroepsgroep blijkt meer belang aan autonomie te hechten dan andere. In het algemeen beroepen artsen zich meer op autonomie dan verpleegkundigen. Hetzelfde geldt ook voor zorgorganisaties, waarvan de een meer wil vasthouden aan het eigen aanbod dan de ander.

Bij het ontwikkelen van geïntegreerde zorg is het niet zozeer een kwestie van opgeven of inleveren van autonomie van zorgprofessionals of organisaties. Er is eerder sprake van het verkennen, herijken en herdefiniëren van de grenzen en op elkaar afstemmen van autonomie. Het is daarbij belangrijk om autonomie en domein uit elkaar te halen. Domeindiscussies creëren juist schotten tussen beroepsgroepen en leiden tot het niet meer naar elkaar luisteren. Het herijken en opnieuw afstemmen van autonomie verbindt daarentegen de verschillende groepen professionals.

In plaats van autonomie te verminderen is het effectiever om aansluiting te zoeken bij de normen en standaarden van een beroepsgroep. De autonomie van een beroepsgroep heeft immers ook veel positieve zaken opgeleverd als kennis, kwaliteitsnormen, accreditatie en herregistratie en intercollegiale toetsing. Door het aansluiten bij de normen en waarden van een beroepsgroep voorkom je dat een professional zich onttrekt aan het proces en zich helemaal niet meer laat betrekken. Enige verandering in gedrag is dan zeker niet meer te verwachten.

Idealiter ontstaat er een soort collectieve autonomie van het samenwerkingsverband. Om dat te laten ontstaan is het verstandig om professionals van verschillende achtergrond met elkaar samen te brengen. Vooral verpleegkundigen blijken een goede bindende rol te kunnen spelen.

De ervaring van een aantal gesprekspartners leert dat als professionals een wat meer organisatorische kant opgaan (en dat gebeurt al als je een aantal mensen bij elkaar zet in bijvoorbeeld een werkgroep), ze minder moeite hebben met het aanpassen van de grenzen van autonomie.

Ook het betrekken van patiënten(organisaties) bij de ontwikkeling van geïntegreerde zorg kan het een te star vasthouden aan autonomie doorbreken.

Macht

De meeste formele macht ligt bij organisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het uitoefenen van macht speelt meer tussen organisaties dan tussen individuele zorgprofessionals. Dat lijkt ook, als eerder gezegd, een belangrijke reden te zijn waarom huisartsen zich in grotere organisatieverbanden verenigen.

Een gesprekspartner wijst op het fenomeen bij inkoopprocessen. Kleine organisaties bedingen in het algemeen veel geringere kortingen dan grotere (en dat niet alleen om dat grote organisaties meer afnemen; het is ook een kwestie van druk kunnen uitoefenen). In de gezondheidszorg gaat kennelijk hetzelfde principe op.

Specialisten oefenen nog wel eens macht uit door dingen gewoon niet te willen. Een aantal gesprekspartners meent dat dit veeleer een achterhoedegevecht is, veroorzaakt door het toenemende besef van specialisten dat zelfs hun positie geleidelijk (en soms snel) verandert. En een kat in het nauw kan soms gekke sprongen maken. Een groot deel van de specialisten begrijpt echter dat de wereld en dus hun positie verandert en kiest voor samenwerking, een aantal verzet zich er nog tegen.

Het is mogelijk om op de macht een berg te beklimmen, samenwerking laat zich echter niet met formele macht afdwingen. Gezag, informele macht, en vooral verleiden: iedereen is het erover eens dat je daar het meest ver mee komt. De transmurale netwerken hebben eigenlijk ook geen andere middelen ter beschikking dan verleiden en gezag. Ze zijn nu eenmaal afhankelijk van de inzet en wil van anderen. Het is dus vooral zaak de juiste personen met gezag binnen een organisatie of beroepsgroep op de juiste plek binnen de ketenzorg te krijgen. En als er meer formele macht nodig is zal dat

indirect via de bestuurders van een organisatie of zorgverzekeraar moeten worden bereikt. Een transmuraal netwerk doet er dan ook goed aan om voelsprietten te hebben voor hoe het met de machtverdeling in de regio is gesteld en vooral te weten wie gezag heeft. Je kunt macht dan positief inzetten om voortgang van het proces te katalyseren.

Transmurale netwerken of een projectgroep die ketenzorg ontwikkelen, gebruiken vaak het sluiten van convenanten of ketencontracten als middel om toch enige formele macht te genereren. Ze kunnen het proces, door zorgaanbieders aan de in de convenanten gemaakte afspraken te houden, iets meer beïnvloeden dan met alleen verleiden.

Enkele transmurale netwerken ontleenden macht aan hun positie dat ze zeggenschap hadden over het verdelen van het geld voor geïntegreerde zorg over de deelnemers. Het geld wordt zo langzamerhand niet meer via transmurale netwerken verdeeld. Hun macht is daardoor aan het veranderen. Transmurale netwerken ontleen hun macht nu vooral aan het gezag dat ze hebben op basis van hun kennis over geïntegreerde zorg en samenwerking.

Bij de ontwikkeling van standaarden is het buitengewoon belangrijk de inhoud en de patiënt centraal te stellen. Dit voorkomt dat men standaarden gaat maken op basis van macht en domeindiscussies. Op die laatste manier zal men namelijk nooit tot samenwerking komen. Dan is het beroepsgroep tegen beroepsgroep en raakt de inhoud op het laatste plan.

Ook hier geldt dat het effectief is om professionals van verschillende achtergronden bij elkaar te brengen. Overigens zou de verpleegkundige volgens een gesprekspartner wel iets minder onderdanig mogen worden. “Want je eigent je niet alleen macht toe, je krijgt ze soms ook in de schoot geworpen”. De arts krijgt daardoor wel eens teveel macht zonder dat deze “erop uit is”.

Essentieel bij samenwerking is dat professionals laten zien wat hun toegevoegde waarde is in de samenwerking. Als een professional vervolgens niet kan accepteren dat een andere professional meer toegevoegde waarde heeft, moet de deelname van die professional zeker heroverwogen worden.

Cultuur

De kenmerken van professionals zoals ik die beschreven heb, worden door de gesprekspartners herkend. Zoals iemand zei: “professionals zijn aangeboren eigenwijs”. Overigens geldt dit meer voor artsen en paramedici dan verpleegkundigen. Verpleegkundigen zijn in het algemeen toch meer teamspelers. Die eigenschap moet je dan ook bewust toepassen bij de ontwikkeling van geïntegreerde zorg.

Een gesprekspartner constateert wel dat verpleegkundigen heen en weer gebalanceerd worden tussen belevingsgerichtheid en diagnosegerichtheid. Het is te hopen dat nurse-practitioners en gespecialiseerde verpleegkundigen niet look-alikes van dokters gaan worden. Die kant dreigt het nu wel op te gaan. Daarmee zou de bindende kracht verloren kunnen gaan. Maar voor de meeste verpleegkundigen geldt “er is iets ‘fout’ gegaan met de professionalisering. Godzijdank!”.

Een gesprekspartner wijst erop dat de eigenwijsheid van professionals bij bestuurders nog wel eens leidt tot het niet serieus nemen van die professionals. Zo’n houding van een bestuurder zal nooit tot een vertrouwensrelatie leiden, met alle negatieve gevolgen voor samenwerking van dien.

Zoals al eerder gezegd heeft de nadruk op de financiën ook de professionele cultuur beïnvloed. De antenne voor geld en financieel-economische problematiek is de laatste jaren veel gevoeliger geworden. Tegelijkertijd lijkt de altruïstische houding van professionals hierdoor te veel op de achtergrond te komen.

Eigenlijk alle gesprekspartners zijn bewust bezig met de verschillende aspecten van cultuur. Een goed inzicht hebben in de cultuur van de regio, zowel van de individuele zorgprofessionals als de organisaties, is essentieel. Met dien verstande “het begrip cultuur pas je wel toe, maar je benoemt het niet”. Er werkt niets zo averechts als de opmerking “en dan wordt het nu tijd dat we de cultuur maar eens even gaan veranderen”.

De cultuur van de organisaties is ook van grote invloed op de processen. Exemplarisch is het volgende. Een professional komt naar een bijeenkomst. Als de stukken al gelezen zijn dan is dat meestal kort van tevoren. Overleg binnen de eigen organisatie is er meestal niet geweest. Er worden in het ketenoverleg afspraken gemaakt. De professional komt terug in de eigen organisatie. Alwaar blijkt dat de afspraken niet passen binnen het beleid, of dat er eerst een uitvoerig besluitvormingstraject moet worden doorlopen. Vooral voorzichtige en hiërarchische organisaties kunnen dan elk tempo uit het proces halen. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn dat er veel eerder vanuit de keten contact gelegd wordt met die professional zodat deze zich beter binnen de eigen organisatie kan voorbereiden en daardoor beter voorbereid in de ketenbijeenkomst komt.

Door de extramuralisering van bepaalde sectoren, maar ook door druk van buitenaf als bijvoorbeeld van de CIZ of Zorgkantoren, zijn veel organisaties in andere keukens gaan kijken. De blik is daardoor flink verruimd. Hield het voorheen bij de voordeur op in bijvoorbeeld de V&V-sector, nu kijkt men veel verder. Thuiszorgorganisaties zijn wat dat betreft al veel langer gewend om als netwerkorganisatie te werken.

In geïntegreerde zorg moet je in verschillende systemen kunnen functioneren, dus in dat licht bezien is het een gunstige ontwikkeling dat men elkaars keukens is gaan leren kennen.

Veel gesprekspartners verbazen zich erover hoe slecht zorgprofessionals elkaar eigenlijk kennen.

Iedereen is het erover eens dat je niet moet proberen verschillen in cultuur op te heffen. Bruggen slaan, daar gaat het om. Je moet aansluiten bij wat er is. Verschillen mogen, moeten misschien wel, blijven bestaan. Er moeten alleen bruggen tussen geslagen worden. Verschillen van inzicht leiden meestal tot zinniger en meer creatievere discussies dan als iedereen dezelfde opvattingen heeft. De beste vraag is daarbij “Wie kan wat het beste doen?”. Een betere vraag dan “Wie doet wat, en jij mag niet”.

De cultuur van (sub)-regio's of wijken blijkt ook bepalend. Bepaalde oplossingen passen niet bij een bepaalde regio. “Een overdrachtdossier op een USB-stick is in een achterstandwijk geen passende oplossing”.

Een gesprekspartner geeft aan dat het cockpit-denken een belangrijke inspiratiebron kan zijn voor ketenzorg. In de gezondheidszorg benoemen we nu soms fouten niet omdat we dat vanwege de positie niet durven of mogen. De veiligheid van een vliegtuig vraagt erom dat iedereen die signaleert dat er iets fout gaat of dreigt te gaan dat ook terstond meldt, ongeacht rang of stand. Dit denken wordt inmiddels ook op enkele OK's in Nederland ingevoerd.

Nog een laatste opmerking over cultuur. In de cultuur van de gezondheidszorg wordt niet snel met iets gestopt. Soms moddert men lijkt wel liever aan dan dat men besluit een proces te stoppen. Enkele gesprekspartners menen dat iets in deze houding zal moeten veranderen. Om redenen van doelmatigheid maar ook duidelijkheid zullen we moeten leren eerder een proces te stoppen (of niet te beginnen).

6.2 Veranderingsfactoren

Bespreking van de drie veranderingsfactoren vindt per factor plaats.

Structuur

"Het liep allemaal zo goed, en toen liep de projectleider weg".

Alle gesprekspartners benadrukken het belang dat de professionals de dragers (moeten) zijn van de ketenzorg.

Enerzijds om te voorkomen dat een project stopt omdat de trekker ervan weggaat en er vervolgens onvoldoende borging blijkt te zijn geregeld.

Anderzijds omdat het mensenwerk betreft. Dat vraagt erom dat de zorgprofessionals de kans krijgen om zelf vorm te geven aan de samenwerking. Een bottom-up benadering is derhalve zeer belangrijk. Via een verticale as, hiërarchisch, regels op leggen werkt gewoon niet. Dat is de ervaring van allen.

In alle situaties zijn er dan ook platforms gecreëerd om ervoor te zorgen dat de professionals elkaar ontmoeten. Al naar gelang de fase waarin de ontwikkeling van de geïntegreerde zorg zich bevindt kiest men voor bepaalde ontmoetingsvormen. Werkconferenties met veel deelnemers bij de start van ketenzorg of om bepaalde uitkomsten aan een breder publiek bekend te maken. Werk- of projectgroepen met een beperkter aantal deelnemers om afspraken, richtlijnen of standaarden te maken. Een programmaraad of regiegroep met vertegenwoordiging van relevante professionals om een zorgprogramma te borgen.

Men geeft aan dat het desalniettemin ook belangrijk is dat de ontwikkeling van geïntegreerde zorg niet alleen tussen de individuele professionals blijft hangen. Er moet iets overstijgends ontstaan. Bijvoorbeeld een regiegroep die het proces begeleidt, de professionals ondersteunt en veranderingen in de omgeving signaleert en vertaalt naar de professionals. Zo'n regiegroep bekommert zich meestal ook om de public relation, eventuele convenanten of contracten tussen organisaties, contacten met de regionale zorgverzekeraar. Per regio bestaan verschillen of zo'n regiegroep meer wordt getrokken door medewerkers van een transmuraal bureau of door medewerkers vanuit de deelnemende organisaties (of een mix van allebei).

In het algemeen lijkt er vooral sprake te zijn van standaardisatie op werkwijze en vaardigheden. Men meent echter dat het belangrijk is om meer op standaardisatie van normen en waarden te focussen.

Een belangrijke stimulans daarvoor lijkt te zijn dat patiënten(organisaties) steeds meer betrokken raken bij de ontwikkeling van geïntegreerde zorg. De vraag "wat kunnen we betekenen voor de patiënt, op welke vragen en problemen verwacht de patiënt een antwoord of oplossing van ons als keten" wordt steeds meer als leidraad gebruikt bij de inrichting van geïntegreerde zorg. Men lijkt meer tijd te (willen) besteden om binnen de geïntegreerde zorg eerst duidelijk te hebben wat de toegevoegde waarde voor de patiënt kan zijn. Dat is niet alleen goed voor de patiënt, maar slaat ook een goede brug tussen de verschillende belangen van professionals en organisaties. Immers alle professionals zijn primair gericht op het helpen van patiënten, dat is een duidelijke gemeenschappelijke waarde. Standaardisatie van normen en waarden ligt dus voor de hand.

Over casemanagement als bindend element van ketenzorg wordt verschillend gedacht. In ieder geval maakt men onderscheid tussen casemanagement als functie en de casemanager (of vergelijkbare term) als functionaris.

Dat met name in het kluwenmodel coördinatie en regie gewenst is onderschrijft eigenlijk iedereen. Per regio verschilt echter de uitwerking aanzienlijk. Eén regio zet sterk in op zorgtrajectbegeleiders die de functie casemanagement uitvoeren. De zorgtrajectbegeleiders vormen daarmee als het ware zelf een nieuw aanbod binnen de geïntegreerde zorg. Andere regio's vinden dat ongewenst en menen dat vooral de bestaande zorgaanbieders de functie casemanagement moeten invullen, je moet onderdeel

van een keten zijn. In hun oordeel moet casemanagement vorm krijgen door bijvoorbeeld het toepassen van een elektronisch dossier (al dan niet specifiek voor een bepaalde aandoening of keten), beter nakomen van afspraken en een goede overdracht. Zij menen dat een functionaris casemanager compenseert wat andere professionals eigenlijk zouden moeten doen. Het gedrag van die professionals zal daardoor niet veranderen. Casemanagement zou dan de samenwerking eerder belemmeren. Het ondersteunen van de mantelzorgers (door o.a. cursussen, gerichte informatie, bijeenkomsten) krijgt steeds meer aandacht. Veel regio's zien de versterking van de mantelzorgers vooral als middel om het verlies aan regie binnen het kluwenmodel langer uit te stellen.

Men meent verder dat het belangrijk is dat de zorgprofessionals het eigen management prikkelt tot meedoen. Eerder is al aangegeven dat sommige bestuurders alleen aanwezig zijn om de concurrentie te peilen. Of dat huisartsen zich in enkele regio's aan het terugtrekken zijn.

Bijvoorbeeld POH'ers (Praktijk Ondersteuner Huisarts) kunnen een lijmende rol in de geïntegreerde zorg spelen doordat ze hun bazen prikkelen tot meedenken en meedoen.

Urgentiebesef

Alle gesprekspartners bevestigen dat het belangrijk is dat er voldoende urgentiebesef is om aan geïntegreerde zorg te beginnen. Men stelt zelfs dat als er niet voldoende urgentiebesef is, men niet begint aan de ontwikkeling van geïntegreerde zorg.

De eerste stap in het creëren van urgentiebesef is veelal een haalbaarheidsonderzoek of vooronderzoek. Daarmee worden knelpunten in beeld gebracht en de vraagstelling bepaald. Een werkconferentie kan vervolgens de knelpunten onder een grotere groep zorgprofessionals bekend maken en zo het urgentiebesef onder een grotere groep mensen creëren. Tevens kan vastgesteld worden of er een veranderingsbereidheid bij voldoende mensen bestaat.

Vervolgens is wel van belang dat er een notie is waar men naar toe wil, welke uitkomsten men beoogt. Blijft dat te vaag, dan ebt het urgentiebesef weer snel weg en belandt het initiatief in het archief met de wanen van de dag.

In werk- en projectgroepen is het belangrijk enthousiaste professionals met gezag zitting te laten hebben. Zij spelen een grote rol in het levendig houden van het urgentiebesef bij andere professionals, veelal de collega's. In de praktijk blijkt dat standaarden van de eigen beroepsgroep eerder opgevolgd worden dan multidisciplinaire richtlijnen. Hier kan gebruik gemaakt worden bij het warm houden van het urgentiebesef.

Financiën en 'politieke hot-heid' blijken een belangrijke prikkel voor urgentiebesef te zijn.

Het maakt voor het urgentiebesef veel uit of de keten, of de activiteiten in het kader daarvan, geld opleveren of niet. Een regio geeft aan dat een prachtig zorgprogramma voor COPD nauwelijks van de grond komt omdat een belangrijke participant, de huisarts, afhaakt omdat hun vraag "Wat schiet ik ermee op?" niet naar hun tevredenheid beantwoord wordt.

Door bijvoorbeeld het geven van vacatiegelden probeert een aantal regio's te voorkomen dat bepaalde beroepsgroepen of organisaties niet meer participeren in de ontwikkeling van de geïntegreerde zorg. Want als men er niet bij is weet je zeker dat je geen urgentiebesef kunt laten ontstaan.

Een aantal onderwerpen is 'hot'. Bijvoorbeeld palliatieve zorg ligt politiek en in de opinie goed. Organisaties zijn dan vaak erg geïnteresseerd om mee te doen omdat ze er een goede pers mee kunnen halen. Op zich is het geen slechte strategie om aan te sluiten bij wat belangrijk of 'hot' wordt gevonden. Zoals dat nu bijvoorbeeld het thema veiligheid is. De valkuil die echter om de hoek ligt is dat men meer bezig is met wanen van de dag dan beleid voor de langere termijn.

Onderhoud van het urgentiebesef zou idealiter moeten geschieden met het kunnen aantonen van de kloof tussen wat gebeurt en wat beoogd wordt. Daarvoor is meten op effect en uitkomsten belangrijk. Het meten van de effecten en de uitkomsten geschiedt echter nog mondjesmaat. Het blijkt ook niet zo gemakkelijk om te bepalen wat je met z'n allen wilt meten en hoe je dat met zo'n gering mogelijke belasting kunt meten.

Het betekent in ieder geval dat de feedback naar de professionals nog onvoldoende is. Hier ligt eigenlijk voor alle regio's nog een braak terrein.

De belangrijkste prikkel voor urgentiebesef is echter de patiënt (en zijn systeem). Patiënten en patiëntorganisaties krijgen bijvoorbeeld bij een zorgverzekeraar of overheid wel voor elkaar wat een zorgprofessional of zorgorganisatie niet lukt. Het belang dat een patiënt heeft staat immers buiten kijf. Daar twijfelt men niet aan. Het belang van een organisatie of professional, dat is andere koek, daar is men eerder wantrouwig bij.

Het lijkt erop dat de patiënt(organisaties) nog te weinig als natuurlijke bondgenoot worden ingezet als urgentieverhogende factor. Oneerbiedig gezegd, maar niet oneerbiedig bedoeld: de patiënt werkt eerder als koevoet dan een zorgprofessional of organisatie.

Leren

Van elkaar leren speelt een belangrijke rol in het bewerkstelligen van veranderingen.

Hoewel scholing belangrijk is, meent één gesprekspartner dat er soms te snel, schijnbaar reflexmatig, voor wordt gekozen. Beter is eerst vast te stellen welke uitkomsten men wil behalen en dan te bepalen via welke leerwijze men dat wil bereiken. Vaak is er namelijk geen gebrek aan kennis maar eerder sprake van het onvoldoende ontsluiten van bestaande kennis. In het laatste geval is het effectiever als professionals elkaar eerst leren kennen. Het is namelijk opvallend hoe slecht professionals, die soms maar een paar honderd meter van elkaar hun vak uitoefenen (of zelfs in hetzelfde gebouw huizen), elkaar kennen. En onbekend maakt onbemind. Elkaar raadplegen, feedback geven: het gebeurt pas als je elkaar kent, als je van elkaar weet wat je verwachten kunt.

In alle regio's komen vormen van enkelslag leren voor. Voor het functioneren van ketens is het hebben van gezamenlijke werkafspraken en standaarden essentieel. Via werkgroepen worden de standaarden en afspraken met elkaar gemaakt. In de praktijk blijft dan het eigen referentiekader van de professional intact en nog sterk bepalend voor het eigen handelen. Men knoopt veelal bestaande werkwijzen aan elkaar.

Ook werkconferenties richten zich met name op het enkelslag leren.

Dubbelslag leren staat in het algemeen nog in de kinderschoenen. Hier en daar gebeurt het wel terloops, maar nog te weinig gericht. Om tot gemeenschappelijke waarden te komen is dubbelslag leren echter wel essentieel. Daarbij is het belangrijk om vooral de *tacit knowledge* zichtbaar te krijgen.

Men is daarom van plan de komende tijd gericht activiteiten te ondernemen. Belangrijkst hulpmiddel daarbij is de relevante professionals stelselmatig samenbrengen. Professionals zullen veelal nog wel vaardigheden moeten ontwikkelen om aan dubbelslag leren toe te komen.

Drieslag leren is met name in regio's met transmurale netwerken aanwezig. De transmurale netwerken hebben in het algemeen wel een beeld hoe het veranderen en leren in de regio verloopt. Ze passen de ervaringen en kennis van eerdere trajecten toe bij nieuwe projecten. Dat lijkt ook een belangrijke toegevoegde waarde van dergelijk transmurale netwerken te zijn. Ze kunnen projecten meer gestroomlijnd laten verlopen doordat ze op voorhand bepaalde valkuilen kunnen herkennen, benoemen en laten omzeilen.

6.3 Samenvatting

De zorgprofessionals en zorgorganisaties hebben sterk uiteenlopende opvattingen en belangen. Al naar gelang hoe men autonomie beleeft, macht in al zijn vormen uitoefent en uit welke cultuur men komt, werpen die verschillen hoge of minder hoge drempels op. Externe factoren als financiering zijn eveneens van grote invloed op bevorderende en belemmerende factoren.

Het is belangrijk de verschillen niet te vereffenen of te ontkennen. Ze kunnen blijven bestaan, het is vooral belangrijk bruggen te slaan. Voor het welslagen van samenwerking is het met name van belang *shared values* te ontwikkelen.

Eén waarde bindt alle professionals in ieder geval: het belang van de patiënt (en zijn systeem). Dit klinkt als een open deur, maar blijkt in de praktijk echter niet altijd vanzelfsprekend. Organisatie- of professionele belangen overschaduwden de patiëntgerichtheid nog wel eens.

Feitelijk is er maar één weg om tot de *shared values* te komen: de professionals bij elkaar brengen. Omdat van en met elkaar leren een van de belangrijkste instrumenten is om tot verandering te komen. Alleen zo creëer je draagvlak, urgentiebesef, borging, vertrouwen. Daarbij is onvoorwaardelijk vertrouwen in de professionals een voorwaarde.

En natuurlijk, last but not least, het betrekken van de patiënt en patiëntgroepen.

7. De zorgprofessional (weer) drager van geïntegreerde zorg; een beschouwing

Het verhaal is wellicht bekend. Een varken en een kip besluiten tot samenwerking en een gezamenlijk product te ontwikkelen: gebakken eieren met spek. Beiden leveren vanuit hun kerncompetentie hun aandeel, de een de eieren, de ander het spek. De rollen in deze samenwerking blijken echter aanzienlijk te verschillen. De kip legt een ei en gaat vervolgens zijn eigen gang weer. Voor het varken verandert er iets meer...

In het geval van de kip volstaat betrokkenheid bij het proces. Bij het varken draait het echter om meer: *commitment*. *Commitment* kun je omschrijven als betrokkenheid bij én medeverantwoordelijkheid voor een proces. Een kip hoeft niet per se te veranderen voor en door het proces. Een varken kan niet anders dan veranderen.

De metafoor van de kip en het varken past mooi bij wat er van zorgprofessionals wordt gevraagd bij geïntegreerde zorg. Niet dat ze zich hoeven opofferen (daar gaat de vergelijking mank), maar wel dat ze betrokkenheid bij én medeverantwoordelijkheid voor het proces voelen. De medeverantwoordelijkheid zorgt er nu juist voor dat het geheel meer wordt dan de som der delen.

Commitment ontstaat veelal niet zomaar vanzelf. Dat moge uit het betoog in de voorafgaande hoofdstukken wel duidelijk zijn geworden. Het ontstaan van samenwerking moet vaak een duwtje krijgen en gekatalyseerd worden. In het begrip katalyseren zit wat mij betreft de essentie bij de ontwikkeling van geïntegreerde zorg.

Een katalysator is een stof die de snelheid van een bepaalde reactie beïnvloedt. De reactiesnelheid kan zowel verhoogd worden als verlaagd (negatief katalytische werking). Als er over katalysatoren gesproken wordt zonder verdere aanduiding, wordt er in principe gesproken van versnelling in de hand werkende katalysatoren.

Een bepaalde reactie kan bijvoorbeeld zo langzaam verlopen dat het zonder katalysator eeuwen zou duren voordat een evenwichtstoestand is bereikt. In andere gevallen verloopt de reactie zonder katalysator zelfs helemaal niet. Een kenmerk is dat een katalysator wel kan mee reageren, maar aan het eind van de reactie weer in zijn oorspronkelijke vorm uit de reactie komt en dan weer opnieuw kan werken. Dit laatste kenmerk van een katalysator is de kern van hoe ik tegen leiderschap bij de ontwikkeling van geïntegreerde zorg aankijk.

In mijn ogen moeten degenen die leiding en sturing geven aan de ontwikkeling van geïntegreerde zorg (of dat nu managers of een transmuraal netwerk zijn) hoogstens tijdelijk in het proces zelf mee reageren, vooral in de initiatie- en ontwikkelingsfase. In de fase van de borging, als er een evenwichtssituatie is bereikt, moeten ze het proces weer met enige afstand durven en kunnen volgen.

In deze beschouwende conclusie werk ik op basis van de bevindingen uit de eerdere hoofdstukken uit op welke wijze invulling kan worden gegeven aan de belangrijkste succesfactor voor geïntegreerde zorg: de zorgprofessional als drager van de geïntegreerde zorg. Vaak betekent dit *weer* drager.

Voortbordurend op kritische succesfactoren voor geïntegreerde zorg en samenwerking zoals geformuleerd in paragraaf 2.4.2., formuleer ik een aantal voorwaarden, adviezen en/of succesfactoren om dit te bereiken. Deze richten zich vooral op bestuurders, transmurale netwerken en trekkers of projectleiders van ketenzorg, de mensen die de voorwaarden moeten scheppen en de processen katalyseren om de zorgprofessional (weer) drager van geïntegreerde zorg te laten zijn.

7.1 Voorwaarden en succesfactoren bij het katalyseren van de samenwerking en geïntegreerde zorg

7.1.3 De patiënt centraal

Het is noodzakelijk het belang van de patiënt (en zijn systeem) altijd centraal te stellen. Daarom moet er niet alleen over maar ook met patiënten(organisaties) worden gesproken. Het bindt zorgprofessionals onderling, het bindt professionals en de patiënten. Waardoor de kans dat de uitkomsten van de geïntegreerde zorg aansluiten bij de patiënten het grootst is. Het is ook de beste manier om tot ketenwaarden te komen.

Patiënten kunnen op verschillende manier worden betrokken. Men kan ze raadplegen bij het opstellen van richtlijnen of uitkomsten. Ze kunnen ook zitting hebben in een regiegroep/programmaraad.

7.1.4 Echt willen

Het klinkt een beetje flauw, maar samenwerking ontstaat alleen als de betrokkenen dat ook echt willen. Niet alleen de zorgprofessionals moeten dat willen, maar ook de bestuurders en de managers. Uit de gesprekken blijkt dit niet altijd een vanzelfsprekendheid te zijn.

Als er onvoldoende urgentiegevoel bestaat bij de diverse (potentiële) belanghebbenden moet men er ook voor durven kiezen een traject voor geïntegreerde zorg niet in gang te zetten.

7.1.5 Integraal, richten op verschillende dimensies

De kritische succesfactoren voor samenwerking en geïntegreerde zorg liggen zoals eerder beschreven, op een viertal domeinen (paragraaf 2.4.2.):

- *strategische dimensie,*
- *structurele dimensie,*
- *culturele dimensie,.*
- *technische dimensie.*

Degenen die leiding geven aan de ontwikkeling van geïntegreerde zorg zullen zich integraal op deze vier dimensies moeten richten. De ene dimensie is in die zin niet belangrijker dan de andere. Om succesvol tot geïntegreerde zorg te komen zal er dus per traject een samenhang moeten zijn in:

- keuzes op strategisch gebied
- keuze voor het organisatiemodel, passend bij kenmerken van de patiëntgroep en de beoogde uitkomsten; de basismodellen als beschreven door de regio Midden-Holland (zie paragraaf 2.3.2) kunnen hiervoor een goed vertrekpunt vormen
- voorwaarden scheppen dat de focus op de ontwikkeling van *shared values* door de zorgprofessionals komt te liggen
- voorwaarden scheppen om voldoende kennis, informatietechnologie en dergelijke beschikbaar te hebben.

7.1.6 Primaat bij de zorgprofessionals

De literatuur en de gesprekken laten geen twijfel bestaan. De zorgprofessionals moeten de dragers zijn van de geïntegreerde zorg.

De samenwerking binnen een school vissen kan een inspiratiebron zijn voor de samenwerking tussen de professionals. Het flexibel en adequaat reageren van een school vissen op veranderingen in de omgeving is met slechts drie spelregels te beschrijven (zie proloog). Ook geïntegreerde zorg gaat over flexibel en adequaat reageren op veranderingen in de omgeving, zowel op het niveau van de patiënt (en zijn systeem) als op overstijgend, beleidsmatig, niveau. Dan zou samenwerking tussen zorgprofessionals toch ook met een beperkt aantal spelregels te regelen moeten zijn? De werkelijkheid lijkt weerbarstiger te zijn.

Er lijkt eerder sprake van te zijn dat aan elke vis in de school één of meerdere touwtjes zijn vastgebonden. En van bovenaf probeert men door aan de touwtjes te trekken de vissen te laten reageren op de omgeving. Grote kans dat de touwtjes in de knoop raken. Of dat een vis verschillende kanten op wordt getrokken. Met als gevolg dat de samenwerking binnen de school heftig gefrustreerd wordt en er niet snel en adequaat genoeg gereageerd wordt op het passerende gevaar: de haai met honger. In de tweede situatie zal de haai naar alle waarschijnlijkheid veel meer vissen kunnen verorberen. Waarmee het in een school zwemmen als strategie zinloos is geworden.

In de geïntegreerde zorg zitten de professionals vaak ook gebonden aan touwtjes. Dat zijn de regels, die veeleer een gebiedend of een verbiedend karakter hebben. Regels die te vaak vanuit het beheersmatige, vanuit de angst om grip op het geheel te verliezen, zijn opgesteld. Het is overigens te gemakkelijk om alleen de overheid de schuld te geven van al die regels. Ook zorgorganisaties kunnen er wat van.

Het paradoxaal is dat professionals soms zo gewend zijn geraakt aan al die regels dat ze er zelf om vragen. Ze moeten er dan als het ware weer aan wennen om zelf de touwtjes in handen te krijgen en te nemen.

Op een of andere manier zijn twee belangrijke kernwaarden van professionals, het is leuk om nieuwe kennis te verwerven en te delen en een altruïstische houding ten opzichte van de patiënt, op de achtergrond gekomen. Het is de uitdaging om deze twee kernwaarden weer op de voorgrond te krijgen. Samenwerking katalyseren hoeft dan niet meer zoveel energie te kosten.

Om het primaat bij de zorgprofessionals te krijgen en/of te houden is het volgende van belang:

- *een beperkt aantal spelregels*

Samenwerking en geïntegreerde zorg kunnen niet helemaal zonder regels. De kunst is echter de spelregels zo te laten zijn dat ze je dwingen vooruit te kijken. Naar mijn beleving is dat te bereiken door met de spelregels duidelijk te maken wat de verwachtingen zijn ten aanzien van de uitkomsten. Van geboden en verboden naar verwachtingen en beoogde uitkomsten. Waarbij met uitkomst wordt bedoeld wat de klant/patiënt ervaart en hoe hij vindt erdoor geholpen te worden bij het verminderen of oplossen van zijn zorgvragen en problemen.

- *inzicht hebben in bevorderende en beperkende factoren bij de professionals*

Het gedrag van de zorgprofessionals vormt de grootste kritische succesfactor voor het welslagen van geïntegreerde zorg. Zij moeten hun gedrag vaak sterk aanpassen en veranderen. De kans op het ontstaan van weerstanden is daarbij groot. In het 'verandermodel' (paragraaf 4.2) zijn autonomie, macht en cultuur de voedingsbodem voor de bevorderende en beperkende factoren genoemd. (paragrafen 4.3, 4.4 en 4.5)

Het is verstandig deze drie factoren zeker aan het begin van een veranderingstraject te analyseren en er acties op te benoemen. Maar ook als er zich grote veranderingen voordoen in de omgeving of in een deelnemende organisatie, of als het traject stopt, verdient het aanbeveling deze drie factoren nog eens aan een analyse te onderwerpen.

Twee handreikingen lijken me hierbij behulpzaam. Het is minder bedreigend voor professionals om nieuwe ontwikkelingen te enten op bestaande wortels die hun nut bewezen hebben (maar schroom ook niet dode takken te snoeien).

En het is niet erg dat er verschillen bestaan. Het bestaan van verschillende opvattingen en visies genereert vaak veel creatievere oplossingen dan als iedereen elkaar napraat. De kunst is om bruggen te slaan tussen de verschillen. De bruggen zijn mijns inziens de *shared values* van een keten, de overeenstemming over de normen en waarden en de beoogde uitkomsten voor de patiënt.

- *toepassen van veranderingsfactoren*

Het 'verandermodel' noemt structuur, urgentiebesef en leren als veranderingsfactoren (paragraaf 4.6, 4.7 en 4.8). Het levendig houden van het urgentiebesef houdt alle betrokkenen scherp. De wel ge-

hoorde constatering “Even een paar quick-wins halen en het project is klaar” past daar dus niet bij. De omwikkeling van geïntegreerde zorg is echter een traject met een lange adem. Het is best een kunst om bij zo’n lange spanningsboog het urgentiegevoel hoog te houden.

Het teruggekoppeld krijgen van uitkomsten en ervaringen (van vooral ook patiënten) helpt hierbij nadrukkelijk. Het kunnen vaststellen van een kloof tussen het beoogde en daadwerkelijke uitkomst prikkelt tot verdere actie. Goed leiderschap betekent derhalve het bewerkstelligen van passende feedback. Het (laten) opstellen van de passende indicatoren, met name gericht op de uitkomsten, is een noodzakelijke actie. Op dit gebied is er nog veel te verbeteren en te winnen. We zouden hier bijvoorbeeld ook veel meer uit automatisering kunnen halen dan we nu doen.

Essentieel is ervoor te zorgen dat de juiste mensen bij elkaar worden gebracht. Doordat men elkaar ontmoet leert men elkaar kennen, gaat men gemeenschappelijke waarden ontwikkelen, is er gelegenheid om feedback te geven en te krijgen. Alleen door elkaar te ontmoeten kan het dubbelslag leren worden bevorderd. In de praktijk lijkt me dat juist het dubbelslag leren nog te weinig gericht wordt gekatalyseerd. En juist dit type leren brengt de professionals dichtbij gemeenschappelijke keten- of systeemwaarden.

Voor degenen die leiding geven aan de ontwikkeling van geïntegreerde zorg lijkt me daarom een zeepkist een goede investering. Om staand op de zeepkist mensen te enthousiasmeren, richting te geven, een hart onder de riem te steken.

- *professionals ontlasten van ‘corvee’*

Ik heb de indruk dat we vaak in een omgekeerde wereld leven. Stafbureaus bedenken het beleid, bepalen hoe het moet en verzinnen nieuwe dingen. De professionals moeten dan vervolgens dit beleid maar even gaan implementeren en uitvoeren. Hetgeen nogal eens gepaard gaat met veel administratieve rompslomp. Naar mijn idee moet het andersom. Professionals moeten met elkaar bedenken op welke manier zij het best een oplossing kunnen bieden voor de problemen en vragen van patiënten. Zij kunnen ook op basis van die vragen een inschatting maken waar nieuwe ontwikkelingen en innovaties gewenst zijn.

De stafbureaus moeten op hun beurt die ideeën van goede voorbeelden uit andere ketens voorzien, in richtlijnen vervatten, onderbouwing erbij zoeken en de administratieve last voor professionals minimaliseren.

- *gemiste productie compenseren*

Als zorgprofessionals en/of organisaties inkomsten missen door de bijdrage die ze moeten leveren aan werkgroepen en dergelijke, valt compensatie door het geven van vacatiegelden te overwegen. Veel gesprekspartners gaven aan dat inmiddels te doen.

Voor organisaties is het soms prettiger om deskundige medewerkers in natura te leveren dan aan een jaarlijkse vaste contributie vast te zitten. Er kan daar bewust gebruik van gemaakt worden (veel regio's doen ook dat).

Om het primaat bij de zorgprofessionals te leggen is vertrouwen nodig. Ik vind dit zo essentieel dat het een aparte paragraaf verdient.

7.1.7 Vertrouwen

Vertrouwen is wat mij betreft een *conditio sine qua non*. Met vertrouwen in en respect voor anderen durf je los te laten en ontstaat er een gunstig klimaat voor samenwerking. Toch is dat het in het huidige tijdgewricht niet zo vanzelfsprekend. We leven in een maatschappij waarin sprake is van een behoorlijke dosis wantrouwen. Zelfs in de behandelaar-patiënt relatie, gebaseerd op onvoorwaardelijk vertrouwen, kruipt de laatste tijd wantrouwen in.

Er wordt ook nog wel eens met *dédain* over professionals gesproken. Sommige bestuurders lijken zorgprofessionals nauwelijks serieus te nemen of als een hinderlijke noodzaak te beschouwen.

Overigens kunnen professionals er onderling ook wat van. Met hoeveel *dédain* benadert de ene beroepsgroep de andere soms niet? Hoe vaak hoor je niet dat het ene type professional over een ander type professional zegt, dat die een bepaalde handeling of verantwoordelijkheid niet kan nemen, want te laag opgeleid of niet bekwaam genoeg. En niet altijd is dit gebaseerd op feiten maar op vooronderstelling. Of een *selffulfilling prophecy*: als je iemand iets niet laat doen wat wel bij de kerncompetentie zou moeten passen, leert iemand het nooit of verleert het door gebrek aan praktijkervaring.

Wantrouwen leidt tot de behoefte om te beheersen, om regels te stellen, om ingewikkelde controlesystemen op te zetten (die er uit lijken te bestaan om ongeveer alle informatie maar door te spelen waarna de controleur na afloop nog wel eens bepaalt wat ze nu eigenlijk controleren willen). Wantrouwen hoort bij een angstige houding, met de blik naar achteren gericht. Ik kan het niet hard maken, maar ik heb de indruk dat door wantrouwen meer regels worden ontdoken (waarvoor dan weer snel nieuwe regels gemaakt) dan bij vertrouwen.

Vertrouwen is gebaseerd op betrouwbaarheid. Als je afspraken nakomt, ben je betrouwbaar en oogst je vertrouwen. Het nakomen van afspraken is iets wat velen (professionals, managers en bestuurders) nog wel beter zouden kunnen uitvoeren.

Kortom: afspraken nakomen, betrouwbaar zijn en vertrouwen schenken.

7.1.8 Heb een lange adem

Bij de ontwikkeling van geïntegreerde zorg is geduld een schone zaak. Een groot veranderingstraject heeft nu eenmaal tijd nodig. Bij zo'n lange spanningsboog kunnen tijdens het traject verstoringen optreden. Zoals de ervaring van veel regio's dat de herschikking van middelen de beroepsgroep huisartsen in het eigen bastion doet terug trekken. Je kunt daar heel gefrustreerd door raken. Je kunt daar korte termijn oplossingen voor verzinnen. Met het gevaar dat je van waan van de dag naar waan van de dag beweegt. De kans dat dan meer professionals afhaken tijdens zo'n traject is levensgroot.

Een betere strategie lijkt me om de beoogde uitkomsten op langere termijn voor ogen te houden. Nogmaals, de argumenten voor geïntegreerde zorg en ketenzorg zijn zo zwaarwegend dat dit nog steeds de beste strategische keuze is.

Weliswaar schuiven we nu meer richting Angelsaksisch model. Dat werkt bijvoorbeeld een meer competitieve houding in de hand. Maar is het kwalijk dat men een competitieve houding neemt om kansen te benutten die het systeem, de overheid of verzekeraars ze bieden? Het is onhandig, maar een gevolg van de heersende opvattingen, het is het huidige spel.

Ik denk echter (en hoop) dat uiteindelijk het Rijnlandse model zo diep in ons geworteld is dat we op wat langere termijn, over een aantal jaren, weer met z'n allen veel meer bij elkaar komen. Soms moet je twee stappen achteruit, om er vervolgens drie vooruit te kunnen maken.

7.2 Over degenen die voorwaarden scheppen en katalyseren

In de volgende drie paragrafen wil ik nog even kort bekijken hoe bovenstaande zich vertaalt naar drie verschillende rollen: bestuurder, ketenregisseur/regiegroep, transmuraal netwerk.

7.2.1 De rol van bestuurder

De rol van bestuurder is er mijns inziens één op afstand.

Essentieel lijkt me dat een bestuurder bij zichzelf nagaat of hij de ontwikkeling van ketenzorg en geïntegreerde zorg een goede strategische keuze vindt en bij een positief antwoord zijn gezag inzet om anderen tot samenwerking te katalyseren. Als de keuze voor geïntegreerde zorg niet oprecht is, hoeft dat op zich niet te betekenen dat er geen geïntegreerde zorg zal ontstaan. Maar het traject kan een stuk trager verlopen of zelfs tot stilstand komen als er geen *commitment* van de bestuurders is. De

bestuurders zullen namelijk vroeg of laat ook een aantal bouwstenen moeten leveren (bijvoorbeeld financiële onderbouwing) om geïntegreerde zorg van een projectmatig naar een structureel niveau te laten tillen.

Uit de gesprekken kwam naar voren dat bestuurders soms wel mee praten en aanwezig zijn maar geen actie (laten) ondernemen. Er is schijnbaar betrokkenheid, *commitment* is er dan zeker niet. De gewetensvraag is of het in zo'n geval niet beter is dat de bestuurder stopt met deelname. Dat wordt niet vaak gezegd, overigens.

Het sluiten van convenanten en ketencontracten is een goede manier om bestuurders aan afspraken te binden. Stokt een proces dan kan er altijd op de afspraken worden teruggegrepen. Dat blijkt in de praktijk in veel regio's goed te werken.

Persoonlijk zou ik, gezien het belang van geïntegreerde zorg en ketenzorg, een bestuurder adviseren in hun regio initiatieven te ontplooiën voor de oprichting van een transmuraal netwerk, als dit nog niet bestaat. Het zal de ontwikkeling van volgende ketens aanmerkelijk stroomlijnen en versnellen.

7.2.2 Rol van projectgroep/projectleider

De ontwikkeling van geïntegreerde zorg of een keten wordt meestal geleid door een projectleider en/of een projectgroep. Al naar gelang de fase waarin een keten zich bevindt en afhankelijk van de regio kan de naam van zo'n groep variëren: initiatiefgroep, kerngroep, regiegroep, programmaraad.

Dit is het platform waar het proces sturen de meeste inhoud moet krijgen. Dit is de feitelijke katalysator.

De samenstelling van een dergelijk platform stelt wel eisen. Bij voorkeur komen de meeste deelnemers uit de betrokken zorgaanbieders. Ze zijn in staat overstijgend te denken maar hebben tevens voldoende binding met patiënten én professionals. Kunnen sturen op uitkomsten. Ze kunnen anderen enthousiasmeren en zijn bovenal gericht op het binden en samenbrengen van anderen. Durven de professionals de inhoud te laten bepalen. Kennen de eigen organisatie goed genoeg om te weten welke zorgprofessional het best in een werkgroep zou kunnen plaats nemen. En zijn zich er bovenal bewust van dat verleiden hét instrument is om anderen tot verandering te bewegen. Dat een lange adem derhalve onvermijdelijk is.

De deelnemers kunnen leidinggevenden zijn uit een organisatie, maar ook zorgprofessionals die het leuk vinden om overstijgend met geïntegreerde zorg bezig te zijn.

Een projectleider komt in regio's met een transmuraal netwerk, vaak uit dat netwerk. Is zo'n netwerk er niet dan komen projectleiders of uit een van de zorgaanbieders of worden ingehuurd.

De projectgroep en -leider kunnen een belangrijke rol vervullen in het beperken van het aantal 'corveetaken' voor de zorgprofessionals.

7.2.3 Rol van transmurale netwerken

Niet elke regio kent al een transmuraal netwerk. Met transmuraal netwerk bedoel ik hier een platform waarin regionale zorgaanbieders de krachten gebundeld hebben om gezamenlijk ontwikkelingen op het gebied van de regionale zorg- en dienstverlening te entameren. Belangrijkste doelstelling van een transmuraal netwerk is het opzetten dan wel ondersteunen bij het opzetten van allerlei vormen van ketenzorg en geïntegreerde zorg.

De toegevoegde waarde van een netwerk is om bij de ontwikkeling van nieuwe vormen van ketenzorg de valkuilen op basis van eerder opgedane kennis te omzeilen. Processen kunnen door de leercurve

vaak meer gestroomlijnd en sneller worden ontwikkeld. Ze leveren vaak projectleiders of een ketencoördinator.

Sommige transmurale netwerken hebben ook een soort zorgaanbiederrol (bijvoorbeeld het bieden van casemanagement). Deze netwerken hebben meer last van de veranderende verdeling van financiën en merken dat er met hen geconcentreerd wordt.

Transmurale netwerken hebben mijns inziens bij voorkeur een ondersteunende taak: ontsluiten van kennis, ondersteunen van processen, haalbaarheidsonderzoek doen, leveren van projectleider, conceptualiseren van ideeën, professionals ontlasten door het overnemen en invullen van 'corveetaken', zoeken van best practices en onderbouwing, organiseren van conferenties e.d..

De zorgaanbiedertaak zou ik daar niet onder laten vallen. Die moet vooral bij de zorgaanbieders zelf blijven. Daardoor kan een netwerk zich focussen op de net genoemde kerntaken, waar ze het druk genoeg mee hebben.

Een model waarbij een transmuraal netwerk de projectleider of ketencoördinator levert en de zorgaanbieders een ketenvoorzitter en leden voor de projectgroep, spreekt mij erg aan. Het verenigt de twee werelden van kennis van processen en ontwikkeling van geïntegreerde zorg (transmuraal netwerk) en kennis van zorg- en dienstverlening (zorgaanbieders) het best.

8. Optimaliseren van een zorgketen; aanbevelingen

Zoals de wandelaar zijn eigen weg maakt, maken de zorgprofessionals (met de patiënt) een zorgketen (vrij naar Antonio Machado)

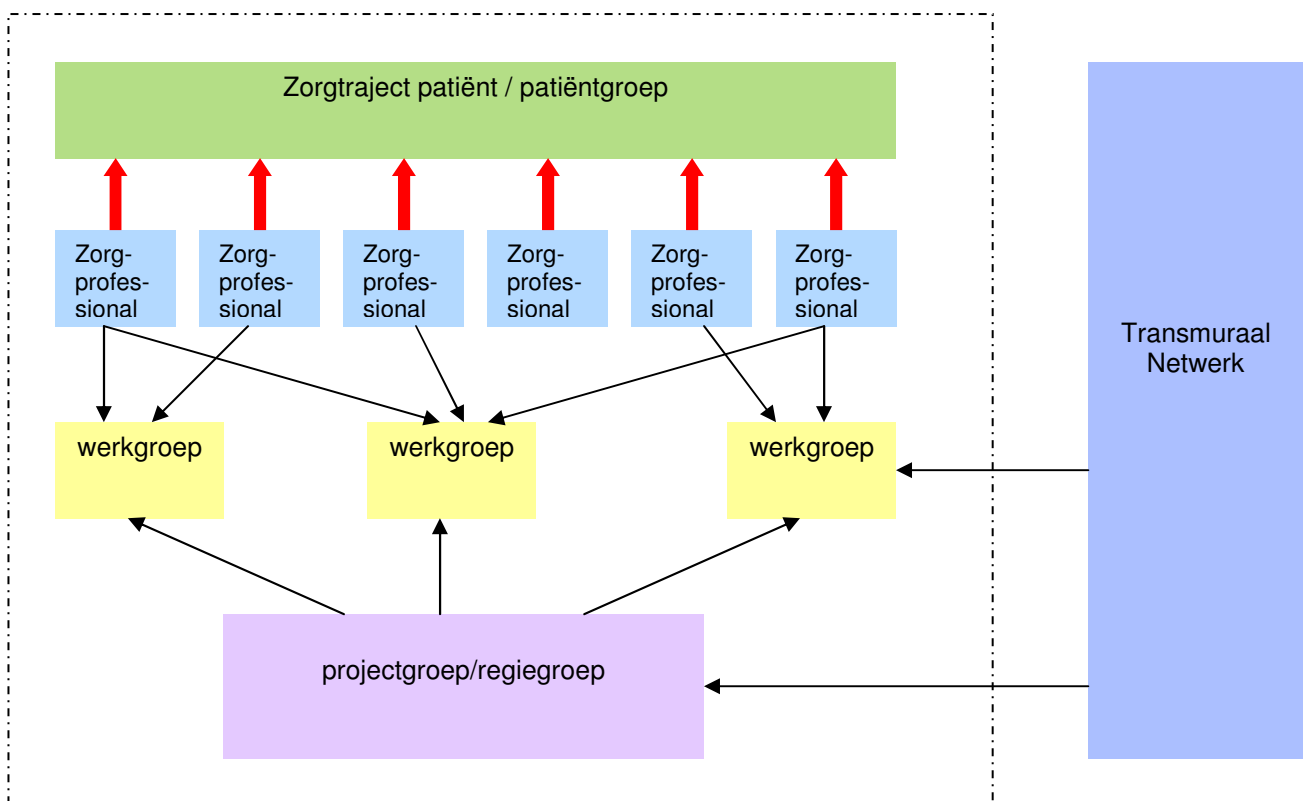
Ter afsluiting van deze scriptie wil ik een aantal aanbevelingen doen om een bestaande zorgketen te optimaliseren dan wel om bij het initiëren van een nieuwe keten valkuilen te kunnen omzeilen.

De aanbevelingen bouwen voort op twee pijlers: de patiënt dan wel patiëntgroep centraal en de zorgprofessional als drager van geïntegreerde zorg en ketenzorg.

8.1 Netwerk voor optimaliseren van een zorgketen

Bij de optimalisering van geïntegreerde zorg hebben zorgprofessionals, projectleiders, managers en bestuurders verschillende rollen. De ene aanbeveling is relevant voor alle rollen, de ander alleen voor een bepaalde rol. Om een en ander overzichtelijk te houden zou ik eerst in een schema willen weer-geven hoe het netwerk voor de ontwikkeling en borging van geïntegreerde zorg er mijns inziens ideaaltypisch uitziet. Het schema is gebaseerd op de gesprekken, voorgaande hoofdstukken en mijn eigen ervaringen.

Schema van netwerk voor optimaliseren van een zorgketen



En toelichting op het schema:

- het draait uiteindelijk allemaal om het zorgtraject dat een patiënt doorloopt en de zorg- en dienstverlening die daarbij gegeven wordt
- de zorgprofessionals leveren de zorg- en dienstverlening aan de patiënten. Richtlijnen, standaarden, werkafspraken, gemeenschappelijke waarden en dergelijke die voor de zorg- en dienstverlening en de samenwerking zijn ontwikkeld, ondersteunen hen hierbij.

- in werkgroepen worden de standaarden, richtlijnen en werkafspraken met elkaar gemaakt. De meest belangrijke rol in de werkgroep is weggelegd voor de zorgprofessionals, zij bepalen de inhoud van richtlijnen en afspraken. Een werkgroep kan bijvoorbeeld ook een consultatieteam zijn of een overleg waarin zorgprofessionals de knelpunten bij de transfer van patiënten bespreken, analyseren en oplossen.
Al naar gelang de doelstelling van een werkgroep is de samenstelling breed (verschillende typen professionals) of smal (professionals uit één of een beperkt aantal beroepsgroepen). Bij het uitwerken van bijvoorbeeld een visie zou ik professionals met verschillende profielen (zoals Maister heeft beschreven) bij elkaar brengen. Op die manier worden er veel eerder bruggen geslagen.
- Ondersteuning van werkgroepen, bijvoorbeeld secretariael, vergader-technisch, verzamelen van goede voorbeelden, aandragen van literatuur en dergelijke, komt vanuit een projectgroep en/of een transmuraal netwerk.
- een projectgroep coördineert de activiteiten, bewaakt de voortgang, regelt en levert deels de ondersteuning, verzorgt de PR, organiseert bijeenkomsten en conferenties, bereidt convenanten voor en maakt duidelijk welke de spelregels zijn (bij voorkeur een beperkt aantal).
In de projectgroep zitten in ieder geval mensen uit verschillende deelnemende organisaties, bij het bestaan van een transmuraal netwerk ook hier vanuit (bijvoorbeeld een projectleider/ketencoördinator). Deelnemers in de projectgroep kunnen overstijgend denken, zijn gericht op katalyseren van samenwerking en kunnen voorwaarden scheppend bezig zijn. Een zorgprofessional die zich meer organisatorisch oriënteert heeft mijn inziens een toegevoegde waarde.
Naast de projectleider is het goed om als boegbeeld een voorzitter uit een van de deelnemende organisaties te hebben.
- een transmuraal netwerk ondersteunt meestal meerdere van dit soort netwerken. Naast ondersteuning van project- en werkgroepen brengt een transmuraal netwerk ook de ervaringskennis van eerdere projecten in. Hiermee kan het helpen voorkomen dat er steeds weer in dezelfde valkuilen wordt gevallen. Een transmuraal kan ook signalen in de regio opvangen dat er behoefte is aan de ontwikkeling van een bepaalde zorgketen en hiertoe een eerste regionale prikkel geven.
- de bestuurders zijn niet in dit schema getekend. Bestuurders staan op afstand. Zij hebben invloed op twee niveaus: op de zorgprofessionals via de eigen organisatie en doordat ze zitting hebben in het bestuur van een transmuraal netwerk.

8.2 Aanbevelingen

Door bovenstaand schema en toelichting hoef ik naar mijn beleving niet per aanbeveling aan te geven waar ze betrekking op hebben.

- *Zorg dat duidelijk is op welke patiëntgroep de geïntegreerde zorg zich richt*

Is helder op welke, voor een patiëntgroep kenmerkende, zorgvragen en problemen de geïntegreerde zorg zich richt? Zijn de zorgvragen gevolgen van een specifieke aandoening of kunnen ze voortkomen vanuit een breed scala van aandoeningen (palliatieve zorg, zorg aan dementerenden, ouderen met multi-morbiditeit)? In welke mate is een zorgtraject voorspelbaar (te maken) en te standaardiseren?

Sluiten de beoogde zorg- en dienstverlening en oplossingen aan bij hetgeen de patiëntroep cq. de patiënten verwachten, met ander woorden zijn de beoogde uitkomsten helder? Is dat wel vastgesteld in samenspraak met vertegenwoordigers van patiënten?

Is er overeenstemming tussen de betrokken zorgprofessionals en tussen patiënten en zorgprofessionals over de beoogde uitkomsten?

Laat vooral de zorgprofessionals dit samen formuleren, in samenspraak met patiënten.

- *Kies een bij de patiëntgroep passend ketenmodel*

Het ene organisatie-model is geschikter voor een bepaalde patiëntgroep dan een ander. De basismodellen (dienstenmodel, transfermodel en kluwenmodel) zoals toegepast in de regio Midden-Holland bieden hierbij een nuttige handreiking. Hier ligt een belangrijke taak bij de projectgroep en (indien aanwezig) transmuraal netwerk.

Een passende keuze kan de ontwikkeling van geïntegreerde zorg een aanzienlijke beginsnelheid geven. Het vaststellen dat het model wellicht niet past bij de patiëntgroep kan een minder voorspoedig verlopend proces weer vlot trekken.

Het model kan ook richting geven aan de ontwikkeling van prestatie-indicatoren.

Bij het dienstenmodel bijvoorbeeld of de aandoening conform de landelijke normen wordt behandeld/ingesteld.

Bij het transfermodel bijvoorbeeld of een patiënt niet te lang moet wachten op de transfer naar de plek waar de gepaste zorg kan worden gegeven.

Bij het kluwenmodel bijvoorbeeld of een patiënt (en/of diens systeem) zich ondersteund voelt bij de eigen regiefunctie.

- *Laat de zorgprofessionals de zorginhoudelijk afspraken en uitkomsten maken*

Zorg ervoor dat zorgprofessionals in onderling overleg de zorginhoudelijke afspraken maken, afspreken wanneer men naar elkaar verwijst of elkaar raadpleegt, welke de beoogde uitkomsten zijn. Gebruik daarvoor een variatie op de vraag "Wie kan wat het beste doen?". Een betere vraag dan "Wie doet wat, en jij mag dat in ieder geval niet". De laatste vraag zal domeindiscussies in de hand werken. Betrek daarbij zorgprofessionals die in de eigen beroepsgroep of organisatie gezag hebben, enthousiast zijn en er plezier in hebben om dingen te ontwikkelen.

Werkgroepen en conferenties zijn de platforms hiervoor. Zorg voor ondersteuning vanuit projectgroep en/of transmuraal netwerk

Maak een analyse van de bevorderende en belemmerende factoren en de veranderingsmechanismen als de ontwikkeling van de geïntegreerde zorg stopt of als er een nieuw project wordt gestart. Het verandermodel kan daarbij een handreiking vormen.

- *Beperk het aantal spelregels en stuur op vertrouwen*

Probeer projectgroep zo min mogelijk regels op te stellen. Een beperkt aantal spelregels dat zich vooral op verwachtingen en uitkomsten richt, werkt meer stimulerend dan een groot aantal geboden en verboden. Maak de spelregels wel zo concreet mogelijk. Laat de professionals samen de overige afspraken maar maken.

In een wereld die alles overmatig regelt is dit niet gemakkelijk. Paradoxaal genoeg is een groep professionals zelfs gewend geraakt regels te vragen. Ik zou adviseren dit fenomeen, als het zich voordoet, steeds te benoemen en duidelijk te maken waar de invulling en de uitwerking aan de professional wordt gelaten. Met daarbij de boodschap dat het niet uit luiheid gebeurt, maar vanuit de overtuiging dat alleen de inhoudelijk deskundigen de zorg- en dienstverlening optimaal kunnen afstemmen op de behoeften en zorgvragen van de patiënt.

Bij dit alles past vertrouwen. Creëer vertrouwen met elkaar door afspraken na te komen. Heb respect voor ieders deskundigheid en inbreng en respecteer een verschil in inzichten of belangen. Bestuurders en managers moeten vertrouwen hebben in professionals, zorgprofessionals andersom in managers en bestuurders. Ik zou professionals willen adviseren niet alleen maar het gevecht aan te gaan met het management. Door niet alleen te nemen maar ook hier en daar te geven bereikt men veel meer resultaat.

Het lijkt me essentieel een klimaat te scheppen waarin openlijk besproken wordt als men te weinig vertrouwen ervaart. Om dat te bereiken moet je elkaar kennen. Immers, onbekend maakt onbemind. Het is dus belangrijk dat er met enige regelmaat ontmoetingen zijn om elkaar te leren en blijven kennen.

- *Wees niet bang voor verschillen; maar sla bruggen en heb een lange spanningsboog*

In hoeverre bestaat er de neiging om proberen verschillen te vereffenen? Dit kost veel tijd en levert eerder domeindiscussies op dan samenwerking. Domeindiscussies belemmeren elke voortgang van het proces.

Creëer een klimaat waarin verschillen van inzicht of belang worden geuit en besproken. Om vervolgens vooral de zorgprofessionals samen bruggen te laten slaan. Ook hier speelt het elkaar ontmoeten een essentiële rol.

Belangen kunnen door externe factoren sterk veranderen en tot gevolg hebben dat een organisatie of een groep professionals minder betrokken raakt en een andere weg inslaat. Mijns inziens zijn dit tijdelijke fenomenen (ook al kunnen ze jaren duren). Verlies het geduld niet en blijf met z'n allen op de patiënt, de uitkomsten en de langere termijn gericht. Vroeg of laat is de noodzaak tot samenwerking en geïntegreerde zorg naar mijn beleving niet te verloochenen.

Als netwerk zou ik er dan ook niet te snel voor kiezen om een minder betrokken partij te laten vallen. Blijf contact houden, blijf gericht op verbinden.

- *Zorg voor feedback*

Om geïntegreerde zorg verder te ontwikkelen en te borgen moeten de daadwerkelijke en beoogde uitkomsten van de zorg- en dienstverlening tegen elkaar worden afgewogen, moet een eventuele kloof tussen die twee worden vastgesteld.

Het is daarvoor belangrijk om met elkaar duidelijk af te spreken wat en hoe er gemeten en geregistreerd wordt om die kloof, om knelpunten te kunnen vaststellen. Daarvoor is het noodzakelijk om hetgeen in de eerste aanbeveling staat, duidelijk te hebben.

Bij de start van een zorgketen kan een inventarisatie van knelpunten en problemen bij zorgprofessionals én patiënten (al dan niet gezamenlijk; in gezamenlijk verband neemt het urgentiebesef bij professional toe doordat ze rechtstreeks van patiënten horen wat er aan schort en wat de behoeften zijn) via een conferentie plaats vinden. Gedurende een traject kan dit herhaald worden als het proces stakt.

In conferenties of netwerkbijeenkomsten kan de voortgang van het proces worden verteld aan de betrokkenen.

Verder zijn er bij patiëntgroep en ketenmodel passende prestatie-indicatoren nodig om een eventuele kloof tussen het beoogde en het gepresteerde vast te kunnen stellen. De ontwikkeling hiervan moet in samenspraak met de zorgprofessionals en patiënten te gebeuren. Mijn indruk is dat op dit gebied nog veel te ontwikkelen en ontdekken valt.

Met gerichte, elektronische gegevensverzameling moet het meten van prestatie-indicatoren een niet te belastende taak kunnen worden.

Zorgprofessionals moeten ook feedback naar elkaar kunnen geven over de gang van zaken. Dan kan het dubbelslag leren vorm krijgen. Bijvoorbeeld: bij een CVA-keten zou ik ervoor zorgen dat een neuroloog en verpleeghuisarts elkaar met enige regelmaat zien om met elkaar minder goed verlopen casus door te nemen. Nu spreekt men nog te vaak over elkaar ("hoe kan-ie nou zo iemand verwijzen") en te weinig met elkaar.

- *Leg vast in covenant of ketencontract*

Door afspraken, verwachtingen, verplichtingen en *commitment* in een covenant of ketencontract vast te leggen, wordt vrijblijvendheid beperkt. Een covenant biedt een handvat om elkaar aan te spreken, om elkaar 'bij de les te houden'.

Door de duur van een covenant of contract voor bepaalde tijd te laten zijn, moet men het om de zoveel tijd verlengen. Dit maakt de betrokken partijen weer bewust van hun *commitment*.

- *Houd de ogen open en wees nieuwsgierig*

Blijf alert op goede voorbeelden elders en leer van anderen. Onderhoudt contacten met ander netwerken. Zoek inspiratie in andere branches (bijvoorbeeld veiligheid en de vliegerij).

Maar bovenal: houdt de nieuwsgierigheid levendig.

Literatuur

Åhgren, B (2003) - Chain of care development in Sweden: results of a national study - International Journal of Integrated Care – Vol. 3, 7

van Aken (1994) – Bedrijfskunde als ontwerpwetenschap – Bedrijfskunde 66 (1) pg. 16-26

Andersson, Grazyna; Karlberg, Ingvar (2000) - Integrated care for the elderly. The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. International Journal of Integrated Care – Vol. 1, 1

Argyris, Chris - Initiating change that perseveres - The American Behavioral Scientist; Jan 1997; 40, 3; I/INFORM Global pg. 299

Corning, Peter A. (2002) - "The Re-Emergence of "Emergence": A Venerable Concept in Search of a Theory", Complexity 7(6): 18-30

Donkers, Lia; Bras, Aris; van Dingenen, Lisette (2008) – Drie basismodellen voor zorgketens. Geaccepteerd voor publicatie Medisch Contact maart 2008

European Health Management Association (2004) - Integrating Services for Older People: A resource book for managers. Edited by Henk Nies and Philip C Berman EHMA 2004

Fabbricotti, Isabelle Natalina (2007) - Zorgen voor Zorgketens. Integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens. Proefschrift 2007

Hemelrijk, C.K. (2004) -The use of artificial-life models for the study of social organization. In: B. Thierry, M. Singh & W. Kaumanns (eds): *Macaque Societies. A Model for the Study of Social Organization*. Cambridge University Press, 295-313.

Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008-01.

Gillies, Robin R; Shortell, Stephen M; Young, Gary J – Best practices in managing organized delivery systems – Hospital & Health Services Administration 1997; 42, 3

Glouberman, Sholom; Mintzberg, Henry (2001) - Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part I: Differentiation – Health Care Management Review 2001 Volume 26(1), Winter 2001, pp 56-69

Glouberman, Sholom; Mintzberg, Henry (2001) - Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part II: Integration – Health Care Management Review 2001 Volume 26(1), Winter 2001, pp 70-84

van 't Hoog, Arno (2004) - Intelligent gedrag hoeft niet doordacht te zijn- www.Kennislink.nl

Johnson, Scholes, Whittington – Exploring corporate strategy – 7th edition, Pearson Education Limited

KNMG - Medische professionaliteit - Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst Utrecht Mei 2007

Kodner, Dennis L.; Kyriacou, Corinne Kay(2000) – Fully integrated care for frail elderly: two American models - International Journal of Integrated Care – Vol. 1, 1 November 2000

Kodner, Dennis L; Spreeuwenberg, Cor (2002) - Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper - International Journal of Integrated Care – Vol. 2, 14 November 2002

Kotter – Leiderschap bij verandering – Academic service 1997

Davd H Maister – True professionalism – Free Press, 1997

Mur-Veeman, Ingrid; Eijkelberg, Irmgard; Spreeuwenberg, Cor - How to manage the implementation of shared care - A discussion of the role of power, culture and structure in the development of shared care arrangements – Journal of Management in Medicine. Bradford: 2001 Vol. 15, Iss. 2; pg. 142

Ouwens, Marielle; Wollersheim, Hub; Hermens, Rosella; Hulscher, Marliesen; Grol, Richard - Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews - International Journal for Quality in Health Care 2005; Volume 17, Number 2: pp. 141–146

Porter, Michale E; Olmsted Tiesber, Elizabeth; (2007) – Redefining healthcare – Creating value-based competition on results – Harvard Business School Press 2007

Kultuurum – www.kultuurum.se

RIVM - Op één lijn - Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020 – RIVM 2005

Schrijvers et al (2007) - Onderzoek naar geïntegreerde zorg – in 'Handboek gezondheidszorgonderzoek' pg. 296-306 - Bohn Stafleu Van Loghum 2007

Shortell (2006) - Integrated Health Systems: Promise And Performance – presentatie 2006

Thesaurus Gezondheidszorg

Weggeman (2007) - Leidinggeven aan professionals? Niet doen! Over kenniswerkers, vakmanschap en innovatie. Scriptum 2007

van Wijngaarden, Jeroen D.H.; de Bont, Antoinette A.; Huijsman, Robbert - Learning to cross boundaries: The integration of a health network to deliver seamless care (2006) - Health Policy 79 pg. 203–213

Wikipedia – Katalysator

Bijlage 1

Vragenlijst (met toelichting)

In de vragenlijst wordt met dit lettertype een korte toelichting gegeven.

Vraagstelling

“... liggen succesfactoren en barrières voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg voor een groot deel op het menselijke vlak. De inzet en samenwerking van zorgprofessionals zijn bepalend voor het welslagen. Hun waarden en normen, hun gedrag, hun opvattingen en de mogelijke veranderingen op die gebieden: daar draait het primair om.

Bij het ontwikkelen van geïntegreerde zorg moeten bestaande waarden, werkwijzen en afhankelijkheden worden ingeruild voor nieuwe. Dit vraagt om loslaten, geven en nemen, herijken en een nieuwe rol opzoeken. Het is menselijk om daar met weerstand op te reageren.

Richtlijnen, samenwerkingsafspraken, een adequate financiering: het is de lijm in de zorgketen. Maar de lijm alleen is niet sterk genoeg om mensen bijeen te houden als ze de krachten niet *willen* bundelen, als de middelpuntvliedende krachten door de weerstanden te groot zijn.

Hoe kan leiderschap nu bijdragen aan het ontstaan van middelpuntzoekende krachten, dat zorgprofessionals gekatalyseerd worden om samenwerking met elkaar aan te gaan. Op welke menselijke factoren moet het leiderschap gericht zijn? Ik leid hieruit de volgende vraagstellingen af.

Hoe zou een model eruit kunnen zien dat de menselijke factor in de samenwerking in kaart brengt en richting geeft aan leiderschap op dat gebied?

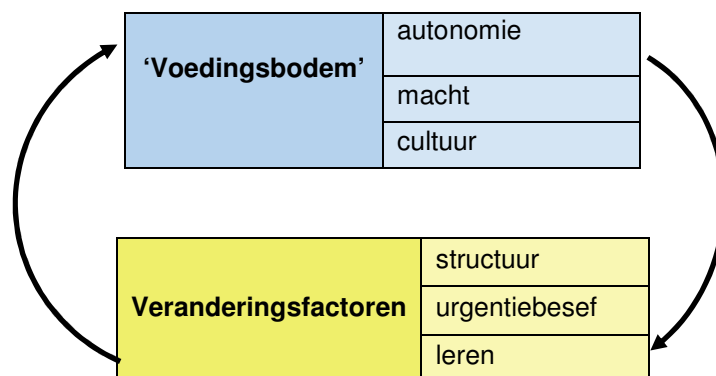
Aan de hand van literatuur en praktische ervaringen.

In welke mate zijn de mensen die de ontwikkeling van zorgketens aansturen bewust bezig met de in het model genoemde factoren?

Aan de hand van semi-structureerde vraaggesprekken bij een aantal voorbeelden van zorgketens, waarbij een vragenlijst die gebaseerd is op het model wordt toegepast, hoop ik inzicht in te krijgen in deze vraag.

Welke adviezen zijn er uit de praktische ervaringen af te leiden en wat betekent dit voor het leiderschap en het gehanteerde model?

Model



In dit model wordt onderscheid gemaakt tussen:

- 'voedingsbodem'

De aandachtsgedebieden in dit blok vormen een 'voedingsbodem' waaruit bevorderende en beperkende factoren voor het ontstaan van samenwerking tussen zorgprofessionals voortkomen. Door inzicht te krijgen in de aandachtsgedebieden kan een indruk verkregen worden waar weerstanden liggen of mogelijk te verwachten zijn, in welke mate er (al) sprake is van gemeenschappelijke waarden en een collectieve ambitie. Een inschatting van deze aandachtspunten vormt vervolgens de voedingsbodem, het vertrekpunt of ijkpunt, voor de richting en aanpak van de verandering.

- veranderingsfactoren

De aandachtsgebieden in dit blok zijn mechanismen om een veranderingstraject in gang te zetten dan wel een verandering te borgen.. De mechanismen leiden tot een verandering in de aandachtsgebieden in het blok 'voedingsbodemp', althans als het succesvol geschiedt. En daarmee ontstaat een continu, dynamisch proces van iken, aanpassen en veranderen.

1. Korte beschrijving netwerk/keten + geïnterviewden

- Gesprekspartners
- Eén keten of transmurale organisatie?
- Korte beschrijving type/inrichting keten(s), patiëntgroep(en), fase van ontwikkeling (initiatie/ontwikkeling/borging)
- Ketenpartners in het kort

'Voedingsbodemp'

2. Autonomie

De autonome professional laat zich erop voorstaan dat hij zelf doel en inhoud van zijn functie bepaalt, prioriteiten stelt, zelf kiest met welke collega's en externe partijen hij samenwerking zoekt en bepaalt op welke manier hij zijn activiteiten uitvoert en met welke kwaliteitsnorm.

- Houdt men hier rekening mee?
- Hoe hanteert men dit? Specifieke acties?

3. Macht

Macht is de capaciteit van individuen of groepen om anderen te overtuigen, aan te zetten of te dwingen tot het volgen van bepaalde actiepatronen Macht berust op diverse bronnen: hiërarchie (formele macht, bijvoorbeeld door de positie die men heeft), invloed (informele macht, op grond van bijvoorbeeld charisma van een persoon of groep of toegekende macht (zonder dat dat getoetst hoeft te zijn)), controle over strategische middelen en/of geld, bezit van (unieke of specialistische) kennis en vaardigheden, controle over de menselijke omgeving (bijvoorbeeld onderhandelingsvaardigheden of overtuigingskracht), betrokkenheid bij de implementatie van de strategie.

- Maakt men inschatting van macht(sverdeling)? Hoe?
- Macht van beroepsgroep? Van organisatie?
- Hoe gaat men om met (eventueel) te grote verschillen in macht?

4. Cultuur

Cultuur is het geheel van normen, waarden, leidende inzichten, beginsels, gedrag en denkwijzen dat als vanzelfsprekend wordt gedeeld door leden van een organisatie of beroepsgroep en dat aan nieuwe leden wordt geleerd als zijnde correct. Het staat voor het onbewuste, ongeschreven deel van een organisatie of beroepsgroep.

- van professionals:
 - herkent men: *gebrek aan gemeenschappelijke doelgerichtheid, het referentiekader voor beslissingen ligt buiten de eigen organisatie, de onderlinge werkverdeling geschiedt op persoonlijke voorkeuren, eigen vak is bij multidisciplinaire samenwerking toch belangrijker, veel wordt informeel geregeld, er is een selectieve financieel-economische gevoeligheid, men creëert graag een sfeer van openheid en naïviteit?*
 - Hoe gaat men daarmee om? Komt het aan de orde? Gericht op verschillen laten bestaan en overbruggen, of verschillen weg te krijgen?
- van organisatie
 - Maakt men analyse van culturele web door van de ketenpartners: *organisatiestructuren, de verhalen, symbolen, machtstructuren, controlesystemen en rituelen en routines* in kaart te brengen/te benoemen/te duiden?
 - Hoe gaat men daar mee om?
- (Sub)-regio's? Houdt men rekening met subregionale verschillen?

Veranderingsmechanismen

5. Structuur

"... structuur (...) de coördinatiemechanismen, de taakverdeling, de plek van individuele en groepen zorgprofessionals in een geheel"

- Specifieke kenmerken structuur?
- Coördinatiemechanismen? (onderlinge afstemming en/of directe supervisie; standaardisatie van normen en waarden, standaardisatie van resultaten/output, standaardisatie van vaardigheden en kennis, standaardisatie van het werk)
- Voorkeur/accent binnen eigen situatie?

6. Urgentiebesef

Het creëren van een urgentiebesef moet de zelfgenoegzaamheid doorbreken die de status quo handhaaft, die de oude patronen en denkbelden van de zorgprofessionals in stand houdt.

- a. Herkent men de volgende bronnen van zelfgenoegzaamheid: *aandacht gericht op eng functionele doelen in plaats van op het integrale proces, waardoor men zich onvoldoende verantwoordelijk voelt voor het gehele proces; gebrekkige feedback over de prestaties, en dan met name van externe belanghebbers (de patiënt in het bijzonder); een cultuur waarin de boodschapper van slecht nieuws wordt afgemaakt, waarin oprechtheid en met name confrontatie op een laag pitje staan; de menselijke neiging om te ontkennen wat men niet wil horen, men heeft al druk genoeg en er is weinig behoefte aan nog meer werk.*
- b. Hoe probeert men urgentiebesef te verhogen? Hoe probeert men genoegzaamheid te doorbreken?
- c. In welke mate doet men aan gericht veranderingsmanagement? Hanteert men methodiek? (bijvoorbeeld cf. Kotter)

7. Leren

Leren binnen een netwerk kan worden omschreven als de capaciteit of processen die aanwezig zijn binnen een netwerk om de prestaties te behouden of te verbeteren op basis van de opgedane ervaring. Leren omvat nieuwe kennis verwerven, kennis delen en kennis kunnen toepassen in een nieuwe context. Het gaat om leren *van* en leren *aan*

- a. in welke mate is leren opgenomen in de keten?
- b. single, double, triple?

Single loop: dit betreft het opsporen en corrigeren van fouten met een eenvoudig feedback mechanisme, bijvoorbeeld in de vorm van een audit die de praktijk met een standaard of procedure vergelijkt. Kort en krachtig gezegd: wat we doen beter doen.

Double loop: hierbij gaat het om een manier van leren die van invloed is op de organisatieprocessen door vragen te stellen bij de doelstellingen en het veranderingstraject. Er wordt vanuit andere invalshoeken naar de problematiek gekeken. Dit kan leiden tot het herzien en herijken van waarden en doelstellingen, de strategie en eventueel ook de structuur.

Triple loop: 'learning about learning'. Organisaties proberen hierbij de context van hun eigen leren te begrijpen en de capaciteit te ontwikkelen om vast te stellen wanneer en hoe ze leren en wanneer niet. Zulke lerende organisaties bouwen en testen, op basis van hun eigen leerervaringen ontwikkelde, leerstrategieën.

- c. Individueel versus groepsleren?

8. Overig, suggesties etc.

- a. bepaalde factoren niet aan bod geweest?
- b. specifieke methodes?
- c. best practice, voorbeeldfunctie elders?

Bijlage 2 Gesprekspartners

Rhijnhuysen

Rhijnhuysen is een samenwerkingsverband van 17 zorgaanbieders (ziekenhuiszorg, ouderenzorg en thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, Diagnostisch Centrum en gezondheidscentra) in de regio Utrecht.

Gesprekspartner: Miriam Kroeze, organisatieadviseur

Transmuraal Netwerk Midden-Holland

De Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland bestaat uit de 7 grotere zorgaanbieders (ziekenhuis, medische staf ziekenhuis, geestelijke gezondheidszorg, verstandelijke en lichamelijk gehandicaptenzorg, ouderenzorg en thuiszorg, de regionale huisartsenvereniging) in de regio Midden-Holland (Gouda e.o.)

Gesprekspartners: Lia Donkers, directeur en Lisette van Dingenen, programmaleider Zorgketens.

Quartz

Stichting Quartz is een centrum voor transmurale zorg in de regio Helmond en bestaat uit 5 grote zorgaanbieders (ziekenhuis, medische staf ziekenhuis, ouderenzorg en thuiszorg, de regionale huisartsenvereniging en geestelijke gezondheidszorg).

Gesprekspartner: Peter Martens, adjunct-hoofd Quartz

Zorgnetwerk Midden-Brabant

Zorgnetwerk Midden-Brabant is een samenwerkingsverband van 13 zorgaanbieders (ziekenhuiszorg, ouderenzorg en thuiszorg, revalidatiecentrum, GGD, geestelijke gezondheidszorg, vereniging apothekers, verstandelijke en lichamelijk gehandicaptenzorg, vereniging huisartsen) in de regio Midden-Brabant.

Gesprekspartner: John van Kuijk, directeur

Zorgprogramma Dementiesyndroom Eindhoven – Groot Kempenland (ZPG)

Bij ZPG zijn 23 zorgaanbieders en –organisaties betrokken (ziekenhuiszorg, gezondheidscentra, regionale huisartsen, CIZ, ouderenzorg en thuiszorg, patiëntorganisaties, GGD, welzijnsorganisaties) die willen bereiken dat cliënten met het dementiesyndroom reeds in een vroeg stadium worden opgespoord, gediagnosticeerd en hun ziekteverloop gevolgd.

Gesprekspartners: Marian Salari en Ad Plaisier, ketenregisseur Zorgketen Dementie ZPG

Zorgketen Dementie Oosterschelde

De Zorgketen Dementie Oosterschelde bestaat uit een samenwerking van 5 instellingen (ouderenzorg en thuiszorg, ziekenhuis, geestelijke gezondheidszorg) in de regio Schouwen Duiveland en de Bevelanden en richt zich op het bieden van diagnostiek en behandeling en casemanagement aan personen met klachten die duiden op dementie.

Gesprekspartner: Jack de Meij, projectleider en zorgmanager ouderenpsychiatrie