

# HET ZORGPAD MODEL



N.C.M.L. van Loy & J.G.B. de Groot

1e druk, 2012

© 2012 N.C.M.L. van Loy en J.G.B. de Groot

ISBN NUMMER 978-94-90052-00-3

Omslagontwerp: StuArt

Druk:

Behoudens uitzondering door de wet gesteld mag zonder schriftelijke toestemming van de rechthebbende op het auteursrecht, niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the written permission of the author.

# Het ZorgPad Model

Een pragmatisch model voor de ontwikkeling  
en implementatie van zorgpaden

N.C.M.L. van Loy  
J.G.B. de Groot

# Inhoudsopgave

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 Inleiding</b>   | <b>6</b>  |
| 1.1 Zorgprocessen als black box  | 6         |
| 1.2 Toenemende aandacht voor het optimaliseren van zorgprocessen                 | 8         |
| 1.3 Procesmanagement en bruikbare theorieën uit het bedrijfsleven                | 9         |
| 1.4 Procesmanagement in de zorg: het ontstaan van zorgpaden                      | 14        |
| <b>2 Het ZorgPad Model</b>   | <b>17</b> |
| 2.1 Overzicht van het ZorgPad Model  | 17        |
| 2.2 Algemene fasering bij het implementeren van zorgpaden                        | 22        |
| <b>3 Scope en analyse</b>  | <b>25</b> |
| 3.1 Bepaal de scope en de doelen van het zorgpad                                 | 25        |
| 3.2 Analyse: in kaart brengen van het huidige proces                             | 27        |
| 3.3 Maak onderscheid in categorieën  | 30        |
| <b>4 Uitwerking van gestroomlijnd proces</b>                                     | <b>37</b> |
| 4.1 Bepaal de procesdoelen   | 37        |
| 4.2 Bepaal de stappen in het proces en werk ze uit                               | 40        |
| 4.3 Ontwerp de juiste "triage"functie  | 46        |
| 4.4 Een passende planning per proces   | 47        |
| <b>5 Opgeleide en verantwoordelijke professionals</b>                            | <b>51</b> |
| 5.1 Professionals in de zorg zijn vaak sterk gericht op eigen taak i.p.v. proces | 51        |
| 5.2 Leid professionals op die verantwoordelijk zijn voor het procesresultaat     | 52        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>6 Passende middelen en IT voor informatieoverdracht en monitoring</b>       | <b>56</b> |
| 6.1 Het belang van IT  | 57        |
| 6.2 Hoe komt een organisatie tot passende IT?                                  | 59        |
| 6.3 Gebruik principes van straight-through-processing en customer self service | 60        |
| 6.4 E-health en lichtere processen   | 61        |
| <b>7 Implementatie en principes van change management</b>                      | <b>63</b> |
| <b>8 Ontwerp van benchmarking en feedback</b>                                  | <b>69</b> |
| <b>9 Ketenprocessen, samenwerking en juridische borging</b>                    | <b>75</b> |
| 9.1 Optimalisatie van zorgprocessen over organisaties heen                     | 75        |
| 9.2 Juridische borging   | 77        |
| 9.3 Juridische basisprincipes  | 78        |
| 9.4 Aandachtspunten bij het opstellen van het contract                         | 82        |
| <b>10 Over de auteurs</b>  | <b>84</b> |
| <b>11 Literatuurverwijzingen</b>   | <b>86</b> |

# 1 Inleiding

## 1.1 Zorgprocessen als black box

Er wordt veel gesproken over kwaliteit in de zorg. Dat is niet zo vreemd. Niet alleen vinden Nederlanders hun gezondheid zeer belangrijk, men stelt ook steeds hogere eisen. Wij leven in een samenleving waarin, door technologie en wetenschap, steeds meer kan. Auto's kunnen meer, telefoons kunnen meer dan ooit, er is ontwikkeling in kwaliteit van huizenbouw. In alle branches zien we doorontwikkeling van de kwaliteit.

In de zorg hebben we ook grote vooruitgang gezien. Met name door de ontwikkeling van nieuwe diagnostische methoden en behandeltechnieken zijn er nieuwe mogelijkheden ontstaan. Zo zijn de prognoses voor HIV, verschillende vormen van kanker en hart- en vaatziekten sterk verbeterd.

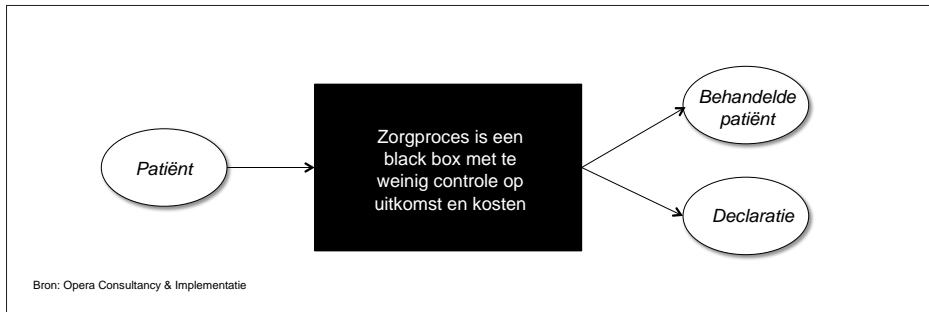
Toch knaagt er iets in de zorg. Als je praat met "ervaren" patiënten dan hoor je verhalen over behandelingen die niet op elkaar zijn afgestemd, onderzoeken die worden overgedaan, informatie die niet wordt gedeeld, wachttijden en dat iedereen op dezelfde manier behandeld wordt. Een voorbeeld om het te verduidelijken: als een vrouw een knobbeltje in de borst heeft, gaat ze voor onderzoek naar het ziekenhuis. De tijd tot het stellen van een diagnose blijkt bij een groot aantal ziekenhuizen niet binnen de richtlijn van maximaal 10 dagen te vallen. Uit onderzoek bleek dat slechts 14% van de ziekenhuizen in staat was voor 80% van de patiënten de diagnose binnen de NABON richtlijn van maximaal 10 dagen uit te voeren<sup>1</sup>. Nu stellen sommige artsen dat dit geen effect heeft voor de klinische outcome, maar vanuit de patiënt gezien is het afschuwelijk. Wat het nog erger maakt, er is geen medische reden voor deze wachttijd, maar puur een logistieke.

De hele keten van activiteiten om te komen tot een bepaalde uitkomst, noemen we een proces. Juist op het gebied van processen knaagt het in de zorg. Te vaak zijn de processen in de zorg nog een "black box". We weten van te voren niet precies wat er gebeurt. De vervolgacties zijn van te voren vaak niet duidelijk

---

1 / Rapport Doorlooptijden Borstkankerzorg, BorstkankerVereniging Nederland September 2005

en worden ook niet altijd van te voren gepland. Nu is dat logisch voor hoog complexe behandeling, maar het grootste deel van de zorg is goed voorspelbaar (en planbaar!).



Een mooi voorbeeld is diabeteszorg bij zorggroepen. Voor de grootste groep van de patiënten is de zorg uitermate planbaar. Een patiënt gaat jaarlijks naar het lab voor bloedafname en heeft vervolgens een jaarcontrole-gesprek met de huisarts. Bij een zorggroep kwam het regelmatig voor dat de lab waarden niet beschikbaar waren tijdens het jaarcontrole-gesprek. Dat betekent zowel voor de patiënt als voor de huisarts tweemaal zoveel tijd. Naast problemen van logistieke aard (wachttijden, overbodige gesprekken) zijn er ook aandachtspunten op uitkomsten. Voor een deel van de behandelingen geldt dat we de kwaliteit van het zorgproces (zowel wat betreft proces als uitkomst) domweg niet kennen! Hoe kunnen we dan stellen dat we goede kwaliteit leveren?

Als je dit vertelt, is vaak de eerste reactie van zorgprofessionals om uit te leggen waarom de uitkomst niet te meten is of de cijfers nooit te interpreteren zullen zijn. Inderdaad is 'kwaliteit' en 'effect' soms lastig te definiëren en zonder case-mix correctie kunnen cijfers vertroebeld zijn. Maar dat het lastig is, mag toch geen excuus zijn om het niet te ontwikkelen?

Bij behandelingen waar we de effecten wel van kennen zien we vaak grote verschillen. Zo zien we rondom depressiebehandeling bij verschillende professionals soms wel een factor 5 verschil in succes-score. Amerikaans onderzoek van McGlynn<sup>2</sup> laat zien dat slechts 54,9% van de 30 geselecteerde

2 / McGlynn The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. Elizabeth A. McGlynn, Ph.D., Steven M. Asch, M.D., M.P.H., John Adams, Ph.D., Joan Keeseey, B.A., Jennifer Hicks, M.P.H., Ph.D., Alison DeCristofaro, M.P.H., and Eve A. Kerr, M.D., M.P.H. N Engl J Med 2003; 348:2635-2645 June 26, 2003. Presentatie McGlynn 2006, How good is the quality of care in the United States?

acute en chronische aandoeningen die in richtlijnen aanbevolen zorg ontvangt. In het rapport van Plexus (2009)<sup>3</sup> is onderzoek verricht naar het bestaan van praktijkvariatie in de Nederlandse ziekenhuis sector. Bij "praktijkvariatie" gaat het om de vraag of er verschillen in behandeling bestaan die niet te verklaren zijn op basis van verschillen in leeftijd of sociaal economische status van patiënten. Dit kan echt hele vreemde vormen aannemen: zo is bijvoorbeeld de kans op een operatieve ingreep bij spataderen in de kop van Noord-Holland bijna drie keer groter dan in de Achterhoek. Bij rughernia opereren sommige ziekenhuizen 5,5 keer vaker dan elders. Op basis van dit onderzoek concludeert men dat de het terugdringen van de praktijkvariatie in het gemiddelde scenario een besparing tussen de 7% en 32% oplevert!

Laten we eens met deze bril kijken naar een andere industrie: vliegtuigbouw. Ook een industrie die zeer complex is: een vliegtuig bevat duizenden onderdelen en wordt door honderden mensen in elkaar gezet. Moet u zich eens voorstellen dat de vliegtuigbouwers zouden zeggen: we weten niet zeker wat er uitkomt. Of dat men bij de bouw stelt: we zetten de romp neer, dan de motor en dan kijken we even verder. Het ontwikkelen en bouwen van een vliegtuig is een zeer ver doorontwikkeld proces. Iedere stap is op elkaar afgestemd en wordt nauwkeurig gepland en getest. Natuurlijk gaat er ook bij vliegtuigen wat mis. Het sterke van deze industrie is echter dat zij dat meteen onderzoeken en wereldwijd wijzigingen in hun proces doorvoeren om te zorgen dat het niet meer voorkomt en de afnemers (luchtvaartmaatschappijen) op de hoogte stellen.

### 1.2 Toenemende aandacht voor het optimaliseren van zorgprocessen

De gezondheidszorg is georganiseerd in functies: huisarts, fysiotherapeut, diëtist, het ziekenhuis en de thuiszorg. Ook binnen een ziekenhuis is dit heel duidelijk te zien. De internist, cardioloog, neuroloog en chirurg hebben allen hun eigen expertisegebied, maar kijken beperkt integraal. Daarnaast hebben we nog de diagnostiek, verpleging en hotelfunctie. Dit functiegericht denken is voor een deel nodig omdat ieder vakgebied steeds meer kennis vereist.

---

3 / Plexus. Praktijkvariatie in de Nederlandse ziekenhuissector 2009



Maar een patient krijgt zelden te maken met één functie. Zijn behandeling is meestal een keten van 'functies'. Idealiter is die keten van functies op elkaar afgestemd en werken die functies samen om tot een resultaat te komen (een proces). Als dat niet zo is, ontstaan er logistieke en soms ook medische knelpunten. Bij de zorg rond patiënten met chronische aandoeningen of de kwetsbare ouderen (frailty groep) wordt zeer duidelijk dat de 'optelsom' van functies niet automatisch leidt tot een vlot proces met de best mogelijke uitkomst.

Dit besef dringt steeds meer door in de zorg. Daarom zijn er nu steeds meer initiatieven om de 'functies' op elkaar af te stemmen en processen goed in te richten. Kreten die je hierbij tegenkomt zijn: de patient centraal, ketenzorg, diseasemanagement, klinische paden en zorgpaden. Deze benaderingen hebben allemaal verschillende accenten, maar tevens één gemeenschappelijk uitgangspunt: ze proberen het totale proces zowel van een medisch als logistiek standpunt te optimaliseren.

De toegenomen belangstelling voor het verbeteren van zorgprocessen valt alleen maar toe te juichen. Vanuit de casuïstiek uit allerlei industrieën weten we dat het optimaliseren van processen leidt tot hogere kwaliteit en lagere kosten.

### 1.3 Procesmanagement en bruikbare theorieën uit het bedrijfsleven

In het bedrijfsleven is veel ervaring opgedaan met het "proces denken" en het daarmee verbeteren van de kwaliteit. Focuste men eerst vooral op productkwaliteit, in de jaren tachtig ontstond het inzicht dat de waarde voor de klant door de processen wordt bepaald. Tot die tijd waren organisaties veelal functioneel ingericht. Een typische organisatie had afdelingen als sales & marketing, inkoop, productie, financiën etc. Daarbij ontstonden afstemmingsproblemen zoals niet op elkaar aansluitende planningen, informatiestromen die niet liepen en wachttijden voor de klant. Hoewel er veel initiatieven waren om de kwaliteit van de individuele functie te optimaliseren, was het totaal nog steeds verre van optimaal. Er ontstond het inzicht dat

het niet gaat om de optimalisatie van de individuele functies, maar om de optimalisatie van de 'keten van de functies', oftewel het proces. Het gaat om het inrichten van een op elkaar afgestemde set van activiteiten zodat het doel voor de klant wordt bereikt. Op basis van dit inzicht werd er meer nadruk gelegd op het beleggen van de verantwoordelijkheid voor het proces en het ontwerp van processen. Er ontstonden nieuwe theorieën om de processen te verbeteren. Bekende voorbeelden hiervan zijn Business Process Redesign (BPR), Six Sigma en Lean of combinaties hiervan.

### *Business Process Redesign*

Bij BPR ging het erom een grote sprong voorwaarts te bereiken door het proces compleet opnieuw te ontwerpen. Men wilde bijvoorbeeld 50% minder doorlooptijd of 50% minder kosten. Het procesontwerp was gebaseerd op een aantal, nog steeds nuttige, ontwerpregels. De herontwerpen waren vaak prachtige, elegante processen waarmee veel verbetering kon worden bereikt. In de praktijk bleek echter het merendeel (ca. 70%) van de BPR projecten stuk te lopen. De voornaamste reden was dat de gewenste situatie zo ver afstond van de huidige situatie dat het invoeren onmogelijk was of leek. Verschillende bedrijven gingen ertoe over om de BPR theorie wel te gebruiken, maar een nieuwe organisatie op te starten die gebaseerd was op de slanke processen zonder last te hebben van het verleden.

Hoewel BPR lang niet altijd het gewenste effect heeft gehad, zijn de onderliggende ontwerpregels zo krachtig en bruikbaar bij het ontwerpen van processen dat we ze hier bespreken:

#### *1. Ontwerp processen om een bepaald doel te bereiken*

BPR start met het bepalen van het doel. Welke waarde willen we leveren? Wat moeten we bereiken voor de klant? Wat mag het kosten? Hoe lang mag het duren? Het idee erachter is dat het doel bepaalt hoe een proces moet worden ingericht. Als het doel wordt veranderd, moeten de processen mee veranderen. Een fraai voorbeeld uit de luchtvaart. Voor een positionering als prijsvechter moest Easyjet alle standaard processen binnen de sector herontwerpen. Zo werd bijvoorbeeld bekeken hoe het proces van ticketuitgifte veel goedkoper kon. Het antwoord daarop was: door ze niet meer uit te geven. Klanten boeken online en printen zelf hun ticket uit.

2. *Verschillende groepen, verschillende processen*

Toen BPR in opkomst kwam, hadden de meeste organisaties één proces voor een bepaald doel. Neem als voorbeeld het aanvragen van een credit card. Iedere bank had hiervoor één proces en daar gingen alle aanvragen van alle klanten doorheen. Doordat dit in één proces werd verwerkt, werden alle aanvragen verwerkt volgens de "complexe route". Eén van de principes die een doorbraak veroorzaakte was: verschillende groepen, verschillende processen. Bij het creditcard voorbeeld bleek dat ca. 80% van de aanvragen erg eenvoudig was en 20% complex. Het BPR principe "verschillende groepen, verschillende processen" leidde ertoe dat er twee processen werden ingericht. Eén voor eenvoudige aanvragen met een doorlooptijd van 1 dag en circa 1 uur werk en een proces voor complexe aanvragen met een doorlooptijd van 2 weken en circa 3 dagen werk.

3. *Laat degene die belang hebben bij de uitkomst het proces uitvoeren*

Het idee achter dit principe is dat als je belang hebt bij de uitkomst je ook ervoor zorgt dat het proces goed wordt uitgevoerd. Dit principe zie je nu heel erg terug in Klanten Zelfservice, waarbij de klant delen van het proces zelf doet. Een fraai voorbeeld is de manier waarop sites als Bol.com je de handelingen rondom bestellen, logistiek en betaling zelf laten doen. De klant zorgt ervoor dat het goed wordt ingevoerd (heeft er immers direct belang bij) en ervaart het ook nog eens als een klantvriendelijk proces.

4. *Leg informatie bij de bron vast en verwerk het alleen elektronisch (Straight Through Processing)*

We zien dat er nog heel veel informatie moet worden overgetypt of opnieuw moet worden aangeleverd. Overtypen en opnieuw invoeren levert geen waarde op voor de klant en maakt de kans op fouten groter. Dit principe stelt dat informatie zoveel mogelijk aan de bron moet worden vastgelegd en daarna alleen elektronisch moet worden verspreid.

5. *Empower de professional en laat systemen het proces bewaken*

De klant heeft baat bij strak uitgevoerde en gecontroleerde processen. Deze leiden over het algemeen tot betere kwaliteit, betere doorlooptijd en lagere kosten. Tegelijkertijd wil de klant een vriendelijke communicatie

en 'menselijke beslissingen'. BPR veronderstelt dat een professional optimaal ondersteund moet worden met systemen die het proces bewaken. Dit 'bevrijdt' de professional en geeft hem meer ruimte om binnen het proces te richten op de communicatie met de klant. Informatiesystemen zijn bijvoorbeeld zeer goed in het bewaken van deadlines en bijstellen van planningen.

Waarschijnlijk zie je met deze principes al mogelijkheden om je processen te veranderen. Bij het lezen van de volgende hoofdstukken zul je beslist principes gaan herkennen.

### *Six Sigma*

Naast BPR mag de opkomst van Six Sigma niet onvermeld blijven. Six Sigma komt met name voort uit de industrie. Binnen de industrie is de voorspelbaarheid van de uitkomst zeer belangrijk. Neem als voorbeeld een 'eenvoudig' product als een sleutel van een auto. Als deze te smal of te breed is, zal de auto niet starten. Toch is er in ieder productieproces sprake van variatie, hoe klein ook. Het doel achter Six Sigma is de processen zo in te richten dat keer op keer het doel wordt bereikt en dat er niet vaker dan 1 op de 3,4 miljoen een defect product is. Een bijna perfect werkproces dus. Six Sigma stoelt op zware kwantitatieve technieken. Het begint met allerlei onderdelen van het proces te meten en de variantie vast te stellen. Juist door de verschillende onderdelen van het proces te meten, ontstaat er zicht op wat er echt gebeurt.

### *Toyota Productie Systeem / Lean*

Toyota heeft een productiesysteem ontwikkeld wat zich mag rekenen tot de beste in de wereld. Men gaat uit van constante kwaliteitsverbetering in combinatie met het elimineren van 'waste' (letterlijk: afval of verlies). De processen worden geanalyseerd om te zien of er 'waste' in is geslopen. Na de identificatie van de 'waste' wordt deze eruit georganiseerd. De theorie van constante verbetering door elimineren van 'waste' wordt binnen de zorg geïntroduceerd onder de naam 'Lean'.