

Drie basismodellen helpen bij opzet van zorgketens

# Ketens met karakter

drs. E.C.M.M. Donkers,  
arts Maatschappij & Gezondheid,  
directeur Stichting Transmuraal  
Netwerk Midden-Holland

drs. A. Bras, arts, manager  
behandeling & begeleiding, Zorg-  
partners Midden-Holland

drs. E.C.M. van Dingenen,  
arts Maatschappij & Gezondheid,  
programmameider Zorgketens,  
Stichting Transmuraal Netwerk  
Midden-Holland

Correspondentieadres:  
lia.donkers@ghz.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

illustratie: Roland Blokhuisen

## *Een veelgestelde vraag is wie de baas is*

### Literatuur

1. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications. A discussion paper. International Journal of Integrated Care, 14-11-2002. 2. Definitie van de RVZ. 3. Donkers ECMM, Leeuwen GJ van. Kwetsbare ketens. Aansturing ketenzorg moet beter worden georganiseerd. Medisch Contact 2005; 60 (31/32): 1273-5.

CVA-patiënten, mensen met diabetes of dementerende ouderen: allen maken gebruik van verscheidene zorgverleners, maar de manier waarop verschilt. De Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland hanteert drie modellen voor deze zorgketens. Dat geeft duidelijkheid over doelen, verantwoordelijkheden en prestaties.

**D**e ontwikkeling van zorgketens is een langdurig zoekproces van zorgaanbieders waarbij uiteenlopende zorginhoudelijke, financiële en strategische belangen moeten worden verenigd.<sup>1</sup> Een veelgestelde vraag is wie de baas is. Ziekenhuizen richten een uitgebreide stroke service in en beschouwen zichzelf in de CVA-keten als de dominante partij.

Huisartsen stellen praktijkondersteuners aan en eigenen zich de diabetesketen toe. De invoering van de DBC-systematiek lijkt dit getouwtrek tussen zorgaanbieders in de hand te werken. Deze beweging is tegengesteld aan de oorspronkelijke bedoeling van transmurale zorg, waarbij sprake zou moeten zijn van

gedeelde verantwoordelijkheden tussen generalistische en specialistische zorgverleners.<sup>2</sup> Om de vorming van zorgketens zo helder mogelijk te laten verlopen, worden in Midden-Holland drie basismodellen onderscheiden. Deze zijn enerzijds getypeerd op grond van de samenwerking, de wederzijdse afhankelijkheid en de rolverdeling van de zorgaanbieders en anderzijds op specifieke kenmerken van patiëntgroepen.

### Dementie

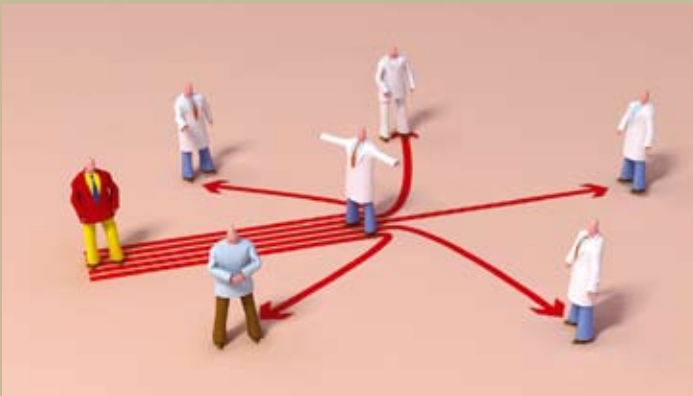
In de Goudse regio functioneert al meer dan tien jaar de Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland. Dit is een samenwerkingsverband van zorgaanbieders dat de ontwikkeling van zorgketens ondersteunt. De regio is vrij

overzichtelijk en de lijnen zijn kort. In opdracht van ketenpartners mobiliseert het transmuraal netwerk de betrokken zorgverleners, coördineert het de keteninrichting en zorgt het voor de bestuurlijke afdichting van de keten.<sup>3</sup> De partners blijven zelf verantwoordelijk voor de uitvoering. Inmiddels is een tiental zorgketens opgericht en kent het transmuraal netwerk ook samenwerkingsprogramma's op het gebied van ICT, personeel, zorgvraagonderzoek en preventie. Aanvankelijk stond ketenvorming gelijk aan het realiseren van goede patiënttransfers tussen verscheidene behandelaars om verkeerdebedproblematiek te voorkomen. Doel was de zorg tijdig over te hevelen. Ziekenhuisverplaatste zorg geldt zodoende nog als de eerste vorm van ketenzorg. Voor veel patiëntgroepen leveren zorgaanbieders echter eerder gelijktijdig dan opeenvolgend zorg. Diabetespatiënten of ouderen met dementie hebben bijvoorbeeld uiteenlopende problemen, waarbij meerdere behandelaars naast elkaar een rol hebben. Daarbij staan verwijsmogelijkheden en zorginhoudelijke afstemming meer op de voorgrond dan afspraken gericht op doorstrooming. De ene zorgketen is de andere dus niet. Vanuit een patiëntgerichte samenwerking worden in Midden-Holland drie basismodellen voor zorgketens onderscheiden: het diensten-, het transfer- en het kluwenmodel.

### Orkest

Bij het dienstenmodel heeft de patiënt gelijktijdig met verscheidene zorgverleners contact. Eén daarvan is de hoofdbehandelaar of eind-

## Karakteristieken en ketenmodellen



### Dienstenmodel

Langdurende zorg bij chronische aandoeningen, met een min of meer voorspelbaar (te maken) zorgtraject, waarbij de zelfstandigheid van de patiënt ook een rol speelt bij de coördinatie binnen de zorgketen.



### Kluwenmodel

Kort- of langdurende zorg bij aandoeningen met een progressieve verslechtering van het functioneren van de patiënt, gericht op symptoombestrijding, zingeving en aanpassen aan het al dan niet geleidelijk en onvermijdelijk verliezen van de zelfstandigheid.



### Transfermodel

Tijdelijke herstellende zorg na acute aandoeningen, operaties of andere naar verwachting tijdelijke verstoringen van het functioneren van de patiënt, gericht op het optimaal herwinnen van de zelfstandigheid.

verantwoordelijke. Een voorbeeld hiervan is de diabetesketen. Het beloop van de aandoening is redelijk voorspelbaar en behandeling en begeleiding zijn goed te programmeren en te protocolleren. Door het aanleren van zelfmanagement kan de patiënt een zo normaal en stabiel mogelijk leven leiden.

Bij het dienstenmodel is de samenwerking gericht op de uitvoering van het zorgprogramma. Dat is vergelijkbaar met de wijze waarop een orkest als geheel gericht is op een goede uitvoering van een muziekstuk. De hoofdbehandelaar is, net als de dirigent, eindverantwoordelijk en bepaalt wanneer welke professional wordt ingeschakeld. Er is wederzijdse afhankelijkheid: geen van de samenwerkingspartners kan immers alleen het eindresultaat bereiken. Wel is de hoofdbehandelaar de baas.

Bij de diabetesketen treedt de huisarts doorgaans op als hoofdbehandelaar. Hij bepaalt welke ondersteunende dienstverleners worden ingeschakeld. Operationele afspraken tussen hoofdaannemer en onderaannemers en productieafspraken tussen hoofdaannemer en financier staan centraal. Prestaties worden gemeten op het niveau van de aandoening: optimale instelling of zo weinig mogelijk gevolgen voor de patiënt. Het dienstenmodel is toegankelijk voor prijsafspraken op ketenniveau. Dit model leent zich eveneens voor een COPD-keten.

### Estafette

Bij het tweede model, het transfermodel, staat het herstel van de patiënt centraal. Een voorbeeld is de CVA-keten. De patiënt wordt achtereenvolgens in steeds lichtere zorgvormen behandeld en wint daarmee aan zelfstandigheid. Iedere schakel draagt zelf verantwoordelijkheid (eigen hoofdbehandelaar). In de CVA-keten zijn dat achtereenvolgens de huisarts, de neuroloog, de revalidatiearts of verpleeghuisarts en ten slotte weer de huisarts.

Het beloop van het traject is redelijk voorspelbaar en kent vaste ijkmomenten, maar is van te voren minder goed in te vullen dan bij het dienstenmodel. Bij de transfers vindt overdracht van zorg én behandelverantwoordelijkheid plaats. De samenwerking in de CVA-keten is gericht op een goede patiëntendoorstroming met adequate overdrachten, vergelijkbaar met de samenwerking tussen estafettelopers. Er is sprake van wederzijdse afhankelijkheid bij het bereiken van het eindresultaat.

Centraal in het transfermodel staan logistieke afspraken tussen de schakels en productieafspraken tussen schakels en financier. In de CVA-keten moeten neurologen kunnen rekenen op tijdige overplaatsing van patiënten en op een goede vervolgbehandeling door de revalidatie-

## *In het kluwenmodel is de patiënt geleidelijk aan minder in staat regie en overzicht te houden*

arts. Prestatie-indicatoren zijn bijvoorbeeld ligduur en doorstroomtijden en in mindere mate functionele uitkomsten bij de patiënt.

Het transfermodel is toegankelijk voor prijsafspraken op ketenniveau in de vorm van gestapelde financiering - als de hoofdcontractant tenminste controle heeft over de doorstroom. Dit type ketens kan in de toekomst waarschijnlijk worden ondergebracht in aparte bedrijfsunits, in de regel bij een van de institutionele ketenpartners. Voorbeelden hiervan zijn herstelafdelingen in ziekenhuizen. De dynamiek van het transfermodel is ook te zien in de acute-zorgketen.

### **Stuurloos**

Bij het derde model, het kluwenmodel staat centraal dat de cliënt door een toenemend zelfzorgtekort steeds meer hulp nodig heeft van een toenemend aantal zorgverleners die elkaar inschakelen, maar ieder vanuit eigen verantwoordelijkheid opereren. Niemand is de hoofdbehandelaar. Voorbeelden zijn de dementieketen en de keten voor palliatieve zorg. De patiënt is geleidelijk aan minder in staat regie en overzicht te houden. De zorg wordt stuurloos als achter de schermen de samenwerking tussen de zorgverleners niet wordt gecoördineerd om zoveel mogelijk kennis en kunde samen te brengen. Het individuele patiëntentrajec is op voorhand onduidelijk. Alleen op populatieniveau is het beloop in grote lijnen voorspelbaar. De samenwerking tussen de zorgverleners is gericht op het

verkennen en oplossen van het probleem. Richtlijnen en standaarden kunnen daarbij helpen. Hierin staan afspraken over de beschikbaarheid en de inzet van deskundigheid centraal. Bij dit model horen consultatieteams en casemanagers. De casemanager is als een aanvoerder van een sportteam die handelt op basis van een steeds veranderende situatie en op zorgvuldige wijze verschillende professionals betreft bij de zorg. Vaak treedt de huisarts op als casemanager. Tijdens minder kritische episoden kan bijvoorbeeld ook een verpleegkundige deze rol invullen. Prestaties zijn eventueel te meten op het niveau van de patiënt en diens omgeving (waardering van ervaren coördinatie en steun). Het is de vraag of dit model toegankelijk is voor prijsafspraken op ketenniveau: vooralsnog zijn er aparte subsidies voor consultatie en coördinatie.

### **Innovatie**

Voor de ontwikkeling en evaluatie van zorgketens is het belangrijk dat tussen ketenpartners niet alleen uitvoeringsafspraken bestaan, maar ook afspraken over innovatie. In Midden-Holland kent elke keten een regiegroep met vertegenwoordigers van de ketenpartners en de zorgvragers, zonodig aangevuld met kennispartners. Deze regiegroep ontwikkelt ketenprocedures, transmurale afspraken, scholing, consultatiemogelijkheden, gezamenlijke voorlichtingsmaterialen, een integrale registratiewijze, ketenindicatoren en evalueert de keten. Het transmurale netwerk heeft hierbij een ondersteunende rol. De regiegroep is te beschouwen als een lerend netwerk. De basismodellen zijn gebaseerd op karakteristieken van de inhoud van de zorgvraag en de organisatie van het zorgaanbod. Zorg kan evenwel zo complex zijn, bijvoorbeeld bij multipathologie en comorbiditeit, dat deze moeilijk of niet in één model past. Daarnaast is de vraag welk model het meeste innovatiepotentieel en de beste kwaliteitsgaranties biedt wel belangrijk, maar op dit moment nog niet te beantwoorden. 



Een eerder MC-artikel van deze auteur over ketenzorg vindt u onder de digitale versie van dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl)

### **SAMENVATTING**

- In de Goudse regio begeleidt Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland het proces van ketenontwikkeling. Hierbij worden drie ketenmodellen onderscheiden: het diensten-, transfer- en kluwenmodel.
- Het dienstenmodel bestaat uit een vast behandelprogramma gericht op zelfmanagement en uitgevoerd door meerdere zorgverleners, waarbij er één hoofdbehandelaar is. Voorbeeld is de diabetesketen. Focus: zorguitvoering.
- Bij het transfermodel dragen zorgverleners opeenvolgend bij aan de op herstel gerichte behandeling. De behandelverantwoordelijkheid wordt telkens overgedragen. Voorbeeld is de CVA-keten. Focus: doorstroom.
- Het kluwenmodel is gericht op cliënten met toenemende zelfzorgtekorten waarbij meerdere zorgverleners zijn betrokken. De behandelverantwoordelijkheid wordt gedeeld. Voorbeeld is de dementieketen. Focus: probleemplossing.
- De beschrijving van deze ketenmodellen draagt bij aan betere begripsvorming en versnelt mogelijk de zorgketenvorming.