

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID
INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG



**Werkverslag naar aanleiding van de Invitational Conference ketenzorg
en toezicht op 5 juni 2007**

Werkverslag Ketenzorg en toezicht in de praktijk

Opzet werkverslag

Dit document heeft tot doel om op hoofdlijnen informatie te geven over de bijeenkomst “Ketenzorg en toezicht” die de Inspectie voor de Gezondheidszorg op 5 juni 2007 heeft georganiseerd én om handvatten te bieden voor de verdere ontwikkeling van indicatoren voor goede zorgketens. Vandaar dat we het een *werkverslag* noemen. Achtereenvolgens treft u de samenvatting, de aanleiding, enige achtergrond informatie en het verslag van de middag.

1. Samenvatting werkconferentie “Ketenzorg en toezicht” 5 juni 2006

Waarderingsaspecten; van abstractie naar praktijk

Het thema ‘Ketenzorg en toezicht’ stond centraal op de bijeenkomst georganiseerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg op 5 juni 2007. Doel van deze bijeenkomst was om met relevante partijen (patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheid, inspecties, kennisinstellingen) een gemeenschappelijk beeld te krijgen van mogelijke indicatoren voor goede ketenzorg en op basis hiervan handvatten voor toezicht op ketenzorg. De vijf aspecten die voor het toezicht van belang zijn (ketenregie en bereik van de keten; verantwoordelijkheidsverdeling en continuïteit van de zorg; informatie-uitwisseling/ dossierbeheer; klacht over de ketenzorg; resultaatmeting en kwaliteitsverbetering/ borging) staan eigenlijk niet meer ter discussie. Sterker, er was grote consensus dat deze aspecten de zwakke plekken in de ketenzorg zijn.

De vertaalslag naar de concrete invulling in de praktijk leverde boeiende discussies op: in de workshops zijn verwoede pogingen gedaan om aan de vijf aspecten invulling te geven, met de focus op ketenzorg bij depressie en op ketenzorg bij artrose.

De weerbarstigheid van de praktijk kwam volop op tafel. Er is hard gewerkt, maar ook na deze middag is het laatste woord over invulling van goede zorgketens nog niet gezegd.

Vervolgacties zijn aangekondigd!

2. Aanleiding en doel

In 2006 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg een ‘Staat van de Gezondheidszorg’ uit, gericht op het thema: Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd?

Uit de conclusies SGZ 2006:

Ketenzorg verloopt voor patiënt verre van vlekkeloos:

- Afstemmingsproblemen houden aan; de organisatie van de zorg is niet toegesneden op ketenzorg.
- Het ontbreken van goede instructies voor zorg thuis vormen nieuwe risico’s voor de patiënt.
- Recht halen bij ketenzorg is lastig; wie is aanspreekbaar bij onverantwoorde ketenzorg en klachten over de keten?

Opvallend was de kritiek op ketenzorg die alom werd gehoord.

De problemen rond verantwoordelijkheidstoedeling en klachten bij ketenzorg vragen om een geïntegreerde aanpak. Daarom belegt de inspectie begin 2007 een werkconferentie waarin met het ministerie van VWS, patiëntenorganisaties, wetenschappers en veldpartijen onderzocht wordt welke mogelijkheden er zijn om de geconstateerde knelpunten op korte termijn op te kunnen lossen.

Deze conclusies vormen de aanleiding om tijdens deze werkconferentie het thema ketenzorg centraal te stellen. Het doel is te komen tot indicatoren voor goede zorgketens.

3. Achtergrondinformatie

Patiënt centraal in het zorgproces

In 2003 onderzocht de inspectie voor de gezondheidszorg ketenzorg bij chronisch zieken. Mede naar aanleiding hiervan is de Stichting HKZ gekomen tot een 'Voorlopig Raamwerk voor Toetsing van Ketenkwaliteit in zorg en Welzijn' en een certificatie schema diabetes. TNO ontwikkelde een Kwaliteitskader ketenzorg; het INK model geschikt gemaakt voor ketens. Het IGZ instrument dat voor de SGZ 2003 was ontworpen was de basis voor het onderzoek van vier inspecties naar de kwaliteit van de keten van voorzieningen voor probleemgezinnen (Roermond, 2003). En dat leidde weer tot een samenwerkingsproject (2004/2005) tussen vijf inspecties (Integraal Toezicht Jeugdzaken) dat een Toezichtkader Jeugdzaken 0-23 jaar heeft opgeleverd "Ketens laten werken".

Op verschillende terreinen zijn in het veld zorgketens tot stand gekomen zoals bij o.a. CVA, diabetes en COPD. Verzekeraars zijn gestart met het inkopen van zorgketens en bij politiek en beleid is de aandacht voor ketenzorg toegenomen. Kortom: op vele fronten is en wordt nagedacht over (het verbeteren van) de kwaliteit van ketenzorg.

Dit heeft er echter nog niet toe geleid dat in de praktijk de patiënt ook werkelijk centraal staat in de keten, zoals wel blijkt uit de SGZ 2006. De essentie van ketenzorg is dat de patiënt centraal wordt gesteld in het zorgproces en dat blijkt nog een heel lastige opgave.

Keuze voor twee zorgketens

Het RIVM heeft in 2006 de vierde Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uitgebracht met als titel "Zorg voor gezondheid". Daarin is opgenomen de top tien van de ziekten met de grootste ziektelasten in Daly's in Nederland. De volgende ziekten zijn hierin opgenomen: coronaire hartziekten, angststoornissen, beroerte, *depressie* en dysthymie, COPD, diabetes mellitus, longkanker, alcoholafhankelijkheid, *artrose* en dementie.

Hieruit zijn voor deze gelegenheid twee zorgketens gelicht die vanuit toezicht tot nu toe in vergelijking minder aandacht hebben gekregen.

I Zorgketen depressie

Actoren in de keten: huisarts, psycholoog, psychotherapeut, psychiater, sociaal-psychiatisch verpleegkundige, vaktherapeuten -psychomotorisch/ en creatief therapeut-, maatschappelijk werker, casemanager, apotheek, RIAGG, APZ, welzijnsorganisaties, gemeente, maatschappelijke opvang, GGD, en sociaal netwerk (familie, vrienden, burens, pastor, enz.), enz.

II Zorgketen artrose/chronische gewrichtsklachten

Actoren in de keten: huisarts, fysiotherapeut, thuiszorg (hulpmiddelen/ verpleging/ maaltijden/ huishoudelijke hulp), mantelzorg, orthofoon/reumatoloog, revalidatiecentrum, verpleeghuis, bedrijfsarts, verzekeringsgeneeskundige, apotheek, bedrijven van medische, orthopedische hulpmiddelen, gemeente (woningaanpassing), enz.

Aandachtspunten bij zorgketen: de zwakke schakels

Uit de (toezichts)onderzoeken naar het functioneren van ketens blijkt dat steeds weer een aantal zwakke schakels boven komen, die onder de onderstaande aandachtspunten worden weergegeven. Deze aandachtspunten staan niet meer ter discussie, de concrete invulling daarvan wel.

1. *ketenregie en bereik van de keten*

Hierbij valt te denken aan het aanwijzen van een ketenregisseur, de erkenning van de ketenregisseur door de ketenpartners, het maken van afspraken en die ook nakomen, doorzettingsmacht van de regisseur, bewaking van afstemming en samenwerking en het bereik van de doelgroep.

2. *verantwoordelijkheidsverdeling en continuïteit van de zorg*

Hierbij valt te denken aan prestatieafspraken tussen ketenpartners, heldere verantwoordelijkheidstoedeling, verantwoording afleggen en elkaar aanspreken op deelresultaten.

3. *informatie-uitwisseling/ dossierbeheer*

Hierbij valt te denken aan het delen van informatie, afspraken over dossiervorming, registratiesystemen en ICT toepassing.

4. *klacht over de ketenzorg*

Hierbij valt te denken aan afspraken over klachtbehandeling, vertegenwoordiging bij klachten en ondersteuning bij klachtprocedures.

5. *resultaatmeting en kwaliteitsverbetering/ borging.*

Hierbij valt te denken aan het zichtbaar maken van resultaat- en prestatieafspraken, effectiviteitsmeting, tevredenheidsmeting cliënt, systematische procesevaluatie en cyclische kwaliteitsverbetering.

4. Verslag van de middag

4.1 Plenaire deel

Onder dagvoorzitterschap van Guus Schrijvers, hoogleraar Algemene Gezondheidszorg aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht, worden een aantal korte inleidingen gehouden.

Jenneke van Veen, Hoofdinspecteur Verpleging en Chronische Zorg, geeft de ambitie van de IGZ weer. Cliënten in de zorg moeten erop kunnen vertrouwen dat de zorg die zij krijgen naadloos aansluit. Alle partijen moeten hierin hun steentje bijdragen en hebben elkaar hierbij ook nodig. Om als inspectie de rol hierin goed te kunnen vervullen zijn indicatoren voor goede ketenzorg nodig. Alle aanwezigen worden opgeroepen om hierover mee te denken.

Het cliëntperspectief wordt door Gerdien Franx, senior wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut, belicht vanuit de ervaringen uit de doorbraakprojecten. Voor mensen met een depressie heeft de depressiezorg veelal kenmerken van een labyrint met knelpunten rond de bereikbaarheid en wachttijden, onduidelijkheid over bij wie je je waarvoor kan melden en afhankelijkheid van de visie van behandelaren. Onderzoekers is o.a. gebleken dat preventie en behandeling niet goed aansluiten, er te weinig aandacht is voor vroegsignalering, er onvoldoende focus is op de uitkomsten en de regie ontbreekt.

Lya den Ouden, inspecteur en hoofd analyse-unit GGT bij de inspectie, schets vanuit haar vroegere functie als kinderarts de ketenproblemen waar zowel de ouders als de arts mee geconfronteerd worden bij kinderen die (veel) te vroeg geboren zijn. Problemen duren vaak veel

langer dan het eerste jaar na de geboorte en strekken zich verder uit dan alleen de gezondheidszorg. Wat medisch gezien mogelijk de beste oplossing is hoeft dat niet altijd te zijn voor het kind en het gezin waarvan het deel uitmaakt. Daar moet je als arts wel oog voor hebben.

Paul van Dijk van Agis Zorgverzekeraar, vertelt hoe Agis voor 700 cliënten met diabetes de ketenzorg inkoop en de knelpunten die daarbij naar boven komen. Zoals het moeizame aanleveren van gegevens (door de zorgaanbieders). Bij het bevragen van de cliënten (CQ-index) blijkt de afstemming matig te scoren en de financiering ontmoedigt het aangaan van integrale contracten. Agis gaat, ter bevordering van de kwaliteit van ketenzorg voor mensen met diabetes, voorwaarden stellen aan de ICT, de huidige bonussystematiek herzien, de financiering opschonen, de CQ-index terugkoppelen naar de zorgaanbieders en indringender materiële controles uitvoeren.

Ten slotte geeft Wilma Geerdink, coördinerend inspecteur ketenzorg, een toelichting op de historie, aanleiding en doel van deze conferentie, zoals onder 2 en 3 is weergegeven.

4.2 De resultaten van de workshops

Na de inleidingen is in vier workshops getracht invulling te geven aan (toezicht op) ketenzorg bij depressie en artrose. De 5 aspecten van ketenzorg waren hierbij het uitgangspunt. Hieronder treft u een weergave op hoofdlijnen van de rapportages van de werkgroepen.

1. Ketenregie en bereik van de keten

Zorgketens omvatten in principe het hele proces, van preventie en vroegsignalering tot en met behandeling en nazorg. De keten moet wel overzichtelijk blijven (menselijke maat) en gericht zijn op het primaire proces. Omvang en onderwerpen van de keten moeten helder afgebakend worden.

De regie bij ketenzorg vindt plaats op twee niveaus, op cliëntniveau en op organisatieniveau. Deze niveaus moeten goed worden onderscheiden om spraakverwarring te voorkomen.

Op cliëntniveau is het o.a. afhankelijk van de complexiteit en de mogelijkheden van de cliënt of deze zelf de regie in handen heeft of dat deze rol toch (meer) ligt bij de huisarts, de naasten, een casemanager, een transferverpleegkundige, enz. Uitgangspunt is: de cliënt staat centraal, en als deze de regie niet zelf kan voeren is ondersteuning noodzakelijk. Duidelijk moet zijn wie daarvoor verantwoordelijk is.

Op organisatieniveau moeten de verschillende ketenpartners bij elkaar gebracht worden door een ketenregisseur. Wie de ketenregisseur is bepalen de ketenpartners, ook hier moet weer duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor de ketenregie. Het commitment van de ketenpartners met de ketenorganisatie (dus inclusief de afspraken over de regie op organisatieniveau, het gaat om de paraplu) moet schriftelijk worden vastgelegd.

De ketenregisseur moet een deskundige zijn met een onafhankelijke positie ten opzichte van de deelnemende organisaties. Deze heeft de bevoegdheid om afspraken te maken binnen de keten en om ketenpartners aan te spreken op hun verantwoordelijkheid. De financiering van de regisseur dient niet ter discussie te staan.

Het toezicht moet zich niet richten op de vraag hoe de regie binnen de keten vorm moet krijgen maar vooral op de vraag: is er binnen de keten helderheid over de vraag bij wie de regie berust (op zowel cliënt als organisatieniveau)?

Mogelijke indicatoren:

- Het cliëntenoordeel over de regie in de zorg rond de cliënt.
- (Afspraken over) de adressering en invulling van de regie op de keten.
- (Afspraken over) de regie in de zorg rond de cliënt.

2. *Verantwoordelijkheidsverdeling en continuïteit van zorg*

Rond de verantwoordelijkheidsverdeling en continuïteit moeten afspraken worden gemaakt voor de korte termijn en de lange termijn. De ketenpartners zijn niet alleen verantwoordelijk voor hun eigen aandeel in de keten maar zijn ook verantwoordelijk voor de afstemming in de keten, zij moeten waar nodig in overleg treden met elkaar. Gesproken is over zowel een hoofdaannemer als een ketenregisseur. De hoofdaannemer zou namens alle ketenpartners aanspreekbaar moeten zijn op het resultaat van de keten. De ketenregisseur is verantwoordelijk voor de ketenregie op organisatieniveau en moet daarbij de verantwoordelijkheden (en bevoegdheden) krijgen die nodig zijn om dit te realiseren.

Bij de verdeling van verantwoordelijkheden tussen professionals zijn de professionele standaarden de rode draad.

Rond de continuïteit van zorg is opgemerkt dat de overgangen goed geregeld moeten zijn, en ook de terugkoppeling. De toegankelijkheid van de zorg en de wachttijden bij doorverwijzen zouden hierbij indicatoren kunnen zijn. Belangrijk is het om het effect te meten, met name het meten van cliëntenoordelen.

Waar er geen ketenzorg geregeld is op een terrein waar dat wel nodig is heeft de inspectie een signalerende en aanjagende taak. De zorgverzekeraars hebben een stimulerende taak, zij kunnen ketenzorg via contracten stimuleren.

Door veld en inspectie zou omschreven moeten worden wanneer ketenzorg aangewezen is. De overheid zou dit moeten stimuleren door middel van financiering van programma's.

Mogelijke indicatoren:

- Het cliëntenoordeel over de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg.
- (Afspraken over) rollen en verantwoordelijkheden in de keten.
- (Afspraken over) handhaving van gemaakte afspraken.

3. *Informatie-uitwisseling/ dossier beheer*

Het elektronisch patiëntendossier moet er toch echt snel komen. Zolang dat er niet is houden alle ketenpartners hun eigen dossier aan en kan er van informatie – coördinatie geen sprake zijn. Voorgesteld wordt daarom om het EPD verplicht te stellen, met toegang voor betrokkenen en dus zeker ook de cliënt. Zolang er geen EPD is moet afgesproken worden welke informatie voor wie wanneer beschikbaar moet zijn. Daarbij is aandacht nodig voor tijdigheid en volledigheid van de informatie en terugkoppeling. De informatie moet niet alleen over de cliënt maar ook door de cliënt goed te beheren zijn.

Alle schakels in de keten leveren relevante gegevens aan en er moet één persoon worden aangewezen die e.e.a. bewaakt.

Mogelijke indicatoren:

- Mate van inbreng van en interactie met de cliënt in het dossier.
- Het cliëntenoordeel over de toegankelijkheid tot en mogelijkheid tot inbreng in het dossier.
- Het gebruik van één cliëntdossier dat voldoet aan de norm medicatieoverdracht.

4. Klacht over de ketenzorg

De wetgeving is niet gericht op ketens, dit wordt ervaren als een manco in de wetgeving. In de workshops onderkennen de deelnemers dat klachtbehandeling een belangrijk aspect van ketenzorg is. Ketenpartners moeten daarom afspreken hoe er met klachten over de keten omgegaan moet worden. Aan de cliënten moet duidelijk gemaakt worden waar men klachten kan melden en de procedure moet laagdrempelig zijn (b.v. via een brievenbus). Dit vraagt wel om loyaliteit binnen de keten en 'dekking' door het management van de ketenpartners. Op organisatorisch niveau zou de ketenregisseur klachten kunnen managen, ter begeleiding van een cliënt kan een casemanager een rol spelen.

Voor de RPCP's zou een rol weggelegd kunnen zijn in de voorlichting.

De inspectie kan vragen of en op welke wijze de behandeling van klachten over de ketenzorg is geregeld.

Mogelijke indicatoren:

- Het cliëntenoordeel over de klachtbehandeling.
- De aanwezigheid van één klachtenmeldpunt voor de ketenzorg.

5. Resultaatmeting en kwaliteitsverbetering/ borging

Gemeten zou moeten worden op o.a. de resultaten van de overgangen, bijvoorbeeld de wachttijden. De ketenregisseur moet ook de bevoegdheid hebben om gegevens bij de ketenpartners op te vragen. Het resultaat zit niet alleen in de (ervaren) gezondheid, ook moet gekeken worden naar (verbeteringen in) de kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie. Het levenslooperspectief moet hierin worden meegenomen.

Om te kunnen meten moeten er wel (uitkomst-)criteria benoemd zijn. Dankzij het meten daarop kan feedback geleverd worden aan de betrokken ketenpartners (kwaliteitsmonitor). Dat kan zeer stimulerend werken.

De resultaten zouden op landelijk niveau vergeleken moeten worden op basis van landelijk vastgestelde indicatoren.

Irritaties worden gewekt wanneer de inspectie dezelfde indicatoren gaat bevragen als andere externen, zoals de zorgverzekeraars. Het toezicht van de IGZ zou niet gericht moeten zijn op de structuur en het proces maar op de resultaten van ketenzorg.

Mogelijke indicatoren:

- Het cliëntenoordeel over het resultaat van de ketenzorg.
- De mate waarin in de keten het resultaat is gedefinieerd, daarop wordt gemeten en teruggekoppeld naar de ketenpartners.

Afronding van de middag en vervolg

In de plenaire sessie werden enkele resultaten van de workshops gepresenteerd en bediscussieerd. De vijf aspecten van ketenzorg werden niet ter discussie gesteld, over de invulling moet uiteraard wel worden doorgesproken. Bovenstaande is daarom ook geen standpunt van de aanwezige partijen, wel geeft het een denkrichting weer.

Jenneke van Veen sluit af met een dankwoord aan de aanwezigen en een oproep aan alle partijen om van ketenzorg 'werk te maken'. Geen zichzelf respecterende professional kan zich meer permitteren om op een eilandje te werken. Velen zijn hiervan al doordrongen maar we zien nog te weinig concrete resultaten. Voor IGZ blijft ketenzorg een speerpunt in haar activiteiten zij zal hieraan bijdragen middels het samen met veldpartijen verder ontwikkelen van ketenindicatoren en het houden van toezicht daarop.

Informatie

Wilt u meer informatie, neem dan s.v.p. contact op met

Wilma Geerdink, 070-3723148 of 06-15035533, aw.geerdink@igz.nl