Een verloskundige zorgketen

Wat het fenomeen “Supply Chain Management” en eerdere ervaringen met zorgketens kunnen betekenen voor de vorming van de verloskundige zorgketen

Thesis MBA- Health, april 2012
CMDZ / Erasmus Universiteit Rotterdam
Stefan zum Vörde sive Vörding

Management samenvatting

Verloskundige zorg staat de laatste decennia onder grote belangstelling.
Naast inhoudelijk commentaar op de kwaliteit van de zorg is er ook kritiek op de organisatie van het Nederlandse zorgsysteem van "selectie" en de gescheiden "silo's" van 1e en 2de lijn.

Op verzoek van het ministerie van VWS komt de Nederlandse Zorg autoriteit in 2012/ 2013 met een advies omtrent een geïntegreerd tarief voor de verloskundige zorgketen. Daarmee is een groot beletsel voor verdere "ontsilo – ing" tussen de disciplines opgeheven en ontstaat een unieke kans de verloskundige zorgketen opnieuw vorm te geven.

Deze thesis geeft een antwoord op hoe die Nederlandse verloskundige zorgketen vervolgens vormgegeven moet worden.

Ervaringen met eerdere zorgketens als diabetes en bestudering van het concept "Supply Chain Management" uit de productie-industrie, leiden tot een logistiek model van een verloskundige zorgketen waarin:

- de disciplines gezamenlijk een (netwerk)organisatie hebben op gericht en hoofdaannemer van de gehele verloskundige zorgketen zijn geworden.
- de disciplines gezamenlijk de waardeketen van de klant hebben vormgegeven, dus zowel primaire processen als ondersteunende activiteiten.
- de klant expliciet betrokken wordt bij de definiëring van de waardeketen.
- het duurzaam creëren van klantwaarde leidend principe is.

In een blauwdruk wordt de vorm van de nieuwe transmurale organisatie geschetst waarin, gezien de speciale rol van de klant tijdens het gehele zorgproces en het multidisciplinaire karakter van de verloskundige zorgketen, besturing op de gehele waardeketen plaatsvindt.

Inhoud

		Management samenvatting	2
		Inhoud	3
		Voorwoord	5
		Vos, Uil en Muis	6
1.		Inleiding	
	1.1	Zwangerschap en geboorte	7
	1.2	Zorgketen vorming	8
	1.3	Probleemstelling en vraagstelling	9
	1.4	Doelstelling en onderzoeksopzet	9
	1.5	Afbakening	9
2.		Theorie en eerdere ervaringen met vormen van geïntegreerde zorg/ ketenzorg	11
	2.1	Achtergrond en relevantie	11
	2.2	Definities	13
	2.3	Zorgstandaard	13
	2.4	Integrale bekostiging	14
	2.5	Zorggroepen	15
	2.6	Ervaringen met diabetes zorgketen	15
	2.7	Succes en faalfactoren	17
	2.8	Conclusie	18
3.		Theorie, achtergronden en mogelijke rol “Supply Chain Management”	19
	3.1	Ervaringen uit de productie-industrie	19
	3.2	Supply Chain Management	20
	3.3	Van industrie naar dienstensector	21
	3.4	De rol van de klant / patiënt	22
	3.5	Sturing op de zorgketen	24
	3.6	Conclusies	24
4.		Verloskundige context en recente ontwikkelingen	25
	4.1	Geschiedenis	25
	4.2	Huidige organisatie Verloskundige Samenwerking Verband	26
	4.3	De problematiek	27
	4.4	Een Goed Begin	29
	4.5	Conclusie	30
5.		Interviews	31
	5.1	Professor Dr. (Koos)van der Velden, hoogleraar Public Health	31
	5.2	Professor (Dinny) de Bakker, hoogleraar Eerstelijns Organisatievormen	33

6.		“Ist”/“Soll”	35
	6.1	“Ist”	36
	6.2	“Soll”	38
7.		Conclusies	40
	7.1	Aanbevelingen	40
	5.2	Nawoord	41
8.		Referenties	42
9		Bijlagen	44
	9.1	Klantwaarde analyse in kader van MHBA	44
	9.2	“Ist”	52
	9.3	“Soll”	53

Voorwoord

Voor u ligt een thesis ter afsluiting van het "Master Health Business Administration"/MHBA programma van het Centrum Management Development in de Zorg/CMDZ van de Erasmus Universiteit Rotterdam/EUR.

Ik citeer uit recent informatiemateriaal van het Erasmus CMDZ:

> "Het programma MHBA is bestemd voor hogere leidinggevenden in de gezondheidszorg die hun competenties en visie verder willen ontwikkelen om voorop te kunnen lopen bij veranderingen in de sector" (Breedveld & de Roo, 2012)

Anders gezegd: De MHBA reikt bedrijfskundige principes en instrumenten aan die kunnen leiden tot het vergroten van competenties en duurzaam concurrentievoordeel.
Daar waar een traditioneel MBA programma zich richt op het verbeteren van processen en strategische issues in de industrie, richt de MHBA zich daarentegen op processen en strategische issues in de *zorg* en in de zorg hebben zorgprofessionals, managers en bestuurders het over *patiënten.* In medische termen correct en adequaat. Maar als je je gaat afvragen hoe je die zorg(processen) en strategische issues béter voor die *patiënt* kan organiseren, krijgt die specificatie van "*patiënt"* mogelijk allerlei onbedoelde neveneffecten.

De afhankelijkheidsrelatie tussen patiënt en zorgprofessional of de onbalans tussen het klantperspectief ten opzichte van het zorgverlenerperspectief kunnen verstorend werken in het denken over hoe je nu de processen het beste inricht.

Persoonlijk leidde de kennismaking met: "Porter", interne en externe analyses, "klantwaardeanalyses" en "bedrijfstakanalyses", veranderingstrajecten volgens "de Caluwé" of volgens "Kotter", "concurrentievoordeel", "silodenken" en véle andere fenomenen uit de bedrijfskunde, tot het fundamentele besef dat we met *klanten* werken aan wie we *diensten* leveren. Dat besef is de afgelopen twee jaar mijn grootste paradigmashift geweest.

Deze thesis gaat over hét strategische issue van de hedendaagse Nederlandse verloskundige zorg: Hoe kunnen we in de specifieke Nederlandse situatie een kosteneffectieve, kwalitatief hoogstaande zorgketen rondom de zwangere en haar ongeboren kind organiseren en welke bedrijfskundige principes kunnen daarbij worden gebruikt?

Ik dank mijn opleiders: Elly Breedveld, Aad de Roo en Jan Moen voor hun kennis, wijsheid, stimuleringsvermogen en hartelijkheid gedurende de cursus. Ik dank mijn thesisbegeleider Bert Meijboom voor zijn humor, wijsheid en het zeldzame vermogen mij precies genoeg "stretch" te geven om mijn leervermogen gedurende de vervaardiging van deze thesis, optimaal te benutten.

Ik zal beginnen met een fabel die, zoals het hoort, het Hele Verhaal vertelt....

Vos, Uil en Muis

In het bos zat Uil op een tak in een boom. Zijn beide ogen waren dicht. Het leek alsof hij sliep. Uil was al héél oud en wijs en niemand durfde dat te betwijfelen.

Op een dag liep Vos onder de tak waar Uil zat. Vos was, zoals altijd, bezig met zoeken naar een lekker maaltje.
Toen hij Uil op zijn tak zag zitten kreeg hij een goed idee. Hij kuchte even, keek Uil aan en zei: "Zeer weledelgeleerde Uil, wat zit U daar onbewogen? Weet U niet dat het bos is veranderd? Muis verplaatst zich tegenwoordig vooral ondergronds en daar waant hij zich veilig voor U. Als U niet uitkijkt heeft U binnenkort niets te eten!"

Uil sloeg zijn linkeroog open, keek de Vos indringend aan en antwoordde statig: "Muis en ik hebben al jaren een wederzijds zeer gewaardeerde relatie, ik houd zijn populatie gezond en hij voedt mij. Ik zie geen reden onze duurzame relatie te herwaarderen".

"Jawel" antwoordde de Vos, "maar muis doet tegenwoordig modern. Hij heeft namelijk uitbreidingsplannen met zijn gezinnetje en U houdt hem daar in tegen. Als U slim bent, gaat U met mij samenwerken zodat U ook in de toekomst nog Muisjes op uw bord wilt vinden."

Nu was algemeen bekend dat Vos de sluwste van het bos was. Zijn reputatie en zijn innovatieve kracht waren enorm en berucht. Uil was eigenlijk wel onder de indruk van de manier waarop Vos zich opstelde. Vos klonk héél geloofwaardig en had natuurlijk ook wel een punt! Die Muis had zo veel te willen!
Uil besloot de samenwerking aan te gaan.

Samen zetten ze een val op voor Muis: Op een vroege ochtend zou Uil langs Muis gaan en hem wekken. Hij zou hem opjagen tot aan het hol van Vos. De geweldige snelheid en kracht van Vos zou het vuile werk opknappen.
De buit zouden ze delen.

Zo gezegd, zo gedaan.
Op een goede ochtend heel vroeg, het was nog bijna donker, werd Muis wakker van een, dit keer, wat luidruchtige Uil:
"Muis, kom naar buiten! Ik heb honger!" Oehoede de Uil. "En maak je maar geen illusies: Vos en ik jagen tegenwoordig samen, er is geen ontkomen aan!"

Muis bedacht zich geen twee keer.
Hij draaide zich nog eens om en sliep lekker verder.

Moraal van het verhaal:
Vergeet nooit de klant bij keteninnovaties te betrekken (hoofdstuk 3 SSC's en de rol van de klant)

1. Inleiding

Het Nederlandse verloskundige zorgveld is verdeeld tussen 1e, 2e en 3e lijns zorgverleners. De laatste decennia was de belangenstrijd tussen verloskundigen en gynaecologen nooit ver weg. De strijd zal moeilijk precies te definiëren zijn, maar leek te gaan tussen enerzijds de 1e lijns verloskundigen die zich sterk maakten voor het recht op de mogelijkheid van "thuis bevallen" (wat daardoor een van de bestaansredenen van 1e lijns verloskundigen werd) en de 2e lijns gynaecologen die zich sterk maakten voor het recht op "pijnstilling" (wat daarmee een van de bestaansredenen van de 2e lijn onderstreepte). Waar het werkelijk over ging zullen we nooit precies te weten komen.

Feit is dat de belangenstrijd over het hoofd van de zwangere uitgevochten werd die er verder niet beter van werd: Daar waar Nederland wat betreft de perinatale sterfte en morbiditeit in Europees perspectief decennia lang uitstekend presteerde, gaven de Peristat rapportages (2008) aan dat de daling van de perinatale sterfte van Nederland stagneerde. Naar aanleiding van onder andere dit rapport ontstond in Nederland breed besef dat de organisatie van de verloskundige zorg dringend moest veranderen. De vraag was: hoe?

Met de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 ontstond verder een krachtenveld waarin de traditionele zorgprofessionals nog erg onwennig waren hoe men zich tot elkaar kon en moest verhouden.

Ten slotte is er de komende decennia een steeds urgentere economische werkelijkheid die dwingt tot kostenbeheersing in de zorg. Ook in de verloskunde. Er is de verwachting dat het fenomeen geïntegreerde zorg een positieve bijdrage kan leveren in het urgente probleem van kostenbeheersing.
De vraag blijft echter nog steeds: hoe?

1.1 Zwangerschap en geboorte

De zorgen over de perinatale mortaliteit en morbiditeit was aanleiding voor toenmalig minister Klink van VWS om een externe stuurgroep "Zwangerschap en Geboorte" samen te stellen, onder leiding van professor dr. Koos van der Velden, hoogleraar Public Health, UMC St. Radboud, Nijmegen. Opdracht aan deze stuurgroep was om in 2010 met concrete en realistische aanbevelingen te komen om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren en daar waar mogelijk de perinatale sterfte en morbiditeit terug te dringen. In januari 2010 presenteerde de stuurgroep (2010), het rapport "Een Goed Begin" wat sindsdien hét uitgangspunt is geworden voor verdere discussies binnen en buiten het veld over reorganisatie van de verloskundige zorg in Nederland.

In hetzelfde jaar publiceerde Bonsel (2010) de resultaten van een signalementstudie met dezelfde naam: "Zwangerschap en geboorte" Deze studie, primair gericht op het identificeren van kennisvragen welke moeten worden beantwoord om de perinatale gezondheid te verbeteren, benoemde naast een

aantal zorginhoudelijke verbeterpunten, specifiek het Nederlandse verloskundige *zorgsysteem* (met name het risicoselectiesysteem wat niet bleek te werken) als één van de bepalende factoren in de slechte positionering van Nederland (Bonsel, 2010, blz. 16).

Zowel de stuurgroep "Zwangerschap en Geboorte"" in een van haar zeven speerpunten (Een Goed Begin, blz. 3) als Bonsel, (2010, blz. 20) gaan dieper in op onderliggende fenomenen zoals de rol van "preconceptiezorg" en de positie van zwangere vrouwen in zogenaamde "achterstandswijken" met een lage sociale economische status (SES) die specifieke aandacht behoeven en zijn eensluidend in hun pleidooi om de zorg te verbeteren door als professionals *gezamenlijk* de verantwoordelijkheid voor de zorg te nemen.

Het verloskundige veld lijkt sinds bovenstaande rapportages wakker geschrokken en is druk bezig de samenwerking in de verloskundige keten nader vorm te geven. Regionaal zijn meerdere initiatieven opgestart en pilots uitgevoerd die een antwoord moeten geven op de vraag hoe organiseren we de zorg dusdanig dat de zwangere het best gediend wordt?

1.2 Zorgketen vorming

Ondanks de adviezen van de stuurgroep en enig besef in het veld van de noodzaak van kostenbeheersing, zal integratie van de huidige versnipperde verloskundige keten tot één geïntegreerde keten om zodoende betere zorg te kunnen leveren, op vele problemen stuiten. Tegenstrijdige belangen, visies en competenties zullen om een zorgvuldige afweging vragen.

Tegelijkertijd dringen verzekeraars en overheid aan op tempo om de zorgketen verder vorm te geven en gebruiken contractering en financiering als pressiemiddel om integratie van zorg te versnellen. (bron: eigen ervaring contractering Beval Centrum West/Amsterdam 2012). Planning is dat de Nederlandse Zorg autoriteit (NZa) in 2012 op verzoek van minister Schippers een tarief voor geïntegreerde zorg zal vaststellen. Ondertussen zoeken zorgverzekeraars CZ en Achmea in 2012 al naar contractanten voor dat nog vast te stellen geïntegreerde tarief.

In deze thesis onderzoek ik wat de literatuur en eerdere ervaringen met ketenzorg ons kunnen leren voor verdere ontwikkeling van integratie van de versnipperde Nederlandse verloskundige zorg. Daarbij wordt gefocust op wat een succesvol en frequent toegepast bedrijfskundig concept: "Supply Chain Management" (SCM), kan betekenen voor deze integratie. Vervolgens onderzoek ik middels een transdisciplinair interview wat andere disciplines: "Public Health" en "Eerstelijns Organisatiekunde" ons kunnen bieden in reflecties op het onderwerp.

1.3 Probleemstelling en vraagstelling:

De thesis is te zien als een uitwerking van het thema geïntegreerde zorg in de verloskunde.
De centrale vraagstelling van deze thesis is: Hoe zal de verloskundige zorgketen vormgegeven moeten worden om tot de grootst mogelijke klantwaarde te kunnen komen?

Ik heb mij laten leiden door de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke lessen kunnen we uit recente ervaringen met ketenzorg trekken zoals die van de zorgketen rondom diabetes, ten behoeve van de vormgeving van een verloskundige zorgketen?
2. Hoe kan het fenomeen "Supply Chain Management" een rol spelen in de specifieke Nederlandse situatie?
3. Wat is de huidige context van het verloskundige veld?
4. Wat kan een multi perspectief op de huidige verloskundige context ons leren?

Het onderzoeksmateriaal bestaat uit theoretische verkenningen van literatuur en uitkomsten van transdisciplinaire interviews.

1.4 Doelstelling en onderzoeksopzet

Doel van deze thesis is het doen van aanbevelingen aan professionals en bestuurders in het verloskundige zorgveld met betrekking tot het verder vormgeven van een verloskundige zorgketen door:

1. Literatuurstudie naar achtergronden van ketenvorming en ervaringen m.b.t. ketenzorg in Nederland tot nu toe.
2. Een literatuurstudie naar "Supply Chain Management" (SCM) en welke rol SCM in een dergelijke zorgketen kan hebben.
3. Transdisciplinair interview naar ontwikkelingen in (verloskundige) ketenvorming
4. Presenteren van een blauwdruk voor een verloskundige zorgketen

In de conclusie zal ik bovengenoemde literatuurstudies en de suggesties uit de interviews verwerken tot aanbevelingen om tot klantwaarde van een dergelijke keten te komen.

1.5 Afbakening

Vergroten van samenhang en coördinatie van zorgaanbieders is een internationaal fenomeen. In deze thesis beperk ik mij tot de Nederlandse ervaringen en in het bijzonder de verloskunde.

De keuze voor de transdisciplinaire interviews beperkt zich tot het perspectief van hoogleraar Public Health professor (Koos) van der Velden/ UMC Radboud en

dat van hoogleraar Eerstelijns Organisaties professor (Dinny) de Bakker/ Tranzo.

De breedte van het vraagstuk: "hoe organiseer en integreer je de verloskundige zorg?", betreft het gehele netwerk van betrokken organisaties en gaat zo diep als het niveau van de culturele waarden. Vanuit verandermanagement theorieën is het een "orde 3" verandering: over het algemeen een uiterst complex en langdurig proces. De focus in deze thesis zal niet gericht zijn op de aspecten van het benodigde verandermanagement.

Het thema van de thesis is de verloskundige zorgketen. Het is geen uitputtend onderzoek naar kwantitatieve factoren die ketenzorg in de verloskunde zouden moeten rechtvaardigen.

2. Theorie en eerdere ervaringen met geïntegreerde zorg/ ketenzorg

Dit hoofdstuk tracht inzicht te verschaffen in de achtergrond, relevantie en ontwikkeling van ketenzorg. We staan stil bij definities en eerdere ervaringen met ketenzorg, met name die van de zorg rondom diabetes en uiteindelijk een opsomming van succes en faalfactoren bij de vorming van ketenzorg. Om te voorkomen dat veel algemeen bekende informatie in deze thesis herhaald wordt, zal, daar waar mogelijk, verwezen worden naar bestaande literatuur over het onderwerp. Sommige bekende elementen van het fenomeen ketenzorg zullen gezien het doel van deze thesis, tóch belicht worden omdat ze basale informatie ten behoeve van het organiseren van ketenzorg vormen.

2.1 Achtergrond en relevantie

Het fenomeen ketenzorg kent een voorgeschiedenis. Al in 1974 (structuurnota) werd door de overheid vastgesteld dat in de zorg een heldere indeling ontbrak en dat onderlinge samenhang ver te zoeken was. In een poging de zorg transparanter te ordenen, werd de zorg verdeeld in (1e, 2e en 3e) lijnen. Gevolg daarvan was, dat met het helderder worden van de takenverdeling tussen de lijnen en daarmee ook de kwaliteit, tevens de schotten tussen de lijnen zichtbaar werden. Daarmee ontstond de bron van een nieuw probleem: een fragmentatie van zorg als de klant een complexere zorgvraag had waarbij meerdere disciplines of "lijnen" betrokken waren. Naast een niet geheel beantwoorde zorgvraag van de cliënt, waren onder andere inefficiëntie en hogere kosten van de zorg het gevolg.

De forse toename van de prevalentie van chronische ziekten vanaf het begin van deze eeuw (we worden ouder en leven ongezonder...), was reden voor VWS om de preventie en de programmatische aanpak van chronische ziekten verder te willen ontwikkelen en te verbeteren. Concreet worden in de VWS beleidsbrief (2008) vier pijlers van die programmatische aanpak genoemd:

- ontwikkeling en verbetering van zorgstandaarden
- versterken van de samenhang en preventie en curatie
- bevorderen van zelfmanagement
- stimuleren van goede ketenzorg

Minkman voegt in haar proefschrift (2012) een aantal punten toe die de toenemende relevantie van ketenzorg beschrijven:

- De populatie en haar behoeften wijzigen. Een toenemend aantal ouderen en patiënten met een chronische zorgvraag doen de focus veranderen van acute zorg naar chronische zorgprogramma's. Daarnaast is er de behoefte om, met ondersteuning, zo lang als mogelijk zelfstandig en thuis te kunnen blijven wonen. Ergo: toegenomen behoefte aan afstemming tussen organisaties als thuiszorg, preventie, sociale ondersteuning en palliatieve zorg

- Er is in toenemende mate sprake van co- of multi-morbiditeit. De vraag naar afgebakende somatische zorg maakt plaats voor een behoefte aan geïntegreerde of holistisch benadering van de complexere zorgvraag.
- Daar waar voorheen de markt als een aanbodgestuurde markt kon worden beschouwd, geeft de zorgverzekeringswet sinds 2006 ruimte aan een vraaggestuurde markt en dito zorgaanbod.
- Door ander klantperspectief, ten gevolge van een ander marktperspectief, heeft ook de ontwikkeling van nieuwe professies een vaart genomen. Denk aan zorgcoördinatoren, praktijkondersteuners et cetera.
- De karakteristieken van traditionele gezondheidszorgorganisaties veranderen mee: Dergelijke organisaties integreren in toenemende mate "verticaal" en leveren vaak meerdere, soms complementaire, diensten. Fusies kunnen leiden tot horizontale integratie
- Het gefragmenteerde karakter van zorg, hetgeen versterkt wordt door gescheiden financiële, kwaliteit en ICT-systemen, betekenen vaak een onvolledige dekking van de zorgvraag en daarmee de vraag van de klant. Het maakt het beantwoorden van de zorgvraag uiterst complex.

Naast de punten die Minkman beschrijft is de realiteit van vandaag dat de kosten van de gezondheidszorg rond de 11% van het BBP bedragen. In een speech tijdens de bijeenkomst "Nieuwe Zorg" in mei 2011, gaf voorzitter Langejan (2011) van de Nederlandse Zorgautoriteit aan dat die kosten de afgelopen jaren jaarlijks met 4% toenamen, terwijl de economie met krap 2 % groeide. Een onhoudbare situatie. Het maakt en houdt het punt van kostenbeheersing uiterst actueel. Er leeft een brede verwachting dat een betere afstemming en coördinatie van zorg, bij zouden moeten dragen aan kostenbeheersing in de zorg.

Vertaald naar de verloskundige keten (het kader van deze thesis) wordt de relevantie:

- Ook in de verloskundige keten wijzigt de behoefte van de populatie zich: zwangeren met een lagere sociaal economische status (SES) of allochtonen vragen om een aanpassing van het zorgaanbod.
- Ook de verloskundige zorg wordt complexer gezien het toenemende aantal overdrachten en verzoeken om pijnstilling (PRN 2011)
- Veranderd marktperspectief heeft ook in verloskunde geleid tot ontwikkeling van nieuwe professies: "Voorlichters Eigen Taal en Cultuur" (zogenaamde VETC-ers) en ook doula's (bevallingscoach) leveren in toenemende mate diensten binnen of aan de keten.
- de verloskundige keten leent zich goed voor verticale integratie gezien het frequente beroep van de patiënt op de verschillende disciplines binnen de keten.
- De versnipperde systemen leidt ook binnen de verloskunde tot ketenzorg met suboptimale zorg als uitkomst.

De ontwikkeling van ketenzorg is te zien als een vervolgstap in de voortdurende zoektocht naar efficiency en effectiviteit in een maatschappij waarin chronische aandoeningen toenemen en behoeften van patiënten een belangrijke rol spelen. Hoewel goede ketenzorg in principe ook zonder integraal tarief plaats kan vinden is in het kader van deze thesis de combinatie van ketenzorg met een vorm

van integrale bekostiging onderzocht omdat de minister van VWS, Mw. Schippers (2011), NZa opdracht heeft gegeven om met een integraal tarief ten behoeve van de geboortezorg te komen.

2.2 Definities

Voor het fenomeen ketenzorg bestaan vele termen die allemaal hetzelfde fenomeen, maar in een andere context beschrijven: "geïntegreerde zorg", "transmurale zorg", "disease-management", "shared care" of "coördinated care" brengen niet alleen de professionals tot elkaar, maar leggen ook nieuwe verbindingen tussen de inhoud, de organisatie en de bekostiging van de zorg. Subtiele verschillen bepalen de verschillende verschijningsvormen. Daar waar bij "disease management" meer de focus op de aandoening van de cliënt centraal staat, zal bij "geïntegreerde zorg" vooral het systeem/de organisatie (de samenhang tussen de professionals) centraal staan. "Shared care" impliceert weer interdisciplinaire samenwerking, gezamenlijke verantwoordelijkheid en inter-professionele intervisie bij een geselecteerde groep patiënten.

Wat alle definities gemeen hebben is dat ze allemaal als primair doel hebben de uitkomsten van de zorg te verbeteren door samenhang en coördinatie te verbeteren. Het gaat dan om de verschillende disciplines die betrokken zijn bij de zorgketen. Het onderscheidt zich in die zin van de traditionele verdeling van zorg in 1e, 2e en 3e lijnen waar de samenhang soms ver te zoeken is.

Er worden hier twee definities in het bijzonder genoemd: de eerste is van Van Raak (2003) waarin de "behoeften van de cliënt" als uitgangspunt wordt genomen. Raak definieert ketenzorg als:

> "een gecoördineerd zorgverleners- en organisatieoverstijgend zorgproces, gericht op (naadloze) samenhang, afgestemd op de behoeften van de cliënt"

De tweede is van Rosendal (2009) waarin vooral de nadruk op de *samenwerking* van de verschillende professionals wordt gelegd. Hij benoemt ketenzorg als:

> "de organisatie en kwaliteit van meervoudige en complexe processen in de zorg verbeteren door te zorgen dat de verschillende schakels goed op elkaar zijn afgestemd, zonder de overbodige of dubbele schakels in de keten. Bovendien doet elke professional waar hij/zij het beste in is. De andere ketenpartners weten dit en stemmen hun eigen handelen er op af" (Rosendal blz 5).

Gezamenlijk benadrukken de definities samenwerking en afstemming ten behoeve van de gezamenlijk klant.

2.3 Zorgstandaard

De multidisciplinaire samenwerking binnen zorgketens vraagt om consensus onder de betrokken disciplines over de inhoud van de zorg en de norm waaraan die zorg zal moeten voldoen. Een zogenaamde zorgstandaard.

In 2003 kwam op initiatief van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) de eerste zorgstandaard "diabetes" tot stand, in 2009 gevolgd door de zorgstandaard van Vasculair Risicomanagement onder regie van de Nederlandse Hartstichting. In 2010 zag de zorgstandaard COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) onder aanvoering van de Long Alliantie Nederland het licht.
Op dit moment zijn er drie zorgstandaarden in gebruik en een groter aantal in ontwikkeling. Alhoewel er geen eensluidende definitie is van een zorgstandaard, kan gesteld worden dat de meeste definities uitgaan van wat er vanuit zorginhoudelijk oogpunt in geval van een specifieke aandoening door de gezamenlijke disciplines minimaal geleverd moet worden om goede zorg te leveren.

De beschrijving van een zorgstandaard voor een chronische aandoening is opgesteld vanuit perspectief van de patiënt en levert een functionele beschrijving van de activiteiten op. Het bevat het gehele zorgcontinuüm (van preventie, diagnose, behandeling, palliatief, et cetera), het beschrijft de inhoud van een multidisciplinair zorgproces en geeft handvatten voor adequate indicatoren, zowel voor uitkomst van de zorg als proces en organisatie.
Een zorgstandaard geeft in die zin ook aanwijzingen over wat het "product" zal moeten zijn als er gesproken wordt over de bekostiging van het "product".

De huidige zorgstandaarden zijn opgesteld ten behoeve van de zorg rondom chronische aandoeningen. Vertaald naar de verloskunde zal een verloskundige zorgstandaard met te veel variabelen rekening moeten houden om werkbaar te zijn. Het zou wel mogelijk zijn om de KNOV standaard prenatale verloskundige begeleiding (2008) als kapstok te nemen en die gezamenlijk met 2e lijns richtlijnen en uitkomstindicatoren tot een coherente basis te vormen voor de zorginhoudelijke begeleiding. Vervolgens zou dat primaire proces doelmatiger ingericht kunnen worden. Mogelijk met een vorm van ketenlogistiek (zie ook volgend hoofdstuk 3: de rol van "Supply Chain Management")

2.4 Integrale bekostiging

Met het creëren van een zorgstandaard was het veld er nog niet: de multidisciplinaire samenwerking bleek toch tegen een aantal struikelblokken aan te lopen. In geval van de zorgverlening rondom diabetes bleek bijvoorbeeld de versnipperde bekostiging van de verschillende onderdelen van diabeteszorg en het vraagstuk van de bekostiging van onderdelen die *niet* direct tot de zorg behoorden zoals onderlinge afstemming, ICT en het opstellen van spiegelinformatie, essentieel voor het in samenhang kunnen leveren van de zorg (RIVM 2009).

Het vormde de reden voor toenmalig minister Klink van VWS (2008) om in de beleidsbrief: "programmatische aanpak chronische ziekten" aan te kondigen dat hij wilde experimenteren met integrale bekostiging voor een zorgketen middels een keten dbc (diagnose behandeling combinatie) diabetes op basis van de zorgstandaard diabetes die de NDF in 2003 had opgesteld. Op experimentele basis is in de periode tussen 2006 en 2009 in een ZonMw programma "Diabetes

Ketenzorg", in een tiental zorggroepen gewerkt en geëxperimenteerd met een keten dbc diabetes.

2.5 Zorggroepen

Op basis van de opgestelde zorgstandaard en bekostiging via de experimentele keten dbc diabetes, kon de zorg door zogenaamde zorggroepen worden gecontracteerd en vervolgens georganiseerd. Zorggroepen zijn organisaties met een rechtspersoonlijkheid zoals B.V., C.V., stichting of coöperatie, waarin zorgaanbieders zijn verenigd. Met de term zorggroep wordt enkel de hoofdcontractant van de keten dbc bedoeld en niet het volledige team van feitelijke zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent. De zorggroep fungeert als hoofdaannemer en is verantwoordelijk voor de organisatie en levering van de zorg. De meeste (onder)delen van de zorg wordt door de zorggroep gecontracteerd bij individuele zorgaanbieders of –instellingen (onderaannemers).
Ervaringen van het werken met zorggroepen rondom een zorgstandaard en een keten dbc worden hieronder beschreven aan de hand van de diabetes ketenzorg.

2.6 Ervaringen met diabetes zorgketen

In Nederland is de laatste jaren vooral ervaring opgedaan met de keten rondom diabetes. In deze thesis wordt met name stilgestaan bij de ervaringen met deze keten omdat er enerzijds de meeste ervaring mee is en anderzijds, de –in het kader van deze thesis - meest relevante vorm van ketenzorg laat zien: geformaliseerde multidisciplinaire samenwerking op basis van zorgstandaard en integrale bekostiging.

Het RIVM rapport van Struijs (2009) evalueert de introductie van de keten dbc diabetes. Aan de hand van de uitkomsten van een tiental zorggroepen, contractanten van de keten dbc diabetes, worden een aantal "kernboodschappen" beschreven:

- Zorgroepen bestaan voornamelijk uit huisartsen en een enkele keer uit een artsenlaboratorium of ziekenhuis. Het eigenaarschap van de zorggroepen ligt veelal bij huisartsen die daarmee de dominante en constante factor in de organisatie van de chronische zorg is en dus de regie over het budget en de organisatie van een bepaalde aandoening voert. Gegeven het feit dat zorggroepen zijn ontstaan rondom chronische zorg die grotendeels binnen de huisartsenpraktijk plaatsvindt is dat een begrijpelijke en mogelijk wenselijke ontwikkeling. Ze voldoen hiermee echter niet aan het uitgangspunt van de NDF zorgstandaard die uitgaat van multidisciplinaire zorggroepen en de zorgbrede governancecode (BOZ 2009).
- Inhoud (te weten de zorgstandaard) en prijs van dat wat geboden wordt en waarvoor betaald wordt, varieert. Uitgangspunt is de NDF zorgstandaard maar de verschillende keten-dbc contracten kennen

inhoudelijke verschillen doordat niet altijd alle mogelijke onderdelen van diabeteszorg in het contract zijn opgenomen.
- Zorgverleners ervaren een (te) sterke onderhandelingsmacht van de zorggroepen bij inkoopproces. Kan leiden tot onredelijke contractvoorwaarden (uitsluiting of uitbuiting). Dat zou een zaak voor de NMa zijn.
- Effecten van zorgketen op werkproces is positief. Zorggroepen zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de organisatie van de diabeteszorg. De afspraken die dicht op het veld (bijscholing, registratie, rapportages, spiegelinformatie) binnen de zorggroepen gemaakt worden, hebben positief effect.
- ICT vormt een beperkende factor. Keten informatie systemen (KIS) zijn niet altijd koppelbaar met huisartseninformatiesystemen (HIS). Leidt tot dubbel invoeren van gegevens en beperkte spiegelinformatie?
- Kwaliteit diabeteszorg is goed, maar niet zichtbaar beter binnen een jaar na invoering van de keten dbc. Ervaringen in USA laten zien dat effecten pas na paar jaar aantoonbaar zijn.
- Keuzevrijheid van de patiënten kan onder druk komen te staan. Met name in gevallen waarbij de zorggroep een beperkt aantal onderaannemers contracteert.
- Meerdere vraagstukken ten aanzien van bekostiging waarbij met name de onduidelijkheid over wat de precieze inhoud van de keten dbc is, kan leiden tot dubbele declaraties of creatieve oplossingen voor zorg die te beperkt is opgenomen in de keten dbc. (patiënt wordt voor additioneel onderzoek alsnog naar zorgverlener buiten de keten dbc verwezen)
- Gevolgen voor macro kosten van de zorg is nog onbekend. Enerzijds is er de verwachting bij VWS dat door integrale bekostiging de kwaliteit van de zorg verbetert en de kosten afnemen door onder andere substitutie, anderzijds kan een te vroege "includering" van mensen in de keten dbc, leiden tot hogere kosten.

Ergo: de evaluatie laat zowel positieve als negatieve effecten zien, met daarnaast een aantal onbekendheden. Ze benoemt de cruciale rol die de NDF zorgstandaard bij de inkoop van zorg speelt en daarmee een pleidooi om deze verder te verduidelijken en aan te vullen (blz10).

Het experiment met de keten dbc diabetes kreeg in 2010 een vervolg met de invoering van integrale bekostiging voor de chronische zorg aan de patiënten met COPD en aan de groep patiënten die vasculair risicomanagement behoeven. Inmiddels betreft het nu de bekostiging van *drie* zorgstandaarden.

De "Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging" (2011), onder voorzitterschap van de Bakker, presenteerde in 2011 haar rapport "Eerste rapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging" waarin werd onderzocht in hoeverre het instrument integrale bekostiging, de toepassing van ketenzorg bevordert.
Dat gebeurde aan de hand van een drietal vragen:
- worden de beoogde effecten gerealiseerd?
- is aan de randvoorwaarden (van IB) voldaan? en
- in hoeverre traden al dan niet gewenste neveneffecten op?

De Bakker onderstreept in zijn rapport het ingrijpende karakter van de maatregel om integrale bekostiging in te voeren wat zich uitte in onwennigheid van de nieuwe zorggroepen die opeens met zorgverzekeraars moesten onderhandelen, samen moesten (laten) werken, relaties met subcontractanten managen en ICT organiseren. Daarnaast werd een eigen registratiesysteem vereist wat naast de bestaande systemen gevoerd moest worden, plus ten behoeve van de integrale bekostiging, een complexe set van uitkomstindicatoren. Het rapport bevestigde een aantal van de "kernboodschappen" die het RIVM eerder had beschreven in het onderzoek naar de experimenten met de keten dbc diabetes.

Hoewel het in deze thesis niet gaat om de legitimiteit van integrale bekostiging want deze wordt als gegeven aangenomen, is het voor het verder denken over verloskundige ketenvorming wel van belang een aantal observaties uit de conclusie van het rapport te benoemen:

- De mate van kostenbesparing is op korte termijn niet aan te tonen. Dat komt gedeeltelijk doordat gedurende de overgangsperiode door verzekeraars gekozen kon worden of ze al dan niet mee wilden doen aan de integrale bekostigingsregeling. Het bestaan van de twee bekostigingsregelingen gaat gepaard met een enorme administratieve last en heeft (door uit de boot springende patiënten) een fors risico op dubbele bekostiging. Daarnaast het risico dat verre verzekeraars meeliften op de investering van een enkele.
- De lange termijnvisie is dat een sterke 1e lijn belangrijk is voor goede zorg. De versnipperde financiering belemmerde een sterke 1e lijn en belemmerde ook substitutie.

Aantekening is hier wel dat het gaat om de bekostiging van *chronische zorg*. In het interview met de Bakker (hoofdstuk 5) zal nader ingegaan worden op de specifieke verloskundige context.

Voorlopig kan vastgesteld worden dat het organiseren van *chronische zorg* in een zorgketen middels een zorggroep, waarin een zorgstandaard de basis vormt en integrale bekostiging de financiering is, niet direct kosteneffectief is. Het gaat wel met een aantal positieve, negatieve en te onderzoeken issues gepaard. Het past binnen de visie van een sterke 1e lijn in de gezondheidszorg en kan theoretisch leiden tot kostenbeheersing middels substitutie waar je ook weer een sterke 1e lijn voor nodig hebt.

2.7 Succes en faalfactoren

Rosendal (2009) beschrijft een aantal factoren die succes of falen van het implementeren van ketenzorg mede bepalen. Ze zijn van belang bij de ontwikkeling van nieuwe ketens en zijn onder te verdelen in een viertal domeinen. Aangezien men van een dergelijke analyse van deze factoren veel profijt kan hebben bij verdere ketenontwikkeling, worden ze hier benoemd.

Factoren gerelateerd aan individuele hulpverleners
- (on-)duidelijkheid over mogelijke extra werkzaamheden nav zorgketen
- (on-)duidelijkheid over doelgroep
- (on-)duidelijkheid over welke richtlijnen/protocollen
- (on-)duidelijkheid over effecten van de ketenzorg die geleverd wordt

Factoren gerelateerd aan sociale context
- moeizame onderlinge samenwerking
- ontbreken vertrouwen in de andere zorgverlener
- balans/spanning tussen samenwerking en concurrentie

factoren gerelateerd aan organisatorische context
- (af-)aanwezigheid van organisatie structuur en regie op de keten
- (af-)aanwezigheid van ketenprotocol
- (on-)duidelijkheid over benodigde verantwoordelijkheden/taakverdeling
- (on-)duidelijkheid over afbakening 1e/2e lijns zorg
- (af-)aanwezigheid van goede informatiestromen zoals gedeeld dossier

factoren gerelateerd aan economische of juridische context
- (af-)aanwezigheid van financiële en organisatorische schotten
- ontbreken van structurele financiering van ketenzorg
- ontbreken van ondersteuning van verzekeraars/gemeenten et cetera

Ook in het denken over de vorming van een geïntegreerde verloskundige keten zal met elke van deze factoren rekening houden moeten worden.

2.8 Conclusie

1. Ontwikkelen van ketenzorg is relevant. De vorming van een verloskundige keten haalt zijn relevantie met name uit de toegenomen complexiteit en veranderde zorgvraag.
2. Zorggroepen als hoofdaannemer zullen rekening moeten houden met de zorgbrede governance code. Multidisciplinaire samenwerking moet juist in verloskunde tot uiting komen in gezamenlijk hoofdaannemerschap.
3. Consensus onder verschillende ketenpartners over precieze definiëring van zorgketen is essentieel.
4. Bij de vorming van een zorgketen doet men er verstandig aan rekening met een aantal succes en faalfactoren.

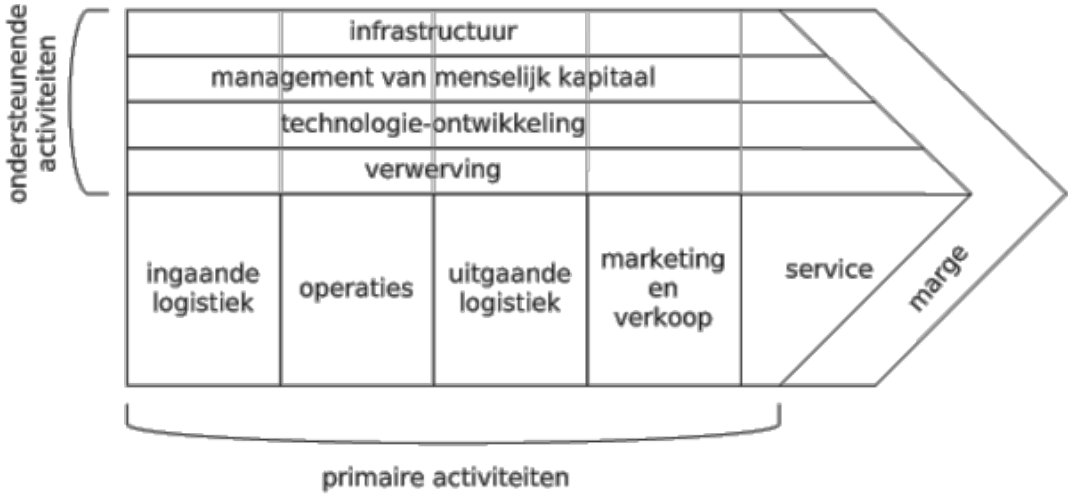
3. Theorie, achtergrond en mogelijke rol Supply Chain Management

3.1 Ervaringen uit de productie-industrie

Deze thesis onderzoekt kennis en concepten uit de productie-industrie om de processen in de zorg beter te vorm te geven. Het gaat dan om "Operations Management" (OM) en meer specifiek om het fenomeen "Supply Chain Management" (SCM) en de daarvan afgeleide "Service Supply Chain" (SSC). Het gaat hier tenslotte om de "service", zoals de diensten in de zorgsector.

Globalisering en de toegenomen ICT mogelijkheden hebben de concurrentie in de productie-industrie sterk doen toenemen. Het succes van producenten hangt sterk af van hun vermogen duurzaam concurrentievoordeel te behalen ten opzichte van hun concurrenten. Het maakt dat de noodzaak om doelmatig te produceren een *strategisch* belang is. Die noodzaak heeft zich de laatste decennia onder andere vertaald in een ontwikkeling om met name de primaire processen in de productieketen efficiënter plaats te laten vinden.

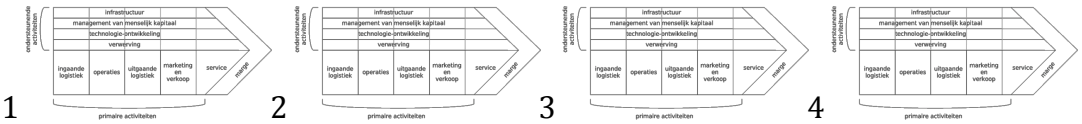
Porter (1985) schetste dit concept in zijn "value chain", de klantwaarde keten waarin elke stap in de primaire activiteit, waarde toevoegde aan het eindresultaat: de marge.



De gedachte is dat elke stap in het primaire proces waarde toevoegt voor de klant: hoe groter de uiteindelijke marge, hoe groter de klantwaarde.

Aanvankelijk was de aandacht vooral gericht op lokale efficiencyslagen zoals bijvoorbeeld een betere afstemming tussen productie en voorraad waarmee kosten binnen een organisatie beperkt werden. Later werd de verbetering en afstemming tot voorbij de grenzen van de eigen (productie) organisatie uitgebreid naar partners die zich in dezelfde waardeketen bevonden.

Bijvoorbeeld de productie van bier: een inkoper van hop stemt zijn productie af met de brouwer die op zijn beurt weer afstemt met de bottelarij en de transporteur naar de afnemer van het bier.



1 2 3 4

1. inkoper hop 2. gisten/bottelen 3.transport 4. verkoop

De afzonderlijke faciliteiten in deze productieketen zijn te zien als losstaande "silo's" die van nature de neiging zullen hebben zich ten opzichte van de andere silo's te onderscheiden: gericht op één specifieke taak en daarbij te weinig oog te hebben voor de klantwaarde aan het einde van de keten. Externe omstandigheden zoals bijvoorbeeld niet-aansluitende informatiesystemen tussen organisaties, kunnen die interne gerichtheid versterken en daarmee het verhogen van klantwaarde verhinderen. "Supply Chain Management" beoogt de logistiek van de primaire processen tussen de silo's juist op elkaar af te laten stemmen.

3.2 Supply Chain Management.

Een goede vertaling van "Supply Chain Management" zou "integraal ketenbeheer" of "ketenlogistiek" kunnen zijn en staat, zoals het voorafgaande duidelijk heeft gemaakt, voor het principe waarbij door middel van het afstemmen van primaire processen door samenwerking tussen leveranciers en afnemers, een betere functionaliteit van het deelnemende bedrijf in de keten ontstaat. Een nogal technische omschrijving van het fenomeen dat je samen met je mede producenten klantwaarde creëert voor een gemeenschappelijke klant. Het gaat dan voornamelijk over de logistiek van de goederen.

Er is geen consensus over een uniforme definitie van "Supply Chain Management".
Meijboom (2011) benoemt een aantal factoren die in alle definities voorkomen. Het gaat dan om:

1. De keten dekt alle activiteiten van begin tot eind. Wat in de industriële productie vaak betekent van ruwe grondstoffen naar producten of diensten
2. Een organisatie kan onderdeel zijn van meer dan één keten
3. Elke activiteit moet bijdragen aan de klantwaarde. Er wordt benadrukt dat elke "Supply Chain" moet beginnen met de klant
4. De informatiestroom binnen de keten moet ononderbroken lopen

Het is belangrijk om op te merken dat de productie industrie is gebaseerd op een marktmechanisme: het is simpelweg "zonder klanten, geen business" en daaruit volgt onverbiddelijk een klantoriëntatie die de basis vormt van een hele serie andere fenomenen van strategische aard.

Het impliceert onder andere een bewuste keuze voor de strategische positionering binnen de bedrijfstak: Treacy en Wiersema (1997) onderscheiden drie "disciplines" van strategische positionering:

- "Cliënt Intimacy": de strategische keuze zich als bedrijf volledig te richten op een duurzame relatie met de klant.
- "Cost Leadership": de ambitie als bedrijf te allen tijde het beste product tegen de laagste kosten te kunnen leveren.
- "Operational Excellence": de intentie om voortdurend het meest innovatieve, beste product te kunnen leveren.

Elke strategie is gericht op het voortdurend blijven toevoegen van waarde voor de gedefinieerde klant van de "Supply Chain".

Het vraagt de organisatie om bewustzijn op het waardesysteem. Weet je wat de klant wil? Weet je wat de klant als waarde bestempelt? Wat is het klantperspectief? En hoe richt je je processen zodanig in dat je daar klantwaarde mee kunt behalen?
Vervolgens kan de vraag gesteld worden of daar meer of andere silo's bij nodig zijn. Middels "Supply Chain management" of ketenlogistiek kunnen die silo's vervolgens op elkaar afgestemd worden.

3.3 Van industrie naar dienstensector

In de industrie gaat het om producten waarbij "Supply Chain Management" de afzonderlijke logistieke stromen van de silo's in het productieproces optimaliseert. In de dienstensector gaat het niet om producten maar om diensten of "services" en wordt de term "Service Supply Chain" (SSC) gebruikt.

Sampson (2011) beschrijft dat SSC's structureel hetzelfde zijn als productie ketens: beiden beogen ze het negatieve effect van de silo's op te heffen, maar dat SSC's zich vanuit het perspectief van management, onderscheiden in met name de verschillende rollen die de klant heeft in die SSC's.

Een klassiek overzicht van de verschillende stappen in een productieproces en de rol van de klant zou kunnen zijn:

Ontwerp
I
Leverancier → Productie → Kwaliteitcheck → Distributie → Retail → Klant.
I
Arbeid

De rol van de klant in dit industriële proces is nogal eenduidig: afnemer van het product. Er is eenrichtingsverkeer van leverancier naar klant.

In een SSC in de dienstensector vinden productie en consumptie *tegelijkertijd* plaats. Daarmee wordt de uitkomst moeilijker te voorspellen en zal deze uniek zijn in uitkomst qua satisfactie. Tevens een gevolg van tegelijkertijd productie en consumptie is dat er geen check uitgevoerd kan worden tussen productie en consumptie: het moet "direct goed" zijn. In het kader van deze thesis zullen aan de hand van het domein van de zorgsector de verschillende rollen specifieker belicht worden.

3.4 De rol van de klant /patiënt

Sampson beschrijft de betekenis van de *service* uit de "Service Supply Chain" op 7 traditionele rollen die je in de productieketen kan onderscheiden. Hieronder worden ze, met hun vertaling naar het domein van de zorgsector, weergegeven:

1. Leverancier
In industriële porcessen is de leverancier vaak degene die de grondstoffen of het halffabricaat aanvoert van waaruit een eindproduct gemaakt wordt. Nemen we bijvoorbeeld het basismateriaal "kurk" dan zal de kurk in een bottelarij gebruikt worden voor het afsluiten van de wijnflessen. In de zorg is de patiënt de leverancier van haar lichaam; in de regel het product waarop de zorg zich richt.

2. Ontwerper van resultaat:
De kurk zal een bepaalde vorm moeten krijgen, afgestemd op de gedefinieerde klant: is de kurk bedoeld voor de champagnefles of voor een fles *vin de table*? In dienstensector neemt de klant deel aan het vormgeven van de best passende zorg en derhalve mede ontwerper zijn van het "product".

3. Arbeider/leveren van werk
Vanzelfsprekend in productieproces: de kurk moet bewerkt worden door een werknemer /arbeider om de gewenste vorm te krijgen. In de zorgsector werk je als klant mee aan het productieproces, Vergelijk de patiënt die zelf de arts van informatie voorziet of de patiënt die zelfstandig urine verzamelt ten behoeve van onderzoek.

4. Productieleiding
In productieketen gaat is het niet alleen de arbeid en ontwerp, de productieleiding moet zorgen voor een concreet eindproduct waarop de klant geen invloed heeft maar wel kan kiezen. In de zorgsector zal het product *gedurende* de productie genoten worden. De klant neemt dus meestal actief deel aan de productieleiding en heeft invloed op het eindproduct. Denk aan op tijd of komen voor een afspraak bij de arts.

5. Product
Daar waar in de productie-industrie het eindresultaat een product is, is in de dienstensector en met name de zorg, los nog van of het een fysieke of psychische categorie betreft, de patiënt *zelf* het feitelijke product.

6. Kwaliteitsbewaking
In tegenstelling tot de industriële ketens waarbij de klant pas het eindresultaat zal ervaren, zal de patiënt gedurende het zorgverleningproces altijd een rol spelen in de kwaliteitsbewaking. Sterker, de patiënt zal deels door directe feedback invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van de zorg.

7. Voorraad
Voorraden in de productie-industrie laten zich over het algemeen goed plannen en managen. In dienstensector laat de klant/patiënt zich moeilijker "opslaan". Wachttijden voor de patiënt creëert frustratie en vormt geen klantwaarde. Wachten óp de cliënt creëert verspilling van capaciteit. Het vraagt om een aangepast mechanisme van "voorraad" om te voorkomen dat er in geval van onaangekondigde vraag, er wel geleverd kan worden.

Bovenstaande uiteenzetting specificeert de verschillende rollen van de klant en patiënt in productie- en zorgsector. De "Service Supply Chain" in de zorg gaat over de afstemming van de primaire processen van de afzonderlijke disciplines/silo's en kan gezien worden als een zorgketen waar de patiënt gebruik van maakt.

Het geeft aan dat de patiënt in het logistieke proces van deze zorgketen bij elke productiestap een essentiële rol heeft die het gehele proces van dienstverlening beïnvloedt; van het formuleren van de specifieke zorgvraag tot de mate waarop de zorg geleverd wordt. Van de snelheid en kwaliteit tot de uitkomst en hoe het ervaren wordt.

De patiënt *zelf* is hiermee een kritische succesfactor voor waardecreatie in de zorgketen. Het is van belang omdat als je klantwaarde wilt creëren, je die eerst zal moeten definiëren en daar is, naast wetenschappelijke kennis en professionele ervaring, de patiënt bij nodig.
In de zorgketen richt de creatie van klantwaarde zich dus ook op het gehele *proces* en niet alleen op het eindproduct. Alleen dan ontwikkel je de best mogelijke zorg oftewel de meeste klantwaarde.

Waar de klant niet bij betrokken en ook geen invloed op heeft, maar waar zij wel mee te maken heeft, zijn de ondersteunende activiteiten. Bijvoorbeeld de ICT ten behoeve van de registratieprocedure van de klant. Het herhaaldelijk moeten registeren in één waardesysteem is geen klantwaarde. Dat betekent dat in Porter's "Value Chain" niet alleen de primaire processen, maar ook de ondersteunende activiteiten afgestemd moeten worden op deze prominente rol van de klant.

Samenvattend gaat het inrichten van een "Service Chain" in de zorg over de afstemming van de primaire processen van de zorgverleners. De klant heeft daarin een prominente rol en zal betrokken moet worden bij de klantwaarde definiëring. Klantwaarde komt tot uiting in het eindproduct maar wordt ook gedurende het zorgproces gecreëerd. Ondersteunende activiteiten moeten daar op afgestemd worden. Sturing moet daar op gericht zijn.

3.5 Sturing op de zorgketen

Los van het specifieke logistieke model van de zorgketen vraagt de nadrukkelijke aanwezigheid van de klant in een "Service Supply Chain" om een besturing die erop gericht is om voortdurend klantwaarde tijdens het gehele proces te kunnen toevoegen.

Vissers (2009) onderscheidt een drietal planningen die de bestuurders van een zorgketen een raamwerk bieden voor de logistieke besturing van de keten:

- strategische planning: het gaat dan over de structuur van de keten zoals de vraag op welk deel van de zorgvraag de keten zich richt? Maar ook over bijsturen op basis van uitkomsten van de zorg en bijvoorbeeld een geografische afbakening.

- tactische planning: gaat over het in een vroeg stadium signaleren en tackelen van capaciteitsproblematiek. Dat kan gelden voor benodigd personeel of faciliteiten zoals bepaalde behandelingsmethodes.

- operationele planning: gaat over de performance van de keten, het functioneren van de keten verbeteren. Gericht op het soepel laten verlopen van het primaire proces met name op de overgangen tussen de fasen zoals bijvoorbeeld verwijzingen tussen disciplines.

3.6 Conclusie

1. Industriële "Supply Chains" en "Service Supply Chains" hebben als doel het verhogen van klantwaarde.
2. Klantwaarde in een "Service Supply Chain" of zorgketen wordt onder andere gecreëerd gedurende het gehele zorgproces.
3. Verbetering van zorgproces vraagt om besturing op uiteindelijke logistieke model: het geheel van primaire processen en ondersteunende activiteiten.
4. Klant heeft nadrukkelijke rol in SSC's

4. Verloskundige context en recente ontwikkelingen

Zoals in de inleiding staat beschreven is deze thesis te zien als een uitwerking van het thema: geïntegreerde zorg in de verloskunde. Daarin kan niet voorbij gegaan worden aan een beschrijving van de verloskundige context.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van die context. Met name de specifieke Nederlandse situatie, de achtergronden van de huidige problematiek en een aantal recente ontwikkelingen kunnen input geven voor de uiteindelijke doelstelling van deze thesis: het doen van aanbevelingen met betrekking tot het verder vormgeven van de verloskundige zorgketen.

4.1 Geschiedenis

Als een van de weinige landen in de geïndustrialiseerde wereld, kent Nederland tot op heden een verloskundig systeem van 1e, 2e en 3e lijns disciplines waarin een traditie van thuis bevallen onder begeleiding van een vroedvrouw een van de kenmerkendste elementen is.

De disciplines werken afzonderlijk van elkaar. 1e lijns verloskundigen vaak in zelfstandige praktijken "in de wijk" en de gynaecologen in maatschappen in perifere ziekenhuizen.

In het Nederlandse verloskundige systeem selecteert de 1e lijns verloskundige de zwangere met een laag risico van de zwangere met een medium en hoog risico. Sinds jaar en dag doet zij dit aan een door de koepels van verloskundigen: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en die van gynaecologen: Nederlandse vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), gezamenlijk vastgestelde richtlijn: de landelijke Verloskundige Indicatie Lijst (VIL). Er zijn drie risicogroepen te onderscheiden:

De eerste groep, zwangeren met een laag risico, wordt gezond geacht en heeft de vrije keuze van plaats van de bevalling. Dat kan thuis of poliklinisch in een ziekenhuis of bevalcentrum, onder begeleiding van een 1e lijns verloskundige plaatsvinden.

De tweede groep: vrouwen met een "medium risk" hebben op basis van de VIL een medische indicatie voor de plaats van de bevalling, namelijk het ziekenhuis. De risico's zijn bij dergelijke situaties nog goed door een 1e lijns verloskundige, in te schatten en te beheersen.

De derde groep zwangeren met een hoger risico op complicaties tijdens de bevalling, bevallen in het ziekenhuis onder begeleiding van het team van de gynaecoloog. Een dergelijk team kent naast gespecialiseerde obstetrie & gynaecologie (O&G) verpleegkundigen ook vaak 2e lijns verloskundigen onder de teamleden. Met name de 2e lijns verloskundigen verrichten vaak specifieke (voorbehouden) verrichtingen bij baringen, zoals het inwendig aanbrengen van

schedelelektrodes ten behoeven van monitoren van de hartslag van het kind bij baringen met een hoog risico profiel. Dat gebeurt dan in een zogenaamde verlengde arm constructie waarbij de gynaecoloog verantwoordelijkheid draagt voor de taken die de 2e lijns verloskundige uitvoert.

De vakgroepen verloskunde-gynaecologie in de academische medische centra vormen de 3e lijn, waar de hoogste risico categorie zwangeren specialistische hulp kan ontvangen.

Een typisch Nederlands verschijnsel is de kraamzorg. Het betreft de zorg die verleend wordt door speciaal opgeleide kraamverzorgenden die de eerste 10 dagen na de bevalling, moeder en kind met raad en daad bijstaan, bij het gezin thuis wel te verstaan. Hun betrokkenheid varieert van enkele keren per dag bij het gezin langskomen en uitvoeren van basiscontroles, tot 8-urige werkdagen bij het betreffende gezin waarin ook de reguliere gezinstaken van de moeder tijdelijk overgenomen worden. Voor de typisch Nederlandse thuisbevalling is de kraamverzorgende onmisbaar omdat zij ook tijdens de bevalling de 1e lijns verloskundige assisteert. Kraamverzorgenden werken veelal in dienst van grotere, landelijk opererende thuiszorgorganisaties.

De 1e lijns verloskundigen en kraamverzorgenden, het 2e lijns team in het ziekenhuis aangevuld met kinderartsen en eventueel een 3e lijns team, vormen elk apart een schakel in een virtuele "zorgketen" van zorgverleners waarmee de vrouw gedurende haar proces van zwangerschap en geboorte te maken kan krijgen.

Daar waar de verloskundige zorg in de ons omringende landen al vanaf de jaren '40 meer en meer medicaliseerde bleek het Nederlandse systeem niet alleen bestendig tegen de daling van het aantal thuispartus in de ons omringende landen, maar scoorde Nederland wat betreft uitkomsten van zorg decennia lang uitzonderlijk goed (Van Loghem 1967). In termen van klantwaarde zowaar een prestatie; het gaf de Nederlandse vrouw een keuze die in omringende landen niet meer aan de orde was: veilig thuis bevallen als er medisch gezien een laag risico is en, indien de risico's toenamen, adequate zorg in het ziekenhuis. De goede bereikbaarheid en spreiding van ziekenhuizen maakte een bereikbaarheidsnorm van 20 minuten in spoedgevallen haalbaar.

4.2 Huidige organisatie/ Verloskundig Samenwerking Verband

Naast de verdeling tussen de lijnen is de organisatie van de verloskundige zorg, door de soms spoedeisende aard van verloskunde, sterk geografisch bepaald.
Per ziekenhuis in een bepaalde regio, hebben de 1e lijns verloskundigen (veelal georganiseerd in groepspraktijken van gemiddeld 3-4 verloskundigen) een toetredingsovereenkomst en werken zij met de betreffende vakgroep van dat ziekenhuis samen in een zogenaamd "Verloskundig Samenwerking Verband" (VSV), waarin regionale afspraken vastgelegd worden en casuïstiek besproken wordt.

Deelnemers aan dat VSV zijn de onafhankelijke 1e lijns verloskundigen, gynaecologen en eventueel 2e lijns verloskundigen en kinderartsen uit datzelfde ziekenhuis. Een enkele regio kent nog een verloskundig actieve huisarts.
Elke regio in Nederland heeft zodoende minstens één VSV en daarmee is op dit moment een VSV de gangbare organisatievorm van regionale verloskundige zorg in Nederland.

De aard en slagkracht van deze regionale VSV's die de samenwerkingsbasis van de verschillende disciplines zou moeten vormen en dus een cruciale rol zou moeten spelen in het verstevigen/invullen van de virtuele zorgketen, is zeer wisselend en zoals "Een Goed Begin" het omschrijft: "sterk afhankelijk van de goede wil en inzet van individuele professionals of van hun onderlinge verstandhouding" (Een Goed Begin, 2010 blz 31).

Het is een vrijblijvende en daardoor zwakke basis voor effectieve samenwerking waarvoor, zoals uit het volgende zal blijken, de noodzaak juist enorm toeneemt.

4.3 De problematiek

Aan het einde van de vorige eeuw werd in de Europese samenwerkingsstudie "Peristat" (The European Perinatal Health Report) een set van indicatoren vastgesteld om de uitkomsten van perinatale gezondheid in een vijftiental Europese landen, waaronder Nederland, te bewaken.

Buitenhuis en Nijhuis (2004) en de publicaties van Peristat (2008), lieten een verslechterende positie van Nederland zien waar het de daling van de perinatale sterfte (de sterfte rond de geboorte en de eerste week na de geboorte) betrof. De ons omringende landen lieten een aanzienlijk sterkere daling van de perinatale sterfte zien dan in Nederland.
Een zorgelijke ontwikkeling die forse indruk maakte in het veld en de politiek.

De Peristat rapportages beschrijven, behalve een analyse van de oorzaken, een aantal patiëntgebonden risicofactoren die aan deze relatief hoge sterfte hebben kunnen bijdragen.

Bonsel (2010) presenteerde in zijn "Signalementstudie" de "Big 4" (Bonsel blz 76) een selectie van 4 aandoeningen die gezamenlijk verantwoordelijk gehouden konden worden voor 85% van de perinatale sterfte. Het ging om:

- aangeboren afwijkingen
- laag geboortegewicht (<10e percentiel)
- vroeggeboorte (< 37 weken zwangerschapsduur)
- sub optimale start van het kind na de geboorte (apgar <7)

Opvallender was dat Bonsel daarnaast expliciet stelde dat het waarschijnlijk was dat het Nederlandse verloskundige *zorgsysteem* een prominente rol zou spelen in de ongunstige EU positie (Bonsel blz. 117-118)

Het gaat dan om specifiek Nederlandse factoren als:

- het (te) laat bij een verloskundig zorgverlener in zorg komen.
- het selectiesysteem wat onvoldoende blijkt te slagen in de opzet.
- een te afwachtend preventieve en therapeutische houding.
- Een kwetsbare zorgorganisatie buiten kantoortijden

Bonsel geeft in dezelfde rapportage aan dat niet goed te onderscheiden is welk element voor welk deel verantwoordelijk is omdat het gaat om één zorgsysteem. Het rapport adviseert expliciet de verloskundige zorg zodanig in te richten dat nieuwe kennis en verworvenheden direct voor de gehele keten beschikbaar komen. Ten opzichte van de huidige situatie betekent dat een ontschotting van de ketenzorg, zonder barrières van zorginhoudelijke en niet zorginhoudelijke (financiële) aard.

Door het huidige zorgsysteem waarin gescheiden lijnen op basis van selectieprocedures gezamenlijk een versnipperde zorgketen vormen, ontstaan een aantal negatieve effecten, waaronder:

- suboptimale zorg. De versnipperde keten kan niet anders dan leiden tot suboptimale zorg zoals de bronnen Peristat en de "signalementstudie" hierboven beschrijven.
- hogere kosten. Regionale verschillen daargelaten, betalen verzekeraars bij bevallingen waarbij de 1e lijns verloskundige met een medische reden de barende naar de gynaecoloog verwijst zowel het tarief van die bevalling aan de verloskundige als een tarief aan de gynaecoloog. Dat verwijzen gebeurt in 20% van alle bevallingen (PRN 2011) . Het leidt tot dubbele kosten voor de verzekeraar.
- negatief effect klantwaarde. Van belang is vast te stellen dat in de loop van de, ongeveer 9 maanden durende, zorgvraag van de zwangere vrouw, uiteindelijk in ruim 80% van de gevallen zowel 1e lijns als 2e lijns zorgverleners substantieel betrokken zijn (Een Goed Begin blz. 19). Er kan zowel gedurende de zwangerschap, de baring als het kraambed een reden voor consult of overdracht van 1e lijn naar 2e lijn ontstaan. Een klantwaarde analyse in kader van MHBA (bijlage 1) op het verwijsproces tijdens de bevalling toont aan dat deze versnipperde keten een negatief effect heeft op klantwaarde tijdens de bevalling in geval van deze frequente verwijzingen.

De VSV's die een antwoord zouden moeten bieden op deze problematiek worden in hun mogelijkheden beperkt door een aantal fenomenen:

- Gebrekkige ICT. Patiëntendossiers van 1e en 2e lijn zijn veelal niet gekoppeld en uitwisseling van informatie gaat anno 2012 in principe nog via papieren overdracht.
- Daardoor ook niet of beperkt gekoppelde kwaliteitssystemen
- Gescheiden financiering. Financiering van de verschillende disciplines in deze keten vinden volgens verschillende systemen plaats: gynaecologen declareren via DOT ("dbc op weg naar transparantie"), 1e lijns verloskundigen hanteren een van de, door NZa vastgestelde tarieven.
- Gescheiden patiëntenvoorlichting

- Geen overeenstemming over beleid. Er zijn veel inhoudelijke verschillen in beleid tussen regio's.
- Onevenwichtige samenstelling VSV. In de regel zijn thuiszorgorganisaties die de kraamzorg leveren, niet betrokken bij de VSV's.

4.4 Een Goed Begin

Onder andere bovengenoemde rapportages waren reden voor minister Klink van VWS om een commissie "Stuurgroep zwangerschap en geboorte" in het leven te roepen en aan het werk te zetten. Deze commissie, onder leiding van professor Koos van der Velden, hoogleraar Public Health UMC St. Radboud, Nijmegen, werd advies gevraagd hoe de zorg rondom zwangerschap en geboorte te verbeteren en met adviezen te komen om het stagneren van de daling van de perinatale sterfte en morbiditeit weer vlot te trekken.

De commissie presenteerde in het rapport: "Een Goed Begin" (2010), concrete voorstellen om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren.
De aanbevelingen op hoofdlijnen van het advies "Een Goed Begin"luiden:

1. moeder en kind in de hoofdrol
2. gezond ouder worden begint al in de baarmoeder
3. goed geïnformeerde zwangere
4. samen verantwoordelijk
5. specifiek aandacht voor achterstandswijken
6. bevallende vrouw niet alleen
7. 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid

De commissie acht een cliëntvolgend "Perinataal Web-based Dossier" (PWD) onmisbaar en de inrichting van een onafhankelijk gezaghebbend orgaan noodzakelijk. Dit laatste met name om de kwetsbaarheid en afhankelijkheid van de lokale VSV's te verminderen.
Dit "College Perinatale Zorg" (CPZ) heeft als opdracht:

1. initieer en coördineer algemeen beleid ter bevordering van de zorg rond zwangerschap en geboorte
2. zorg dat multidisciplinaire richtlijnen, kaders en normen worden ontwikkeld en stel deze vast
3. zorg dat de richtlijnen, kaders en normen regionaal worden geïmplementeerd en lokaal worden uitgevoerd.

Naast vele concrete zorginhoudelijke aanbevelingen, de instelling van een CPZ en ontwikkeling van PWD, adviseerde de stuurgroep om "de toegang tot kennis te verbeteren en een breed gedragen, beroep overstijgend onderzoeks- programma te ontwikkelen". Dit wordt ondertussen door ZonMw vormgegeven in het onderzoeksprogramma "Zwangerschap en Geboorte".

Het rapport geeft, naast een overzicht en analyse van de cijfers over sterfte en morbiditeit bij moeder en kind, een uitgebreide uitwerking van een visie waarin de klant (moeder en kind) de hoofdrol heeft (27). Die visie gaat expliciet uit van de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de professionals in de zorg rond

zwangerschap en geboorte om middels samenwerking en afstemming, de zorg rondom de zwangere te organiseren (31). Aangezien ruim 80% van de klanten op enig moment in de zwangerschap te maken heeft met meerdere medische professionals(19), impliceert de visie dat de verloskundige zorgketen als geheel, lijnoverstijgend, multidisciplinair en transmuraal georganiseerd moet worden.

Sinds het uitkomen van "Een Goed Begin" hebben de ontwikkelingen enige vaart gekregen. Het College Perinatale Zorg is samengesteld en aangetreden, de ontwikkeling van PWD is door de NVOG en KNOV ter hand genomen en het meerjarige onderzoeksprogramma "Zwangerschap en Geboorte" van ZonMw is van start gegaan.

Minister Schippers' van VWS verwacht in 2012/2013 een antwoord op haar "adviesaanvraag integrale bekostiging perinatale zorg" aan NZa.

Bovengenoemde feiten zijn grote stappen in de verbetering van de coördinatie en samenhang van de verloskundige ketenzorg.

4.5 Conclusie

De kwaliteit van de verloskundige zorgketen is de laatste jaren onderwerp van grote zorg in veld en politiek. Resultaat van onderzoek de afgelopen jaren is dat we erkennen dat

- de kwaliteit omhoog moet.
- de organisatie op de schop moet.
- verbetering van de zorgketen om lijnoverstijgende, multidisciplinaire en transmurale samenwerking vraagt.

De druk en bereidheid in het veld om samen te werken neemt toe. Landelijk zijn meerdere initiatieven ondanks de afwezigheid van integrale bekostiging of gedeelde patiëntendossiers van de grond gekomen door vastberaden voortrekkers die daarmee regionaal grote verbetering in de samenwerking tussen de zorgverleners in de keten hebben kunnen voortbrengen.
De komende jaren lijkt een groot obstakel zoals met name de versnipperde financiering uit de weg geruimd te gaan worden en nader onderzoek naar hoe de stagnerende daling van de perinatale sterfte te verbeteren, ingezet te gaan worden.

Langzaam aan wordt het pad geëffend voor de vorming van een zorgketen die de klant centraal zet en de kwaliteit van de ketenzorg kan verbeteren.

5. Interviews

In dit hoofdstuk wordt een bewerking gegeven van de interviews met twee hoogleraren met een voor de vraagstelling van deze thesis relevante expertise.

Het gaat om professor dr. (Koos) van der Velden, Hoogleraar Public Health aan UMCG Nijmegen, vooral bekend als opsteller van het rapport"Een Goed begin" en professor dr. (Dinny) de Bakker, behalve Hoogleraar Structuur en Organisatie Eerstelijnsgezondheidszorg aan Tranzo/Universiteit van Tilburg, werkzaam als senior onderzoeker bij NIVEL en in die hoedanigheid zeer ervaren met het effect van integrale bekostiging van zorgketens.

5.1 Professor dr. (Koos) van der Velden.

In 2009 werd hij voorzitter van de stuurgroep "Zwangerschap en geboorte" die in 2010 het rapport "Een goed begin" presenteerde.
Hij is nu vicevoorzitter van het ZonMw onderzoeksprogramma Zwangerschap & Geboorte en op vele plekken betrokken bij ontwikkelingen op de verloskundige werkvloer. Recent (november 2011) was van der Velde dagvoorzitter van de perinatale audit conferentie. In die hoedanigheid heeft van der Velden, naast zijn specifieke Public Health achtergrond, grondige kennis van het verloskundige veld en is op de hoogte van de meest recente ontwikkelingen in dat veld.

De doelstelling van de thesis is hem bekend. Het interview heeft enerzijds het karakter van een reflectie op de huidige situatie, anderzijds lijken er toch een aantal conclusies getrokken kunnen worden over wat een bijdrage zou kunnen leveren aan een nieuwe opzet van geboortezorg.

Van der Velden geeft aan dat "Een goed Begin" naar zijn mening het begin van een breed debat onder verloskundige zorgverleners markeerde. Dat was, en is nog steeds, hard nodig. Hij meent dat "de" antwoorden die de Nederlandse geboortezorg zoekt, voort zouden moeten komen uit dat debat tussen professionals. Het gaat volgens hem om samenwerken. Hij ziet de organisaties rondom de geboortezorg als een netwerkorganisatie, daarmee aangevend dat deze partijen, in het belang van de cliënt, niet zonder elkaar kunnen.

Hij benadrukt de specifieke waarde die de 1e lijns verloskundigen hebben ten aanzien van het begeleiden van het natuurlijke geboorteproces en acht deze gezien het natuurlijke karakter van een zwangerschap en geboorte, onontbeerlijk voor goede zorg, evenals hun kennis over de sociale context van de zwangere, welke wel actief moet worden geworven.
Hij vind dat deze kwaliteit in het netwerk geborgd zou moeten worden. In termen van klantwaarde: het borgen van 1e lijns specifieke functie, kennis en benadering, voegt positieve klantwaarde toe.

Ten aanzien van de voortgang in samenwerking tussen de 1e en 2e lijn ziet hij meerdere initiatieven in het veld die getuigen van de wil om samen te werken.

Het formaliseren blijkt moeizamer. Mogelijk dat appaisering van wederzijdse belangen nog meer zekerheden en tijd nodig hebben en daarnaast: onbekendheid met integreren van deze zorg werkt ook niet mee.
Hij vindt dat verloskunde zich goed leent voor verticale integratie en bevestigt dat de verloskundige zogketen per definitie een transmurale keten is. De rol die "Supply Chain Management" zou kunnen spelen in de verdere vormgeving van de verloskundige zorgketen, komt verder weinig aan de orde.

In dat kader haalt hij Professor Dr. Kloosterman (hoogleraar verloskunde uit vorige eeuw) aan: Een sterk voorstander van dat verloskundigen zich bezig zouden houden met de gezonde tak van de geboortezorg.

Met betrekking tot eventuele taakverbreding van 1e lijns verloskundigen ziet Van der Velden een (ongewenste) beweging van verloskundigen richting medicalisering: 1e lijns verloskundigen die zich bezig willen gaan houden met hoog risico baringen (zoals bijvoorbeeld begeleiden van baringen met meconium houdend vruchtwater of niet vorderende baringen waarvoor bijstimulatie is geïndiceerd).

Hij verbaast zich erover dat de verticale integratie blijkbaar richting medicalisering gaat terwijl er juist aan de "voorkant" veel gezondheidswinst te behalen valt. In termen van klantwaarde zou dat een gemiste kans zijn.

Hij benoemt dat veel medische problemen uiteindelijk welzijnsproblemen als grondslag hebben:
Hij schets de situatie van de Nederlandse vrouw die geconfronteerd wordt met een samenlevingsvraagstuk: Ze wordt zwanger en ziet de eerste drie maanden niemand die haar bij kan staan. Noch ervaringen uit een hechte samenleving om haar heen (?), noch begeleiding van zorgverleners die zij pas later in de zwangerschap zal gaan zien. Terwijl juist voorafgaand aan die zwangerschap en de eerste drie maanden in preventieve zin veel winst te behalen valt. Hij benadrukt daarom (net als Bonsel in de signalementstudie) het belang van vroegtijdige zorg.
Hij ziet nog niet dat de verloskundige daar voor inzet. Hij voert een pleidooi dat de verloskundige dat juist wel ter hand neemt.

Voorlopige conclusies reflectie dd 19 februari 2012 met van der Velden:

- Pleidooi voor verticale integratie.
- Begin de geboortezorg éérder
- Maak en onderhoud netwerkorganisatie ten behoeve van het noodzakelijk debat om gezamenlijk betere zorg aan de cliënt te kunnen leveren.
- Laat de verloskundigen zich richten op oude bekende "core business": de fysiologie.

5.2 Professor dr. (Dinny) de Bakker.

De Bakker was voorzitter van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (chronisch) zieken die in januari 2011 de "Tussenrapportage van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging" presenteerde. De Bakker is, naast vele andere publicaties, onder andere mede auteur van het NIVEL rapport: "Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn- een verkenning" uit 2009.

De Bakker is met name benaderd om zijn kennis van de betekenis van invoering van een geïntegreerd tarief. Ondanks dat bekostiging geen hoofdissue is van deze thesis, is gezien de essentiële invloed van de wijze van bekostiging op de organisatie van de zorg, kennis van de achtergronden wel degelijk een issue.
De Bakker is enigszins bekend met specifieke verloskundige context, een conceptversie van hoofdstuk 4 van deze thesis, waarin de verloskundige context beschreven wordt, was hem van te voren toegezonden.

De Bakker bevestigt het beeld dat invoering van een "geïntegreerd tarief" bij kan dragen aan een betere samenwerking, de essentie van ketenzorg. Met name door ervaringen met "disease management" en "shared care" programma's. Hij pleit in het geval van verloskundige zorg sterk voor een nauwere samenwerking van de disicplines.

Gegeven het feit dat er een geïntegreerd tarief ten behoeve van de verloskundige zorgketen komt, stelt de Bakker dat dat vraagt om een hoofdaannemer. Gezien de huidige verdelen tussen 1e en 2e lijn is de volgende vraag wie budget houder van dat tarief wordt? Ervaringen met zorggroepen leiden enerzijds tot meer functionele en dus goedkopere inzet. In een huisartsenpraktijk bijvoorbeeld de praktijkassistente die, goedkoper dan een diëtist, dieetadviezen geeft. Anderzijds kent de Bakker geen voorbeelden van multidisciplinaire aandeelhouders rondom zorggroepen. Dat monodisciplinaire eigenaarschap kan tot scheve gezichten tussen zorgprofessionals leiden over de vraag wie uiteindelijk de regie voert over de zorgketen. Het is geen goede "governance".

Verschil met de zorggroepen rondom de 1e lijns huisartsenzorg is onder andere het frequente beroep wat er in de verloskundige zorgketen gedaan wordt op 2e lijn. Verloskundige zorg vraagt blijkbaar een complexer antwoord dan dat de 1e lijn "grosso modo" kan bieden. Dat betekent dat we de verloskundige zorgketen kunnen (moeten?) beschouwen als een multidisciplinaire, transmurale keten wat vraagt om intensieve samenwerking en *gezamenlijke* budgetvoering.

Hij benoemt (net als van der Velden) de bijzondere expertise en waarde van (1e lijns) verloskundigen in de zorgketen: specialisten in begeleiden van een, in principe, fysiologische proces als het voortplantingsproces (een zwangerschap en baring). Het is ongewenst dat deze kwaliteiten zouden sneuvelen in institutionele geweld binnen/van ziekenhuizen.
De Bakker benoemt dat bekende chronische zorgprogramma's een zorgstandaard hebben. In de verloskunde ontbreekt dat vooralsnog maar hij ziet wel de mogelijkheid om een "kapstok" te creëren en daaraan uitkomstindicatoren bij op te stellen waaraan

gerefereerd kan en zal moeten worden. Vervolgens moet je die "kapstok" doelmatiger maken en daar zou het concept "Supply Chain Management" goed bruikbaar bij kunnen zijn.

Ten aanzien van wijze van bekostigen:

Een geïntegreerd tarief is in wezen een vorm van budgettering ten behoeve van een zorgketen. Vanuit die budgettering gaat een doelmatigheidprikkel binnen die zorgketen uit. Het inzicht in de data en financiële stromen wordt taak en privilege van budgethouder en de verzekeraar beperkt zich tot de rol om "met geld te schuiven". Risico bij geïntegreerd tarief is dat het budget tekort schiet.

Omringende landen hanteren ten behoeve van de samenwerking tussen disciplines vaak een zogenaamd "koptarief": een opslag op de reguliere tarieven specifiek om samenwerking te faciliteren. Gevraagd naar de betekenis van een eventueel koptarief in de verloskunde benoemt de Bakker dat het instrument zich goed(?) leent om samenwerking te faciliteren maar dat met een "koptarief" elke doelmatigheidsprikkel ontbreekt. Door deze vorm van bekostigen verandert er niets aan de (ongewenste) financiële schotten en lopen de zorgverleners geen risico want tarieven blijven zelfde.

De huidige discussie over de rol van "populatiebekostiging" is in wezen een discussie over een vorm van "ex ante" vereffening. Het risico van de verzekeraar verschuift hiermee naar de wijk/ het veld. Het is een 1e lijns fenomeen waarbij de verzekeraar het budget voor de eerstelijns gezondheidszorg afstemt op de samenstelling van de regio. Populatiegebonden bekostiging komt voort uit de constatering dat veel chronische ziektes zoals bijvoorbeeld diabetes vaak geen enkelvoudige klacht is, dan wel blijft, en dat een geïntegreerd tarief zoals de keten dbc diabetes vervolgens niet dekkend is. Meervoudige klachten vragen om complexere bekostigingssystematiek. Populatiegebonden bekostiging lijkt een goed antwoord op het bekostigingsvraagstuk van deze comorbiditeit in de eerstelijns zorg. Het punt met de verloskundig zorgketen is dat dit geen specifiek 1e lijns fenomeen is maar een transmuraal fenomeen (zie eerder).

Voorlopige conclusie gesprek dd 17 maart 2012 met de Bakker:

- ga gezamenlijk (1e en 2e lijn) budgethouderschap aan.
- bezie verloskundige keten als transmurale, multidisciplinaire keten en stem bekostiging daar op af.
- verwerk doelmatigheidsprikkel in bekostigingssystematiek.
- borg specifieke 1e lijns kwaliteit in dit fysiologische proces.

6. "Ist"/"Soll"

Zoals in hoofdstuk 5 aangegeven is, verwacht minister Schippers van VWS, in 2013 een antwoord van de NZa op de adviesaanvraag integrale bekostiging perinatale zorg. Daarmee verdwijnt een groot beletsel om de silo's zoals beschreven in hoofdstuk 3, op te heffen.
Sterker: het vraagt om een blauwdruk van een organisatie of netwerk wat, niet gehinderd door silo's, zich kan richten op het gehele waardesysteem van de klant, de zwangere.

Om concreter aan te geven wat de toegevoegde waarde voor de klant zou kunnen zijn indien de essentie van "Supply Chain Management" toegepast wordt, worden in dit hoofdstuk twee schetsen van een logistiek model weergegeven.
De huidige "Ist" situatie en de mogelijke "Soll" situatie.

Het logistieke model schetst de verschillende routes welke de aanstaande moeder en (uiteindelijk) kind in de verloskundige zorgketen in principe kunnen doorlopen. De routes kunnen via verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en kraamverzorgenden lopen. Op voorhand is niet voorspelbaar welke route de aanstaande moeder en kind zullen gaan doorlopen.
Afhankelijk van het risico profiel heeft de klant tijdens de baring nog de keuze voor extramuraal of intramurale begeleiding.

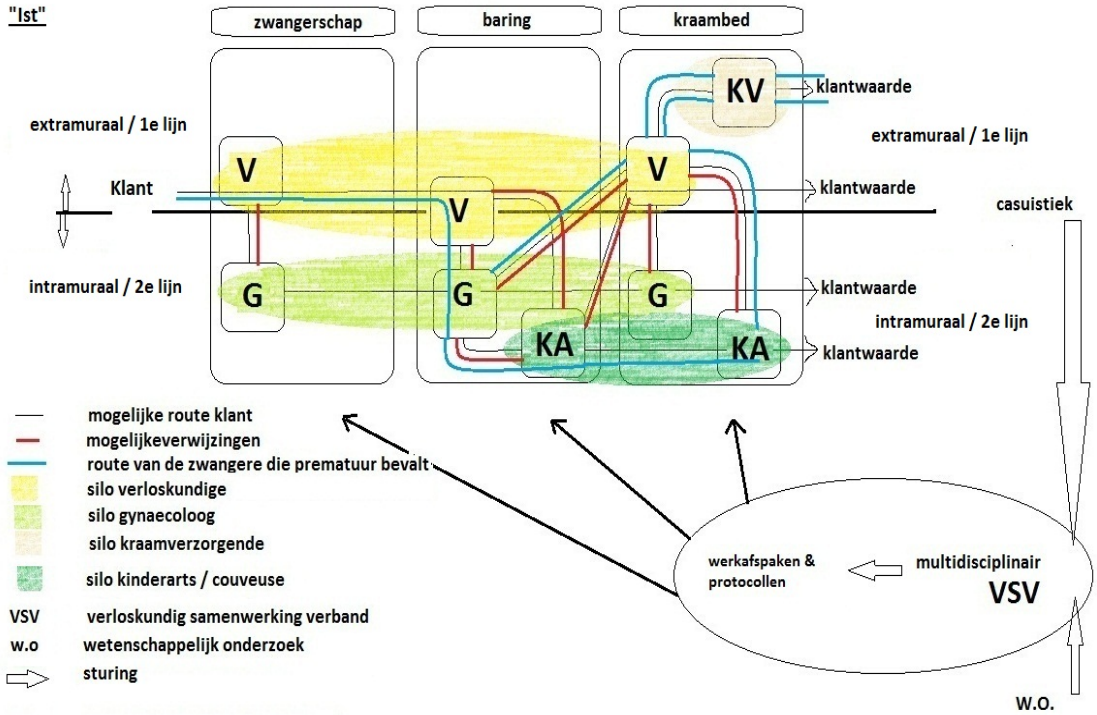
Zichtbaar zijn de drie verschillende fases in het proces; zwangerschap, baring en kraambed, die de klant doorloopt. Het geeft, per fase, ook de afzonderlijke "silo's" aan, de domeinen van de verschillende disciplines waar de klant mee te maken kan hebben in haar waardesysteem.

Lijnen tussen de fases verbeelden de mogelijke (retour) verwijzingen tussen disciplines. Verder is in beide situaties de rol van het Verloskundige Samenwerking Verband (VSV) aangegeven.

In beide modellen wordt het pad van een klant die te vroeg, prematuur, bevalt, met een blauwe route aangegeven. Prematuriteit (vroeggeboorte) is één van de "Big 4" die Bonsel (2010) in grote mate mede verantwoordelijk houdt voor de hoge perinatale sterfte. De casus is karakteristiek voor verloskunde waar het aanvankelijke natuurlijke proces, soms onvoorspelbare acute zorg en interventies behoeft. En waarbij de verschillende silo's gezamenlijk zouden moeten acteren.

We gaan er in deze casus van uit dat de ernst van de prematuriteit gelukkig mee blijkt te vallen: de 1e lijns verloskundige (V) heeft op tijd de barende naar de gynaecoloog (G) verwezen waar zij gezamenlijk de baring konden begeleiden en dat moeder en kind, na enige opvang door de Kinderarts (KA) en kort verblijf in een couveuse, uiteindelijk nog thuis een stukje van het kraambed in goede conditie met hulp van een kraamverzorgende (KV) kunnen doorbrengen.

6.1 “Ist”



De route van de klant doorloopt de drie verschillende fasen van het proces: de zwangerschap, geboorte en het kraambed. De blauwe lijn passeert 4 afzonderlijke silo’s, te weten, de silo’s van de:

- verloskundige
- gynaecoloog
- kinderarts (en couveuse)
- en weer de verloskundige en kraamverzorgende

Uiteindelijk wordt op de afzonderlijke niveaus van de vier verschillende disciplines of silo’s, klantwaarde gegenereerd.

De afzonderlijke silo’s hebben een focus op de eigen primaire processen. Ze hebben eigen kwaliteit- en financieringssystemen. Cliënten- of patiënten-informatie is gericht op de eigen silo en onderling niet afgestemd. De klant zal zich bij meerdere silo’s moeten registreren en is in de regel niet betrokken bij de definiëring van de gehele waardeketen die zowel zwangerschap, baring als kraambed omvat. In geval van overdracht naar een volgende disciplines is er een risico dat de capaciteit bij die discipline niet toereikend is en dat verwijzing naar elders noodzakelijk is (zie ook bijlage 1).

In het VSV zal casuïstiek en resultaten van wetenschappelijk onderzoek kunnen leiden tot bijstelling van protocollen en vervolgens invloed hebben op de primaire processen van de afzonderlijke disciplines of silo’s. Het VSV is niet in staat te sturen op het gehele waardesysteem van de klant.

Na elke overdracht zal de informatie van de klant opnieuw gecommuniceerd moeten worden wat potentieel vertraging van informatie oplevert.

De effecten van "Ist" zijn bekend. Het leidt zoals in hoofdstuk 4, de verloskundige context, staat beschreven, tot:

- suboptimale zorg
- hogere kosten
- negatief effect klantwaarde

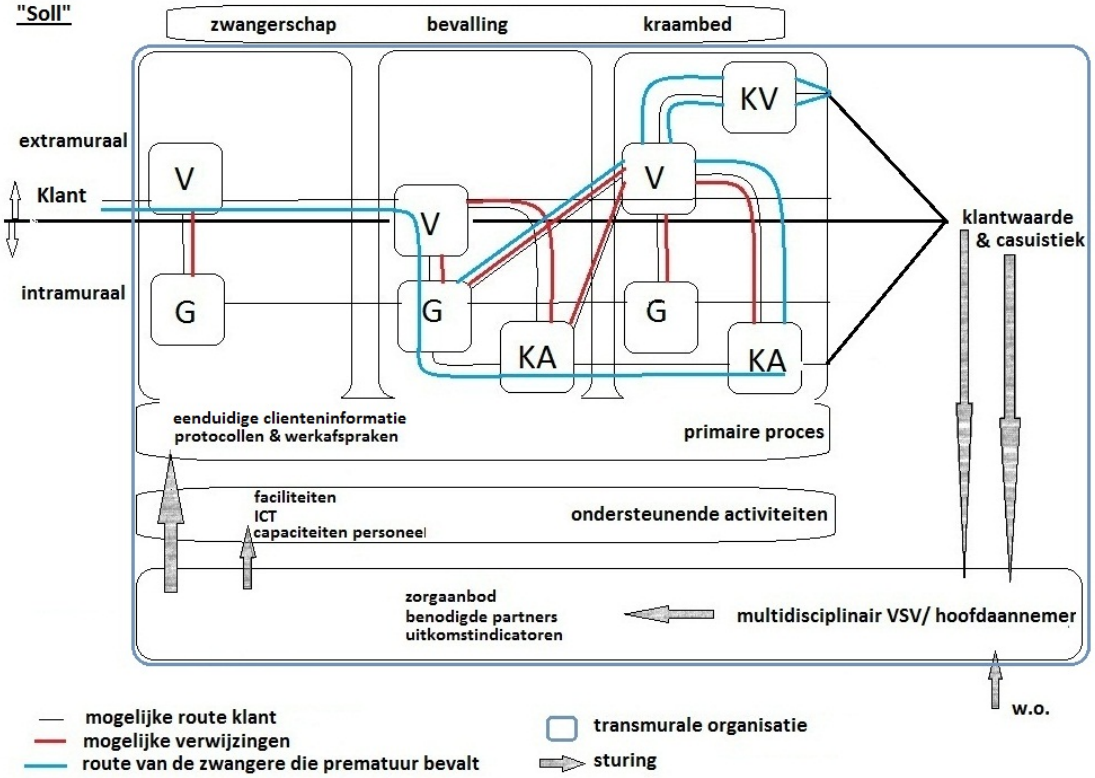
De komst van een geïntegreerd tarief zal in dit model leiden tot de vraag wie hoofdaannemer wordt van dat tarief en hoe vervolgens een doelmatigheidsprikkel in de gehele keten aangebracht zou moeten worden om substitutie tot stand te brengen.

In termen van klantwaarde is de vraag wat beter zou kunnen als we het principe van "Supply Chain Management" (SCM) op deze zorgketen toegepast gaat worden.

Het basisargument om SCM principes toe te passen in de verloskundige zorgketen, ligt in de voortdurende taak van de zorgverleners om duurzaam en maximaal waarde voor de klant, de aanstaande moeder en haar kind, te creëren. Het besef dat klantwaarde creatie de belangrijkste taak van de zorgverleners is, moet bij die zorgverleners tot de constatering leiden dat klantwaarde niet ophoudt bij de silo van de eigen discipline of de eigen "lijn".
Het waardesysteem van de klant in de verloskundige zorgketen gaat over de lijnen heen en betreft zowel intramurale als extramurale zorg. Het omvat alle zorgverleners die betrokken zijn bij zangerschap, baring en kraambed.

6.2 “Soll”

Zoals in 3.2 beschreven staat, dekt SCM álle activiteiten van begin tot eind. Of dat nu onder begeleiding van een verloskundige, gynaecoloog, kinderarts of kraamverzorgende gebeurt en of dat nu extramuraal of intramuraal plaatsvindt.
Het leidt om te beginnen tot de conclusie dat de afzonderlijke silo’s in één transmurale organisatie samengevoegd moeten worden. In het model zichtbaar gemaakt door het kader wat primaire processen en ondersteunende activiteiten omvat.



Het begint met de cliënt uit dezelfde casus met de premature baring Zij loopt in dit overzicht hetzelfde traject als in de “Ist” en ziet dus achtereenvolgens een verloskundige (V) een gynaecoloog (G), een kinderarts (KA) (en couveuse) en uiteindelijk, via een retourverwijzing, weer de verloskundige (V) en een kraamverzorgende (KV) in de thuissituatie.

In deze “Soll” situatie komt de klant in een transmurale, multidisciplinaire organisatie, wat direct vanaf het begin van de zorgverlening (het primaire proces) leidt tot voor de klant merkbare resultaten:

- eenmalige registratie voor de cliënt
- direct helderheid in hoeverre zorgaanbod aan zorgvraag kan voldoen
- cliënteninformatie ten behoeve van de gehele zorg(waarde)keten, is aanwezig, eenduidig en afgestemd op de zorgvraag
- geen informatieverlies in geval van verwijzing zoals in de genoemde casus
- betrokkenheid klant bij klantwaarde definiëring en dus invloed op bepaling zorgaanbod
- capaciteit van de zorgaanbieders is afgestemd op het volume

De klantwaarde wordt op het gehele niveau van het waardesysteem gegenereerd.

De specifieke rol van de klant in deze zorgketen, zoals die gebleken is in 3.4 en daaruit voortvloeiende betrokkenheid zal, naast de reguliere casuïstiek en resultaten van wetenschappelijk onderzoek leiden tot input voor de strategische, tactische en operationele planning van het VSV.

In dit VSV wordt, zoals een van de conclusies van 2.8 luidt, de zorgbrede code "Good Governance" toegepast. Dat betekent dat er in het VSV een evenwichtige afspiegeling is van de betrokken professionals die bij de zorgketen betrokken zijn. Zij zijn gezamenlijk de hoofdaannemer van het geïntegreerde tarief en vanaf dit orgaan wordt de gehele zorgketen bestuurd. Het is hun gezamenlijke taak klantwaarde te creëren.

De 3 fases in de klantwaarde, zwangerschap, baring en kraambed zijn verbonden weergegeven aangezien de primaire processen ook daadwerkelijk op alle fasen in het waardesysteem afgestemd kunnen worden.

Aangezien klantwaarde in een "Service Supply Chain" niet alleen in het primaire proces (de zorgverlening) maar ook in de ondersteunende activiteiten ervaren zal worden (zoals ICT; denk aan het niet herhaaldelijk hoeven te registreren) vraagt dat de organisatie om een strategische, tactische en operationele planning om die afstemming tot stand te brengen.

Tenslotte: Het feit dat er een geïntegreerd tarief komt zal binnen deze organisatie tot effect hebben dat er inderdaad een prikkel binnen de organisatie ontstaat om doelmatiger te werken. Sturing op de gehele zorgketen maakt het mogelijk werkafspraken dusdanig af te stemmen dat doelmatiger gewerkt zal en kan worden.

7. Conclusie

De centrale vraagstelling van deze thesis is: Hoe zal de verloskundige zorgketen vormgegeven moeten worden om tot de grootst mogelijke klantwaarde te kunnen komen? Daartoe is gekeken naar eerdere ervaringen met zorgketens, is de betekenis van het fenomeen SCM bestudeerd en zijn interviews met twee experts gehouden.

7.1 Aanbevelingen

Al deze bronnen maken duidelijk dat de zorgverlening van alle betrokken disciplines (het primaire proces), afgestemd moeten worden op de gezamenlijke klant. Op die manier zal duurzaam klantwaarde toegevoegd kunnen worden. Het vraagt de betrokken professionals te denken in termen van klantwaarde.

Uit de verloskundige context wordt duidelijk dat de waardeketen van de klant zich uitstrekt ver voorbij de silo's van de verschillende disciplines. Die waardeketen behoeft bij meer dan 80% van de klanten, betrokkenheid van zowel 1e als 2e lijns zorgverleners. De verloskundige zorgketen is, zoals in beide interviews ook bevestigd wordt, een transmuraal fenomeen. Deze constatering vraagt de disciplines om te gaan denken in termen van waardesysteem en niet slechts de klantwaarde in de eigen silo. Vasthouden aan de onderverdeling in 1e en 2e lijn houdt silo's in het waardesysteem van de klant in stand en creëert derhalve afbreuk van waarde.
Deze argumentatie leidt tot de eerste twee aanbevelingen:

> **Aanbeveling 1**
> De organisatie van de verloskundige zorgketen moet zich richten op gehele waardesysteem van de klant. Dat vraagt om een transmurale, multidisciplinaire organisatie die verantwoordelijk wordt voor primaire processen en ondersteunende activiteiten.
>
> **Aanbeveling 2**
> Stel een gezamenlijke visie op, op het creëren van klantwaarde voor de klant, de aanstaande moeder en haar kind.

Dat ondeelbare waardesysteem van de klant in de verloskundige zorgketen en haar voortdurend aanwezige rol in het proces van zorgverlening, resulteert in de noodzaak die klant bij de definiëring van de klantwaarde te betrekken. De organisatie zal de klant pro-actief moeten betrekken bij de keten. Klantenpanels maar ook continue monitoren van ervaringen zullen input moeten leveren voor de formulering en mogelijke aanpassing van het zorgaanbod.
De bijzondere rol van de klant in het proces maakt dat zij direct (verlies van) klantwaarde kan ervaren uit de ondersteunende activiteiten. Het vraagt om afstemming van de ondersteunende activiteiten in de gehele waardeketen.

Deze argumentatie leidt tot de volgende twee aanbevelingen:

Aanbeveling 3
Betrek de klant bij de afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag.

Aanbeveling 4
Richt de organisatie zodanig in dat sturing op de primaire processen en ondersteunende activiteiten in het gehele waardesysteem van de klant mogelijk wordt.

Rapportages als "Een goed begin" en de "signalementstudie" wijzen op het belang om preconceptie bij de keten te betrekken aangezien er veel gezondheidswinst te behalen valt. Dat klopt. In deze thesis is echter niet zozeer bedoeld om inhoudelijk adviezen te geven welk zorgaanbod exact in de keten aangeboden moet worden als wel om adviezen te geven hoe een zorgketen vorm te geven waarin dergelijke verticale integratie toegepast kan worden. De organisatie inrichten volgens het principe van "Supply Chain Management" biedt die mogelijkheid. Deze argumentatie leidt tot de volgende aanbeveling:

Aanbeveling 5
Richt de organisatie in volgens principe van "Supply Chain Management".

Nawoord:

Deze thesis beoogt een bijdrage te leveren aan denkprocessen om de vorming van verloskundige zorgketens te ondersteunen. Hopelijk slaag ik in mijn opzet.

De aanbevelingen vormen een coherent geheel en zijn in de blauwdruk van de "Soll" weergegeven die zowel in het voorafgaande hoofdstuk als in bijlage 3 te vinden is. Het geeft weer hoe naar mijn mening de verloskundige zorgketen in Nederland georganiseerd zou moeten worden. Zodanig dat de specifieke Nederlandse waarden aan kwalitatief hoogstaande zorg verbonden kan worden.
Het gebruik van slechts een deel van de aanbevelingen lijkt mij geen werkelijke bijdrage leveren aan betere zorg.

Gezien de complexiteit van de problematiek is het niet te verwachten dat een dergelijke blauwdruk eenvoudig landelijk te implementeren is. Maar dat zal voor vele toekomstige initiatieven gaan gelden. Wat wel mogelijk is om als koepels, politiek en zorgverzekeraars gezamenlijk de keuze te maken een dergelijk ingrijpende verandering onder zorgvuldige monitoring, financiering en begeleiding in een pilot te onderzoeken. Een slotaanbeveling waar deze thesis mee afgesloten wordt.

Stefan zum Vorde sive Vording
Amsterdam
April 2012

8 Referenties

Boer, Josien de, Kristel Zeeman *KNOV standaard Prenatale Verloskundige Begeleiding* KNOV Utrecht 2008

Bonsel GJ, Birnia E, Denktas S, Poeran J, Steegers EAP. *Lijnen in perinatale sterfte. Signalementstudie Zwangerschap en geboorte 2010*. Rotterdam, Erasmus MC, 2010

BOZ *Zorgbrede Governancecode* Branche Organisatie Zorg 2009

Buitendijk SE, Nijhuis JG *Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa.* Ned Tijdschr Geneeskd, 2004; 148(38): 1855-60.

Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging *Monitoring Integrale Bekostiging Zorg voor Chronisch Zieken,* (rapport) januari 2011

Langejan, Theo *houdbare zorg, heldere verschillen* speech bijeenkomst Nieuwe Zorg, Nederlandse Zorgautoriteit 19 mei 2011

Meijboom, Bert, Saskia Schmidt-Bakx, Gert Westert *Supply Chain Management practises for improving patient-orientated care* Supply Chain Management: An international journal, 2011; 16, 3: 166-175

Minkman, Mirella *Developing Integrated Care* (proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 2012)

Peristat *European Perinatal health Report 2008* Available http://www.europeristat.com/publications/european-perinatal-health-report.shtml

(PRN) Stichting Perinatale Registratie Nederland *Grote lijnen 10 jaar Perinatale registratie Nederland* Utrecht 2011

Raak, A.J.A. van, Mur-Veeman, I.M., Hardy, B., Steenbergen, M. & Paulus, A.T.G. *). Integrated care in Europe: description and comparison of integrated care in six EU countries*. Elsevier Gezondheidszorg Maarssen 2003

Rosendal, Henk, Kees Ahaus, en Robbert Huijsmans en Coen Raad *Ketenzorg Praktijk in perspectief* Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen 2009

Sampson, Scott E. *The Seven Customer Roles in Service Supply Chains* Proceedings of the EurOMA Annual Meeting, Volume 24, European Operations Management Association, Brussels, 2011.

Struijs, JN, JT van Til en CA Baan *experimenteren met de keten-dbc diabetes, de eerste zichtbare effecten* RIVM Bilthoven 2009

Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte *Een Goed Begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*, (rapport) januari 2010

Treacy, Michael & Fred Wiersema *The Discipline of Market Leaders* Perseus Publishing 1997

Van Loghem JJ. *Perinatale sterfte en zuigelingensterfte* NTVG 1967;111:2376

Vissers, Jan *Logistiek van zorgketens.* In: Ketenzorg, praktijk in perspectief, Rosendal K, Ahaus K, Huijsmans R en Raad C. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2009

VWS *Adviesaanvraag integrale bekostiging perinatale zorg*. Brief van de minister aan de Tweede Kamer. Den Haag 01 juni 2011

VWS *Programmatische aanpak van chronische ziekten.* Brief van de minister van VWS en de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer. Den Haag 13 juni 2008

9 Bijlagen

9.1 Bijlage 1

Waardeketenanalyse MHBA8 Stefan zum Vorde Januari 2011

De waardeketen die hier besproken wordt is die van de Nederlandse zwangere. Gewenste uitkomst is een gezonde moeder met een gezond kind met zo laag mogelijke perinatale morbiditeit en mortaliteit. Het proces van zwangerschap, baring en kraambed is vanuit cliëntperspectief één (volgens Porter, sequentiële) waardeketen.

De organisatie van de Nederlandse verloskundige zorg rust op twee pijlers: de 1e lijns verloskundige en als het nodig is, de 2e lijn. Het systeem is door de mogelijkheid van thuis bevallen onder begeleiding van de 1e lijns verloskundige, uniek in de westerse wereld te noemen. Mogelijk door de goede toegankelijkheid van een 2e lijn en een systeem van thuis(kraam)zorg.

Er bestaat onder de beroepsgroepen (NVOG/gynaecologen en KNOV/ verloskundigen) consensus over indicaties voor 2e lijns zorg. Resultaat van deze taakverdeling is een voor westerse begrippen lage medicaliseringgraad. Los daarvan bestaat de samenwerking vooral uit regionaal gemaakte afspraken die afhankelijk zijn van de inzet van de lokale professionals en fors in kwaliteit verschillen.

Nederland scoort in Europees perspectief echter slecht waar het de perinatale sterfte betreft (perinat 2008) Er woedt al enkele jaren een emotioneel publiek debat over de vraag hoe de Nederlandse zwangere veilige zorg met betere uitkomsten kan krijgen. Onderzoek wijst uit dat een hogere medicaliseringgraad géén verbetering van de perinatale morbiditeit en mortaliteit zal opleveren. Integendeel.

Landelijke cijfers laten zien dat 75% van de Nederlandse zwangeren de zwangerschapsbegeleiding bij de 1e lijn begint, een aanzienlijk deel zal echter gedurende de zwangerschap of bevalling naar de 2e lijn verwezen worden. Uiteindelijk bevalt ruim 70% van alle zwangeren / barenden in de 2e lijn (peristat 2011). “Verwezen worden” is daarmee een cruciaal fenomeen in de waardeketen van veel zwangere vrouwen. Een verwijzing betekent dat zij met meerdere disciplines, ieder met hun eigen cultuur, kwaliteitssysteem en financieringssystematiek geconfronteerd zal gaan worden.

Het “bedrijfsproces” wat hier beschreven zal worden is het *verwijsproces tijdens een baring* van 1e naar 2e lijn zoals dat tot op heden plaatsvindt. De zogenaamde “Ist” situatie.

Het is een min of meer acute situatie tijdens een aanvankelijk eerstelijns bevalling die in meer of mindere mate spoedeisende interventie vraagt. De keuze voor de verwijzing tijdens een baring is dat het alle variabelen omvat waarvan

ook tijdens de zwangerschap sprake kan zijn. De verwijzing tijdens de baring is onderdeel van het gehele zorgverleningproces en daarmee onderdeel van de waardeketen van de cliënt.

Er zijn grofweg vier mogelijkheden. In sterk vereenvoudigd overzicht :

I: Zwanger –> 1e –> Moeder+Kind
De zwangere is en blijft 1e lijn/kraamzorg voor Moeder en Kind thuis.

II: Zwanger –> 1e –> 2e –> 1e –> Moeder+Kind
De zwangere begint in de 1e lijn en komt, na een verwijzing naar 2e lijn, weer retour 1e lijn/kraamzorg voor Moeder en Kind in 1e lijn thuis.

III: Zwanger –> 1e –> 2e –> Moeder+Kind
De zwangere begint in de 1e lijn en blijft na verwijzing in 2e lijn/kraambed voor Moeder en Kind in ziekenhuis.

IV: Zwanger –> 2e –> Moeder+Kind
De zwangere begint en eindigt in de 2e lijn/Moeder en Kind kraambed in zkhs.

Elk zwart streepje: "leidt naar". Elk rood streepje: "verwijzing naar"
Het verwijsproces is een sequentieel werkproces in het gehele zorgverleningproces, en daarmee van de waardeketen.

3. Sequentieel:
1e lijns behandelplan krijgt van 1e lijns verloskundige een verwijsindicatie op basis van VIL. Zij tekent de verwijsreden op in 1e lijns dossier en de baring wordt daarmee medium of high risk consequentie: baring wordt gecontinueerd op 2e lijns afdeling van ziekenhuis. De 1e lijns verloskundige belt de gynaecoloog en licht deze in. Cliënt dient door 2e lijn geaccepteerd te worden. Passend vervoer wordt door 1e lijns verloskundige geregeld. Uiteindelijk komt de cliënt op de afdeling O&G in het ziekenhuis.
Afhankelijk van de verwijsreden gaat de 1e lijns verloskundige met haar mee. Indien dat het geval is kan de 1e lijns verloskundige haar verwijzing mondeling toelichten. Afhankelijk van de organisatie op de afdeling wordt er overgedragen aan een 2e lijn verloskundige, een arts assistent of gynaecoloog. In de regel wordt er een kopie van het 1e lijns dossier gemaakt tbv 2e lijns dossier. Het team op de afdeling maakt 2e lijns dossier aan. De cliënt wordt geïnformeerd over de meest adequate interventie/ indien mogelijk wordt in overleg met cliënt zorgplan ingezet. De verwijzing heeft dan plaatsgevonden en de interventie kan ingezet worden.
Parallel:
Een verwijzing tijdens de baring is voor de barende cliënt vaak een stressvolle ervaring. Na bericht van de reden van verwijzing, zal de cliënt en haar partner in een stressvolle situatie vervoer moeten regelen. Vaak doet de verloskundige dit. De partner zal acuut opvang voor kinderen en huis(dieren) moeten regelen.
Er is geen consensus over in welke gevallen de 1e lijns verloskundige mee zal gaan naar de afdeling en daarmee een soepele aankomst kan ondersteunen.

Koppeling:
Er bestaat een duidelijke koppeling tussen de (beperkte) personeelscapaciteit van een afdeling O&G (obstetrie & gynaecologie) en het aantal te accepteren verwijzingen.
Idem wat betreft drukte bij ambulancevervoer.

4-A. Algemene analyse van hulpbronnen en competenties.
Wat is het effect van de hulpbronnen en de (kern)competenties op de waardeketen?

Menselijke
Tav klantwaarde: Een verwijzing van de 1e naar de 2e lijn van een zwangere/barende zijn er per definitie meerdere disciplines betrokken die voor de cliënt mogelijk een verwarrende situatie kan opleveren in een stressvolle situatie.
De 1e lijns verloskundige werkt solistisch en zijn getraind in onafhankelijke oordeelsvorming. Zij verwijst op indicatie naar een gynaecoloog die deel uitmaakt van een team waarin O&G verpleegkundigen, 2e lijns verloskundigen en arts-assistenten samenwerken onder zijn/haar supervisie. De verschillende disciplines zijn vaak langer werkzaam in een regio. In lokale samenwerkingsverbanden worden casuïstiek en bijscholing veelal gezamenlijk vormgegeven. Men kent elkaar en voor de cliënt kan dat een geruststellende gedachte zijn. Dat zij, in geval van een verwijzing, niet weet wie zij van het 2e lijns team gaat treffen kan een onzekere factor zijn.
Door ervaring van de 1e lijns verloskundige en kennis van de gynaecoloog zal de interventie vaak een voor te bereiden karakter hebben, daarmee is het mogelijk de cliënt goed voor te bereiden op de waarschijnlijke interventie (kerncompetentie).
Afhankelijk van de situatie gaat de 1e lijns verloskundige met de cliënt, in geval van verwijzing, mee naar de afdeling. Dit zal behalve een positief effect op de kwaliteit van verwijzing (mondelinge toelichting en “warme” overdracht) een positief effect op de klantervaring hebben.

Organisatorische/ ondersteunende
Tav klantwaarde: Er is landelijk consensus tussen de KNOV en NVOG over een verloskundige indicatielijst/VIL ten behoeve van verwijsredenen. Voor de klantwaarde betekent die consensus (transparantie in de verwijsreden) mogelijk een veilig gevoel. Feitelijk betekent hantering van de VIL een lage medicaliseringgraad.

Fysieke
Tav klantwaarde: Een verwijzing van 1e naar 2e lijn betekent voor de cliënt dat zij zich van huis naar een ziekenhuis moet verplaatsen. Al dan niet met spoed tijdens of voor de bevalling en al dan niet mbv ambulance. Evaring leert dat dat op zichzelf geen negatief effect hoeft te hebben op de klantervaring. Ook in geval van verwijzing bij een poliklinische (1e lijns) bevalling of bevalcentrum in een ziekenhuis betekent een verwijzing een interne verplaatsing in dat ziekenhuis.

Capaciteit/ drukte van afdeling kan een probleem zijn. Zowel bij piekmomenten waarbij er minder aandacht voor de barende zal zijn als bij te weinig zorg waarbij er minder personeel "in huis" (cave spoedsituaties) zal zijn.
1e en 2e lijn hanteren per definitie (?) verschillende softwaresystemen. Status/patiëntgegevensuitwisseling tussen 1e en 2e lijn is in de regel digitaal niet mogelijk. Kopieën van papieren status is de regel. Zowel in spoedeisende als niet spoedeisende situaties.

Financiële
Tav klantwaarde: Het gegeven dat 1e en 2e lijn twee gescheiden organisaties zijn met elk een eigen financieringssystematiek beperkt verregaande samenwerking (tbv verhogen klantwaarde). (Kosten)voordelen voor de cliënt zullen hetzij binnen de 1e lijn hetzij binnen de 2e lijn gevonden moeten worden. Op dit moment worden er geen kostenvoordelen over de gehele, lijnoverstijgende, waardeketen geboden.
Opmerkelijk als we ons realiseren dat de verzekeraar in bepaalde, vaak voorkomende, situaties kampt met dubbele declaraties.
Maar liefst 50% van alle primi gravidae (eerstbarenden) die in de eerste lijn aan de baring beginnen, worden tijdens de bevalling alsnog naar de 2e lijn verwezen, alwaar de baring verder wordt begeleid, al dan niet met de noodzakelijke interventies. Dat betekent voor de verzekeraar dubbele declaraties van *zowel* 1e lijn als 2e lijn. Uiteindelijk vertaald dat zich in de premie voor de cliënt...

Ongrijpbare hulpbronnen
Tav klantwaarde: Geografische posities bepalen vaak het ziekenhuis/gynaecoloog waarnaar verwezen wordt. In situaties waarin te kiezen valt, speelt de mate van spoedeisendheid de doorslaggevende rol. Fusering/concentratie van 2e lijn kan leiden tot "kale" plekken in NL waardoor aanrijdtijden voor spoedeisende situaties te lang worden. Gevolg daarvan is dat de keuze van de cliënt voor veilig thuis bevallen wegvalt door wegvallen van 2e lijns vangnet.
Onderlinge goede contacten tussen 1e lijns verwijzer en gynaecoloog, maar ook diens reputatie en de algemene reputatie van het ziekenhuis spelen mee. Voor de cliënt is reputatie van een ziekenhuis bij keuze erg belangrijk. Bedoeld wordt dan de algemene indruk van klantbejegening in het betreffende ziekenhuis.

4-B. Sterkte / zwakte over (kern)competenties

Over welke **competenties** beschikt de keten om het verwijsproces goed te verwerken?
De verschillende disciplines zijn goed opgeleide professionals. Met grote inzet en goede oordeels vorming oa op basis van VIL wordt gezamenlijk zorg aan de cliënt geleverd. Regionaal is men het aan elkaar de zorgverzekeraar en de cliënt verplicht samen te werken. Dat wordt vorm gegeven in samenwerkingsverbanden. Individueel is er voldoende professionaliteit om het verwijsproces zo goed mogelijk te laten verlopen. Vriendelijke, attente professionals.

Welke **kerncompetenties** zijn in deze ketenaanwezig om uniek te zijn? Wat in de waardeketen van de NL zwangere is uniek?
Kerncompetenties binnen deze samenwerking worden gevormd door de onafhankelijkheid (oordeelsvorming?)van de twee partners ten opzichte van elkaar. Het leidt tot een lage medicaliseringgraad en biedt de NL zwangere een unieke keuzemogelijkheid wat betreft de keuze voor de plaats van de bevalling. Thuis of in ziekenhuis onder begeleiding van onafhankelijke 1e lijns verloskundige.

Zwakte is de matige organisatiegraad van de twee disciplines en daarmee onvoldoende focus op de waardeketen als geheel.

Samenvattend is het effect van de hulpbronnen en de competenties in geval van een verwijzing dat de cliënt door deskundige professionals op goede gronden wordt verwezen. De uitkomsten zijn echter (in EU verband) matig/slecht. De veelal blijde uitkomsten overschaduwen kwetsbare, kwaliteitsbepalende factoren als matige organisatiegraad en ontoereikend patiëntendossier. Mogelijkheden om tot kostenbesparing te komen hebben weinig aandacht.

5. De waardeketen van Porter bestaat uit een typologie van werkprocessen die onderverdeeld is uit een aantal primaire en ondersteunende werkprocessen. Specifieker lijkt het hier te handelen om een professionele diensten organisatie (Haberberg & Rieple).

Primaire processen in +/-
Diagnosis. De diagnosestelling of beter: de reden voor verwijzing. De verloskundige doet de selectie tussen low, medium of high risk situaties en communiceert dit met de cliënt en verwijst naar gynaecoloog.
+ landelijk consensus over verwijsredenen en spoedeisendheid
- regionaal forse interpretatieverschillen (hoe doen we in deze regio bv een stuitbevalling?).
+/- verwijzing moet (mn in spoedeisende situaties) in een keer goed. Kwaliteit van interventie/ uitkomst / reputatie afhankelijk van kwaliteit verwijzing.

Finding possible solutions. Bepalen van juiste interventie. Is verantwoordelijkheid van gynaecoloog. Aan een verwijzing zit per definitie een medisch beleid.
+ vaak in samenspraak met cliënt, verwijzer en team (capaciteit)
- noodzaak verwachtingen in vroeg stadium te managen

Choice between solutions. Voor de meeste verwijsredenen zijn er meerdere alternatieve benaderingen mogelijk. Keuze van alternatieven wordt vaak ism cliënt en verwijzer bepaald.
+ vaak in samenspraak met cliënt, verwijzer en team (capaciteit)
- in retrospectief makkelijk oordelen over gekozen oplossingen.
  Samenwerking tussen disciplines moet moeiteloos werken.

Implementing chosen solutions. Implementatie is soms afhankelijk van beschikbaarheid van andere disciplines in ziekenhuis zoals anesthesist in geval van wens tot pijnstilling.
+/- afhankelijk van capaciteit/drukte op afdeling
+/- afhankelijk van interne organisatie/faciliteiten van ziekenhuis

Control & evaluation. De verwijsreden en de gekozen interventie bepaalt de mate van monitoring op cliënt/zorgniveau. Werkoverleggen en visitatie evalueren op ieders organisatieniveau.
+ flexibel / maatwerk
- evaluatie vindt niet plaats op klantwaarde niveau

Ondersteunende processen
Financiën en planning: van 1e en 2e lijn loopt volstrekt gescheiden. Er bestaat een gescheiden financieringssystematiek. Voor verzekeraars is er de frustratie van de dubbele declaraties.

Human resource functie: met uitzondering van O&G verpleegkundigen (=tekort) zijn de disciplines zelfstandig zowel in hun functioneren als in het ontwikkelen van persoonlijke kwaliteit. HRM speelt wel een rol in aanwerven van O&G verpleegkundigen.

Proces development: regionale verloskundige samenwerkingsverbanden spelen een belangrijke plek voor casuïstiekbesprekingen, protocollering en samenwerkingsafspraken. Algemeen verwijt: het is nog te vrijblijvend en de regionale verschillen zijn groot. 1e en 2e lijn hebben ieder hun eigen schriftelijke en digitale patiënteninformatie, vaak niet compatibel. Waar tevens nog in tekort wordt geschoten is het delen van patiënteninformatie en het delen van cliëntendossiers. Er wordt verschillende software gebruikt. Er is géén gedeelde status/ dus papieren gedoe.

Purchasing/ aankoop van materialen. Ondanks dat op de afdelingen de materialen voor alle complicaties aanwezig zijn, kan je hier denken aan andersoortige "materialen". Beschikbaar zijn van faciliteiten als epiduraal anesthesie / of expertise voor vaginale stuitbevallingen zijn features die een belangrijke rol spelen in de klantwaarde maar niet altijd aanwezig zijn.

6. Beoordeling proces.
De primaire en ondersteunende processen zijn gefragmenteerd uitgewerkt op basis van 10 dimensies van servicekwaliteit.

Een verwijzing van 1e naar 2e lijn betekent voor de cliënt extra aandacht voor een complexere zorgvraag.

1. *Uiterlijke verschijning.* Uitgeslapen, aandachtsvolle zorgverleners in schone kleding op een schone, warme afdeling (zonder bloedvlekken van vorige bevalling...) wekken vertrouwen. Afwezigheid van wachttijden is een pré.
2. *Betrouwbaarheid*. De reputatie van de zorgverleners, het op schrift stellen van de hulpvraag in een nette verwijsbrief plus compleet dossier

of het fysieke begeleiden van de cliënt naar de gynaecoloog in spoedsituaties wekt vertrouwen bij de cliënt. (positief effect) De mogelijkheid van eerste opvang met een (onbekend en niet eindverantwoordelijk-) lid van het team van de gynaecoloog kan vertrouwen doen afnemen. Onvoldoende integratie van elkaars patiënten informatiesystemen doet vertrouwen tevens afnemen (beiden negatief effect op klantwaarde). De naar EU normen slechte Nederlandse perinatale morbiditeit en mortaliteit heeft een uiterst negatief effect op de klantwaarde.

3. *Reactiesnelheid*. Drukte op een afdeling of in een praktijk is vaak bepalend voor reactiesnelheid "in allgemeine". "Wachten" in een spoedsituatie (ook in perceptie van cliënt) op een zorgverlener (of actuele patiënt informatie) kan funest zijn. (negatief effect op klantwaarde).
4. *Communicatie.* Aanwezigheid van de cliënt bij het eerste (professionele) telefonische contact tussen verwijzer en gynaecoloog zal in de regel als positief worden ervaren, want betekent voor haar vaak een kort en bondige samenvatting van de situatie en de hulpvraag op dat moment. Een en ander op schrift kan, mits transparant, een positief effect op klantwaarde opleveren. Heeft zeker een negatief effect op klantwaarde indien onbegrijpelijk en niet zichtbaar. Voor cliënt betekent verwijzing altijd van een low risk naar medium of high risk situatie. Derhalve stressvolle situatie. Respectvolle communicatie en begrijpelijk taalgebruik, maar ook voorlichting geven over de te verwachten interventie indien mogelijk kan klantwaarde fors doen toenemen. Communicatie over elkaar in bijzijn van cliënt wekt geen vertrouwen en heeft negatief effect op klantwaarde.
   Ontbreken van *gedeeld* digitaal dossier communiceert omslachtig en heeft een groot risico van foutcommunicatie en doet daarmee uiteindelijk afbreuk aan klantwaarde.
5. Vertrouwenwekkendheid. Reputatie en eerdere ervaringen van de cliënt met de zorgverleners kan klantwaarde toevoegen. Overdrachten van papieren (onvolledige) patiëntgegevens kan twijfel over betrouwbaarheid oproepen.
6. Veiligheid:
   a. Qua privacy: de Nederlandse barende beschikt in een van nature fysiologisch proces over een vertrouwenwekkende 1e lijns verloskundige met specialistische kennis over dat fysiologische proces.
   b. Qua mortaliteit en morbiditeit scoort NL in Europees verband slecht. Negatief effect op klantwaarde. Verhalen over "foute" thuisbevallingen werken een gevoel van onveiligheid in de hand.
7. Competentie: Betrokken disciplines zijn goed opgeleide zorgprofessionals.
8. Hoffelijkheid: idem
9. Betrokkenheid: idem
10. Toegankelijkheid. Verloskundige zorg is (nu nog) toegankelijk voor elke NL zwangere. Door 2e lijns concentratie wordt aanrijdtijd in geval van verwijzing te hoog en daarmee thuis bevallen onverantwoord ver van een eventueel benodigde 2e lijn. Beperking van de keuze van plaats van

bevallen heeft negatief effect op klantwaarde. Ontbreken van gedeeld digitaal dossier maakt beschikbaarheid van patiëntgegevens voor betrokken disciplines minder en heeft daarmee een negatief effect op klantwaarde.

7. Conclusie en verbeterpunten.

Naar aanleiding van de uitwerking van de tien dimensies van servicekwaliteit kan geconcludeerd worden dat de cliënt door goed opgeleide zorgverleners behandeld worden die op basis van juiste criteria verwijzen. Respectvolle communicatie met en over de cliënt is de regel (...) en voegen klantwaarde toe. (Primaire processen lijken op orde).

Drukte op afdelingen (personeelstekort O&G) en beschikbaarheid van faciliteiten zoals anesthesie (beide ondersteunende processen) bepalen mede de klantwaarde. Negatief bij afwezig zijn en positief bij aanwezig zijn.

Van alle zwangeren in NL bevalt 75% in 2e lijn. Meer dan 80% van de zwangeren heeft gedurende de 9 maanden van de zorgvraag contact met beide disciplines. Over het algemeen zal de klant de 1e en 2e lijns zorg vaak als positief ervaren. Zeker gezien de vaak aangename uitkomsten (een gezonde baby). Het gevaar is dat deze blijde uitkomst de minder positieve dimensies van klantwaarde overschaduwen. Het ontbreken van een gedeeld verloskundig patiënten dossier en niet bindende/vrijblijvende afspraken over samenwerking (ondersteunende activiteiten) hebben een negatief effect op de essentie van de waardeketen van de zwangere cliënt namelijk: de *gezamenlijk geleverde zorg*. De twee disciplines vormen samen onderdelen van een gefragmenteerd "value system". Het gaat dus om de samenwerking in de zorgverlening die nu nog te gefragmenteerd plaatsvindt.

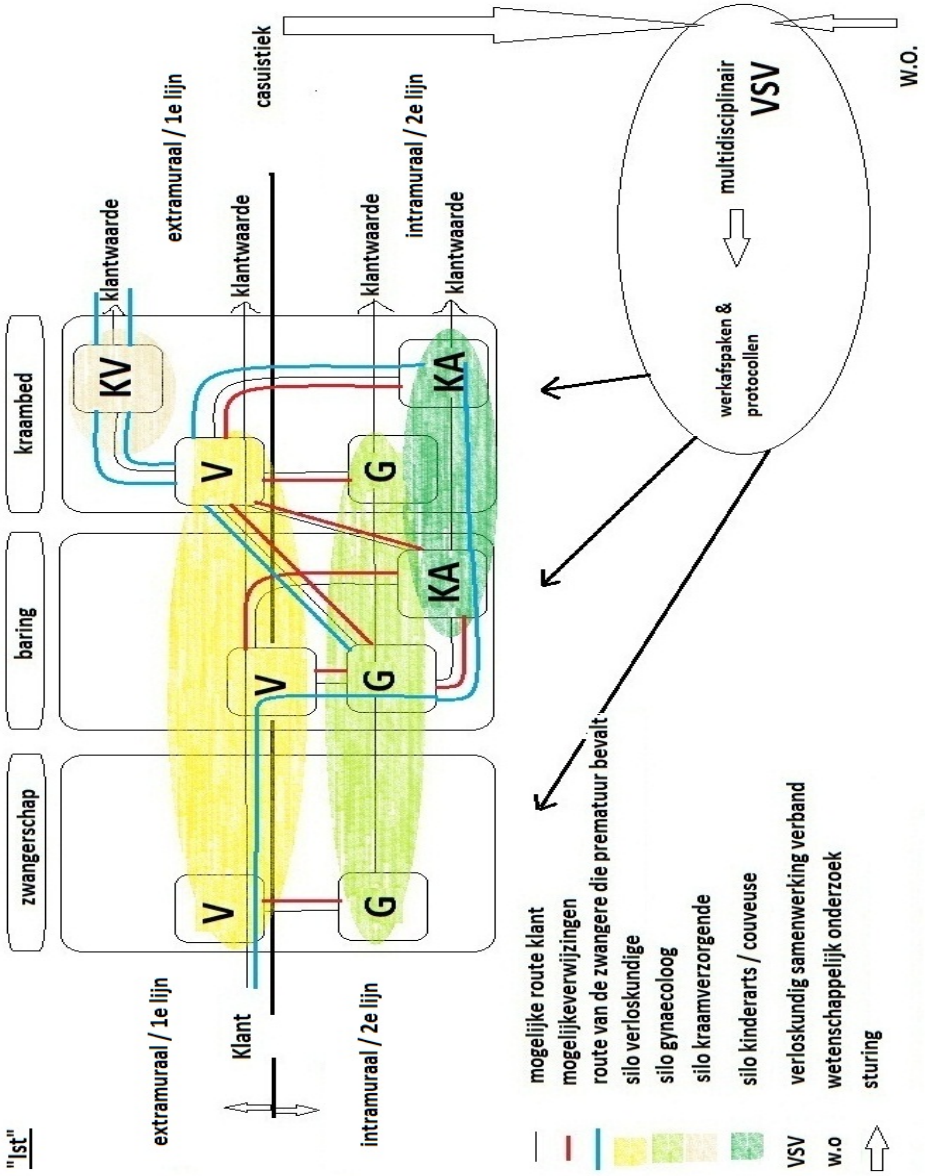
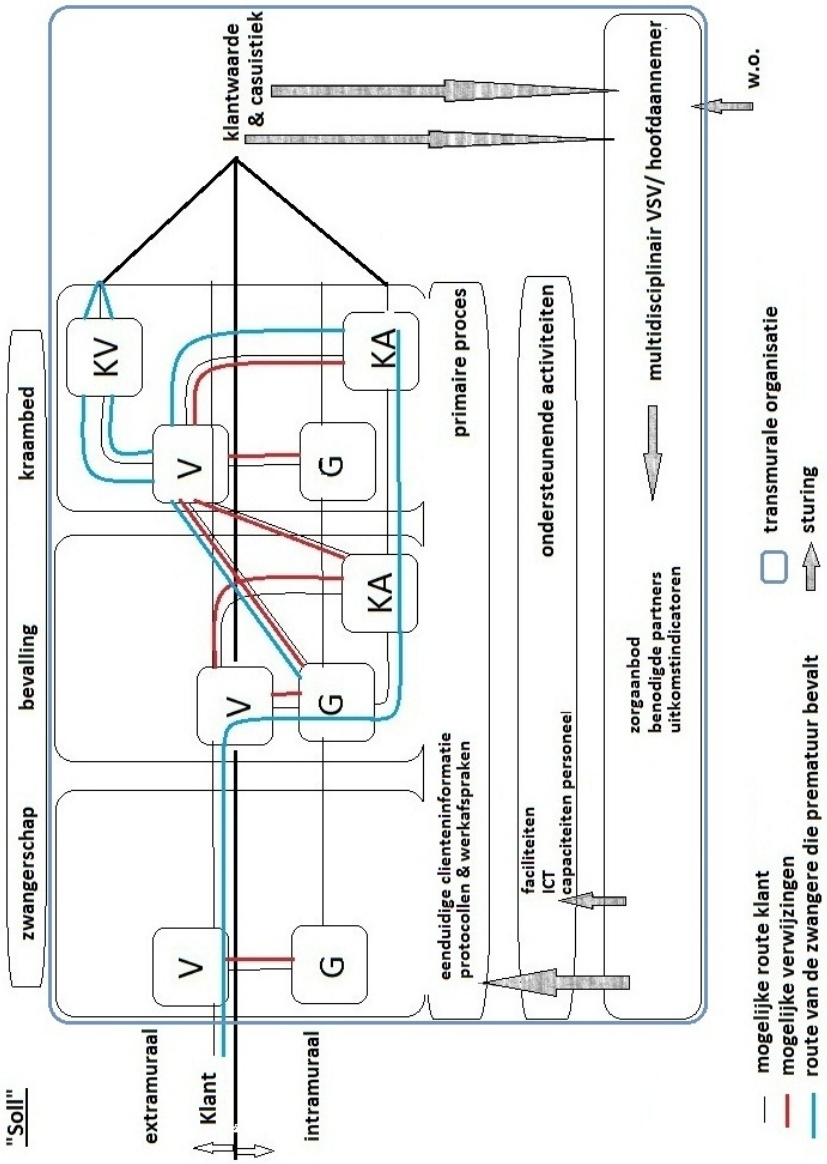
Hier ligt het grootste verbeterpunt om de klantwaarde te verbeteren:

Concreet:

1. verbeteren organisatie rondom klantwaarde
2. een gezamenlijk cliënt/patiënt registratie/dossier
3. bindende werkafspraken over samenwerken/hef de silo's op
4. gezamenlijke (cliënt/patiënt)communicatie

Hier tot nu toe nog niet benoemd: kostenaspecten.
De huidige situatie (taakverdeling tussen 1e en 2e lijn) kent weinig mogelijkheden tot kostenbeheersing van de gehele *keten*. Men weet: zolang de zorg in de eerste lijn blijft blijven de kosten beperkt. Medicalisering *op zichzelf* leidt niet tot betere uitkomsten maar wel tot duurdere zorg. Tegelijkertijd levert de huidige structuur weinig mogelijkheden tot kostenvoordeel op. Vanuit de huidige situatie zie ik weinig ruimte voor kostenbeheersing. (januari 2011)

9.2 Bijlage 2 “Ist”



9.3 Bijlage 3 “Soll”