

# Naar effectieve vernieuwing van zorg

Een essay over praktijk, theorie en praktijktheorie

Paper PDO-MC 14  
Frank Leguijt  
November 2005

## **Inhoudsopgave**

<b>Voorwoord</b>	<b>2</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>Hoofdstuk 1 - Inleiding: wat is vernieuwing van zorg?</b>	<b>6</b>
1.1. Zorgvernieuwing, een voorbeeld	6
1.2. Dimensies, vormen en omvang van zorgvernieuwing	7
1.3. Partijen bij vernieuwing van zorg	8
<b>Hoofdstuk 2 - Theorie over verspreiding van innovaties</b>	<b>12</b>
2.1. Innovatie of implementatie?	12
2.2. Innovatie - elementen van een definitie	13
2.3. Innovatie - systematisch speuren, toevalsbevindingen en creativiteit	14
2.4. Verspreiding van innovaties - diffusiemodel van Rogers	15
2.5. Fasen in het proces van beslissingen rond innovaties	16
2.6. Kenmerken van -geslaagde- vernieuwingen	17
2.7. Netwerken rond innovaties - rol van verschillende actoren	18
2.8. Implementatie van innovaties in organisaties	19
<b>Hoofdstuk 3 - De context van de gezondheidszorg in Nederland</b>	<b>22</b>
3.1. Inleiding	22
3.2. Bekostigingsstelsel en zorgvernieuwing	23
3.3. Dynamiek van medisch technologische ontwikkelingen	26
3.4. Ontwikkelingen en trends in de Nederlandse gezondheidszorg	27
<b>Hoofdstuk 4 - Implementatie van innovaties in de gezondheidszorg</b>	<b>32</b>
4.1. Inleiding	32
4.2. Een grove sociale kaart van de implementatiepraktijk in de gezondheidszorg	33
4.3. Theorie van Rogers toegepast	34
4.4. De implementatiepraktijk: inhoud, kritiek en blinde vlekken	36
<b>Hoofdstuk 5 - Naar praktijktheorie over effectieve zorgvernieuwing</b>	<b>39</b>
5.1. Inleiding	39
5.2. Zorgvernieuwing in relatie tot beleidsmatige trends	39
5.3. Nieuwe mogelijkheden voor zorgvernieuwing	41
5.4. Waar zijn mogelijkheden zorgvernieuwing strategisch in te zetten?	43
5.5. Vernieuwing van zorg: organisatie en professionals	47
5.6. Competenties van de adviseur	50
<b>Literatuur</b>	<b>51</b>
<b>Summary</b>	<b>55</b>

## Voorwoord

Als hybride sector *tussen staat en markt* heeft de gezondheidszorg in toenemende mate te maken met tegenstrijdige eisen die met elkaar verzoend moeten worden. Dat gevoegd bij de origine als 'professionals business', of ten minste als kennisintensieve bedrijfstak, beïnvloedt het verloop van vernieuwingsprocessen in de gezondheidszorg. Dit heeft me ertoe geleid de volgende vraag in dit essay als uitgangspunt te kiezen:  
 → hoe kan de (curatieve) gezondheidszorg effectiever vernieuwen?

De vraag laat zich in de volgende deelvragen uitsplitsen:

- Wat verstaan we onder zorgvernieuwing? Welke soorten zijn er? Wie zijn betrokken?
- Welke factoren spelen een rol bij vernieuwing in de zorgverlening?
- Wat is de invloed van specifieke kenmerken van de sector? Welke zijn dat?
- Is iets te zeggen over verschillen in aanpak afhankelijk van het soort vernieuwing? Zijn daar algemene patronen in te onderkennen?
- Wordt bij veranderingen gebruik gemaakt van de beschikbare kennis?
- Welke inzichten levert antwoord op deze vragen op voor mijn adviespraktijk?

Mijn werkveld als adviseur is de gezondheidszorg, in het bijzonder de curatieve zorg. Hiervoor ben ik in andere rollen werkzaam geweest in de sector. Mede met het doel mijn bagage als adviseur preciezer te peilen en mijn profiel nader te bepalen heb ik voor dit artikel gezocht naar een noemer waarop mijn ervaringen in de gezondheidszorg zijn samen te vatten. Ik meen dat deze is: bijdragen aan *effectievere vernieuwing van zorg*.

In dit artikel doe ik een poging tot synthese van:

- Ontwikkelingen in beleid en organisatie van de (curatieve) gezondheidszorg, toegespitst op vraagstukken van zorgvernieuwing
- Theoretische noties, concepten en modellen uit de 'body of knowledge' van de management consultancy, in het bijzonder literatuur over verspreiding van innovaties
- Eigen ervaringen als manager en adviseur in het tot stand brengen van vernieuwingen en reflectie hierop.

## Opbouw van het artikel

Schematisch is dit artikel ongeveer als volgt opgebouwd - tussen [...] verwijst naar de vragen hierboven:

	theoretisch ←	kennis over innovatie	→ praktisch
(zorg)vernieuwing ∧	<b>Hfdst. 2</b> [b, d]		<b>Hfdst. 1</b> [a]
<b>curatieve zorg</b>		<b>Hfdst. 4</b> [b, d, e]	<b>Hfdst. 5</b> [b t/m f]
∨ relevante context			<b>Hfdst. 3</b> [c]

Hoofdstuk 1 introduceert het (engere) speelveld (zorgvernieuwing) en de spelers.

Hoofdstuk 2 de theorie, modellen en methodieken.

Hoofdstuk 3 het bredere speelveld, de sector van de curatieve gezondheidszorg.

Hoofdstuk 4 de coaches en het spelpatroon, halverwege theorie en praktijk.

Hoofdstuk 5 poogt een synthese te maken van het voorgaande en op praktisch niveau zorgvernieuwing te verbinden met de strategie van zorginstellingen.

Het is aan te raden het artikel te benaderen vanuit de samenvatting. De vrij op zichzelf staande hoofdstukken laten zich dan lezen als uitwerking van en toelichting op de stellig geformuleerde samenvatting.

Het onderwerp is omvangrijk en lastig af te bakenen. Omdat het, zoals ik ervaren heb, een vrij pionierende activiteit is heb ik bewust niet een scherp focus willen aanbrengen. Het risico is dan aanwezig te verdrinken in het materiaal. Dat gevoel heeft me dan ook meer dan eens bekropen. En als ik zelf meende het overzicht weer gevonden te hebben, doemde natuurlijk het volgende probleem op: hoe breng ik mijn inzichten over op de lezer. Dat is de strijd geweest van het schrijven van dit artikel.

De lezer wordt uitgenodigd het artikel te lezen als een *essay* - een poging verbanden te leggen waarbij soms de *big picture* voorop staat en dan weer wordt ingezoomd op vraagstukken van inhoudelijke aard.

Ik realiseer me dat ik er niet aan ben ontkomen soms tamelijk specialistische zaken te behandelen. In een pogen de lezer niet kwijt te raken zijn waar dat kon -hopelijk illustratieve- voorbeelden in kaders in de tekst beschreven; toelichtingen zijn in noten op dezelfde pagina opgenomen. Dat leidt wel tot een wat onrustige bladspiegel.

Ik hoop dat de lezer ondanks deze bezwaren met plezier kennis neemt van wat ik zelf een boeiende (her)ontdekkingsreis heb gevonden.

Frank Leguijt,  
November 2005

## Samenvatting

In het eerste hoofdstuk wordt het fenomeen *vernieuwing van (curatieve) zorg* verkend. Na een inleidend voorbeeld worden achtereenvolgens uitgewerkt: typen en niveaus waarop vernieuwing plaats vindt, motieven voor zorgvernieuwing en omvang van het verschijnsel. Vervolgens is aandacht gegeven aan de verschillende partijen. Hun onderlinge relaties zullen in het vervolg een rol spelen. De verhouding tussen organisatie en professionals is een sterk bepalende factor in het effectief vernieuwen van de zorg.

Zorginstellingen moeten, rekening houdend met de omgeving, in een procesorganisatie zorgverleners, medische technologie en bekostiging afstemmen om patiënten optimaal te helpen bij hun gezondheidsklachten. Het effectief vernieuwen van de zorgverlening is een belangrijk onderdeel hiervan.

Het tweede hoofdstuk is gewijd aan literatuur over innovatie en implementatie. Verschillen én overeenkomsten tussen beide begrippen komen aan de orde. Enkele definities van innovatie passeren de revue - dit biedt aanknopingspunten voor de centrale vraag: hoe kan effectiever zorgvernieuwing worden doorgevoerd? Een relativerend uitstapje naar bronnen van échte innovatie in de geneeskunde leert ons dat er geen rechte lijn loopt van *uitvinden* naar *toepassen* - dit item komt verderop uitgebreider aan de orde.

Ik behandel de kernelementen van de theorie van Everett M. Rogers over implementatie van innovaties. Deze maakt duidelijk dat de verspreiding van vernieuwingen beantwoordt aan betrekkelijk constante patronen, uitgedrukt in omstandigheden (of 'antecedenten'), fasen in het proces, kenmerken van innovaties en rollen van verschillende actoren. Belangrijk is het begrip *re-invention* - het overnemen van een vernieuwing door deze tegelijk aan lokale omstandigheden aan te passen, met als voordeel grotere acceptatie. Innovaties in organisaties laten zich min of meer door steeds dezelfde factoren sturen.

Omdat enig inzicht hierin nodig is voor het vervolg van het artikel, is in hoofdstuk 3 geprobeerd beknopt de belangrijkste elementen van de context van de curatieve gezondheidszorg te beschrijven. Het is aan de lezer om te beoordelen of dit is gelukt. Na enkele karakteristieken van de moderne medische wereld wordt eerst ingegaan op een praktisch onderdeel: de bekostiging. Belangrijkste constatering: zorgvernieuwing is eerst recent onderwerp van sturing geworden door aparte bekostigingsregels. Onvermijdelijk is dat aandacht wordt besteed aan marktwerking, waarin onder andere een voor de Nederlandse situatie m.i. zeer relevante bijdrage van Michael Porter. In de (kosten-)ontwikkeling in de gezondheidszorg speelt de medisch-technologische ontwikkeling een grote rol. De onderliggende mechanismen vormen een verklaring waarom in afwijking van het normale beeld innovatie in de gezondheidszorg niet of nauwelijks bijdraagt aan minder kosten en hoger rendement - de paradox van de gezondheidszorg.

Tenslotte behandel ik een groot aantal zeer diverse thema's die alle gerelateerd zijn aan zorgvernieuwing. Ik meen dat deze als bevorderende of belemmerende factoren aanknopingspunten kunnen bieden voor effectieve implementatie van zorgvernieuwing.

Hoofdstuk 4 beschrijft hoe structuur en praktijk van implementatie van inhoudelijke vernieuwingen in de zorgverlening in de Nederlandse gezondheidszorg eruit zien. Mijn kritiek op deze implementatiepraktijk komt er samengevat op neer (1) dat de rol van professionals niet consequent de juiste aandacht krijgt en (2) dat de nadruk in de implementatie eenzijdig ligt op rationeel-analytische en leerstrategieën waarbij vraagstukken van macht en belangen te naïef worden behandeld en (3) dat de 'implementatie-industrie' niet goed weet hoe *re-invention* te behandelen.

Tegen de geïsoleerde benadering van vernieuwingen in de implementatieliteratuur probeer ik in het laatste hoofdstuk het thema zorgvernieuwing te verbinden met de strategie van instellingen.

Ik behandel trends uit de jaren '90 en het breken hiermee, zoals verbreiding van marktwerking en nieuwe vormen van regionale regievoering. De vormen van zorgvernieuwing waarmee instellingen op deze ontwikkelingen inspelen worden in een schema geordend.

Op een viertal kritische gebieden waarop de komende tijd de veranderingen zich vooral voordoen ga ik na hoe zorgvernieuwing kan bijdragen aan strategische doelstellingen van zorginstellingen. Daartoe worden de ontwikkelingen en beleidsopties kort getypeerd en wordt speciaal ingegaan op betrokkenheid en positie van professionals bij de innovatie.

In de laatste delen van dit hoofdstuk komen noties uit het voorgaande en mijn eigen praktijkervaring samen. Dit is feitelijk een samenvatting van mijn praktijktheorie met betrekking tot een belangrijk deel van mijn adviespraktijk.

Ik trek hier conclusies over het handelingsrepertoire nodig voor effectieve innovatie in de vorm van (vier) aandachtspunten voor hoe managers vruchtbaar kunnen samenwerken met professionals in de vernieuwing van zorg (en in het onderling dagelijks verkeer). Tenslotte ga ik kort in op de bijdragen die de adviseur kan leveren en welke competenties hij hiervoor nodig heeft.

## Hoofdstuk 1 - Inleiding: wat is vernieuwing van zorg?

### 1.1. Zorgvernieuwing: een voorbeeld

'Vernieuwing van zorg' is een brede en misschien ook wel verwarrende benaming voor zeer verschillende verschijnselen. Een voorbeeld ter illustratie van wat er onder kan worden verstaan.

*Een patiënte werd enkele jaren geleden een week in het ziekenhuis opgenomen en meldt zich nu met dezelfde klachten. De specialiste laat enkele onderzoeken doen en vertelt kort wat er verder gaat gebeuren. Zij vraagt aan de verpleegkundige de behandeling te organiseren. Deze geeft instructies over het gebruik van (zelfhulp)middelen en over het toedienen van een geneesmiddel d.m.v. kleine disposable spuitjes. Zij bespreekt wie verder worden ingeschakeld en wat de patiënte de komende dagen zelf kan doen om de behandeling goed te laten verlopen. De patiënte gaat naar huis met de nodige medicijnen. Daar melden zich de volgende dagen de huisarts, de prikdienst en de verpleegkundige van de thuiszorg; deze laatste geeft aan volgens welk schema de medicatie af te bouwen. Na drie weken wordt de behandeling afgesloten met een controlebezoek aan de huisarts.*

Dit voorbeeld laat verschillende vormen van *vernieuwing van zorg* tegelijkertijd zien.

Vanuit de optiek van de patiënte:

- verandering van *setting* van de behandeling (thuis i.p.v. ziekenhuisopname)
- diverse soorten *zorgverleners* zijn erbij betrokken, ieder met eigen *taken* en (*nieuwe verantwoordelijkheden*); ook de patiënte heeft zelf een verantwoordelijkheid en leert hoe zij deze moet hanteren
- (*genees*)*middelen* in nieuwe vormen (bij de eerdere opname ging dit nog per infuus).

De organisatie waar de patiënte niet direct zicht op heeft, maar wel op mag rekenen:

- dat de betrokken zorgverleners en instellingen sluitende (*keten*)*afspraken* hebben gemaakt over de inhoud ('protocol') en de logistieke aspecten van de behandeling
- en dat de zorgverleners elkaar de *informatie* geven die ze van elkaar nodig hebben.

Ook de *economische* kant is anders geregeld:

- het ziekenhuis als 'hoofdaannemer' vergoedt de diensten van de andere ingeschakelde zorgverleners, de 'onderaannemers'.<sup>1</sup>

Tenslotte illustreert het voorbeeld (maatschappelijke, resp. epidemiologische) *trends*:

- de specialist is een vrouw, de medische beroepsgroep *feminiseert*<sup>2</sup> in hoog tempo
- waarschijnlijk betreft het een *chronische patiënt*, die gemotiveerd zal zijn zelf een deel van de behandeling in eigen hand te nemen (zelfbeschikking).

Waarin het voorbeeld representatief is voor de praktijk van zorgvernieuwing, is dat in vrijwel elk ander voorbeeld weer andere partijen betrokken zijn - en binnen instellingen andere afdelingen. Het feit dat zo erg gefragmenteerd ervaring wordt opgedaan en wordt geleerd is zeker een van de verklaringen voor een zekere traagheid in het verspreiden van vernieuwende praktijken.<sup>3</sup> Maar er zijn meer verklaringen die later aan bod komen.

<sup>1</sup> Het financieringsstelsel is niet echt hierop toegesneden, dat vraagt enige creativiteit van het management; in het gegeven voorbeeld heb ik zelf tegen de zin van internisten in een regeling getroffen met huisartsen waarbij zij uit ziekenhuismiddelen werden gecompenseerd voor extra handelingen die zij volgens het protocol uitvoerden.

<sup>2</sup> Het percentage vrouwelijke eerstejaars studenten geneeskunde is al enkele jaren ca. 60%; sinds kort is de meerderheid van de assistenten in opleiding tot specialist een vrouw.

<sup>3</sup> Inspectie Gezondheidszorg - Staat van de gezondheidszorg 2003, ketenzorg bij chronisch zieken; Rijswijk, november 2003;

## 1.2. Dimensies, vormen en omvang van zorgvernieuwing

'Zorgvernieuwing' heeft in de loop van de tijd andere betekenissen gekregen. Zo staat het begrip in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) voor het geheel van transformaties van deze sector die in de jaren '80 is ingezet<sup>4</sup>.

Om het brede gebied af te bakenen behandel ik alleen de vormen van vernieuwing van zorg *waarvan de patiënt echt iets merkt*, zoals in het voorbeeld op de vorige bladzijde. Verder beperk ik mij tot de curatieve, somatische zorg.

Historisch is zorgvernieuwing het antwoord op de formalisering midden jaren '70<sup>5</sup> van de verschillende echelons in de zorg: 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn. Hiermee is begrijpelijk dat met het begrip aanvankelijk vooral geduid werd op zaken als *ketenzorg, zorgketens en transmurale zorg*, met andere woorden het vanuit het perspectief van de cliënt anders organiseren van de zorgverlening. In de jaren '90 is de aandacht ook uitgegaan naar de (logistieke) organisatie van zorgprocessen *binnen instellingen* en de afgelopen jaren wordt zorgvernieuwing vooral geassocieerd met *best practices* en het versnellen van de verspreiding hiervan (onder de 'tucht van de markt').

Vernieuwing van zorg omvat (a) de *inhoud* van de zorg: de feitelijk geleverde dienst, gebruikte technologieën en expertise van zorgverleners en zelfzorgcompetenties van de patiënt en (b) de *organisatie* van de zorg: het proces van zorgverlening, de hieraan ten grondslag liggende organisatie en besturing, informatievoorziening, bekostiging etc.

De vernieuwing kan zich op verschillende *niveaus* voordoen:

Niveau	Voorbeelden van zorgvernieuwing
individuele praktijk	invoeren van een kleinschalige nieuwe technologie
zorgprogramma in instelling	het starten van een verpleegkundige polikliniek
transmuraal zorgprogramma	ketenzorg voor patiënten met een hersenbloeding
instellingsbrede innovatie	boeken van 1 <sup>e</sup> polibezoeken door patiënt via internet
regionale taakverdeling functies	alle ziekenhuisverloskunde in een regionaal centrum
landelijk beleid	aanwijzen traumacentra en eisen aan eerste hulpafdelingen

De *complexiteit* neemt toe naarmate meer (verschillende typen) patiënten (= soorten processen) betrokken zijn, meer (diverse) zorgverleners en meer instellingen van zorgaanbieders. Hoe complexer hoe groter vaak de belangen van organisaties van zorgaanbieders. Bij grotere complexiteit wordt vaker gebruik gemaakt van externe kennisnetwerken (expertise en onderzoeksorganisaties).

Een zwak punt is vaak samenhang tussen initiatieven. Dit is het aanknopingspunt om in hoofdstuk 4 systematischer te kijken naar implementatieprocessen van zorgvernieuwing.

Voor onderscheiden partijen kunnen de *motieven* voor zorgvernieuwing verschillend zijn; zonder daarnaar te differentiëren worden de volgende motieven genoemd:

- Cliëntgericht/-vriendelijk organiseren
- Proces/logistieke optimalisatie, met (medisch)technologische vernieuwingen of ICT
- Hervreiding van taken, verantwoordelijkheden, toezicht tussen (proto)professionals; veranderde professionele inzichten en normen
- Versterken oriëntatie van patiënten op de instelling, als onderdeel van strategische overwegingen: herpositionering of overleving.

<sup>4</sup> J.M. Boot, M.H.J.M. Knapen – De Nederlandse Gezondheidszorg (2005), p. 153; zij verstaan onder dit begrip de samenwerking tussen instellingen, verandering in indicatiestelling, diagnostiek, begeleiding en behandeling tot aan de maatschappelijke integratie van ggz-cliënten door opname vervangende zorg.

<sup>5</sup> De echelonering was een kernelement van de Structuurnota Gezondheidszorg (1974) van staatssecretaris Hendriks; het was de eerste poging van de overheid om conceptueel samenhang in de sector aan te brengen.



## Omvang zorgvernieuwing

Over de omvang en impact van zorgvernieuwing bestaat weinig goede informatie. *Van der Linden* (2001) concludeert 'transmural care plays a marginal role in Dutch Health Care'<sup>6</sup>. Zij baseert zich op 271 projecten van transmurale zorgvernieuwing die vooral betrekking hebben op de inzet van specialistisch verpleegkundigen, thuiszorg technologie en ontslagplanning en transfer van patiënten naar een passende zorgomgeving. De onderzochte projecten betreffen vooral *chronische ziekten*<sup>7</sup> in transmurale zorgverlening. In een conferentieverlag van *Senzor*<sup>8</sup> (voorheen: stichting ziekenhuisverplaatste zorg) gebaseerd op een eigen database van transmurale voorzieningen wordt een groei gedocumenteerd van 32 projecten (1992) naar 232 in 2001, de laatste jaren vooral groei buiten de geijkte doelgroepen van chronische patiënten. In vrijwel alle projecten is het ziekenhuis betrokken, in 2/3 de thuiszorg en in bijna de helft van de gevallen de regionaal georganiseerde huisartsen.

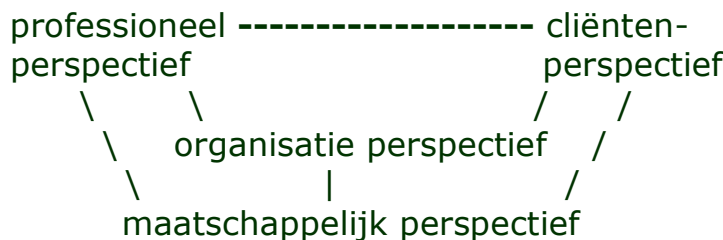
Een *kwantitatieve* benadering gaat uit van de techniek van bekostiging. Jaarlijks is een (schommelend) percentage van het bedrag van de medische productieafspraken die ziekenhuizen met zorgverzekeraars maken beschikbaar voor zorgvernieuwing, te verantwoorden via projectomschrijvingen en evaluaties. Cumulatief is hiermee een geschat bedrag gemoeid van ca. 0,6 Mld. Euro ofwel 6% van de budgetten van ziekenhuizen<sup>9</sup>. Dat is bepaald meer dan marginaal, zeker als men bedenkt dat (a) alle vernieuwingen hier buiten vallen die via de reguliere bekostiging worden ingevoerd, bijv. operatieve technieken waardoor patiënten veel korter in het ziekenhuis verblijven en (b) voor curatieve 1<sup>e</sup> lijn (huisarts) en thuiszorg ook dergelijke regelingen (hebben) bestaan.

### 1.3. Partijen bij vernieuwing van zorg

Met het voorbeeld aan het begin van het hoofdstuk zijn de belangrijkste partijen of spelers rond vernieuwing van zorg en hun verschillende perspectieven geïntroduceerd:

- patiënten of cliënten
- professionele zorgverleners, in soorten
- organisatie(s) verantwoordelijk voor de zorgverlening én
- maatschappelijke perspectieven die van invloed zijn op de gezondheidszorg.

In Schema:



<sup>6</sup> Barbara v.d. Linden – The birth of integration: explorative study on the development and implementation of transmural care in the Netherlands 1994-2000; proefschrift Utrecht, 2001; haar conclusie betreft de transmurale zorg, een deelperverzameling van de bredere term zorgvernieuwing.

<sup>7</sup> Met name hartfalen, COPD/longemfyseem, diabetes mellitus, reuma, CVA; V.d.Linden baseert zich op de NIVEL-database van door instellingen opgevoerde projecten en door dit focus besteedt ze weinig aandacht aan *re-inventions* (zie verderop); dit verklaart m.i. haar typering 'marginaal'.

<sup>8</sup> Sensor – Ketenzorg: het antwoord op vraagsturing?; congresbundel, Huizen, december 2001.

<sup>9</sup> De regeling geldt nu ca. 10 jaar, het percentage varieert van 2 tot 5% en betreft de variabele, productiegebonden componenten van het budget (totaal ca. 10 Mld.), niet elk ziekenhuis zal er volledig gebruik van hebben gemaakt, projecten kunnen 3-5 jaar voor deze financiering worden opgevoerd en een (klein) deel van de projecten zal daarna beëindigd worden. De som: 10 (jaar) x ¼ (gem. looptijd) x 0,8 (20% uitval) x 3% (gem. % regeling) x 10 Mld. (budget) = 600 Mln. (6%).

De relaties tussen deze partijen bepalen de dynamiek in de driehoek cliënt / organisatie / professionals. Ieder hebben ze hun eigen perspectieven als het gaat om het veranderen van de zorgprocessen. Het maatschappelijk perspectief oefent voortdurend invloed uit op deze driehoek. Te denken valt aan: overheid, publieke opinie, diverse toezichthouders en op thema's ook zorgverzekeraars.

Nu volgt een typering van het perspectief en de rol van elk van de partijen bij vernieuwing van zorg. Daarbij ga ik wat dieper in op de positie van de professionals, omdat de implementatieliteratuur hier m.i. tekort schiet.

### **Cliëntenperspectief**

Er zijn weinig voorbeelden bekend van zorgvernieuwing die zijn geïnitieerd door of namens cliënten. Vaak raken zij in een later stadium betrokken, bijvoorbeeld in de vorm van lidmaatschap van een stuurgroep of klankbordgroep en spelen zij een rol bij de evaluatie van programma's. Deels laat de geringe of afstandelijke betrokkenheid van (georganiseerde) cliënten zich verklaren uit hun nog geringe organisatiegraad in de *curatieve* gezondheidszorg. Maar ook een verklaring is dat als ketenzorg transmuraal wordt opgezet zorgaanbieders vaak toch al moeite hebben om elkaar te vinden op een formule. Zij geven er de voorkeur aan cliënten nog niet uit te nodigen in de initiatieffase. Verwacht mag worden dat de inbreng van cliënten in de organisatie van ketenzorg zal toenemen als gevolg van de volgende ontwikkelingen:

- Cliëntenorganisaties en kenniscentra als CBO beschikken over steeds meer kennis over effectiviteit van ketenzorgprogramma's en andere nieuwe zorgvormen;
- De druk op zorgaanbieders neemt toe om een als *best practices* beoordeelde aanpak sneller in te voeren, waarbij er vaak een rol is voor cliëntenorganisaties<sup>10</sup>;
- Voor zorgverzekeraars is de bekostiging/financiering van ketenzorg ingewikkeld; zorgaanbieders zullen cliënten er meer bij betrekken om verzekeraars te overtuigen.

Tenslotte moet ook gewezen worden op de wettelijke versterking van de positie van cliënten in de gezondheidszorg in de periode van de paarse kabinetten (zie hoofdstuk 3). *Samenvattend*: het *subject van zorg* speelt een rol op de achtergrond, maar de *feedbackcyclus* op zorgvernieuwingen is zeker korter geworden.

### **Perspectief professionals: Verpleegkundige en paramedische disciplines**

Het initiatief tot het vernieuwen van de zorg, bijv. het verbeteren of opzetten van zorgprogramma's wordt in veel gevallen genomen door (specialistisch) verpleegkundigen. Binnen de beroepsgroep zijn verpleegkundigen van thuiszorg, poli en dagbehandeling het eerst en het meest betrokken bij zorgvernieuwing. Verpleegkundige specialisaties zijn gericht op bepaalde (chronische) groepen cliënten. Hun beroep brengt met zich mee dat zij langdurig en frequent contact hebben met cliënten. Ook wisselen zij informatie uit met andere zorgverleners, zoals huisartsen. Verpleegkundigen hebben vaak mede tot taak cliënten te vertegenwoordigen die niet aanwezig zijn, bijv. bij multidisciplinair overleg. De verbreiding van transmurale zorg heeft tot gevolg dat verpleegkundigen hun cliënten meer volgen door de diverse settings heen. Dit leidt tot nieuwe organisatievormen.<sup>11</sup> In bepaalde gevallen zullen paramedici<sup>12</sup> de contacten met cliënten onderhouden in plaats van verpleegkundigen. Hun rol in de ketenzorg is dan vergelijkbaar.

---

<sup>10</sup> Dit is de kern van het SnellerBeter programma, een gezamenlijk initiatief van VWS, Orde van Medisch Specialisten en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

<sup>11</sup> Een vergaande vorm hiervan is de gezamenlijke afdeling van thuiszorg en ziekenhuis (Midden-Holland): het Transmuraal Centrum voor specialistische zorg en innovatie. Het centrum wordt door het regionaal patiëntenplatform zeer gewaardeerd en is voorgedragen als 'beste voorbeeldpraktijk' voor de landelijke prijs van de NPCF ([www.transmuraalnetwerk.nl](http://www.transmuraalnetwerk.nl)).

<sup>12</sup> Paramedische beroepen: ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, diëtetiek.

## Perspectief professionals: medisch specialisten

Voor het tot stand komen van zorgvernieuwing, al dan niet in transmurale vorm, is vaak de inzet van de individuele specialist en diens vakgenoten bepalend. Ook de opstelling van de medische staf in een ziekenhuis en op de achtergrond landelijke organisaties als de Orde van Medisch Specialisten en wetenschappelijke verenigingen kunnen belangrijk zijn. Eigen ervaringen vat ik samen op vier noemers van beslissende factoren:

- kenmerken van de cliëntengroep
- medisch-technische aspecten
- werksetting en taakverdeling
- Positie van het specialisme in een breder netwerk

Factoren van invloed op inzet van medisch specialisten voor vernieuwing van zorg	
Kenmerken van de cliëntengroep	Epidemiologie relevant voor het specialisme: specifieke leeftijdsopbouw & trend + ontwikkeling in zorgbehoefte & zorgvraag Verhouding chroniciteit en (eenmalige) electieve of acute zorg Assertiviteit en informatie cliënten
Medisch-technische aspecten	Medisch-technische stand v/h vakgebied & professionele standaarden Intensiteit gebruik van medisch-technische infrastructuur en ICT Beschouwelijkheid/begeleiding vs. focus op verrichtingen
Werksetting en taakverdeling	Werksetting: verhouding kliniek/dagbehandeling, verrichtingen, polikliniek Gevoeligheid voor verschuiving activiteiten naar andere vakgebieden ( <i>horizontaal</i> ) of naar andere disciplines ( <i>verticaal</i> )
Positie van het specialisme in een breder netwerk	Centraliteit specialisme in de instelling (kernvak; poortspecialisme) Opleiding, onderwijs en onderzoek & eigen opleidingsachtergrond <sup>13</sup> Honorariumpositie (historisch) en effecten in honorering Organisatievermogen v/h specialisme/informele hiërarchie in de instelling 'Ingroei' medische staf/ziekenhuis (deelname bestuur en management) Relatie met ondersteunende disciplines, resp. met andere sectoren

Ik meen dat deze factoren op zich genomen relevant zijn, maar dat ze nog meer betekenis krijgen, in het bijzonder de laatste, als we ze plaatsen in de context die in de hoofdstukken 3 en 5 wordt geschetst.

## Perspectief van de organisatie: instelling, zorgaanbieder

De organisatie die zorg aanbiedt en hiertoe artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners heeft aangetrokken is de eindverantwoordelijke organisator van zorgprocessen en de vernieuwing ervan. Dat de 'antecedenten' van de organisatie, zoals structuur, professionaliteit en omvang, hierbij van belang zijn komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

De organisatie oefent invloed uit op de professionals en de cliënten en op het beeld dat 'de maatschappij' heeft van de organisatie, maar evenzeer staat hij onder invloed van deze partijen. Daarbinnen moet positie bepaald worden en een strategie worden uitgezet, onder andere met betrekking tot innovatie van zorgverlening, het primaire proces.

<sup>13</sup> Het onderwijs aan studenten geneeskunde en de medische vervolgoopleidingen worden nu snel gemoderniseerd; zo zijn inmiddels de opleidingseisen voor medisch specialisten competentiegericht geformuleerd, ook met aandacht voor aspecten als communicatie en bedrijfsvoering. De medische faculteit van VUmc in Amsterdam voert dit jaar een nieuw curriculum in dat zich baseert op door patiënten in Canada gedefinieerde rollen van de arts: *medisch expert, communicator, academicus, samenwerker, organisator, gezondheidsbevorderaar, beroepsbeoefenaar* en [door VUmc toegevoegd:] *reflector*.

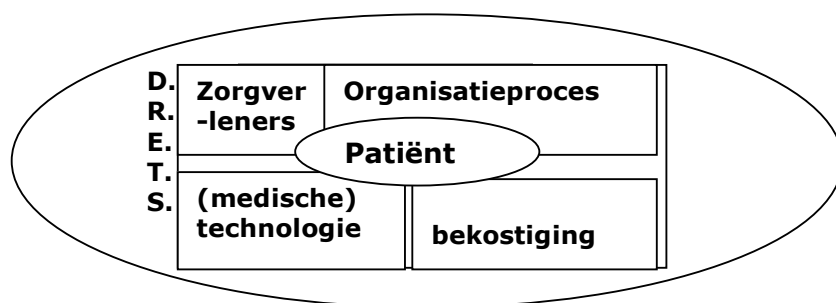
Vernieuwing staat ten dienste van de doelstellingen van de organisatie, is hiervan een afgeleide. De organisatie kan bepalen welke rol innovatie moet spelen met behulp van algemene managementmodellen: concurrentie- & stakeholdersanalyse en benchmarking.

### Maatschappelijk perspectief

Het is onvermijdelijk om bij het maatschappelijk perspectief aandacht te geven aan ontwikkelingen in het stelsel van de (curatieve, somatische) zorg. Daarom wordt in hoofdstuk 3 ingegaan op het bekostigingsstelsel en beheerste marktwerking, dit zoveel mogelijk toegespitst op de effecten die ervan uitgaan op de driehoek waarin vernieuwing van zorg tot stand moet komen.

De invloed kan zowel stimulerend als frustrerend zijn. Bovendien kunnen zeer uiteenlopende instanties zich opwerpen als vertegenwoordiger van het maatschappelijk perspectief, bijvoorbeeld de overheid (als wet- en regelgever, als toezichhoudende instantie: de Inspectie) en haar adviesorganen, zorgverzekeraars, media en verschillende toezichthouders.

Vanuit het perspectief van de organisatie bezien is de opgave als volgt:



Hiervoor is globaal de positie verkend van patiënten en zorgverleners. De Vries & Goud<sup>14</sup> introduceren het *construct* van de D.R.E.T.S. als methode om onbeheersbare invloeden uit de omgeving te analyseren. De letters staan voor demografische, regulerende, economische, technologische en sociale factoren. In het volgende hoofdstuk komen medische technologie aan de orde, de bekostiging en enkele andere D.R.E.T.S.-elementen die resulteren uit het scannen van de externe omgeving.

### Samenvatting

In dit hoofdstuk is het fenomeen *vernieuwing van (curatieve) zorg* verkend. Na een inleidend voorbeeld zijn achtereenvolgens uitgewerkt: typen en niveaus waarop vernieuwing plaatsvindt, motieven voor zorgvernieuwing en omvang van het verschijnsel. Vervolgens is aandacht gegeven aan de verschillende partijen. Hun onderlinge relaties zullen in het vervolg een rol spelen. In het laatste hoofdstuk zal dieper ingegaan worden op de verhouding tussen organisatie en professionals als sterk bepalende factor in het effectief vernieuwen van de zorg. Tenslotte is nog eens grafisch weergegeven dat de opgave van gezondheidszorginstellingen is om in een procesorganisatie zorgverleners, medische technologie en bekostiging zodanig af te stemmen dat de patiënt optimaal wordt geholpen.

<sup>14</sup> In D. Keuning & D.J. Eppink – Management en Organisatie, theorie en toepassing; Stenfert Kroese, Groningen 2002, p. 20 wordt de omgeving verdeeld in partijen en situaties; later werken zij onderzoek van de omgeving uit in zeven gebieden. Wouter de Vries jr. & Aart P.J. Goud – Strategische dienstverlening, 20 modellen ter ondersteuning; Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten, 2003, pp. 20-28.

*One of the greatest pains to human nature is the pain of a new idea. It ... makes you think that after all, your favorite notions may be wrong, your finest beliefs ill-founded... Naturally, therefore, common men hate new ideas, and are disposed more or less to ill-treat the original man who brings it.*  
(Walter Bagehot – Physics and Politics, 1873; in Rogers (2003), p. 365)

## **Hoofdstuk 2 - Theorie over verspreiding van innovaties**

Dit hoofdstuk verkent de literatuur over innovatie en implementatie. Eerst wordt op het verschil en de overeenkomsten tussen deze begrippen ingegaan (2.1). De definities van innovatie (2.2) bieden enkele aanknopingspunten voor zaken die in het vervolg aan de orde komen. In 2.3 ga ik in op bronnen van innovatie en toets de beperkte eigen theorie aan de hand van belangrijke ontwikkelingen in de geneeskunde.

Dan behandel ik in vier paragrafen (2.4 t/m 2.7) kernelementen van de theorie van Rogers over implementatie van innovaties: diffusiemodel, fasentheorie, kenmerken van (geslaagde) innovaties, netwerken waarbinnen deze tot stand komen en actoren en de rol die zij spelen. In de laatste paragraaf wordt aan de hand van enige andere literatuur nog ingegaan op innovatie in organisaties en factoren die hierbij een rol spelen.

### **2.1. Innovatie of implementatie?**

In de literatuur over vernieuwing is grofweg een onderscheid te maken tussen auteurs die het onderwerp benaderen vanuit de optiek van *innovatie* en anderen die *implementatie* als vertrekpunt kiezen.

In beide benaderingen komen verschillende aspecten naar voren.

Het schema, waarvan de herkomst van de bronnen niet meer geheel te achterhalen is, geeft een samenvatting van verschillen én overeenkomsten.

<b>vernieuwing van zorg - innovatie</b>	<b>vernieuwing van zorg – implementatie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ‘new to the world’</li> <li>• min of meer experimenteel karakter</li> <li>• innovatie omvat meerdere fasen, waaronder als laatste implementatie</li> <li>• vertrekpunt is veelal een medisch-technische vernieuwing</li> <li>• nieuwe benadering van een probleem</li> <li>• proces dat ideeën omzet in waarde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nieuw in deze organisatie</li> <li>• finetuning of maximaal ‘re-invention’ op andere plaats / in andere setting</li> <li>• implementatie is fase van innovatie</li> <li>• procesmatig en planmatig karakter <sup>15</sup></li> <li>• adoptie/absorptie van een vernieuwing of verandering van bewezen waarde</li> <li>• doel: structurele plaats - blijvende verankering (‘in routine brengen’)</li> </ul>
<p><b>Innovatie/implementatie heeft betrekking op:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• structuur, proces en/of uitkomst (product/dienst) en</li> <li>• kan betreffen: beroepsmatig handelen, functioneren organisatie of structuur van de gezondheidszorg</li> <li>• <i>push</i> én <i>pull</i> elementen noodzakelijk aanwezig voor slagen innovatie/ implementatie</li> <li>• aandacht voor bevorderende en belemmerende voorwaarden en kritieke succesfactoren</li> </ul>	

Voor de praktijk van zorgvernieuwing is de innovatiebenadering op zich minder interessant dan die van de implementatie. Veel literatuur die aankondigt innovatie als

<sup>15</sup> Dit en de volgende elementen vormen de kern van de definitie van implementatie die ZONmw hanteert; Zonmw, waarin NWO gebied medische wetenschappen is samengegaan met de stichting Stimulering Gezondheidszorg Onderzoek (SGO), staat voor kennisvermeerdering en vernieuwing van de gezondheidszorg en het gezondheidsonderzoek. Zonmw streeft ernaar bij te dragen aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid, dit door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie.

onderwerp te hebben gaat feitelijk niet diep in op de innovatie zelf. Dat is begrijpelijk vanuit het adagium: *de echte wijsheid zit in het doen*.<sup>16</sup>

Ik ga daarom in dit hoofdstuk slechts kort in op innovatie en besteed daarna ruim aandacht aan theorievorming rond de verspreiding of *diffusie* van innovaties. Hierin staat het werk van Everett M. Rogers centraal, dat van grote invloed is geweest op vooral Angelsaksische auteurs over implementatie van vernieuwing in de gezondheidszorg.

## 2.2. Innovatie - elementen van een definitie

Wat is innovatie? Een algemene definitie geeft Rogers<sup>17</sup>:

*An innovation is an idea, practice, or object that is perceived as new by an individual or other unit of adoption.*

Daarbij maakt het niet uit of een idee 'objectief' nieuw is of dat er tijd zit tussen de ontdekking ervan en de eerste keer dat het werd gebruikt. Als een persoon, een organisatie of een klant iets als nieuwe percipieert *is* het een innovatie.

Daarmee zijn al drie centrale elementen gegeven: kennis hebben van een innovatie, zich overtuigen van de waarde ervan en de beslissing er gebruik van te gaan maken.

Rogers bouwt zijn theorie als het ware vanuit deze coördinaten uit in:

- verschillende fasen van het proces van *adoption of innovations*,
- kenmerken van innovaties die hierbij vooral een rol spelen en
- de rol van verschillende actoren in netwerken rond vernieuwingen.

In dezelfde lijn ligt de definitie van West en Farr<sup>18</sup>:

*Innovation is the sequence of activities by which a new element is introduced into a social unit, with the intention of benefiting the unit, some part of it, or the wider society. The element need not be entirely novel or unfamiliar to members of the unit, but it must involve some discernible change or challenge to the status quo.*<sup>19</sup>

Rosenfeld & Servo<sup>20</sup> voegen hier een interessant element aan toe als zij stellen:

*Innovation involves the complementary skills of many people contributing to the creation of tangible products or processes that will improve customer services, cut costs and/or generate new earnings.*

Hun formule luidt: *Innovation = Conception + Invention + Exploitation*

### **Complementair maken van vaardigheden**

Een enthousiaste neuroloog, lid van de stuurgroep kwaliteit van het ziekenhuis, geeft het goede voorbeeld en start een TIA polikliniek. Na een maand meldde hij teleurgesteld dat zijn collega's en verwijzende huisartsen nog op dezelfde wijze bleven werken, dat de assistentes nog niet begrepen wat er van ze verwacht werd en dat hij een fors conflict had met radiologie. De skills waren er wel, maar hoe deze elkaar moesten aanvullen had hij nog niet iedereen duidelijk kunnen maken.

De hier geciteerde auteurs benaderen het begrip innovatie betrekkelijk neutraal of pragmatisch.<sup>21</sup> Het slagen van een innovatie zien zij als afhankelijk van het

<sup>16</sup> Vrij – of letterlijk – naar Willem Mastenbroek.

<sup>17</sup> Everett M. Rogers – Diffusion of Innovations; Free Press, New York, 2003, 5<sup>th</sup> ed. (1962), p. 12

<sup>18</sup> M.A. West & J.L. Farr (eds.) – Innovation and creativity at work: psychological and organizational strategies; Wiley, New York, 1990; geciteerd door Jay Taylor/Rodney McAdam – Innovation adoption and implementation in organizations: a review & critique *in*: Journal of General Management, vol. 30 no. 1, autumn 2004, pp. 18.

<sup>19</sup> West & Farr, p. 91

<sup>20</sup> R. Rosenfeld & J.C. Servo – Facilitating Innovation in Large Organization *in*: J. Henry/ D.Walker (eds.) – Managing Innovations; Sage Publications NY, 1990, p. 28-40; geciteerd door Taylor/McAdam, pp. 18-20

(waargenomen) voordeel dat vernieuwing brengt, zonder *pro-innovation bias*<sup>22</sup> die veel (oudere) innovatieliteratuur wel aankleeft.

Andere auteurs reserveren het begrip *innovatie* voor het type (organisatie)verandering dat geassocieerd wordt met termen als: transformatie, curatief ingrijpen, schoksgewijs en 'niet beter maar anders' en plaatsen dit tegenover het begrip *verbeteren*, met als connotaties: bevorderen synergie, preventief handelen, incrementeel.<sup>23</sup> Of in het repertoire waarin mystiek ook een plaats heeft: tweede vs. eerste orde oplossingen.<sup>24</sup> In dit artikel ga ik uit van de eerste benadering.

### 2.3. Innovatie - systematisch speuren, toevalsbevindingen en creativiteit

Aan de verspreiding van innovaties gaat natuurlijk vooraf dat er 'iets' nieuws is - innovatie als: 'new to the world'.

Uit de literatuur krijgt men de indruk dat de volgende bronnen voor innovatie het meest van belang zijn:

- *Systematisch speur en ontwikkelwerk (R&D)* met een sterk focus en gebruik makend van toegenomen mogelijkheden van IT. Voorbeeld: systematisch doorlopen van alle ziekten met een erfelijke component in confrontatie met onderscheiden onderdelen van het menselijk gensysteem.
- *Toevalsbevindingen (serendipiteit)*. Klassiek voorbeeld: het gebruik van 3 theelepels citroensap vrijwaarde de bemanning van het schip van kapitein Lancaster in 1601 van scheurbuik; pas in 1747 werd een vergelijkend onderzoek uitgevoerd - patiënten die een *half pint* zeewater kregen genazen niet, wie citrusvruchten tot zich namen wel.<sup>25</sup>
- *Creativiteit*; volgens de definitie van Manu de Bruijn<sup>26</sup> is creativiteit: *het probleem-gunstig samenflitsen van contexten die niets met elkaar te maken hadden*. Men moet hierbij denken aan het productief maken van analogieën en het systematisch vergroten van de productieve rol van het toeval. Voorbeeld: sinaspril als werkzaam aspirine voor kinderen met de smaak van een snoepje.

In *The rise and fall of modern Medicine*<sup>27</sup> behandelt de Britse wetenschapsjournalist James Le Fanu onder andere wat hij noemt twaalf 'definitive moments' in de ontwikkeling van de moderne geneeskunde - doorbraken bij veel voorkomende ziektebeelden die zich voordoen in de periode 1941-1984.

Toegepast op belangrijke innovaties de medische sector mogen de conclusies zijn:

- De onderscheiden bronnen van innovatie spelen in combinatie een bepalende rol.
- Vrijwel nergens doet zich een lineaire ontwikkeling voor - recht op het doel af.

Als deze laatste conclusie al opgaat voor innovaties zelf, dan moet dit zeker ook het geval zijn voor het implementeren van vernieuwingen. Voor de implementatiepraktijk is een lineair fasenmodel dan ook van beperkte betekenis.

---

<sup>21</sup> Dit komt ook tot uiting in het eerste *learning point* van Berwick: not all change is improvement, but all improvement is change; D.M. Berwick *in*: British Medical Journal, 1996; 312: pp. 619-622.

<sup>22</sup> Rogers, p. 106 e.v.

<sup>23</sup> G. Wijnen, M. Weggeman en R. Kor - Verbeteren en vernieuwen van organisaties; essentiële managementtaken; Samson, Alphen a/d Rijn, 1999

<sup>24</sup> Zie [http://www.twynstraguddekennisbank.nl/sf.mcgi?633&cat=397&\\_sfhl=vernieuwen](http://www.twynstraguddekennisbank.nl/sf.mcgi?633&cat=397&_sfhl=vernieuwen).

<sup>25</sup> Rogers (p. 7) citeert F. Mosteller - Innovation and evaluation; *in*: Science, 1981; 211, pp. 881-886. Dit is een klassiek voorbeeld van teleurstellend trage verspreiding van (sommige) innovaties. Overigens duurde het hierna nog tot 1795 voor de British Navy zorgde voor voldoende citrusfruit op lange zeereizen en ging de koopvaardij pas in 1865 volledig om.

<sup>26</sup> Presentatie in blok IX PDO-MC.

<sup>27</sup> Abacus London, 2001 (1999).



### **Innovatiedoorbraken medische diagnostiek en behandeling**

In de door Le Fanu behandelde belangrijke doorbraken zijn vrijwel steeds ten minste twee van de drie innovatiebronnen aan te wijzen. Meestal is aan het begin sprake van een toevallsbevinding (als casuïstisch bericht gepubliceerd<sup>28</sup>). In een vroeg stadium wordt ook vaak een element uit een andere context geleend.<sup>29</sup> Met het vergroten van technologische mogelijkheden doen zich toenemend 'cross-overs' voor tussen deelgebieden.<sup>30</sup> In slechts een van de twaalf cases staat systematisch speurwerk voorop.<sup>31</sup> In bijna alle andere gevallen heeft het wel een plaats later in het proces dat tot de innovatie leidt.

Andere factoren die een beslissende rol hebben gespeeld bij medische doorbraken zijn: bijzondere (oorlogs)omstandigheden/externe bedreiging en het voorhanden zijn van een kritische massa.<sup>32</sup> Opvallend is dat in meerdere cases wordt teruggegrepen op soms decennia eerder gepubliceerde noties<sup>33</sup> die in een andere context van waarde blijken te zijn.

### **2.4. Verspreiding van innovaties - diffusiemodel van Rogers**

Everett M. Rogers publiceerde in 1962 de eerste editie van zijn boek *Diffusion of innovations*; de nieuwste editie is van 2003. De kern van zijn werk bestaat uit:

- de verschillende fasen van het proces van *adoption of innovations*,
- kenmerken van innovaties die hierbij vooral een rol spelen en
- de rol van verschillende actoren in netwerken rond vernieuwingen.

Daarnaast behandelt hij de geschiedenis van onderzoek naar verspreiding van innovaties, kritiek op de methoden en consequenties van innovaties. In vele kaders wordt ingegaan op zeer uiteenlopende cases, variërend van landbouwhervormingen in Ohio<sup>34</sup> tot HIV-preventiecampagnes gericht op seksuele gedragsverandering.

In de Angelsaksische en Nederlandse literatuur over implementatie van innovaties wordt de theorie van Rogers veelvuldig aangehaald. In het vervolg van dit hoofdstuk zal ik zijn werk kort samenvatten en me hierbij richten op eerder genoemde drie kernelementen.

---

<sup>28</sup> Een actueel voorbeeld: het dit jaar met de Nobelprijs voor geneeskunde bekroonde onderzoek naar de oorzaak van maagzweren door de bacterie *Helicobacter Pylori* gaat onder meer terug op een vroege gevalsbeschrijving waarin een nog niet precies geïdentificeerde bacterie als mogelijke oorzaak wordt aangewezen door Prof. Tijtgat (AMC); Le Fanu (2001), pp. 177-186.

<sup>29</sup> Voorbeeld: een in Duitsland voor de textielindustrie ontwikkelde slijtvaste kunststof (HMWP) wordt als proef aangewend om teflon te vervangen in implantaten van kunstheupen; deze moesten na vier jaar worden vervangen, bovendien deden zich vaak ontstekingsreacties voor - het nieuwe middel bleek deze bezwaren niet te hebben; Le Fanu (2001), pp. 104-113.

<sup>30</sup> Een nog experimentele methode uit de anesthesiologie, kunstmatige beademing, werd ingezet toen zich in Kopenhagen een massale polio epidemie voordeed onder kinderen; goede resultaten hiermee luiden het begin in van de intensive care afdeling; Le Fanu (2001), pp. 72-81.

<sup>31</sup> In het onderzoek naar preventie van hersenbloedingen en hartinfarcten is doelbewust gewerkt aan een middel dat bloedvaten doet verwijden: de zgn.  $\beta$ -blokker propranolol; Le Fanu (2001), pp. 128-137.

<sup>32</sup> Amerikaans onderzoek naar het hormoon cortison (een ontstekingsremmer) kreeg een krachtige impuls van het spionagebericht dat Nazi-Duitsland op grote schaal Argentijns vee had opgekocht om bijnierschors te verwerken tot adrenaline voor piloten die zo hoger konden (durfden) vliegen. Aan het einde van WO II slaagde de directeur van de US Chemical Warfare Service, dr. Rhoads, erin zijn onderzoeksgroep (meer dan 100 laboratoria) grotendeels bij elkaar te houden door de filantropen Sloan en Kettering te interesseren om te investeren in de bestrijding van kanker; Le Fanu (2001), pp. 21-22, pp. 144-145.

<sup>33</sup> In het artikel waarin Edwards zijn methode van reageerbuisbevruchting uit de doeken doet, noemt hij niet Pincus die 25 jaar daarvoor het principe al had beschreven; Le Fanu (2001), p. 162.

<sup>34</sup> Invoering van nieuwe landbouwmethoden is het eerste onderwerp voor grootschalig diffusieonderzoek in de USA.



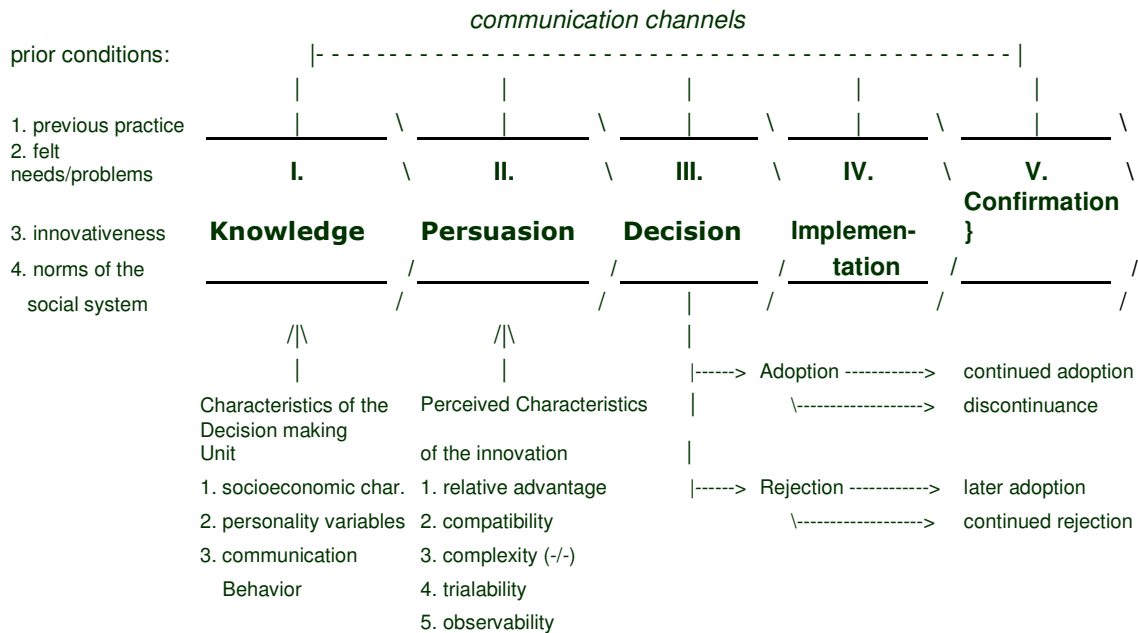
## 2.5. Fasen in het proces van beslissingen rond innovatie

Rogers onderscheidt vijf fasen. Deze worden niet in alle gevallen lineair doorlopen en ook als in de derde fase is besloten de innovatie over te nemen ('adoption'<sup>35</sup>) en tot implementatie over te gaan, kan later besloten worden hiervan alsnog af te zien ('discontinuance'); aanvankelijke verwerping kan verkeren in 'later adoption'.

Over de fasering van Rogers als *sociaal construct* bestaat min of meer consensus in de innovatieliteratuur. Er zijn grote overeenkomsten met de fasen die, bijvoorbeeld, in de behandeling van verslaving worden gebruikt. Prochaska e.a. hanteren alleen andere termen: *precontemplation – contemplation – preparation – action – maintenance*.<sup>36</sup> In de eerste fase zijn de 'prior conditions' van belang - deze bepalen samen hoe receptief een systeem is voor signalen van vernieuwing. Bij de vraag of ervaren problemen/noodzaak/behoefte aansluiten bij wat de innovatie kan bieden, zijn *selectieve 'blootstelling'* (exposure) en *selectieve waarneming* van belang.

De kennis over een innovatie onderscheidt Rogers<sup>37</sup> in: *bewustheid, how-to knowledge* en *kennis van de principes van de werking*. De rol van *change-agents* richt zich op het tweede element ('how-to'), op bewustheid hebben mensen van binnen het systeem meer invloed.<sup>38</sup> Deze invloed is gerelateerd aan zaken als: hogere sociaal-economische status, onderwijs en externe communicatie ('cosmopolitaness'). Dit wil overigens niet zeggen dat 'early knowers' ook altijd 'early adopters' zijn.

fig. 5-1. a Model of Five Stages in the Innovation-Decision Process (Rogers, 2003, p. 170)



In de *persuasion* fase wordt een positieve of negatieve houding ten opzichte van de innovatie bepaald. De eerste drie kenmerken: relatieve voordelen, of het past in de (culturele) context en geringe complexiteit scoren hier vooral.

<sup>35</sup> Adoption laat zich vertalen als: overnemen, aannemen of volgen.

<sup>36</sup> J.O. Prochaska, C.DiClemente, J.C. Norcross – In search of how people change: applications to addictive behaviors; *in*: American Psychologist 47(9), pp. 1102-1114.

<sup>37</sup> Rogers (2003), p. 173

<sup>38</sup> Bekend als hierarchy-of-effects van W. McGuire; geciteerd door Rogers (2003), pp. 198-199.

Een positieve houding wil niet beslist zeggen dat een vernieuwing wordt overgenomen. Vooral zgn. *preventieve* innovaties kennen vaak wat wordt betiteld als "KAP-gap" - het verschil tussen Knowledge, Attitude en Practice. Weten dat je gezonder moet leven, dat ook vinden, maar ja... Dan is vaak een *cue-to-action* nodig, zoals een ervaring in de directe persoonlijke omgeving die leidt tot gedragsverandering.

De (vijf) kenmerken van een innovatie die in de meningsvorming van belang zijn, zijn niet sterk verbonden met het type innovatie - zie de volgende paragraaf. De laatste twee kenmerken zijn van belang in de *decision* fase: zelf kunnen uitproberen verhoogt de kans op invoering en iets in de praktijk zien is een goed substituut hiervoor.

*Implementatie* houdt voor het eerste echte verandering van gedrag in.<sup>39</sup> Het is nog iets anders te besluiten bijvoorbeeld anders te gaan werken dan het daadwerkelijk te doen. Om de nog resterende *onzekerheid* te verminderen wordt in deze fase actief informatie verzameld. Implementatie in een organisatie is -vanzelfsprekend- meer complex dan wanneer de 'DMU'<sup>40</sup> samenvalt met het individu dat er feitelijk mee gaat werken.

In de laatste fase, *confirmation*, staat het streven centraal om *dissonantie* te vermijden of als het optreedt deze te verminderen. Dit gebeurt ook in de andere fasen: informatie vergaren over wat een innovatie kan doen voor een ervaren nood/behoefte (**I, II**); door het "KAP-gap" te dichten = overnemen vernieuwing (**III, IV**); of door op basis van meer informatie juist af te zien van de innovatie waartoe men al had besloten. Het niet doorgaan met een vernieuwing komt in verschillende vormen voor: *vervanging* door iets *nieuwers* en *stoppen* uit *ontevredenheid* over de prestaties.

## 2.6. Kenmerken van -geslaagde- vernieuwingen

De in het schema op de vorige pagina vermelde vijf kenmerken spelen dus een rol in de fase van meningsvorming en overtuiging (1 t/m 3), respectievelijk in de fase dat een besluit wordt genomen (4 & 5).

Het *relatieve voordeel* van een nieuw idee of praktijk kan inhouden: economische winst, tijdsbesparing, vermindering van ongemak, sociaal prestige en directe beloning<sup>41</sup>; dit laatste gaat niet op bij *preventieve* vernieuwingen waar het voordeel mogelijk pas op lange termijn of helemaal niet blijkt, wat goeddeels de moeizame verspreiding verklaart. Als incentives<sup>42</sup> worden ingezet om vernieuwingen door te voeren, moeten deze goed aansluiten bij de dominante waarden die bepalen welke kenmerken worden gezien als mogelijk voordelig. Incentives kunnen de *kwaliteit* van de beslissing een vernieuwing over te nemen negatief beïnvloeden. Dit kan van belang zijn als sprake is van een *technology cluster*: een (beoogd: synergetisch) pakket vernieuwingen die met elkaar in verband worden gezien, voortbouwend op de eerste stap.

*Compatibiliteit* is de mate waarin een innovatie wordt gezien als in overeenstemming met bestaande waarden, eerdere ervaringen en noden/behoeften van de potentiële doelgroep. Het kader op de volgende bladzijde geeft een voorbeeld hoe een uit het verleden zeer belaste medische technologie ondanks krachtige innovatie zodanig weerstand blijft oproepen dat implementatie (op dat moment) niet mogelijk is. Doorvoeren van een vernieuwing die ingaat tegen culturele waarden, niet bij eerdere ervaringen aansluit en waaraan geen behoefte wordt ervaren: een ondanbare klus. Maar soms maakt een over het hoofd gezien detail<sup>43</sup> iets al onbegonnen werk. Voor het beoordelen en betekenis geven aan nieuwe ideeën beschikken (groepen) individuen vooral over hun oude ideeën als 'mental tool'.

<sup>39</sup> Idem, p. 179.

<sup>40</sup> Decision-Making Unit.

<sup>41</sup> Rogers (2003), p. 233.

<sup>42</sup> Rogers onderscheidt incentives gericht op *diffusers* vs. *adopters*, individu/systeem, positief/negatief, geld/andere vorm, direct of gekoppeld aan een resultaat in de toekomst; Rogers, p. 237.

<sup>43</sup> Rogers geeft het voorbeeld van de ongelukkige benaming van een nieuwe type auto: nova; in spaanstalige gebieden geassocieerd met dat deze niet in beweging te krijgen is (no va); p. 251.

### Humane vorm van ECT - (her)invoeren?

Electroconvulsie therapie (ECT), beter bekend als elektroshock therapie, werd vanuit de antipsychiatriebeweging (jaren '60-'70) sterk bestreden. De kritiek kreeg een veel groter bereik door de verfilmde versie van *One flew over the cuckoo's nest* met Jack Nicholson in een overtuigende rol als psychiatrisch patiënt die in opstand komt tegen *het systeem*. ECT maakte later in de jaren '80 een krachtige comeback als 're-invention': behandeling vindt nu onder verdoving plaats bewaakt door een anesthesioloog, de doelgroep is strakker afgebakend door scherpere indicatiestelling. In 1990 is ECT in alle regio's in Nederland weer heringevoerd, behalve in Amsterdam. De antipsychiatriebeweging verzet zich hier effectief tegen het plan van de GGZ-instellingen één kliniek aan te wijzen om deze functie voor de regio te vervullen. Geïndiceerde patiënten moeten worden verwezen naar elders.<sup>44</sup>

Of een nieuw idee of technologie *complex* is maakt voor een kleine groep 'innovators' niet uit, kan zelfs een voordeel zijn, maar voor de verdere verspreiding is het zonder meer een nadeel.

In de *decision fase* kunnen het zelf uitproberen ('*trialability*') en –als substituut hiervoor– het waarnemen hoe een ander dit doet ('*observability*') van belang zijn voor de vraag of een vernieuwing wordt overgenomen. Dan speelt *tastbaarheid* een flinke rol.<sup>45</sup>

Kenmerkend voor veel vernieuwingen is wat Rogers noemt 're-invention': de mate waarin een innovatie door een gebruiker wordt veranderd of aangepast tijdens de implementatie.<sup>46</sup> Hiervoor is eerst aandacht gekomen toen diffusieonderzoek zich ging bezig houden met de implementatiefase. Doordat re-invention mogelijke nadelen van een innovatie uitzuivert en een gevoel van 'invented here' vestigt, kan het leiden tot het sneller overnemen van vernieuwingen en grotere houdbaarheid hiervan. Dit gegeven is bijvoorbeeld van belang bij het introduceren van professionele richtlijnen.

## 2.7. Netwerken rond innovaties - rol van verschillende actoren

Misschien wel het bekendste idee van Rogers is dat er bij een geslaagde innovatie een vaste verdeling is naar de mate waarin individuen warmlopen voor een vernieuwing. Op grond van eenvoudige statistische begrippen: mediaan en standaarddeviatie, aan de voorzijde aangevuld met 2x standaarddeviatie, onderscheidt hij vijf groepen: *innovators*, *early adopters*, *early majority*, *late majority* en *laggards*.<sup>47</sup> Kenmerken van de vijf groepen zijn:

- innovators : avontuurlijk, goed opgeleid, risico's nemend, voldoende vermogen
- early adopters : opinieleider, rolmodel, triggert kritische massa, verkleint onzekerheid
- early majority : weloverwogen, sterk verbonden in sociaal netwerk, geen opinieleider
- late majority : sceptisch, voorzichtig, lagere status, systeem dwingt ze te innoveren
- laggards : referentie: verleden, buiten sociaal netwerk, moet absoluut zeker zijn

Rogers stelt, in discussie met andere onderzoekers, dat in het innovatiecontinuüm geen uitgesproken breukvlakken zitten, 'no chasms'.

Het aantal individuen dat een vernieuwing overneemt afgezet tegen de tijd vertoont een *bell-shaped curve* ('Gauss-kromme'), cumulatief resulteert dit in een S-vormige lijn: licht vals-plat, daarna stijl oplopend en weer afvallend naar horizontaal.

<sup>44</sup> Ontleend aan eigen praktijk als vertegenwoordiger AMC in de Amsterdamse GGZ koepel ± 1990.

<sup>45</sup> Vergelijk de aflevering van het geschiedenisprogramma 'Andere Tijden' over introductie van de Citroën DS in Nederland najaar 1955; het Polygoonjournaal was niet genoeg, men moest haar zien.

<sup>46</sup> Rogers (2003), pp. 180 e.v.

<sup>47</sup> Rogers komt uit ergernis over de diverse gebruikte terminologieën (high-triers, lighthouses, drones, parochials etc.) tot deze standaardisatie die op ruime schaal ingang heeft gevonden; kennelijk voldeed zijn aanpak aan de criteria voor het invoeren van een geslaagde innovatie.

Deze patronen houden op individueel niveau verband met *drempelwaarde*: iemand moet over een bepaalde hoeveelheid onzekerheid heen komen alvorens een vernieuwing over te nemen, wat zich op het niveau van een systeem vertaalt in het begrip *kritische massa*. Aan het patroon dat het 'systeem' en individueel gedrag met elkaar verbindt liggen sociaal-psychologische verschijnselen ten grondslag als *pluralistic ignorance* ('we weten pas dat iemand uit de straat verhuist als zijn huis te koop staat'), *logica van collectieve actie* ('individueel welbegrepen eigenbelang leidt niet automatisch tot collectief beste uitkomst, ook als men rationeel weet hoe de relatie ligt') en economische regels van *network externalities* ('pas als jij telefoon hebt kan ik de mijne benutten om je bellen').

Actoren die een rol spelen zijn *change agents* – zij maken geen deel uit van het systeem waar de innovatie moet worden ingevoerd – en *opinion leaders*. Voor deze laatste rol komen *early adopters* het meest in aanmerking, zowel gelet op hun sociaal-economische kenmerken, persoonlijkheid als communicatief gedrag. *Innovators* zijn wel als het ware de poortwachters van nieuwe ideeën, maar in het sociaal systeem teveel vreemdeling.

Wellicht niet verrassend is de paradox van innovatiegerichtheid en noodzaak of behoefte: de laatsten die een vernieuwing invoeren zijn degenen die er het meeste baat bij zouden hebben. Naast economische beperkingen is ook een factor dat kennis en bewustheid hier vaak later doordringen; dit effect kan beperkt worden door doelgroepsegmentatie in de keuze van media en boodschappen die bij deze doelgroep aansluiten.<sup>48</sup>

## 2.8. Implementatie van innovaties in organisaties

Het beslissingsproces rond innovaties in organisaties is ingewikkelder dan dat van een individu. Immers doelen, structuur, regels, rollen en informele patronen van de organisatie en verschillen in perceptie hiervan spelen tegelijk. Men kan iets evengoed zien als weerstand uit een organisatie tegen vernieuwing, als deze gebruiken om te toetsen of een bepaalde innovatie wel aansluit bij het probleem van de organisatie.<sup>49</sup> Innovatiebeslissingen in een organisatie raken meer dan alleen een individu (*optional innovation-decision*) en doen zich in de volgende vormen voor:

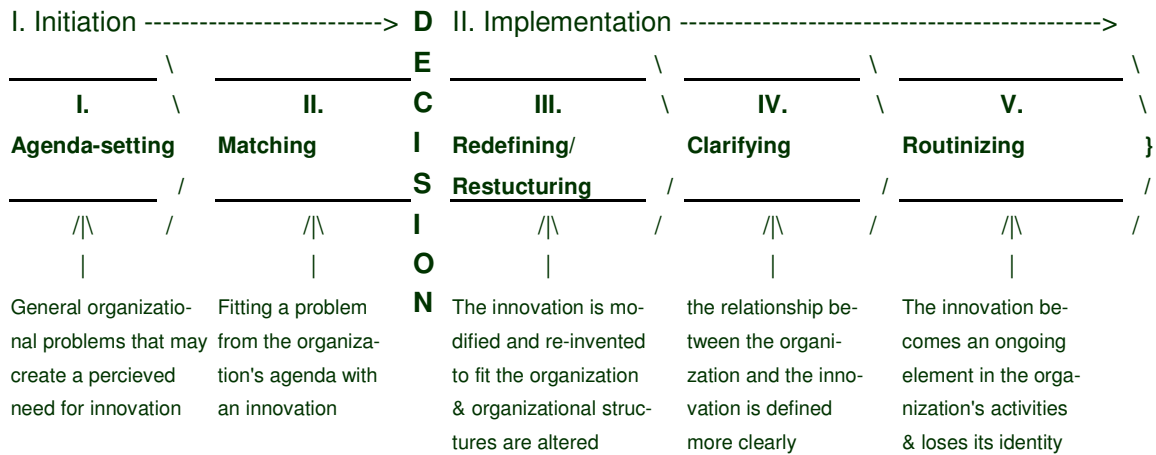
- *collectieve beslissing*, door bijv. de gemeenteraad
- *machtsbeslissing*, door bijv. de leiding van het bedrijf
- *contingente beslissing*, bijv. het besluit een MRI opname aan te vragen, op voorwaarde dat eerst besloten is een MRI apparaat aan te schaffen.

<b>Determinanten van openstaan voor innovaties</b> samenvatting Taylor/McAdam (zie noot 53)	
<i>Omvang &amp; structuur</i> <i>Klimaat (cultuur)</i> <i>Professionaliteit</i>	Bij voorkeur groot, complex, gespecialiseerd en functioneel georganiseerd, decentrale opzet, weinig standaardisatie; organisch systeem meer dan mechanistisch systeem; individueel en op niveau van de organisatie: belang van leren
<i>Medewerkers</i>	Mensgerichtheid, mogelijkheden voor participatie, weloverwogen management stijl
<i>Management stijl</i>	Vermogen de waarde van nieuwe informatie te herkennen in de context van eerder verworven verwante kennis
<i>Hogere leiding</i>	o.a. homogene achtergrond MT, werkervaringen, i.h.b. met technologische initiatieven, vermogen R&D uit te voeren en dominantie van de CEO

<sup>48</sup> Bijvoorbeeld cholesterolmeting bij de supermarkt.

<sup>49</sup> A.H. v.d. Ven & E.M. Rogers – Innovations and Organizations: critical perspectives; in: Communication Research 15(5), pp. 632-651; geciteerd in Rogers (2003), p. 418.

**Figure 10-3. Five stages in the Innovation Process in Organizations<sup>50</sup>**

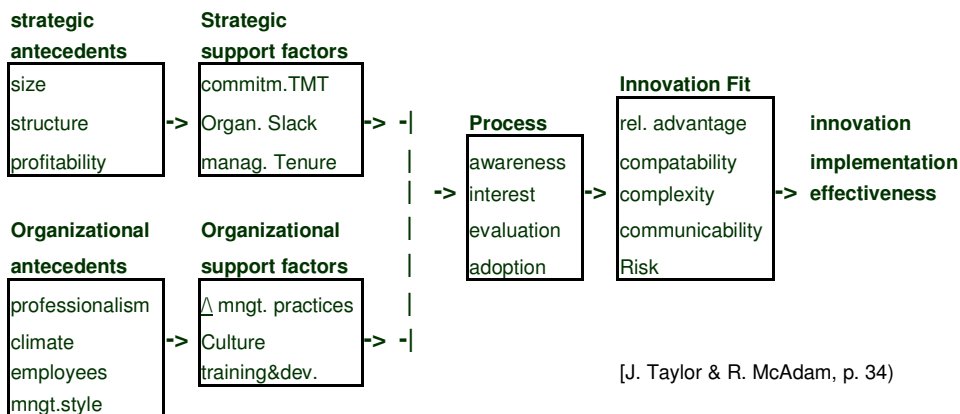


De innovatiegerichtheid is volgens Rogers positief gerelateerd aan de kenmerken: positieve houding topleiding, omvang en complexiteit organisatie, externe en interne verbindingen en beschikbare middelen. Een negatief verband bestaat met: centralisatie en formalisatie.<sup>51</sup> Onderstaand schema toont de resultaten van een meta-analyse van Taylor & McAdam<sup>52</sup> over 27 studies naar het openstaan van organisaties voor innovatie. Deze bevestigen het beeld van Rogers en differentiëren bepalende variabelen nader.

Het model waarlangs een innovatieproces zich in organisaties voltrekt vertoont veel overeenkomsten met het al weergegeven algemene model; de verschillen zijn:

- De beslissing wordt voorgesteld als een apart moment tussen fase 2 en 3 en vormt daarmee de scheiding tussen initiatie en implementatie;
- De *implementatiefase* wordt hier onderscheiden in (a) wederzijdse aanpassing van innovatie (door re-invention) en organisatie (**III**) en (b) praktisch inregelen (**IV**).

Taylor & McAdam vatten de *effectiviteit* van de implementatie van innovaties in het volgende raamwerk samen.



<sup>50</sup> Rogers (2003), p. 421.

<sup>51</sup> Rogers (2003), pp. 407-414.

<sup>52</sup> J. Taylor & R. McAdam – Innovation adoption and implementation in organizations: a review and critique; *in*: Journal of General Management, vol. 30 No. I Autumn 2004, pp. 17-38.

Taylor & McAdam stellen dat over innovatie van *product of technologie* het meest is gepubliceerd; deze innovaties zijn in het algemeen minder complex dan *procesinnovatie of innovatie van besturing (administrative innovation)*.

Voor zorgvernieuwing zijn in beginsel alle onderscheiden vormen van belang.

Berwick<sup>53</sup> benadrukt de support factors en verklaart het slagen van innovaties uit het vermogen van organisaties om te variëren met een breder handelingsrepertoire - niet alleen machtsbeslissingen of alles in consensus aanpakken.

### **Samenvatting**

De literatuur behandeld in dit hoofdstuk geeft concrete handvatten bij (implementatie van) vernieuwingen en relateert m.i. het belang van *echte* innovaties. Een belangrijke notie is het begrip re-invention - zo kan een beproefd concept met een kleine aanpassing aan lokale omstandigheden een vernieuwing dragen, wat voordelen biedt voor de acceptatie en zo bijdraagt aan het succes van de vernieuwing.

De theorie van Rogers maakt duidelijk dat de verspreiding van vernieuwingen beantwoordt aan betrekkelijk constante patronen, uitgedrukt in omstandigheden (of 'antecedenten'), fasen in het proces, kenmerken van innovaties en rollen van verschillende actoren. In hoofdstuk 4 komt aan de orde hoe deze inzichten in de implementatiepraktijk in de Nederlandse gezondheidszorg worden toegepast.

---

<sup>53</sup> Donald M. Berwick – Disseminating Innovations in Health Care; *in* JAMA, apr. 16, 2003; vol. 289, no. 15, p. 1973.

### Hoofdstuk 3 - De context van de zorgvernieuwing in Nederland

De stelling dat de gezondheidszorg de meest complexe maatschappelijke sector is (Keuzenkamp, zie verderop in dit hoofdstuk) heeft als consequentie dat de lezer dit hoofdstuk te lang vindt of als incompleet ervaart, maar waarschijnlijk beide. Een korte leeswijzer vooraf: het begint met twee auteurs die in heel algemene termen iets zeggen over de moderne medische wereld (3.1). Daarop volgt (3.2) een uitwerking van een van de vier kernelementen van organisatie en vernieuwing van zorg: bekostiging. Taaie materie, krachtig gecondenseerd opgediend. Voor het hoofdonderwerp is het meest van belang, dat voor het eerst midden jaren '90 ruimte is geschapen om zorgvernieuwing apart te bekostigen, zodat instellingen in het vervolg op hun prestaties op dit terrein konden worden beoordeeld. Hierna wijd ik in deze paragraaf uit over marktwerking - een discussie waaraan ook de bekende Porter een bijdrage levert. In de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg speelt de medisch-technologische ontwikkeling een grote rol. Paragraaf 3.3 is gewijd aan de mechanismen die hier onder liggen en verklaart waarom in afwijking van het normale beeld innovatie in de gezondheidszorg niet of nauwelijks bijdraagt aan minder kosten en hoger rendement. In het laatste deel (3.4) komt een groot aantal thema's aan de orde die alle een relatie hebben met zorgvernieuwing; als deze ontwikkelingen en trends op de laatste bladzijde nog eens op een tijdas onder elkaar worden gezet valt de grote onderlinge diversiteit op. Grove noemers om de ontwikkelingen samen te nemen zijn achtereenvolgens:

- . onvrede met het functioneren van het stelsel van gezondheidszorg
- . cliëntenparticipatie
- . transparantie in kosten en baten van gezondheidszorg en
- . management van kwaliteit en management van professionaliteit.

De verkenning van de context geeft achtergrondinformatie bij de laatste twee hoofdstukken.

#### 3.1. Inleiding

Ook aan de moderne geneeskunde is een 'rise and fall of....' gewijd en wel door de Britse wetenschapsjournalist James Le Fanu.<sup>54</sup> Zijn betoog komt er op neer, dat de moderne geneeskunde een snelle ontwikkeling doormaakt rond het midden van de 20<sup>e</sup> eeuw. Eind jaren '70 begint de *revolutie* te stagneren. Dan zijn er de eerste uitingen dat een einde komt aan het optimisme over de mogelijkheden van de moderne geneeskunde. Drie kernelementen raken in deze periode min of meer tegelijkertijd in crisis:

- Er is een tanende belangstelling voor *klinisch wetenschappelijk onderzoek*; jonge artsen kiezen voor de patiëntenzorg en vestigen zich na registratie direct als specialist; de klinisch onderzoeker wordt een 'endangered species'.<sup>55</sup>
- De farmaceutische industrie kent steeds langere *ontwikkeltijden* voor nieuwe geneesmiddelen en daardoor steeds hogere *kosten*.<sup>56</sup> Er komen strakkere veiligheidsvoorschriften naar aanleiding van geruchtmakende affaires (softenon, DES). Een eerste concentratiegolf doet zich voor. Met het uitblijven van 'grote doorbraken' bij de levensbedreigende aandoeningen verschuift de aandacht naar lucratiever 'lifestyle' middelen. 'Orphan drugs'<sup>57</sup> krijgen het steeds moeilijker.
- Ook bij andere medisch technologische innovatie gaat de snelheid verloren. Oorzaken liggen vooral in *controle* over en *gebruik* van de technologieën: overdiagnostiek<sup>58</sup>,

<sup>54</sup> James Le Fanu - The rise and fall of modern medicine; Abacus, London, 2001 (1999).

<sup>55</sup> Le Fanu adstrueert met een analyse van de inhoud van medisch-wetenschappelijke tijdschriften dat 'clinical science' in de jaren '70-'80 in de marge terecht komt.

<sup>56</sup> De gemiddelde ontwikkeltijd van een nieuw geneesmiddel was in 1978 ca. 10 jaar; ontwikkelkosten liepen op van \$ 5 Mln. (1960) tot \$ 25 Mln (midden jaren '70) tot \$ 150 Mln. (jaren '90); Le Fanu, p. 247.

<sup>57</sup> Hiermee wordt bedoeld op geneesmiddelen voor kleine groepen patiënten met zeldzame ziekten.



overschatting van de mogelijkheden van technologie in de klinische context<sup>59</sup> en een sterker ethisch bewustzijn over de consequenties: 'moet/mag alles dat kan?'. Een begeleidend verschijnsel, met name in de Angelsaksische landen, is sterke *juridificering* vooral rond bepaalde specialismen zoals verloskunde/gynaecologie en radiologie.<sup>60</sup>

Le Fanu meent dat de geneeskunde als wetenschappelijke, intellectuele discipline slechts nieuwe legitimering kan verwerven door opnieuw *oorzaken* van ziekten centraal te stellen, bijvoorbeeld door nieuwe genetische technieken. Hij bekritiseert de medische professie die onvoldoende zelfcontrole zou uitoefenen en zo blijkt geeft van *intellectuele en emotionele onvolwassenheid*.

Deze kritiek raakt aan wat De Swaan historisch nu juist de kracht noemt van de medische professie: een strategie van *terughoudend imperialisme*.<sup>61</sup> Artsen hebben een legitimeringprobleem als zij op gebieden komen waar professionele eensgezindheid ontbreekt. Dan moet het algemeen beleid van de professie (opnieuw) geformuleerd worden, met deskundigheid als –enige– rechtvaardigingsgrond. De Swaan noemt dit de 'competentie van de medische professie in de bepaling van de grenzen van hun eigen competentie'. Het prestige van medische professionals is dan ook gerelateerd aan de mate waarin zij erin slagen buiten *medische conflictoplossing* te blijven<sup>62</sup>.

Deze beschouwingen zijn wel erg algemeen en de relatie met zorgvernieuwing is vooralsnog vaag. In paragraaf 3.4. zal een poging gedaan worden de algemene thema's van Le Fanu en De Swaan te concretiseren aan de hand van ontwikkelingen en trends in de Nederlandse gezondheidszorg en hun belang voor de vernieuwing van zorg aantonen. Eerst ga ik nu in op een wat aardser onderwerp: de relatie tussen het bekostigingsstelsel en zorgvernieuwing.

### 3.2. Bekostigingsstelsel en zorgvernieuwing

Bekostiging is in hoofdstuk 1 benoemd als een van de vier bepalende kernelementen van vernieuwing van zorg. In deze paragraaf zal ik alleen de bekostiging van de curatieve, 2<sup>e</sup> lijns gezondheidszorg beschrijven en iets zeggen over huisartsenzorg. Vooraf een opmerking over budgettering van zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraars zijn vanaf 1991 gebudgetteerd. Zij hebben er dus belang bij de kosten voor het contracteren van zorg te beheersen. Tegelijk moeten zij voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden. Voor een groot gedeelte kunnen zij dit doen ten laste van de 'centrale kas'<sup>63</sup> - afspraken over zorgvernieuwing maken zij echter voor eigen rekening. Verwacht wordt dat de nieuwe Zorgverzekeringwet ertoe zal leiden dat regionaal gevestigde zorgverzekeraars minder gericht zullen zijn op het afdwingen van zorgverbetering en vernieuwing in hun regio. Zij kunnen immers liftersgedrag van andere verzekeraars niet effectief tegengaan.<sup>64</sup>

---

<sup>58</sup> the more tests that doctors can do, the less 'scientific' (i.e. generating reliable knowledge) medicine becomes, zo citeert Le Fanu Peter Madawar, Nobelprijswinnaar voor bijdragen op het gebied van transplantatie (p. 253).

<sup>59</sup> Ook wel eufemistisch omschreven als potentieel ineffectieve zorg (PIC).

<sup>60</sup> Gynaecologen met slechts 2,5% van de artsen in G.B. zijn goed voor 30% van claims.

<sup>61</sup> A. de Swaan – *Zorg en de Staat*; Amsterdam, 1989, p. 243 e.v.; deze strategie heeft geleid tot een *medisch regime* dat berust op *staatsbescherming* en een hoge *professionele status* die het mogelijk maakt beroepsidealen te verwezenlijken en die tot uitdrukking komt in 'definitions-macht' en toewijzingsmacht.

<sup>62</sup> Medisch specialisten slagen hier in het algemeen beter in dan huisartsen, die op hun beurt nog een hoger prestige in stand weten te houden dan bedrijfs- en verzekeringsartsen.

<sup>63</sup> verevening tussen zorgverzekeraars op basis van verdeling risico's in verzekerdenbestanden.

<sup>64</sup> L.J.M. de Heij – *Zorgverzekeringwet kan tot minder zorgverbetering leiden*; in: ESB, 9-7-2005, pp. 320-321; de Zorgverzekeringwet voorziet niet in middelen om dit 'klassieke probleem van positieve externe effecten' effectief op te lossen.



De bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialisten<sup>65</sup> in grote stappen:

Voor 1983	Verrichtingenstelsel; 'verrichtingenboek' + tarieven bepaalt budget ziekenhuis en specialisten; verschillen omzet/fte afhankelijk van hoe verrichtingenintensief een specialisme is – bron van innovatie & kostenstijging, eigen planning van opleiding aantal specialisten leidt tot enige beperking van de groei
1983-1988	Historische budgettering: budget t = budget t-1 + inflatie; als kostenbeheersing effectief ('macro'), impuls aan interne budgettering, weinig aandacht voor substitutie; bevroren specialistenplaatsen en 'varkenscyclus' verpleegkundigen
v.a. 1988	Functionele Budgettering: vaste kosten+capaciteiten+beschikbaarheidskosten <sup>66</sup> + productie (FB); substitutie komt op gang (opname -> dagbehandeling), kan groei vraag niet bijhouden → wachtlijsten & 'grijze productieafspraken'; groeiend verschil tussen specialismen (werklast & inkomen) roept kritiek op
1995-2001	In FB-stelsel inbouwen dynamiserende elementen: regionale lumpsumafpraak specialistenhonorarium (zorgverzekeraar kan inspelen op groei zorgvraag), afnemend belang capaciteiten (bedden) en groter belang medische productie & margeregeling voor zorgvernieuwing (2 tot 5% van budget) <sup>67</sup> ; v.a. '99 extra middelen om wachtlijsten te verkorten
v.a. 2005	Vooralsnog 10% medische productie volgens onderhandelbare prijzen (DBC)

Sinds de budgettering is via centrale budgetten gestuurd op het beheersen van de invoering van nieuwe vormen van medische diagnostiek en behandeling. Op deze 'ontwikkelingsgeneeskunde' ga ik in de volgende paragraaf nog in.

Substitutie in het ziekenhuis, denk aan het voorbeeld waar hoofdstuk 1 mee opent, heeft effecten voor andere sectoren, zoals huisartsen en thuiszorg. De stelling 'geld volgt de zorg' gaat daarbij vaak niet op. Al lang wordt gesleuteld aan de formule voor honorering van huisartsen: omslagbedrag per capita + beschikbaarheid + bijzondere functies.<sup>6869</sup>

*Samenvattend:* uit de ontwikkelingen samengevat in het schema kan geconcludeerd worden dat eerst in de tweede helft van de jaren '90 (onder invloed van hierna nog te behandelen ontwikkelingen) vernieuwing van ziekenhuiszorg een centralere rol is gaan spelen in het beleid en apart bekostigd wordt. De effecten hiervan hadden groter kunnen zijn als ontwikkelingen in de honorering van medisch specialisten en de bekostiging van andere sectoren hiermee zouden sporen en als zorgverzekeraars -beter geëquipeerd- de toegedachte regierol zouden spelen.

<sup>65</sup> Gebaseerd op J.M. Boot, M.H.J.M. Knapen – De Nederlandse gezondheidszorg; BSL, 2005 en T.L.C.M. Groot, G.J. van Helden – Financieel management van non-profitorganisaties; Stenfert Kroese, Groningen, 2003; aangevuld wat betreft de bekostiging van medisch specialisten.

<sup>66</sup> Beschikbaarheidskosten omvat ook landelijk geplande zgn. topklinische functies zoals dotteren en hartoperaties, radiotherapie etc.

<sup>67</sup> Een dergelijke zorgvernieuwingregeling wordt ook ingevoerd in de thuiszorg, maar na enkele jaren weer afgeschaft; dit heeft vooral te maken met de liberalisering en daarop volgende golf van concentraties in de sector verpleging & verzorging; zorgkantoren (zorgverzekeraars die namens de overheid per regio de AWBZ uitvoeren) bleken niet in staat effectief 'countervailing power' te organiseren.

<sup>68</sup> Extra honorering voor huisartsen die volgens toetsbare normen specifieke groepen patiënten (bijv. hartfalen of diabetes) begeleiden; dit volgens de voorstellen van de *andere* commissie Tabaksblat, zie Ben V.M. Crul – Een gezonde spil in de zorg, commissie-Tabaksblat wil huisartsenzorg ingrijpend veranderen; in: MC, 6 april 2001, pp. 536-538

<sup>69</sup> Het is opmerkelijk dat een vernieuwing als *huisartsenposten* voor avond, nacht en weekend diensten in enkele jaren vrijwel overal is ingevoerd; dit laat zich verklaren uit het samenvallen van (a) zorgen over de toegankelijkheid van de acute zorg vooral in de grote steden en druk van de overheid op zorgverzekeraars (b) dreigend tekort aan huisartsen op het platteland door een wisseling van generaties (c) beschikbaar komen van grote aantallen pas opgeleide huisartsen en (d) extra middelen door economische groei eind jaren '90 ('the dutch miracle').

## Geloof in marktwerking in de gezondheidszorg?

Met introductie van *gereguleerde marktwerking* in de gezondheidszorg in de vorm van diagnosebehandelingscombinaties (DBC's) en de nieuwe Zorgverzekeringswet is de sector interessanter geworden uit oogpunt van concurrentie en mededinging.<sup>70</sup>

Leidt 'meer markt' ook tot meer vernieuwing in de zorg?

Keuzenkamp<sup>71</sup> is voorzichtig optimistisch over de stappen richting marktwerking, maar vooral omdat deze z.i. gevolgd moeten worden door verdere liberalisering van het stelsel, immers partiële marktwerking is riskant (het slechtste van twee werelden). Hij verwacht vooral veel van deregulering van het *zorgaanbod* en toetreding van nieuwe partijen.

Onderzoek van SEO<sup>72</sup> concludeert dat 'door een gebrek aan concurrentie ziekenhuizen de motivatie missen om te innoveren'.<sup>73</sup> Een van de voorstellen is om subsidiëring van implementatieonderzoek en bevordering door ZONmw ('vele miljoenen'<sup>74</sup>) te beëindigen en de markt zijn werk te laten doen.

Een ander geluid komt van Michael.E. Porter en Elisabeth Olmsted Teisberg.<sup>75</sup> Het dominant private gezondheidszorgsysteem van de Verenigde Staten kenmerkt zich door hoge kosten en onbevredigende kwaliteit. Vooral de snelheid waarmee vernieuwingen ('best practices') worden doorgevoerd ligt erg laag - innovatie is een probleem in plaats van een cruciale succesfactor. Het *soort concurrentie* is de kern van de problematiek. Er zijn onvoldoende impulsen om zorg te verbeteren en tegelijk kosten te verminderen, keuzevrijheid is sterk beperkt en er wordt veel geld vergooid aan claims.<sup>76</sup>

Porter en Olmsted Teisberg onderscheiden in de kenmerken van 'zero sum competition' acht feiten van het systeem: niveau, doel en vorm van concurrentie zijn niet juist, de geografische markt is te klein<sup>77</sup>, er zijn verkeerde incentives voor *providers*, zowel als voor *payers*, er schort veel aan de soort informatie en onder invloed van het stelsel kiezen zorgaanbieders voor de verkeerde strategieën en structuren ('all-in hospitals'). Interessant is dat de *ingrediënten voor verandering* die de auteurs aanbevelen een mix zijn van klassieke maatregelen om de *markt* beter te laten werken en *wettelijke regulering*. Tot de eerste behoren onder andere: aanpakken van marktconcentraties, verruimen van artsenkeuze, meer inzichtelijke rekeningen en betere informatie.

---

<sup>70</sup> In 2003 bracht de NMa een consultatiedocument uit over de concentratie in de ziekenhuiszorg; na het vaststellen van een visiedocument waarin is bepaald op welke onderdelen toezicht uit te oefenen, zijn inmiddels al vier fusies of overnames getoetst.

<sup>71</sup> H.A. Keuzenkamp – Marktwerking in de zorg; in: ESB 2005, themanr. 10 jaar mededingings- en reguleringsbeleid, pp. 21-23; de auteur is directeur Delta Lloyd, een landelijke zorgverzekeraar.

<sup>72</sup> SEO – Arbeidsproductiviteit en innovatiekracht in de zorg; SEO, Amsterdam, juli 2005, i.o.v. Min. VWS en EZ; vergelijk ook: Interdepartementale Commissie Marktordening (o.l.v. H.A.

Keuzenkamp) – bundeling van adviezen ter verhoging van de arbeidsproductiviteit en innovatiekracht in de zorg van diverse organisaties actief in het veld (= consultancy bureaus); Den Haag, 27 juni 2005.

<sup>73</sup> SEO (2005), p. 44; het rapport is niet altijd overtuigend en wekt sterk de indruk toe te werken naar vooraf al getrokken conclusies; storend is het gebruik van citaten uit interviews waarin ervaren belemmeringen voor vernieuwing worden gekoppeld aan eendimensionale oplossingen; rondt eenzijdig is de aanname dat innovatie als vanzelf leidt tot kostenverlaging - zie verder in dit hoofdstuk de passage over dynamiek van medisch-technologische ontwikkelingen.

<sup>74</sup> SEO (2005), p. 44.

<sup>75</sup> Michael E. Porter, Elisabeth Olmsted Teisberg – Redefining Competition in Health Care; in: HBR, june 2004, pp. 65-76.

<sup>76</sup> Ironically, while technology has made knowledge diffusion faster and easier than ever before, the social and economic structures of the health care sector work against the rapid dissemination of learning; Porter, Olmsted Teisberg, p. 73

<sup>77</sup> Dit punt wordt ondersteund door Amerikaans onderzoek waaruit blijkt dat voor behoorlijke concurrentie in planbare ziekenhuiszorg van tenminste 3 zorgaanbieders een regio nodig is van ca. 1,2 miljoen inwoners (J. Balint, W. Shelton – Regaining the initiative, forging a new model of the patient-physician relationship; in: JAMA, march 20, 1996; vol. 275, no. 11; pp. 887-891). Volgens Porter en Olmsted Teisberg is de competitie nu te zeer lokaal.

Wettelijke regelingen achten zij nodig voor: uniforme prijzen, acceptatieplicht, wettelijk minimumpakket, verzamelen en verspreiden van vergelijkingsinformatie over behandelingen en indicatoren m.b.t. prestaties vanafzonderlijke zorgaanbieders.<sup>78</sup> In Amerikaanse verhoudingen is het meest vergaande voorstel om alle inwoners onder de zorgverzekering te brengen.

De conclusie moet zijn dat in 'de meest complexe sector van de economie'<sup>79</sup> *meer markt* zeker niet vanzelf leidt tot meer innovatie in de zorg, althans: in de gewenste richting.

### 3.3. Dynamiek van medisch-technologische ontwikkeling

De helft van de kostenstijging in de gezondheidszorg zou toegeschreven moeten worden aan de factor technologische vernieuwing.<sup>80</sup> Drijft het 'technologisch imperatief' de kosten van de medische zorg op door beslissingen van artsen om alles te gebruiken wat voorhanden is? Het is wat ingewikkelder, zo stellen Gelijns en Rosenberg<sup>81</sup>: tussen medisch-technologische vernieuwingen en kosten van de gezondheidszorg bestaat geen directe causale relatie.

Zij verwerpen het *lineaire model* van de medische innovatie als verklaring van de onderliggende dynamiek van de innovatie: (1) veel technologieën komen niet voort uit biomedisch onderzoek, maar door transfer uit andere gebieden<sup>82</sup>; (2) weinig technologie is meteen volledig geschikt - het algemeen beeld is: een doorbraak, in confrontatie met de praktijk gevolgd door series op verbetering gerichte modificaties; deze kunnen zowel werkzaamheid, veiligheid, als verlaging van kosten als doel hebben.

Basale research	→ toegepaste research	→ gerichte ontwikkeling	→ produceren & marketing	→ verspreiding als technologie	→ gebruik technologie
--------------------	--------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------

Lineair model van medische innovatie; Gelijns/Rosenberg, p. 30

Gelijns/Rosenberg onderscheiden drie mechanismen die de dynamiek en ontwikkeling van de kosten bepalen:

- intensiteit van gebruik*; hierbij speelt professionele onzekerheid een rol<sup>83</sup>, maar ook de mate van specialisatie, concurrentieverhoudingen tussen zorginstellingen etc.
- introdactie van nieuwe of aangepaste technologieën*; zie argumentatie lineair model;
- verruiming toepassingsmogelijkheden*; hier raken ruimer aanbod en latente vraag elkaar; een voorbeeld is dat door betere anesthesiologische methoden meer ook niet zo gezonde mensen in aanmerking komen voor operatieve behandeling van staar.

Een belangrijke factor noemen zij de met medische specialisatie samenhangende ontwikkeling van met elkaar concurrerende technologische interventies; voorbeeld: investeringen in biochemische behandeling van galstenen vs. minimaal-invasieve chirurgische technieken vs. vergruizing d.m.v. echotoepassing.<sup>84</sup>

Het zal duidelijk zijn dat het bekostigingsstelsel van de gezondheidszorg sterk van invloed is op hoe deze effecten van medisch-technologische vernieuwing uiteindelijk doorwerken in de kosten.

<sup>78</sup> Porter, Olmsted Teisberg (2004), samenvatting p. 71.

<sup>79</sup> Keuzekamp, p. 21

<sup>80</sup> Dit plaatst de gezondheidszorg in een bijzondere positie, waar technologische verandering altijd gezien wordt als de drijvende kracht achter hogere productiviteit en economische groei.

<sup>81</sup> A. Gelijns, N. Rosenberg - The dynamics of technological change in medicine; *in*: Health Affairs, summer 1994, pp. 28-46.

<sup>82</sup> Bijvoorbeeld lasertoepassingen, echo, spectroscopie (MRI), informatietechnologie.

<sup>83</sup> Zich uitend in defensieve geneeskunde wat gepaard gaat met overdiagnostiek.

<sup>84</sup> Een ander voorbeeld zijn inspanningen van cardiologen om door het ontwikkelen van PTCA ('dotteren') het op hartchirurgen (open hart operaties) verloren gegane terrein terug te winnen.

### 3.4. Ontwikkelingen en trends in de Nederlandse gezondheidszorg

Na de eerste paragrafen zou de titel eigenlijk moeten zijn: *overige* ontwikkelingen en trends. Ik ga nu in op enkele thema's, nauw verbonden zijn met innovatie van zorg, die als volgt te rubriceren zijn:

- Onvrede met het functioneren van het stelsel van gezondheidszorg
- Cliëntenparticipatie
- Grotere transparantie in kosten en baten van gezondheidszorg
- Management van kwaliteit en 'management van professionaliteit'

#### Onvrede met het functioneren van het stelsel van gezondheidszorg

Radicale kritiek op de gezondheidszorg als onderdeel van een onderdrukkend maatschappelijk systeem<sup>85</sup> heeft in Nederland wel enige invloed gehad, maar meer in de Geestelijke Gezondheidszorg (bijvoorbeeld de antipsychiatrie beweging) dan in de curatief-somatische sector. Toen midden jaren '90 de al lang slepende discussie over de honorering van (vrijgevestigd) medisch specialisten min of meer was opgelost, kwam er meer aandacht voor het gebrek aan samenhang in de zorg. Het meest concreet gebeurde dit in een breed<sup>86</sup> ondersteund manifest van het Platform Transmurale Zorg<sup>87</sup> waarin een pleidooi werd gehouden voor betere afstemming tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnszorg op medisch en verpleegkundig terrein, vast te leggen in protocollen en voor meer 'zorg op maat'. In de behoefte om de zorgverlening 'over de muren heen' te organiseren werden vijf grondvormen onderscheiden en voor zo'n twintig doelgroepen werd benoemd waaruit samenhangende zorg zou moeten bestaan.

Met de betrekkelijke consensus over voorstellen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (CMCZ)<sup>88</sup> over de verhouding ziekenhuis/specialisten en de positie van huisartsen, kon het beleid van VWS onder de nieuwe minister Borst aansluiten bij de behoefte aan meer samenhang en oriëntatie op de cliënt. Daarmee was de *kwalitatieve* kant helder gethematiseerd. Eind jaren '90 richtte de onvrede zich tegen het tekort schieten in *kwantiteiten*: oplopende wachtlijsten en lange wachttijden, maar ook kritiek op de logistiek weinig moderne prestaties van zorginstellingen en algemener: in het denken en organiseren domineert *aanbod* nog over *vraag*.

De aanbevelingen van de CMCZ hebben impact op medische staven in ziekenhuizen, op twee gebieden: (a) met de toverformule 'nevenschikking' wordt de medisch staf partij in (tripartite) afspraken van ziekenhuizen met zorgverzekeraars; zo is het 'geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf' (GMSB) geboren, waarin management- en bestuursparticipatie van artsen gemeengoed wordt; (b) per regio worden afspraken gemaakt over medische productie en een collectieve vergoeding hiervoor ('lumpsum').<sup>89</sup>

#### Cliëntenparticipatie

Een concreet uitvloeisel van het voorgaande chapter is dat medio jaren '90 een krachtige impuls wordt gegeven aan het versterken van de positie van cliënten. In wetten worden onder andere de medezeggenschap, de geneeskundige behandelovereenkomst en het

<sup>85</sup> Auteurs als Ivan Illich, Michel Foucault en in Nederland Ivan Wolffers

<sup>86</sup> Onder andere landelijke organisaties van patiënten en consumenten, vakorganisaties en beroepsorganisaties van professionals.

<sup>87</sup> Platform Transmurale Zorg – een ontwikkeling en implementatietraject; Utrecht, 1995

<sup>88</sup> Bekend als commissie Biesheuvel - Gedeelde zorg: betere zorg; ministerie van WVC, Rijswijk, 1994.

<sup>89</sup> waar artsen in ziekenhuizen een coöperatie of stafmaatschap vormen kunnen d.m.v. de lumpsumovereenkomst onverklaarbare verschillen in honorarium geleidelijk worden genivelleerd, maar ook prikkels worden ingebouwd voor nieuwe initiatieven of uitbreiding van de productie. In slechts drie regio's komen geen lumpsumafspraken tot stand - daar blijft een directe relatie gehandhaafd van specialistenproductie maal (degressieve) tarieven = winstinkomen.

klachtrecht geregeld. De regelingen rond het medisch tuchtrecht worden voor klagers verruimd en bovendien leveren artsen posities in ten gunste van juristen. Daarnaast houden de eerste afspraken in 1998 van ziekenhuizen, specialisten, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties over normen voor toegangstijden voor opname en polikliniekbezoek, de zogenaamde 'Treek normen', een versterking in van de positie van zorgcliënten, zeker in combinatie met (verplichte) publicatie van toegangs- en wachttijden.

### **Grotere transparantie in kosten en baten van gezondheidszorg**

Het in Nederland vooral in de jaren '80 opgekomen *Medical Technology Assessment* heeft zich als vorm van beleidsonderzoek aanvankelijk toegelegd op toetsing *vooraf* van dure, nieuwe medische technologieën, bijvoorbeeld als vast onderdeel van de beslissing m.b.t. bekostiging van zogenaamde ontwikkelingsgeneeskundeprojecten. Later is de aandacht meer verschoven naar *evaluatie* van het gebruik van medische technologieën in de praktijk. Een vorm hiervan zijn projecten (in combinatie met evaluatieonderzoek) die zich richten op het rationeler onderzoek- of voorschrijfbeleid van artsen in de vorm van protocollering en feedback op hun feitelijk gedrag<sup>90</sup> of het screenen welke onderzoeken daadwerkelijk bijdragen aan diagnostiek of behandeling; deze laatste worden wel aangeduid als *afwikkelingsgeneeskunde*.<sup>91</sup>

De bijdrage van MTA kan zowel gezien worden als een factor in het inzichtelijk maken van kosten en baten, als een gevolg van het verbeteren van de kwaliteit van de informatie. Met name het *primaire proces* in de gezondheidszorg was niet zo lang geleden nog veel meer een *black box*.<sup>92</sup> Het verantwoorden van prestaties en het toezicht dat wordt uitgeoefend ontwikkelt zich vergelijkbaar met andere sectoren in de non-profit.

---

<sup>90</sup> Feedback op aanvraaggedrag van huisartsen voor laboratoriumonderzoek en radiologie is vaak georganiseerd vanuit medische coördinatiecentra die zijn opgericht om de samenwerking 1<sup>e</sup>/2<sup>e</sup> lijn in de medische as (huisarts – specialist) te bevorderen; de MCC's van Maastricht en Amersfoort behoorden tot de eerste; zie G.J.H. de Ottolander *in*: Medisch Contact, 30-9-1994, pp. 1215-16.

<sup>91</sup> De term 'afwikkelingsgeneeskunde' is in zwang gekomen door een ontwikkelingsgeneeskunde project van de afdeling Neurologie van het AMC waarin het zgn. *aanvullend onderzoek*, standaard laboratoriumonderzoek en radiologie kritisch werden beoordeeld op wat de artsen er mee deden en wat ze bijdroegen; als gevolg hiervan werd de onderzoeksbatterij fors verkleind.

<sup>92</sup> De DiagnosBehandelingsCombinaties (DBC's) hebben voor een verdere impuls gezorgd, doordat slecht onderbouwde kostprijzen een handicap zijn bij het onderhandelen over prijzen.

## Management van kwaliteit en van professionaliteit<sup>93</sup>

Klazinga<sup>94</sup> wijdt in 1996 zijn proefschrift aan het kwaliteitsmanagement van Nederlandse medisch specialisten. Hij beschrijft hoe de beroepsgroep en daarbinnen de afzonderlijke specialismen zelf initiatieven nemen tot kwaliteitbevordering in de vorm van eisen aan de opleiding tot specialist, visitaties, richtlijnen en intercollegiale toetsing.

In internationaal perspectief is de Nederlandse bijdrage aan het ontwikkelen van richtlijnen en standaarden opmerkelijk groot. Gestart vanuit consensus besprekingen van vakbroeders en later verbreed naar multidisciplinaire onderwerpen, is cruciaal eind jaren '80 de doorbraak van de Klinische Epidemiologie<sup>95</sup> en Besliskunde als nieuwe richting en de opkomst van de zogenaamde Evidence Based Medicine (EBM)<sup>96</sup>.

De Cochrane Collaboration zet zich in om de veelheid aan medisch-wetenschappelijke publicaties van gerandomiseerd onderzoek te toetsen op methodologische stevigheid en maakt vervolgens van de best evidence meta-analyses die aanbevelingen inhouden met de pretentie van bewezen klinische waarde. Van Crevel<sup>97</sup> concludeert dat EBM een belangrijke aanwinst is die echter ertoe leidt dat de onzekerheid van het collectief van artsen vermindert, maar dat tegelijkertijd de onzekerheid van de individuele arts die moet beslissen of een patiënt een voorstel voor een behandeling moet doen toeneemt. Hij pleit onder andere voor het op systematische wijze verwerken van voorkeuren van patiënten in richtlijnen.

Parallel komt vooral in laboratoria en facilitaire onderdelen van ziekenhuizen het ISO-certificeren op, experimenteel verbreed tot alle ziekenhuisprocessen, dus ook medische afdelingen<sup>98</sup>. Met een ander vertrekpunt dan het certificeren van processen, heeft begin jaren '90 de TQM/CQI-beweging de curatieve zorg aangedaan in de vorm van het INK model. Een positief effect van het INK model is dat het heeft bijgedragen aan een

---

<sup>93</sup> Dit begrip is geïntroduceerd in een op professionele organisaties gerichte versie van het model van de European Federation for Quality Management en toegepast in het EFQM-model van Jellinek, maar is niet doorgedrongen in Nederlandse INK-uitgaven. Aspecten zijn: (ontwikkeling van) professionele kennis en beroepsvisie; attitudes, rollen en vaardigheden; methoden, richtlijnen en protocollen; klant en resultaatgerichtheid; innovatief wetenschappelijk onderzoek en ontwikkelen van (intercollegiale) toetsingsmethoden.

<sup>94</sup> Niek Klazinga – Quality management of medical specialist care in the Netherlands, an explorative study of its nature and development; Belvedere, Overveen, 1996

<sup>95</sup> toepassing van epidemiologische principes in het klinisch onderzoek en de klinische praktijk.

<sup>96</sup> Catherine Pope – resisting evidence: the study of Evidence-Based Medicine as a contemporary social movement; *in*: Health, vol. 7, no. 3, pp. 267-282 (2003). In de medisch-wetenschappelijke tijdschriften worden nog steeds felle discussies gevoerd over met name de pretentie van EBM; daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen EBM (de 'laboratoriumsituatie') en Evidence Based Practice waarin het erom gaat alle omstandigheden in ogenschouw te nemen, bijv. een middel kan theoretisch het beste zijn, maar als de inschatting is dat de patiënt onvoldoende therapietrouw zal zijn, misschien toch niet de beste keuze. Andere kritiek gaat uit naar 'ritualizing EBM teaching' waarbij een paper wordt gepresenteerd in plaats van een patiënt en er wordt bezwaar geuit tegen het buiten discussie stellen van het paradigma van de EBM en daarmee van de hele westerse geneeskunde; S. Sinclair – Evidence-Based Medicine: a new ritual in medical teaching; *in*: British Medical Bulletin, June, 1, 2004; 69(1), pp. 179-196.

<sup>97</sup> H. van Crevel – Van evidence naar behandeling, verslag van een tijdschriftconferentie 6.6.1996; *in*: NTvG 1996, 21 september; 140(38), pp. 1915-1920.

<sup>98</sup> In 1988 startten vier academische en vier algemene ziekenhuizen met het PACE-project, waarin het ISO-model werd toe- en aangepast tot modules die gebruikt konden worden voor specifieke medische en niet-medische afdelingen; De opbrengst van het project met handboeken per proces in een veelvoud van afdelingen was in volume zo groot, dat na het integreren van PACE en NIAZ, opgericht als accreditatieinstituut, de methodieken naar een algemener niveau zijn getrokken; thans maakt een basale NIAZ-accreditatie min of meer standaard deel uit van jaarverslagen of beleidsplannen van ziekenhuizen.

gemeenschappelijk idioom van professionals, management en staf en aan het versterken van procesdenken, naast de negatieve kanten ervan.<sup>99</sup>

Een recenter kwaliteitsthema is verbonden met het in de Verenigde Staten uitgebrachte rapport *To Err is Human*<sup>100</sup>, waarin werd opgeroepen tot een 'nationale inspanning om de gezondheidszorg veiliger te maken'. Hiermee is nauw verbonden de *breakthrough* aanpak van onder andere Berwick (zie noot 1 hoofdstuk 4), welke in 2001 door CBO in Nederland wordt geïntroduceerd onder de titel *crossing the Quality Chasm*.

Een laatste ontwikkeling sluit aan bij wat Le Fanu aan het begin van dit hoofdstuk aanwees als een van de uitingen van de neergang van de moderne geneeskunde: het marginaliseren van het klinisch-wetenschappelijk onderzoek. Begin jaren '80 kwamen rapporten uit van onder andere KNAW en RAWB<sup>101</sup> met een survey van de kwaliteit van het klinisch-wetenschappelijk onderzoek in Nederland. Beide rapporten pleiten sterk voor het samenbrengen van goede onderzoekers in onderzoeksinstituten en het formuleren van zwaartepunten in het medisch wetenschappelijk onderzoek; de infrastructuur van de academische centra zou beter moeten worden benut om basale research en klinische toepassing met elkaar te verbinden; de integratie van het AIO-schap met de opleiding tot specialist moest in de academische centra tot stand worden gebracht.<sup>102</sup> In vervolg op het realiseren van deze aanbevelingen zijn in de jaren '90 alle academische ziekenhuizen en medische faculteiten geïntegreerd tot universitaire medische centra.

Op de volgende bladzijde zijn een aantal van de zojuist behandelde ontwikkelingen nog eens in de tijd geplaatst.

Niet elke ontwikkeling op zich maar zeker het totaal lijkt me van belang als het gaat om het vinden van aanknopingspunten voor effectieve vernieuwing van zorg.

Bij wijze van samenvatting van de hoofdpunten uit dit hoofdstuk, aangevuld met een paar elders te behandelen items is in onderstaand schema getracht deze *antecedenten of prior conditions* te duiden als bevorderend of belemmerend voor zorgvernieuwing.

<b>Antecedenten: bevorderend of belemmerend voor zorgvernieuwing</b>		
<b>Belemmerende factoren</b>	<b>Neutraal / onbestemd</b>	<b>Bevorderende factoren</b>
Bekostiging tot 1995 Ongelijk gerichte incentives ziekenhuizen/specialisten Zorgverzekeringswet: zorgverzekeraar investeert minder in zorg regio Huisartsen ziekenhuisverplaatste zorg niet vergoed Juridificering en claimcultuur Starre kwaliteitssystemen Vergaande taaksplitsing	Marktwerking i.h.a. [te vroeg om te beoordelen] Harmonisatie inkomens med.specialisten (lumpsum) 'ISO-cultuur' in geïsoleerde onderdelen ('handbook over change') - wellicht negatief Evidence Based Medicine neigt naar positief, maar niet zonder meer	Bekostiging na 1995 (m.u.v. ongelijke incentives ziekenhuis/specialist) DBC invoering stimuleert vernieuwing electieve zorgprocessen Medisch-technologische ontwikkeling Onvrede met functioneren stelsel Vraagsturing en cliëntenrechten Treeknormen en publicatie van gegevens patiëntenlogistiek Feedback op aanvraaggedrag e.d. Grotere transparantie informatie Beroepsontwikkeling verpleegkundigen & nieuwe beroepen (NP, PA) Patiëntveiligheid mits flexibel 'Ingroei' medisch specialisten en ziekenhuis integratie basaal en klinisch onderzoek Vormen universitaire medische centra

<sup>99</sup> Vergelijk enkele kritische artikelen die voorjaar 2005 zijn geplaatst op [www.managementsite.nl](http://www.managementsite.nl), onder andere van Kerklaan & Hoogendijk - het INK-model als zinsbegoocheling.

<sup>100</sup> K.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson - *To Err is Human: building a safer health system*; IOM/National Academic Press, Washington DC, 1999.

<sup>101</sup> RAWB = Raad van Advies voor het WetenschapsBeleid; de titels van beide rapporten heb ik nog niet/niet meer kunnen achterhalen.

<sup>102</sup> Met de stafmedewerker Onderzoek van de medische faculteit zijn midden jaren '80 concrete ideeën uitgewerkt voor zo'n combinatie, alleen over mogelijke benamingen (agiko, kloio) waren we minder gelukkig.



## Tijdslijn / samenvatting 3.4.: ontwikkelingen & trends Nederlandse gezondheidszorg

'80	'85	'90	'95	'00	'05
<i>Modernisering stelsel, keuzes in de zorg, zorgverzekering</i>					
		'86: commissie-Dekker: 'bereidheid tot verandering'			\> Wet Zorgverzekering
			'91: cie.-Keuzes in de zorg ('trechter van Dunning')		
			'94: 'Gedeelde zorg: betere zorg' → GMSB + 'nevenschikking'		'05: invoering DBC's
					'06: Zorgverzek.wet
<i>Vernieuwing/samenhang/vraagsturing</i>					
			→ '95 manifest zorgvernieuwing, push aan transmurale zorg		
			\-> lumpsum overeenkomsten + zorgvernieuwing als % prod.		
			→ '02: SnellerBeter		
<i>Clientenparticipatie</i>					
			'95: Wet Geneesk.Behandelovereenkomst		
			'96: Wet Medezeggenschap Clienten Zorginst.		
			'95: Wet Klachtrecht clienten Zorgsector		
			'98: Treeknormen; wachtlijsten \		
<i>Kwaliteitszorg</i>					
			'96: Kwaliteitswet zorginstellingen		
		'88 PACE-project (Q-systeem)	} NIAZ		
		→ NIAZ (accreditatie)	} + afgeleide systemen (HKZ); afd.syst. (dialyse ea)		
		→ '90: INK/EFQM (TQM/CQI)			
				'01/'03: Kennis Beter Delen	
				'01: crossing the Q Chasm(CBO doorbraak)	
				Professionaliteit:	
<i>Richtlijnontwikkeling en opkomst klinische besliskunde</i>					
		→ '89: eerste standaarden NHG			
			→ '96: 2 <sup>e</sup> bundel (ca. 60) Standaarden NHG		
		→ protocollering door wetenschappelijke verenigingen			
			\> vorming Orde Med.Specialisten		
			\> samenwerking W.V.'s / CBO m.b.t. richtlijnen		
		klinische epidemiologie → oprichting Cochrane Collaboration for Evidence Based Medicine			
			→ kritiek op EBM, milde vorm: EB Practice (invloed verpleegkundige beroepspraktijk)		
<i>Medical Technology Assessment (MTA)</i>					
		→ '85 oprichten instituut voor MTA			
		→ programma ontwikkelingsgeneeskunde			
			\> NWO/gebied geneeskunde )		
			→'96 : ZON } ZON mw		
		→ Pharmaco-economics (industrie + gespec. Onderzoeksinstituten)			
<i>Kwaliteit van klinisch-wetenschappelijk onderzoek (NL)</i>					
		→ '83/'84 RAWB en KNAW: surveys kwaliteit klin.wet. onderzoek NL:			
		zwaartepunten, onderzoeksinstituten, 'AGIKO/KLOIO'			
		\> erkenning: zwakke link basale research & klinische toepassing			
		\>'90 - '00> beleidsmatig & organisatorisch integreren			
		academ.zkhzn. + med. Facult'n in UMC's			



*The innovator makes enemies of all those who prospered under the old order, and only lukewarm support is forthcoming from those who would prosper under the new.*  
(N. Machiavelli – Il Principe, 1961 (1514), p. 51)

*It's the Physician, stupid!*  
(vrij naar W.J. Clinton)

## Hoofdstuk 4 - Implementatie van innovaties in de gezondheidszorg

Dit hoofdstuk opent met een samenvatting van een artikel waarmee de link naar hoofdstuk 2 wordt gelegd. Dan beschrijf ik hoe de 'implementatie-industrie' er globaal uitziet. Daarna komen de inzichten aan de orde over implementatie van inhoudelijke vernieuwingen in de zorgverlening. Tenslotte zal ik de daaruit voortvloeiende praktijk toetsen aan noties uit voorgaande hoofdstukken. Vooruitlopend daarop onthullen de motto's al in welke richting mijn kritiek op de implementatiepraktijk gaat: (1) de rol van professionals krijgt niet consequent de juiste aandacht en (2) in de implementatie ligt de nadruk eenzijdig op rationeel-analytische en leerstrategieën en wordt te naïef ingegaan op vraagstukken van macht en belangen en (3) er is nauwelijks aandacht voor het begrip re-invention.

### 4.1. Inleiding

In een beschouwing<sup>103</sup> over innovatie en implementatie hiervan in de gezondheidszorg stelt Donald M. Berwick, directeur van het Institute for Healthcare Improvement, Boston Mass., dat het vermogen tot (evidence-based) innovatie wel in orde is, maar dat de verspreiding daarvan traag verloopt. Hij sluit aan bij de inzichten van E.M. Rogers en het werk van A.H. van de Ven, leider van het Minnesota Innovation Research Program. Berwick leidt een zevental aanbevelingen af om effectief het tempo te verhogen van de doorvoering van *best practices*:

- Er is meer nodig dan er simpelweg van uitgaan dat professionals constant speuren naar nieuwe ideeën; dat proces zal georganiseerd moeten worden, bijvoorbeeld door professionele netwerken of door het inzetten van een 'informationist'<sup>104</sup>
- Nieuwe antwoorden komen van *buiten* het systeem<sup>105</sup>, daarom is het belangrijk 'innovators' binnen te halen (voor het *type mensen* zie kader volgende bladzijde)
- Investeren in 'early adopters', om optimaal gebruik te maken van de 'strength of weak ties' met innovators: commitment omzetten in daadwerkelijk steunen
- Zichtbaar, tastbaar maken van vernieuwingen door bij voorkeur een-op-een contacten
- Vertrouwen op re-invention, afwijken van het *origineel* is niet weerstand, maar een eerste uiting dat de organisatie creativiteit en durf toepast, dus iets leert; *changes must be not only adopted locally, but also adapted locally*
- Tijd, energie en geld
- Voorbeeldgedrag<sup>106</sup>, wees voorbereid bekritiseerd en belachelijk gemaakt te worden.

---

<sup>103</sup> Donald M. Berwick – Disseminating Innovations in Health Care; *in*: JAMA, apr. 16, 2003; vol. 289, no. 15, pp. 1969-1975.

<sup>104</sup> F. Davidoff, V. Florance – The informationist: a new health profession?; *in*: Ann.Int.Med., 2000; 132: pp. 996-998: the concept of the informationist: a professional who will retrieve, synthesize, and present medical information.

<sup>105</sup> Zie ook paragraaf 2.3.; Berwick citeert een publicatie volgens welke 40 van de 61 grotere doorbraken in diverse sectoren afkomstig zijn van individuen en niet van R&D-afdelingen (J. Jewkes e.a. – The Sources of Invention; New York, 1958).

<sup>106</sup> James Cook voerde zuurkool in als (goedkope) manier om zijn zeelui op lange zeereizen te beschermen tegen scheurbuik; hij ontkwam er niet aan het zelf ook te eten.

### **Vernieuwers, niet de makkelijkste mensen**

In een algemeen ziekenhuis moest de Intensive Care gemoderniseerd worden. Hiervoor wordt een zeer innovatieve en gedreven intensivist aangetrokken die in korte tijd op een breed vlak vernieuwingen introduceert. Inhoudelijk worden deze goeddeels als noodzakelijk onderkend. De wijze waarop hij daarbij te werk gaat komt overeen met de typering van een *innovator* door Berwick<sup>107</sup>: weinig investeren in relaties met andere specialisten, dwingend en veel ruimte vragend. Als manager van onder andere de IC steek ik er veel energie in om de vernieuwer te verbinden met een groep artsen (kerngroep IC) die met hem de implementatie moet dragen. Als hiermee een moeizaam begin is gemaakt, raakt de vernieuwer in conflict met een inmiddels aangetrokken 2<sup>e</sup> intensivist en na intensieve gesprekken besluit hij te vertrekken. De *early adopters* zetten daarna de vernieuwingen in aangepaste vorm door.

## **4.2. Een grove kaart van de implementatiepraktijk in de gezondheidszorg**

In de loop van hoofdstuk 3 zijn al enkele van de *kennispartners* op het gebied van implementatie van zorgvernieuwing gepasseerd. Deze komen voort uit verschillende gebieden: sommige zijn verbonden aan een of meer universiteiten, andere vinden hun herkomst bij door de overheid opgezette programma's of komen voort uit initiatieven van samenwerkende of zelfstandige beroepsorganisaties. Ik zal de belangrijkste nu typeren en hiermee een grove sociale kaart schetsen.

**CBO**<sup>108</sup> is in 1979 opgericht om initiatieven van medisch specialisten en ziekenhuizen op het terrein van kwaliteitszorg te begeleiden; sinds enkele jaren noemt CBO zich 'het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg'. De kernactiviteiten verschoven van professiegebonden kwaliteit (visitaties en intercollegiale toetsing) naar interdisciplinaire richtlijnontwikkeling en implementatie en de laatste jaren is het zwaartepunt gelegd bij het verbeteren van de implementatie van best practices voor betere en veilige gezondheidszorg.<sup>109</sup> Zo heeft het CBO de *doorbraakmethode* van het instituut van Berwick in 2000 geïntroduceerd met projecten op afdelingen spoedeisende hulp en intensive care.

**Nivel**, het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg, richtte zich aanvankelijk op onderzoek van de 1<sup>e</sup> lijn. Naast onderzoek<sup>110</sup> is implementatie belangrijker geworden - dit voert Nivel zelfstandig en samen met andere instituten uit.

**WOK**<sup>111</sup> noemt zich centre for quality of care research en is een samenwerkingsverband van huisartsgeneeskunde Nijmegen (UMC Radboud) en enkele afdelingen van het UMC Maastricht. De activiteiten zijn verruimd: implementatieonderzoek van zorgvernieuwing is een zwaartepunt en met het **Julius Instituut** (UMC Utrecht) is een serie onderzoeken opgezet naar 'spoedzorg'. Het instituut voor Beleid en management in de Gezondheidszorg (**iBMG**) van Erasmus MC mag niet ongenoemd blijven.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (**NHG**) ontwikkelt vanaf 1987 Standaarden voor de Huisartsgeneeskunde, produceert materialen voor implementatie en begeleidt deze

<sup>107</sup> Berwick (2003), p. 1973.

<sup>108</sup> CBO staat voor centraal begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing en heeft zijn wortels in de eerste kwaliteitsinitiatieven van georganiseerde medische professionals: opleidingseisen, visitaties, richtlijnontwikkeling en informatie; Klazinga (1996).

<sup>109</sup> Patiëntveiligheid is echt (opnieuw) een issue geworden met de publicatie van het rapport *To Err is Human, building a safer Health System* van het Institute of Medicine (U.S.A.); in het rapport wordt gepleit voor een systematische aanpak van risico's door middel van *safe practices* waardoor vermijdbare sterfte in ziekenhuizen te verminderen; L.L. Leape, D.M. Berwick - 5 Years after *To Err is Human, what have we learned?*; in: JAMA, may 18, 2005, vol. 293 no. 19, pp. 2385-2390. Dat CBO verhevigd actief is blijkt uit het feit dat de helft van de links m.b.t. patiëntveiligheid op de site van CBO als 'new' is gelabeld.

<sup>110</sup> NIVEL beschikt bovendien over een uitstekend documentatiecentrum/bibliotheek, waarvan dankbaar gebruik is gemaakt voor het schrijven van dit artikel.

<sup>111</sup> WOK staat voor Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (van huisartsenpraktijken).

onder andere met opleidingen; over multidisciplinaire richtlijnontwikkeling/implementatie bestaan afspraken met CBO, resp. de wetenschappelijke verenigingen van de medische specialismen.

**ZONmw**<sup>112</sup> is de belangrijkste financier van implementatieonderzoek, dat in een van de programma's is ondergebracht. ZONmw is o.a. mede-initiator van breed samengestelde conferenties onder de titel *KennisBeterDelen*, waar de 'implementatie-industrie' ongeveer elke 2 jaar samenkomt.

Tenslotte zijn er enkele adviesorganen die hebben geadviseerd over implementatie van vernieuwingen, zoals de RGO<sup>113</sup>, de RVZ<sup>114</sup> en de Gezondheidsraad.

Diverse auteurs verbonden aan genoemde instituten hebben zich bezig gehouden met onderzoek en beïnvloeding van implementatie van vernieuwingen. De belangrijkste gebieden waarop zij zich richten zijn implementatie van professionele standaarden en verspreiding van best practices. Ten opzichte van (hun verleden als) kwaliteitsinstituten, is de aandacht bij dat laatste sterk gefocust op het krachtig versnellen van tastbare verbeteringen.

In de komende paragraaf ga ik globaal in op de daarbij toegepaste methodieken die m.i. nauw aansluiten bij de theorie van Rogers - in paragraaf 4.4. bespreek ik kritisch de inhoud van de implementatiepraktijk.

### 4.3. Theorie van Rogers toegepast

Haines en Jones<sup>115</sup> stellen dat de uitdaging is om bewezen effectieve vernieuwingen sneller door te voeren, onbewezen innovaties te vertragen en wat ineffectief is uit te bannen. Daartoe moet een meer *responsieve relatie* tot stand komen tussen research en praktijk en de houding van professionals zal meer open en op (zelf)evaluatie gericht moeten worden. Eenvoudige maatregelen volstaan hiervoor niet en vele partijen moeten erbij betrokken worden: inkopers van zorg, zorgaanbieders, professionals, patiënten, publiek en de overheid. De auteurs benadrukken dat effectieve veranderingen vergen dat een nauwe interactie plaatsvindt tussen het systematisch bespreken van resultaten van onderzoek, ontwikkelen van daarop gebaseerde richtlijnen, verwerken hiervan in continue medische nascholing, kritisch verwerken daar weer van in toetsbare praktijkrichtlijnen en integreren van het geheel in een audit cyclus.

De RGO<sup>116</sup> noemt trage verspreiding van innovatie niet uniek voor de gezondheidszorg, maar zoekt de oorzaak in drie kenmerken die de problemen verergeren: de bijzondere structuur met z'n overdaad aan regels, financieringsregels en (als zelfstandige factor) een imago weinig vernieuwend te zijn.

Grol<sup>117</sup> concludeert uit systematische reviews en meta-analyses over implementatie van richtlijnen, researchuitkomsten en veranderingen in patiëntenzorgpraktijken dat deze geen eenduidige antwoorden opleveren op de vraag wat een effectieve aanpak is. Hij pleit voor een minimumpakket met: specifieke kenmerken van het veranderingsvoorstel, omschrijving van de doelgroep, de setting en obstakels die verandering in de weg staan.

---

<sup>112</sup> Zie ook noot 1 van hoofdstuk 2.

<sup>113</sup> De Raad voor het GezondheidszorgOnderzoek adviseert over prioriteiten in het gezondheidsonderzoek, zorgonderzoek en technologieontwikkeling in de sector en de daarbij behorende infrastructuur.

<sup>114</sup> De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft enkele scenariostudies uitgebracht over ontwikkelingen in de praktijk en de invloed van stelselwijziging; de strekking van een recent rapport is dat zorgaanbieders onder druk gezet moeten worden om innovaties die hun waarde bewezen hebben sneller in de zorg toe te passen.

<sup>115</sup> A. Haines, R. Jones - Implementing findings of research ; *in*: BMJ 1994; 308, pp. 1488-1492

<sup>116</sup> Raad voor GezondheidszorgOnderzoek (RGO) - Advies Knarsende Schakels, technologische innovatie & gezondheidszorg; advies no. 36, Den Haag, juni 2002

<sup>117</sup> Richard Grol - Beliefs and evidence in changing clinical practice; *in*: BMJ, 1997, 315; pp. 418-421.

In een recente publicatie<sup>118</sup> zijn door Harmsen en anderen de *barriers and facilitators for change* uitgewerkt in 24 items die zijn gevalideerd in literatuurstudie, consensus in een expert panel en vragenlijstonderzoek<sup>119</sup>; de items zijn te clusteren in: kenmerken van de *vernieuwing*, van de *zorgverlener(s)*, van de *patiënt* en kenmerken van de *context*.<sup>120</sup>

Uit dergelijke selecties van kenmerken laten zich in potentie effectieve combinaties van interventies afleiden. In de hierna nog te behandelen handreiking Vooral Doen! is in dezelfde geest een lijst van (49) aspecten opgenomen aan de hand waarvan uiteindelijk een 'verankeringscore' van 11 vernieuwingsprojecten wordt bepaald.<sup>121</sup>

Op basis van een uitgebreid onderzoek naar theorieën<sup>122</sup> en strategieën<sup>123</sup> concluderen Hulscher e.a. dat *samengestelde* strategieën over het algemeen effectiever zijn dan *enkelvoudige*. De keuze voor de optimale strategie in een bepaalde situatie is echter niet goed aan te geven. Zij bevelen aan meer onderzoek te doen naar werkzaamheid in specifieke deelsectoren, uitvoeren van vergelijkende analyses over meerdere projecten, stimuleren van publicatie van praktijkcases van implementatie en aandacht voor implementatie in cursussen en werkbesprekingen.<sup>124</sup>

Tenslotte nog een wat andere invalhoek, waarin empirisch onderzoek is gedaan naar de snelheid van verspreiding van innovaties in ziekenhuizen in Nederland. Ondanks een respons van 70% zijn slechts 64 innovaties van zeer uiteenlopende aard in het onderzoek betrokken, dus gemiddeld 1 per ziekenhuis; daaruit kan ofwel worden geconcludeerd, wat de auteurs doen, dat het er slecht voorstaat, of dat het onderzoek een wel erg fragmentarisch beeld geeft, waartoe ik geneigd ben. 13 potentiële determinanten, alsook een geconstrueerde trend en een constante worden afgezet tegen 7 typen innovaties.<sup>125</sup>

<sup>118</sup> M. Harmsen, M. Peters, M. Wensing – Barriers and facilitators assessment instrument: introduction, instructions and instrument; WOK, Nijmegen, april 2005.

<sup>119</sup> Een vergelijkbare studie van TNO P&G komt tot 49 determinanten (bij 75% consensus in een Delphi studie, aantal deelnemers niet vermeld); M. Fleuren e.a. – Determinants of innovation within Health Care Organizations; *in*: Int. Journal for Quality in Health Care 16, 2004, pp. 107-123.

<sup>120</sup> Ter illustratie volgt nu de indeling van de gevalideerde 24 kenmerken:

Kenmerken van:	<u>facilitators</u>	&	<u>barriers</u>
Innovatie	compatibiliteit; specifiek & flexibel toe te passen; simpel om te leren gebruiken; aantrekkelijk		grote tijdsinvestering
Zorgverleners	positieve houding & rolopvatting; leef/werkstijl kinnen veranderen; gretig om te leren; kennis & motivatie; voelt zich betrokken		twijfels <sup>120</sup> mbt innovatie
(√ uitsluitend onderzoek naar implementatie van preventieve activiteiten √)			
Patiënt	ethnische homogeen met zorgverlener; hogere fin.& soc.ec.status; voldoende contacten pat./zorgverlener; gemotiveerd		Hoge leeftijd (>60); gezond
Context	hoge groepsnormen collega's + mngt.; goede regelgeving; passende openingstijden; ondersteuning aanwezig; adequate voorzieningen; beschikbaarheid praktijkruimte		Problemen bekostiging

<sup>121</sup> Kenniskring Transitie in zorg (hogeschool R'dam) en ZONmw hebben op cdrom een onderwijsmodule afgeleid van het boek, bestemd voor aspirant-implementatoren in de gezondheidszorg op HBO-niveau.

<sup>122</sup> Variërend van sociaal-cognitieve theorie, besliskunde, sociale marketing en kennismanagement tot economische theorieën, om deze te confronteren met (enkelvoudige) interventiestrategieën zijn de theorieën geclusterd naar het aangrijpingspunt: individu, sociale invloed en systemen (pp. 53-55 + 59-60); M. Hulscher, M. Wensing, R. Grol – Effectieve implementatie: theorieën en strategieën; ZONmw/WOK, 2000.

<sup>123</sup> Professional gerichte, financiële, wettelijke, organisatorische en patiënt gerichte interventies; *in*: idem, pp. 57-58; de meta-analyse omvat

<sup>124</sup> Idem, pp. 76-77.

<sup>125</sup> Multidisciplinaire diagnostiek en behandeling, technische kwaliteit(?), verpleegkundige spreekuren, ketenzorg, logistiek, ziekenhuisverplaatste zorg en ICT; J.L.T. Blank, B.L. van Hulst – Zorgen voor vernieuwing; *in*: ESB, 9-9-2005, pp. 398-400; de keuze voor de potentiële determinanten is vooral ingegeven door de eenvoudige beschikbaarheid van gegevens en niet van enig construct afgeleid.

De RVZ, de opdrachtgever van het onderzoek, heeft in haar rapport, schijnbaar hieraan voorbijgaand, twaalf factoren als belangrijk voor de snelheid van verspreiding van innovaties benoemd - 11 hiervan zijn rechtstreeks ontleend aan de theorie van Rogers, enige toevoeging: 'meer *competitie* leidt tot snellere adoptie van bewezen verbeteringen'.

*Tussentijdse conclusies:*

- Verschillende theorieën waaronder die van Rogers dragen bij aan beter inzicht in de succesfactoren voor verspreiding van innovaties. De kwaliteit van sommige onderzoeken op dit terrein is pover en steriel wat betreft gebruikte methode.
- Er ontstaat overeenstemming over de waarde van een *gemengd repertoire* aan interventies boven enkelvoudige strategieën om innovaties sneller door te voeren, meer dan over *welk* samenstel van *interventies* in *welke situatie* aangewezen is.

Benieuwd wat de implementatiepraktijk hierover kan berichten in de volgende paragraaf.

#### **4.4. De implementatiepraktijk: inhoud, kritiek & blinde vlekken**

Schrijvers, Oudendijk en De Vries<sup>126</sup> pakken een van de aanbevelingen van Hulscher e.a. op en hebben auteurs uitgenodigd om 21 praktijk cases van innovatie te beschrijven; het betrof vergevorderde initiatieven die al echt geïmplementeerd waren. De auteurs beoordelen de 21 -geslaagde- projecten op 6 *performance indicators*<sup>127</sup>: beleving patiënt van de kwaliteit van zorg [18], beroepstrots [18], snelheid [16], kosten [9], bereikt medisch resultaat [8] en veiligheid [5].

De projectleiders benoemen zelf kritische factoren voor het *slagen van hun project*. Bovenaan staan: enthousiaste professionals aan de leiding (21x), professionals die er teamwork van maken (20x); andere items scoren duidelijk minder; dit geldt het sterkst voor de invloed van georganiseerde plaatselijke patiëntengroepen (4x).

Deze lijst kan verschillen van de factoren die kritisch zijn voor de *verspreiding* van de *vernieuwingen*. In de meeste cases scoren hier positief: duidelijke taakverdeling tussen professionals (20), inpassen in onderwijsactiviteiten (18), adequate ICT (15) en publiciteit (12), alle andere factoren werden duidelijk als minder belangrijk beoordeeld.<sup>128</sup> Wat zeggen deze resultaten? Voor de minister van Volksgezondheid genoeg om, met verwijzing naar de ervaringen, extra aandacht te vragen voor het versnellen van de verspreiding van zorgvernieuwing.<sup>129</sup> Hieruit resulteert het *SnellerBeter* programma.

Kernpunten van het *SnellerBeter* programma zijn: invoering van indicatoren voor veilige en verantwoorde zorg, benchmarking van ziekenhuizen en in huisartsenregio's en snel verbeteringen bereiken in 3 x 8 geselecteerde ziekenhuizen door effectieve verspreiding van best practices. Minister van VWS en voorzitters van de medisch specialisten en van de ziekenhuizen tonen voorbeeldgedrag, vrijwel alle hiervoor genoemde kenniscentra zijn ingeschakeld voor *SnellerBeter*. Het programma dreigt echter focus te verliezen, doordat zijdelings bij deze problematiek betrokken issues uit het VWS beleid (Diagnosebehandelingscombinaties als doorbraak in transparantie van bekostiging, rekenschap afleggen, logistieke verbeteringen, 'blame free' melden van incidenten etc.) worden ingevoegd en verantwoordelijkheidsstructuren per item lijken te worden aangepast. Kennelijk is de verleiding te groot een geslaagd vehikel te breed in te zetten waardoor de zeggingskracht ervan vermindert.

Als er op beleidsniveau zoveel aandacht is voor effectievere implementatie, moeten de instituten die zich daar mee bezig houden natuurlijk leveren. Dat gebeurt met de

<sup>126</sup> G. Schrijvers, N. Oudendijk, P. de Vries, M. Hageman – Moderne patiëntenzorg in Nederland, van kennis naar actie; Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, 2002.

<sup>127</sup> Tussen [...] vermeld in hoeveel van de gevallen de score beter was dan voor het initiatief.

<sup>128</sup> Deze zelfde factoren kunnen natuurlijk juist wel een grote rol spelen bij het niet-slagen van een vernieuwing, terwijl men in het geslaagde project geen hinder heeft ondervonden.

<sup>129</sup> In de zgn. Kwaliteitsbrief aan de Tweede Kamer, Den Haag, 2002, IBE/1-2340727.

publicatie Vooral Doen! Handreiking voor succesvol implementeren van transmurale zorg van Pepels e.a.<sup>130</sup>

De van ZONmw overgenomen definitie van implementatie: *procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen (...) van bewezen waarde met als doel dat deze en structurele plaats krijgen in (...) etc.* heeft niet alleen betrekking op de uitkomst, maar ook op het proces van invoering van een vernieuwing. Iets nieuws een tijd uitproberen en als het bevalt dit blijven doen, past niet in de definitie van ZONmw en van de auteurs. Donkers en Van Leeuwen<sup>131</sup> laten zien hoe in een regio transmurale zorg kan bloeien zonder dat aan alle aspecten van de definitie is voldaan.

In de selectie van de (11) projecten die Pepels c.s. behandelen valt op dat hierbij de projecten ontbreken waarbij meerdere medische specialismen betrokken zijn en welke om die reden als complex worden gezien. Over participatie en de rol van professionals bij vernieuwingen zijn de auteurs ambivalent: ze moeten voldoende speelruimte krijgen, maar de projectleider moet ze vooral kort houden.

Een vergelijkbaar punt met Schrijvers c.s. is dat geen aandacht gegeven wordt/kan worden aan wat de auteurs noemen de *basisstrategie* van het project (wie doen mee? Zelfstandig of als deel van een groter geheel? eerst pilot? etc. en op basis hiervan een krachtenveldanalyse), want deze fase is al afgesloten als projecten in dit onderzoek worden ingeklaard.

Mijn eigen ervaring is dat vernieuwingsprojecten juist in het stadium van voorbereiding de meeste kans lopen te sneuvelen.

Complexe samenwerkingsvormen brengen altijd spanningen in een vernieuwingsproject. Het antwoord van Pepels e.a. is: duidelijke randvoorwaarden en consequenties schetsen. Niet verkeerd, maar voluit ontoereikend. Dit geldt ook de bezorgdheid dat reorganisaties in deelnemende instellingen het project kunnen verstoren.

## Conclusies

De implementatieliteratuur (Schrijvers c.s. en Pepels c.s.) is te optimistisch over de mogelijkheden via hun aanpak effectiever te implementeren. Dit komt doordat zij:

- vernieuwingen die in de voorbereiding blijven steken buiten hun analyse houden en dat type vernieuwingen ook niet onderzoeken op eventuele succes- en faalfactoren.
- geen serieus werk maken van de rol van professionals in de zorgvernieuwing en mede hierdoor laagdrempelige re-invention min of meer uitsluiten, waarvan hiervoor (o.a. in paragraaf 3.3) aannemelijk is gemaakt dat dit de meest voorkomende vorm is waarin medisch-technologische vernieuwingen tot stand komen.
- kennelijk geen alternatieven op zak hebben voor het geval voortgang van het project wordt gefrustreerd door oorzaken buiten het project,<sup>132</sup> doordat zij dit teveel los willen zien van de beleidsomgeving en de strategie van de organisatie.

Hoe het praktischer kan leert het voorbeeld van de implementatie van een richtlijn over lage rugklachten.<sup>133</sup> Huisartsen en fysiotherapeuten die zich aan de richtlijnen houden krijgen de garantie dat hun patiënt met voorrang een afspraak krijgt voor een MRI en op geleide daarvan binnen enkele dagen zonodig de neuroloog ziet.<sup>134</sup>

---

<sup>130</sup> R. Pepels, B. v.d. Linden, R. Huijsman – Vooral doen!, handreiking voor succesvol implementeren van transmurale zorg; Van Gorcum, Assen, 2004; De auteurs vertegenwoordigen ZONmw, iBMG en Prismant, de laatste ten onrechte niet vermeld in paragraaf 4.2.

<sup>131</sup> E.C.M.M. Donkers, G.J. van Leeuwen – Kwetsbare ketens, aansturing ketenzorg moet beter worden georganiseerd; *in*: MC, 5 augustus 2005, pp. 1273-1275.

<sup>132</sup> R. Huijsman, een van de auteurs, heeft uitgebreid onderzoek gedaan naar de verspreiding van best practices in CVA-zorg (EDISSE-studie). De voorbeeldpraktijk in Delft werd druk bezocht tot door een ongelukkig uitvallende bezuinigingsmaatregel de regionale CVA-keten uiteen viel.

<sup>133</sup> Ontleend aan een ongedateerde Powerpointpresentatie door M. Fleuren/D. Wijkkel van TNO-PG.

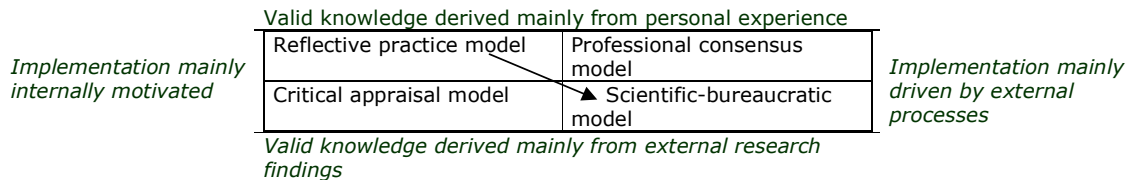
<sup>134</sup> Vergelijk ook het voorbeeld in hoofdstuk 1, noot 1.



Davies en Harrison<sup>135</sup> behandelen de veranderende verhouding van dokters en managers in de context van de in G.B. wat verder dan nog in Nederland doorgevoerde *managed care*. Zij onderscheiden vier modellen van medische praktijken door de volgende assen met elkaar te kruisen:

- valide kennis wordt afgeleid van externe onderzoekresultaten of van eigen ervaringen;
- implementatie komt voort uit persoonlijke motivatie of uit externe processen.

De trend is met de pijl aangegeven.



De rationeel-analytische grondslag van implementatiestrategieën (externe 'evidence based' bewijslast, extern gemotiveerd) sluit in veel gevallen niet aan bij artsen doordat deze de ruimte hun eigen praktijk te voeren verder vermindert. Terwijl zij ervaren in verschillende onderdelen van hun 'klinische autonomie'<sup>136</sup> te worden beknot.

*Heresy or hearsay – are health decision scientists too left brained?*  
(M. Tsevat *in* *Medical decision making* 2003; 23, p. 83)

#### Enkele conclusies:

- Theorieën over verspreiding van vernieuwingen zijn nog steeds bruikbaar en worden regelmatig opnieuw *re-invented*.
- Doordat vele factoren een rol spelen bij het vermogen en de bereidheid tot vernieuwingen hebben interventiestrategieën die op meerdere variabelen gericht zijn grotere kans op succes. In de implementatiepraktijk ligt sterk de nadruk op rationeel-analytische en leerstrategieën - dit houdt verband met de volgende conclusie.
- De implementatiepraktijk in de Nederlandse gezondheidszorg heeft blinde vlekken voor: vroegtijdig gestaakte innovaties, de specifieke rol van professionals en is betrekkelijk machteloos in het speelveld van macht en belangen.

<sup>135</sup> T.O. Davies, S. Harrison – Trends in doctor-manager relationships; *in*: BMJ, vol. 326, 22 march 2003, pp. 646-649

<sup>136</sup> Davies en Harrison onderscheiden de volgende aspecten aan clinical autonomy: beheersen van diagnose en behandeling, van de evaluatie of de zorg adequaat is, over de aard en omvang van de medische taken en contractuele vrijheid. Met betrekking tot thema's als de claim van autonomie e.d. kan er aanzienlijke 'inter-doktervariatie' zijn; in het overzicht op bladzijde 10 is geprobeerd factoren te benoemen die iets zeggen over een verwant onderwerp, namelijk of artsen innovatief zijn.

## Hoofdstuk 5 - Naar praktijktheorie over effectieve zorgvernieuwing

### 5.1. Inleiding

Hiervoor heb ik kritiek geformuleerd op de smalle en geïsoleerde benadering van vernieuwingen in de implementatieliteratuur en benoemd wat daarin m.i. enkele blinde vlekken zijn.

Ik probeer in paragraaf 5.2. het thema zorgvernieuwing te verbinden met de strategie van instellingen. Ik behandel trends uit de jaren '90 en op twee punten juist een breuk met dat beleid: (beheerste) marktwerking en nieuw elan voor regionale planning van specifieke vormen van zorg. Je ziet dus tegelijkertijd optreden *differentiatie* en *integratie*.<sup>137</sup> De vormen van zorgvernieuwing waarmee instellingen op deze ontwikkelingen kunnen inspelen worden in een schema geordend.

In 5.3. ga ik dan na waar en hoe zorgvernieuwing kan bijdragen aan de strategische doelstellingen van zorginstellingen - daartoe onderscheid ik vier kritische gebieden waarop de komende tijd de veranderingen zich vooral voordoen. Wat houdt de ontwikkeling in, wat zijn de beleidsopties? En hoe zijn professionals bij de innovatie betrokken?

In de laatste delen van dit hoofdstuk komen noties uit het voorgaande en mijn eigen praktijkervaring samen. Dit is feitelijk een samenvatting van mijn praktijktheorie met betrekking tot een belangrijk deel van mijn adviespraktijk.

Ik trek hier conclusies over het handelingsrepertoire nodig voor effectieve innovatie in de vorm van (vier) aandachtspunten voor hoe managers vruchtbaar kunnen samenwerken met professionals in de vernieuwing van zorg en in het onderling dagelijks verkeer. Tenslotte ga ik kort in op de bijdragen die de adviseur kan leveren en welke competenties hij hiervoor nodig heeft.

When the business landscape was simple, companies could afford to have complex strategies, but now the business is so complex, they need to simplify; K.M. Eijsenstadt/D. Sull in HBR, jan. 2001

### 5.2. Zorgvernieuwing in relatie tot beleidsmatige trends

In paragraaf 3.2. is ingegaan op de bekostiging van ziekenhuizen en huisartsen en in het laatste deel van dat hoofdstuk is een aantal trends van de jaren '80 tot deze eeuw benoemd die hun doorwerking hebben op de positie van professionals.

Ik voeg nu enkele zaken toe die direct voortvloeien uit recente verschuivingen in het beleid rond ziekenhuizen en die ook implicaties hebben voor de verhoudingen met andere deelsectoren.

*Ten eerste* de impact eind jaren '80 van het eerste ziekenhuis in Nederland dat failliet ging in Bilthoven.<sup>138</sup> De forse schokreactie die hierop volgde duidt erop (1) dat in veel ziekenhuizen economisch presteren en patiëntenzorg volledig gescheiden gebieden waren en (2) dat snel het besef doordrong dat andere vormen van besturing nodig waren. Academische ziekenhuizen, groot en complex mede vanwege de diversiteit aan

---

<sup>137</sup> toenemende *differentiatie* tussen 'gelijken' (bijvoorbeeld het begrip 'algemeen ziekenhuis' wordt steeds minder eenduidig) én *integratie*: men kan met zeer uiteenlopende zorgvragen bij één loket terecht. Ook meer overeenstemming over functionele eisen voor klantgerichte zorgverlening, los van de instelling die de zorg levert.

<sup>138</sup> Het was eind jaren '80 niet het eerste ziekenhuis dat de poorten sloot, maar in andere gevallen betrof het steeds een overname waarbij direct of later functies werden ontmanteld; hier werd aangetoond dat financiers de handen kunnen aftrekken van bedrijfsmatig slecht gerunde ziekenhuizen.



kernfuncties<sup>139</sup>, behoorden tot de eerste centra die hun besturing en management model aanpasten, geïnspireerd door befaamde buitenlandse voorbeelden.<sup>140</sup> De commissie-Biesheuvel<sup>141</sup> trekt deze ontwikkeling door zodat vanaf midden jaren '90 medisch specialisten vergaand geïntegreerd raken in het ziekenhuis.

Ten tweede de toenemende populariteit rond 1990 van stratificatiemodellen van ziekenhuiszorg bij de koepels van ziekenhuizen (en het daaraan gelieerde NZI)<sup>142</sup> en medisch specialisten (LSV). Deze waren zo uitgewerkt dat ze voorschreven welke specialismen bij welke grootteklasse aanwezig moesten zijn en binnen welke bandbreedte de formatie zich mocht begeven. Aan de uniformering van functiepakketten leverde NZI een cijfermatige bijdrage door het verspreiden van spiegelinformatie over vaste referentiegroepen van 10 ziekenhuizen. Het verwerven van nieuwe functies/specialismen en enkele voordelen in de bekostiging<sup>143</sup> droegen begin jaren '90 bij aan een concentratiebeweging van ziekenhuizen van veelal verschillende denominaties die daarmee in middelgrote steden lokale monopolisten werden. Weerstand bijvoorbeeld bij medische staven worden afgekocht met de fusiebonus. Concentratie van thuiszorgorganisaties werd in veel gevallen gecombineerd met het opzetten van dochterondernemingen om te pionieren in commerciële zorgverlening.

De kracht van het stratificatiemodel blijkt uit het afnemend belang van de koepel (NVZ) en van de meeste regionale samenwerkingsverbanden. Daarentegen bundelen zich gelijksoortige ziekenhuizen: VAZ, later NFU (universitaire medische centra), STZ (topklinische ziekenhuizen, de grootste algemene ziekenhuizen), samenwerkende algemene ziekenhuizen (SAZ<sup>144</sup>), maar ook 'de ziekenhuisketen' van acht grotere maar juist onder de STZ-groep gepositioneerde ziekenhuizen en een samenwerkingsverband van 'innovatieve centra'<sup>145</sup>

Ten derde de extrapolatie van trends waaruit uiteindelijk slechts 40 ziekenhuizen zouden resulteren bestaande uit een *interventiecentrum* met verschillende *satellieten* erom heen en samenwerkingsrelaties met de andere sectoren.<sup>146</sup> Opmerkelijk is dat tot nu toe alle

---

<sup>139</sup> Naast patiëntenzorg in diverse gradaties: onderzoek, onderwijs en een vooraanstaande positie in de opleiding van medisch specialisten; de patiëntenzorg wordt onderscheiden in basiszorg, acuut en electief (=planbaar), topklinische zorg en zgn. topreferente zorg: specifieke schaarse deskundigheid of voorzieningen ('hospital of last resort'), veelal verwijzing door specialisten naar specialisten.

<sup>140</sup> In het AMC is in 1981-82 een matrixstructuur ingevoerd; de ongelijktijdige overkomst en integratie van afdelingen van Binengasthuis en Wilhelmina Gasthuis, gecombineerd met beperkte voorbereidingen over wat een matrixstructuur aan eisen stelt aan functionarissen op knooppunten en de weloverwogen, maar niet lekker 'bekkende' benamingen (bijv. cose: chef operationele subeenheid, bijv. de coördinerend arts op een polikliniek) droegen niet bij aan vlotte adoptatie van de besturingsfilosofie. Bovendien leverde de veelheid aan afdelingen ( $\pm 70$ ) en diversiteit daartussen grote besturingsproblemen op. In 1988 werd het model verlaten voor een vorm van divisiestructuur naar het voorbeeld van Johns Hopkins Hospital, Baltimore Md; Robert M. Heyssel MD – Changing environment and the academic medical center: the Johns Hopkins Hospital; *in*: Academic Medicine, jan. 1989, pp. 7-11; Richard S. Ross MD, Michael E. Johns MD – Changing environment and the Academic Medical Center: the Johns Hopkins School of Medicine; *in*: Academic Medicine, jan. 1989, pp. 1-6.

<sup>141</sup> Zie noot 35 van hoofdstuk 3.

<sup>142</sup> Nationaal Ziekenhuis Instituut, onderzoek informatie en opleidingen in de zorg; later met de Stichting Informatievoorziening van de Gezondheidszorg gefuseerd tot Prismant.

<sup>143</sup> De fusiebonus bestond uit een andere waarderingbasis waardoor het exploitatiebudget en het investeringsbudget enkele procenten stegen t.o.v. de som van de twee afzonderlijke budgetten.

<sup>144</sup> de kleine ca. 30 ziekenhuizen, maar 'klein' is een titel die je natuurlijk alleen voert als het iets oplevert, zoals in de geslaagde lobby van de SAZ op de 2<sup>e</sup> Kamer om extra budget voor de kleine ziekenhuizen (i.p.v. een algemene spreidingsaanwijzing waardoor ook grotere ziekenhuizen door deconcentratie in het zelfde doel kunnen voorzien).

<sup>145</sup> Onder andere de al genoemde gezondheidszorggroep Rivas in Gorinchem e.o. en Pantein te Boxmeer.

<sup>146</sup> Dit toekomstbeeld schetste minister E. Borst bij haar aantreden; het werd aanvankelijk in de sector goddeels ontvangen als plausibel model.

bewegingen te maken hebben met autonome positionering van zorgaanbieders en dat de ontwikkelingen op de markt van zorgvragers er nog weinig toe lijken te doen. De voortgaande fusiegolf, maar vooral het in dat verband dreigende opdoeken van locaties in kleine en middelgrote gemeenten roept steeds meer kritiek op, zeker waar de bevolking bovenmodaal in staat is tot effectief verzet.<sup>147</sup>

Als reactie op het voorgaande -en niet vreemd aan de veranderde politieke wind vanaf 2001- krijgt *marktwerking* in de gezondheidszorg nieuwe kansen<sup>148</sup>.

Een tweede opvallend verschijnsel is dat in de hernieuwde belangstelling voor alles wat met veiligheid te maken heeft, regionale regie een impuls krijgt rond wat wordt genoemd *rood-wit-blauw*, staande voor: brandweer, medische zorg bij rampen<sup>149</sup> en politie.

*Tenslotte* keert de wal het schip: de prestaties van de ziekenhuizen die helemaal opgaan in het positioneringspel blijven kwantitatief achter bij wat de markt vraagt: in de jaren '90 groeien de wachtlijsten snel en lange wachttijden worden niet meer geaccepteerd. De zorg wordt een issue: weinig attente dienstverlening, gebrekkige organisatie, grote overhead met dito salarissen - veel wordt in verband gebracht met de schaalvergroting.

### 5.3. Nieuwe mogelijkheden voor zorgvernieuwing

Deze kritiek houdt juist nieuwe mogelijkheden in voor zorgvernieuwing. Daartoe moeten echter motieven van professionals en zorgvragers effectief worden verbonden met strategische belangen van zorginstellingen. Deze worden sterk bepaald door de (voorsnog beperkte) marktwerking in de inkoop van zorg<sup>150</sup>, welke op haar beurt wordt gestimuleerd door liberalisering van de markt van zorgverzekeringen.

In een recent door mij uitgevoerde opdracht voor een Stuurgroep Transmurale Zorg<sup>151</sup> is deze problematiek aan de orde. Het hierbij gebruikte schema biedt een classificatie van zorgvernieuwing op enkele niveaus en plaatst de strategie van ziekenhuizen in relatie tot de omgeving: toeleveranciers (verwijzers) en patiënten als afnemers van diensten. In de linker kolom staan steekwoorden ontleend aan beleidsplannen van enkele willekeurige ziekenhuizen<sup>152</sup>, de rechter kolom drukt hetzelfde uit in meer operationele begrippen.

---

<sup>147</sup> Tot de 'successen' behoren: nieuwbouw ziekenhuis Molendaal te Baarn (later gedwongen tot fusie in Meander MC) en het openhouden van de polikliniek/SEH in Zeist na overname door een Utrechts ziekenhuis; het ziekenhuis in Kampen bijvoorbeeld is gesloten.

<sup>148</sup> Eerste voorstellen van de commissie-Dekker kwamen kennelijk te vroeg; Commissie Sturing en Financiering Gezondheidszorg (SFG; commissie Dekker) – Bereidheid tot verandering; DOP, 's-Gravenhage, 1987

<sup>149</sup> Kernpunten zijn: samenhangende GHOR-regio's/GGD'en, bevoegdheden regionaal geneeskundig functionaris, maar ook: netwerken van traumazorg, classificatie afdelingen spoedeisende hulp (SEH) in niveaus, taakafstemming SEH's met huisartsenposten etc.

<sup>150</sup> Zorgverzekeraars onderhandelen over prijs en [nu nog minder] over volume en kwaliteit van het zogenaamde 'B-segment' van de somatische zorg met zorgaanbieders; dit betreft vrijwel uitsluitend planbare zorg, overeenkomend met ca. 10% van de totale medische productie van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra; voor bepaalde specialismen gaat het om een substantieel deel van de praktijk, bijv. 30% van de orthopedische behandelingen maakt deel uit van het B-segment.

<sup>151</sup> Formele opdrachtgever: Bestuur van de Stichting Integratie Wonen Zorg en Welzijn, te Ede; een naar aanleiding van de opdracht geschreven kort artikel is te raadplegen op [www.leguijtadvies.nl](http://www.leguijtadvies.nl).

<sup>152</sup> Dit is vaak niet de meest opwekkende lectuur en onderling zozeer uitwisselbaar dat ik exacte literatuurverwijzingen, voor een keer, oversla.

---

**schema:** van gasthuis tot interventiecentrum

keuzes in assortiment & anders organiseren zorg	>< protocollair uitbesteden taken >< regie integrale zorg	[C]
$\wedge$ $\vee$ $\wedge$		
inhoudelijk vernieuwen zorg & behandeling	>< professionele herverdeling taken >< verwijzen, consultatie & informatie	[B]
$\vee$ $\wedge$ $\vee$		
capaciteitsbenutting & doorstroming	>< low risk/low+medium care elders >< protocollen transfer/ doorstroom	[A]

---

Van onder naar boven neemt de complexiteit toe langs twee dimensies: meer verschillende zorgverleners en meer verschillende zorgprocessen.

De drie niveaus kunnen nog als volgt worden toegelicht:

- [A] Optimaliseren logistieke organisatie en (partieel) uitbesteden van fasen in het primaire proces op basis van inhoudelijke afspraken met andere partijen in de keten.
- [B] Herstructureren van de wijze van dienstverleners door taakherschikking tussen professionals en protoprofessionals<sup>153</sup> en actief benutten van interfaces met andere zorgverleners voor optimale procesregeling.
- [C] Consequent doorvoeren profilering door regisseren van integrale zorgverlening op kerntaken in combinatie met elders (doen) organiseren van niet-kerntaken, hetzij buiten concern, hetzij in satelietinstelling.

Anders dan wat ik hiervoor het 'positioneringspel' heb genoemd is dat vormen van zorgvernieuwing als in dit schema uitgaan van *doelgroepen* en zorgprogramma's en daarmee concreet betrekking hebben op de markt waarop instellingen zich begeven en consequenties hebben voor de verhoudingen tussen aanbieders van zorg.

Algemene begrippen in de strategie van ondernemingen vergen enige vertaling naar de sector van de curatieve zorg, maar zijn in beginsel niet afwijkend.

---

**Indicatoren en bronnen van concurrentiekracht**

- Onderscheidend: kwaliteit, service, prijs
  - Indicatoren: adherentie, marktaandeel, productie, budget & honoraria, vermogensreserve etc.
  - Bronnen: gevestigde positie t.o.v. concurrentie, reputatie, innovatie & architectuur van samenwerking in de zorgketen
- 

De volgende paragraaf is geschreven vanuit de volgende hypothesen:

- (a) dat het versnellen van vernieuwingen in de zorg, zoals onderscheiden in bovenstaand schema, ziekenhuizen voordelen oplevert in de concurrerende omgeving en
- (b) dat, zoals de implementatieliteratuur leert (i.h.b. noot 115 en 126), een kritische succesfactor hierbij is dat zij erin slagen de medisch specialisten hun rol goed te laten spelen.

---

<sup>153</sup> De Swaan omschrijft 'protoprofessionalisering' als extern effect van de professionalisering van de medische sector op volgende kringen van leken. Na verpleegkundigen en paramedici raakt dit effect de patiënt die een grotere rol krijgt in de eigen behandeling, aanvankelijk alleen preventie, later ook curatieve aspecten; Abram de Swaan – Zorg en de Staat, Amsterdam, 1989, p. 247.

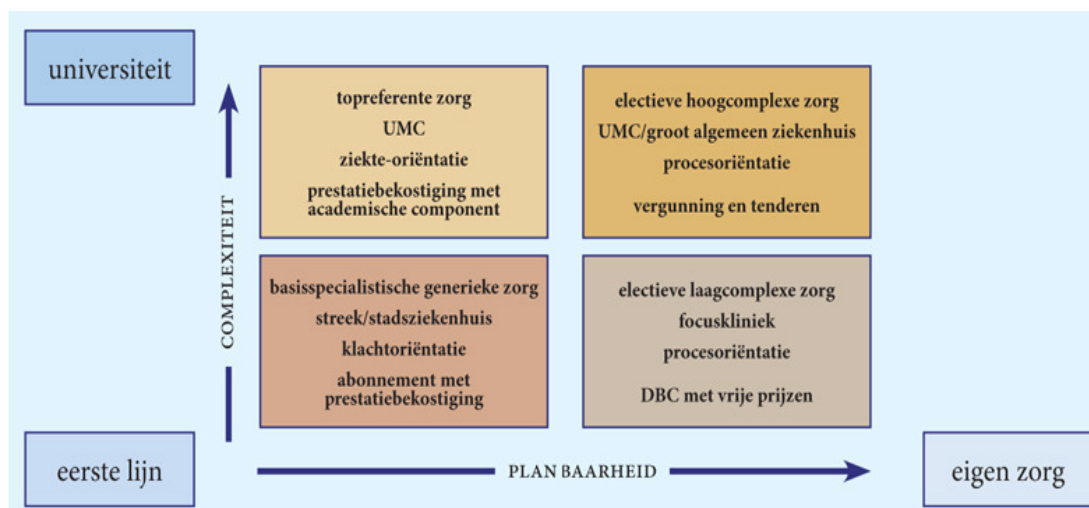
## 5.4. Waar zijn mogelijkheden zorgvernieuwing strategisch in te zetten?

Op grond van landelijk beleid, profilering van zorgverzekeraars op landelijk en regionaal niveau en ontwikkelingen bij meer innovatieve zorgaanbieders, lijken mij de volgende gebieden de komende tijd het meest interessant:

- Marktwerking op electief gebied
- Groeimarkt chronische zorg
- Deelname in spoedzorg? en
- Strijd om bijzondere functies: topklinische zorg en opleiding

Elk van deze gebieden vraagt een andere strategische benadering en een andere positie en betrokkenheid van professionals. Hieronder werk ik de gebieden verder uit.

Om de stelling over tegelijkertijd toenemende *differentiatie* en *integratie* verder te illustreren hier de grafische samenvatting van een recent artikel van de voorzitter van de RvB van een van de Universitaire Medische Centra. De strekking van zijn artikel is een pleidooi om de bekostiging van ziekenhuiszorg functioneel te laten aansluiten bij de grove indeling in vier soorten zorg en hiermee los te komen van de zwart-wit tegenstelling, waarbij 'zwart' staat voor het oude systeem van de functionele budgettering en 'wit' voor alles wat naar marktwerking verwijst. De werkelijkheid is immers ingewikkelder. Opvallend vind ik de parallellen tussen de benadering van Blijham en die van Porter/Omsted Teisberg zoals behandeld in hoofdstuk 3.



(uit: Geert Blijham – Bekostiging volgt functie, uniforme prijsconcurrentie met DBC's werkt niet; in: MC, 9 september 2005, pp. 1439-1442)

### Marktwerking op electief gebied

Mogelijk heeft de publieke aandacht voor wachtlijsten ertoe geleid dat beeldvorming over ziekenhuiszorg vooral wordt gekleurd door wat Blijham noemt de electieve *laagcomplexere zorg*. Dit type patiëntenzorg lijkt zich goed te lenen voor 'beheerste marktwerking' - DBC's met vrije prijzen.<sup>154</sup> Het DBC-project is dan ook een prestigieus project van de liberale minister van Volksgezondheid. Binnen de omschrijvingen van de producten is enige substitutie mogelijk en doordat de meeste DBC-diensten planbare zorg inhouden

<sup>154</sup> Zo baseert TPG-topman Peter Bakker, gezant van het *SnellerBeter* programma, zijn rapport over logistieke verbetermogelijkheden sterk op de procesorganisatie van het Oogziekenhuis in Rotterdam; zie mijn artikel op [www.Managementsite.nl](http://www.Managementsite.nl) op 31.8.2004.

die in dagbehandeling kan worden uitgevoerd, biedt dit gelegenheid voor nieuwe toetreders: *echte* nieuwe in de vorm van *zelfstandige behandelcentra* en *pseudo* nieuwe, doordat ziekenhuizen hiervoor aparte units opzetten.

Bij deze vormen van zorg die deels voldoen aan de kenmerken van een echte markt kunnen vernieuwende concepten worden ingezet zoals onder andere:

- Opzetten van zelfstandige behandelcentra voor planbare zorg met zogenaamde 'behandelstraten' naar het voorbeeld van 'dedicated factories', onder de vleugels van ziekenhuizen, danwel samen met of op initiatief van zorgverzekeraars.<sup>155</sup> Door een minimum aan versturende factoren is een hoge productiviteit en efficiency haalbaar en continue aandacht voor procesverbetering.
- Joint care: enkele patiënten wordt tegelijk voor dezelfde behandeling opgenomen, bijvoorbeeld een knie of heupoperaties, behandeld en vervolgens gestimuleerd om als groep gezamenlijk te revalideren; het herstel verloopt in het algemeen vlotter en gaat gepaard met kortere opnametijd, doordat mensen van elkaar leren en er meestal een competitie-element optreedt.
- Contracten waarbij externe therapeuten voor eigen rekening en risico participeren in klinieken voor betrekkelijk grootschalige behandeling van een beperkt aantal aandoeningen.
- Klantgericht organiseren van processen; vaak gaat dit in een bedrijfsmatige opzet gelijk op met efficiëntere inzet van middelen van ondersteunende specialismen, zoals bij *themapoliklinieken*<sup>156</sup>. Andere voorbeelden zijn: dagdiagnostiek geriatrie (poliklinisch te zware belasting, opname onnodig en potentieel somatiserend) en initiatieven die inspelen op leemten in de zorg, vaak voor een ziekenhuis nieuwe doelgroepen.<sup>157</sup>
- Contractuele doorstroomafspraken tussen ziekenhuizen en thuiszorg, verpleeg- of verzorgingshuizen over transfer van patiënten, met indicatoren en normen voor te leveren prestaties.

Deze ontwikkelingen spreken de 'R-professionals'<sup>158</sup> (op routine, standaardiseren en productiviteit gericht) op den duur meer aan dan 'I-professionals (op innovatie gericht), maar om een start te maken is de inbreng van de laatsten nodig om een re-invention te doen slagen.

Dat het verschijnsel 'behandelstraten' vooral in de hoek van de snijdende specialismen aanslaat laat zich verklaren uit: de aard van de te leveren dienst, die op snijdend gebied beter af te bakenen is, de bekostiging (het DBC-stelsel stimuleert sterk in deze richting), maar is ook een uitdrukking van de cultuur van de specialismen en van degenen die deze bedrijven.

## Groeimarkt chronische zorg

'De stijging van de levensverwachting, de verschuiving van acute naar chronische ziekten en de verbeterde diagnostiek en vroege opsporing hebben ertoe geleid dat het aantal zieken de laatste decennia is toegenomen. Deze trend zal zich voortzetten. Daarmee is 'de paradox van een rijke samenleving met een gezonde bevolking, een hoge

<sup>155</sup> Denk aan de zorgverzekeraar die in joint venture met MC Maxima (regio Eindhoven) een afdeling voor knie- en heupbehandelingen exploiteert.

<sup>156</sup> Zodanig georganiseerd dat patiënten met vergelijkbare aandoeningen in een dagdeel geconcentreerd worden wat voorspelbare stromen naar onderzoekafdelingen oplevert waarover dan capaciteitsafspraken kunnen worden gemaakt; waar dit ertoe leidt dat in een bezoek diagnose of behandeling kunnen worden uitgevoerd is de term one-stop-shopping ingeburgerd.

<sup>157</sup> Een voorbeeld in het Vrouwengezondheidscentrum in het Havenziekenhuis Rotterdam, dat zich richt op vooral allochtone vrouwen die niet gewend zijn zich tot huisartsen te wenden. Het centrum kent modules voor de diverse levensfasen: preconceptioneel advies, zwangerschapsbegeleiding (o.a. echo), bekkenbodempatiënt, menopauze en screening op gynaecologische kankers; de aard van de meeste problematiek, ironisch wel betiteld als 'gynaecologie light', maakt het mogelijk dat de spreekuren grotendeels door arts-assistenten, nurse practitioners en gespecialiseerde verpleegkundigen worden gedraaid onder supervisie van een gynaecoloog.

<sup>158</sup> Mathieu Weggeman – Kennismanagement, inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties; Scriptum management, 1997, p. 76 e.v.

levensverwachting, veel zieken en te weinig zorg dan compleet”<sup>159</sup>. Aldus het SCP in zijn tweejaarlijks rapport over de staat van de gezondheidszorg.

Een groeimarkt bij uitstek dus: de curatieve zorg voor chronische patiënten. En een gebied waarop zich met name de volgende ontwikkelingen voordoen:

- ruime toepassingsmogelijkheden van moderne medische technologieën waardoor zelfzorg een impuls krijgt en arbeidsbesparing gerealiseerd kan worden.
- gespecialiseerde verpleegkundigen, nurse practitioners en physician assistants kunnen optimaal worden ingezet in een taakherschikking met artsen; nieuwe competenties en protocollair werken kunnen hier leiden tot efficiencyverbetering. Ook multidisciplinaire behandelingen<sup>160</sup> passen in dit concept.
- specialistisch verpleegkundigen (en paramedici) in een gezamenlijke afdeling van thuiszorg en ziekenhuis voor 'behandelzorg'<sup>161</sup>, met als doel patiënten een zorgcontinuüm te bieden waarin zowel specialist als huisarts zijn betrokken.<sup>162</sup>
- uitdagingen om flexibele ICT oplossingen te realiseren, rekening houdend met: cliënt als regisseur van het eigen zorgproces, transmurale dossiervoering.

De chronische patiënten vindt men bij de beschouwende specialismen: longziekten, interne geneeskunde, neurologie en psychiatrie. Binnen deze vakgebieden zijn het artsen die oog hebben voor de keten van zorg en hoe deze te organiseren die de beste resultaten boeken. Dat kunnen heel best jongere artsen zijn, doordat prestige in deze zorgvorm pas gaat tellen als men eerst iets heeft opgebouwd.

Het management van instellingen kan hier goed de mogelijkheden benutten om echt vernieuwende zorg te laten opbouwen door betrokken professionals en zal daartoe vooral de voorwaarden moeten scheppen.

### Deelname in spoedzorg?

Vanwege de hoge mate van beschikbaarheid voor spoedzorg en derhalve hoge beschikbaarheidskosten, zijn met regionale afspraken grote voordelen te behalen. Partners is zo'n samenwerking zijn vaak meerdere ziekenhuizen (in stedelijke gebieden), huisartsen en mogelijk ambulancediensten - kern is de organisatie van 7x24 uurs spoedeisende hulp en het doel: een sluitend systeem te maken van gedifferentieerde 'spoedzorg' op basis van regionale afspraken. Dit houdt in dat niet elk ziekenhuis een 24 uurs SEH open houdt.<sup>163</sup>

Mogelijkheden in deze richting zijn onder andere:

- integratie van huisartsenpost en SEH-afdeling van ziekenhuis, voorzien van een callcenter en triageprotocollen.<sup>164</sup>

---

<sup>159</sup> Citaat uit: P. Schnabel - verstellen, vermaken, verbeteren; Gezondheidszorg-onderzoek als uitdaging in: Raad voor Gezondheidsonderzoek - Op de drempel van de 21<sup>e</sup> eeuw; uitdagingen voor het gezondheidsonderzoek; Den Haag, 1999

<sup>160</sup> Voorbeeld: begeleiding van kinderen met allergische en astma-achtige klachten, waarbij kinderallergoloog, kinderlongarts en dermatoloog betrokken zijn.

<sup>161</sup> Behandelzorg is de door (specialistisch) verpleegkundigen te leveren zorg en begeleiding van veelal chronische patiënten, welke aanvankelijk door artsen werd geboden; deze taakherschikking kan inhouden dat gekwalificeerde verpleegkundigen medisch-technische handelingen van artsen overnemen.

<sup>162</sup> In een verdergaande vorm kunnen huisartsen in dienst komen van een regionaal ziekenhuis - iets waar (zelfs) in Gorinchem (Rivas) niet voor is gekozen; huisartsen kunnen het als een voordeel ervaren boven zich aansluiten bij bijv. een thuiszorg organisatie - een ziekenhuisbestuur heeft meer ervaring met professionals en kan beter uit de voeten met duale aansturing, professionele statuten en dergelijke; vanuit een streekziekenhuis heb ik hierover verkennende gesprekken gevoerd met een groep huisartsen die gezamenlijk een gezondheidscentrum gingen vormen en het management wilden uitbesteden.

<sup>163</sup> De niveaus spoedeisende hulp lopen van multitraumacentra (met traumahelicopter en verantwoordelijk voor een aantal regio's) tot eenvoudige presentatieafdelingen gekoppeld aan (de openingstijden van) de polikliniek.

<sup>164</sup> Ca. 70% van de bezoekers van een HAP/SEH in grote steden is een *zelfverwijzer*, dat wil zeggen dat deze zich meldt zonder tussenkomst van een arts; bij deze patiëntengroep bevordert protocol-ondersteunde triage een vlotte doorstroming.

- Regionaal afgestemde voorzieningen voor intensive care en hartbewaking, in een gelaagde opbouw, waarbij in kleinere centra alleen kortdurende bewaking en/of beademing wordt uitgevoerd en ingewikkelder en langduriger zorg in een groter centrum wordt geboden; het totaal van de capaciteiten is afgestemd op een te verwachten vraag + aanvullende afspraken met omliggende regio's voor wederzijdse bijstand. Hieraan kunnen ook prestatieindicatoren worden gekoppeld, bijvoorbeeld een streefpercentage van spoedpatiënten met opname-indicatie die in het ziekenhuis zelf terecht kunnen en niet overgeplaatst worden naar een ander centrum.<sup>165</sup>
- Voor kleinere ziekenhuizen is een reële optie om zich uit de echte acute zorg terug te trekken, als er een regionale oplossing voor getroffen kan worden. Er zijn ook ziekenhuizen die hiervoor terugschrikken omdat ze zo mogelijk eerder 'prooi' worden voor een overname, door een ander ziekenhuis of door een nieuwe toetreders op de ziekenhuismarkt.<sup>166</sup>
- Gepoolde noodbeddenregeling in verpleeg- en verzorgingshuizen waarvan door huisartsen gebruik kan worden gemaakt voor patiënten die thuis onvoldoende zorg kunnen ontvangen, maar waarvoor ziekenhuisopname niet geïndiceerd is.

Op dit terrein bewegen zich vooral artsen uit *interventievakken*: gynaecologen, chirurgen, cardiologen en ook wel internisten. De sterke actiegerichtheid leidt tot minder aandacht voor logistieke en bedrijfskundige vraagstukken. De laatste jaren zijn deze echter vooral vanuit de verpleegkundige beroepsgroep sterker aangetrokken, bijvoorbeeld het doorvoeren van geprotocolleerd *voorsorteren* (triage door verpleegkundigen) en versnellen van diagnostische processen.<sup>167</sup>

### **Strijd om bijzondere functies: topklinische zorg en opleiding**

Met de electieve basiszorg vormt dit het gebied waarop onderling geconcurrereerd wordt. Er bestaan voor topklinische zorg reële toetredingsdrempels in de vorm van initiële investeringen in apparatuur - leveranciers van medische middelen (disposables of chemicaliën) spelen hierop in door deze investeringen voor te financieren en te verrekenen met omzetten.<sup>168</sup>

Topklinische zorg is in Nederland een centraal geplande functie, waarvoor de minister van VWS op adviezen van de Gezondheidsraad aanwijzingen geeft en vergunningen verleent. Een gebruikelijk concept is dat instellingen die een topklinische functie exploiteren een deel van de capaciteit ('kaal', met paramedisch personeel of inclusief gespecialiseerde artsen) verhuren aan andere instellingen.

Ondanks de landelijke planning zijn er over een langere tijd bekeken zeker verschuivingen in de markt van topklinische zorg. Doordat in ieder geval kleinere ziekenhuizen diensten van de centra moeten betrekken is het leveren van diensten aan deze ziekenhuizen budgettair een aantrekkelijke markt. Zeker in het stadium dat een technologie nog duur en relatief schaars is, maar de *early majority* van de professionele beroepsgroep deze begint toe te passen.

Rond opleidingen doen zich vergelijkbare ontwikkelingen voor. Hoewel het geen uitgemaakte zaak is of de 'lusten' de 'lasten' van opleidingsassistenten overtreffen en ook hier materiële en immateriële<sup>169</sup> investeringen aan de orde zijn, gaan er zonder meer positieve reputatie effecten uit van het hebben van opleidingserkenning. Dit is immers

<sup>165</sup> Vergelijk het project 'toegang voor spoed' van Samenwerkende Rijnmondse Ziekenhuizen.

<sup>166</sup> Er is in Nederland nu een consortium dat actief ziekenhuizen in problemen benadert om deze te 'strippen' en commercieel te bestieren, dit naar het model van Röhn Clinicum die in Duitsland een serie klinieken winstgevend exploiteert.

<sup>167</sup> Eind jaren '80 was het erg vernieuwend om een radiologietoestel op de spoedeisende hulp te plaatsen, nu is het gewoon dat Radiologie een zwaartepunt heeft op of annex de SEH.

<sup>168</sup> In de chronische nierdialyse is met het versoepelen van de erkenningsregeling en het invoeren van een sectoraal accreditatiesysteem door enkele leveranciers het zgn. pauschalen concept geïntroduceerd, waarbij voor 5 jaar apparatuur in bruikleen wordt neergezet, onderhouden door de leverancier en verrekening plaatsvindt via een degressieve opslag op de prijs voor kunstnieren, waardoor leverancier en instelling beide belang hebben bij groei.

<sup>169</sup> Hiervoor wordt wel de fraaie term 'opleidingsklimaat' gehanteerd.



ook de entree van specialisten in perifere ziekenhuizen tot academische opleidingsklinieken en via opleidingsvisitaties een bron van potentiële innovaties. Als opleidingen in een groot algemeen ziekenhuis geconcentreerd worden kan dit de status van *teaching hospital* verwerven, waardoor stafleden kunnen worden benoemd tot parttime teaching professor aan het betreffende UMC. Bij specialistenopleidingen geldt dat de capaciteit aan opleidingsplaatsen jaarlijks op advies van het Capaciteitsorgaan door de minister van VWS wordt bepaald. Met name rond fusies valt een toenemende activiteit rond het verwerven van opleidingen te constateren, onder andere door het aantrekken van specialisten met het profiel van (potentieel) opleider.

## Samenvatting

De differentiatie van instituties zal zich doorzetten en op onderdelen van de traditionele ziekenhuiszorg zijn nieuwe toetreders en substitutie aan de orde. Het autonome positioneringspel heeft plaatsgemaakt voor de noodzaak ondernemend het profiel van de instelling uit te bouwen en daartoe moeten op de vier onderscheiden gebieden strategische keuzes gemaakt worden die voortvloeien uit de aanwezige of te ontwikkelen concurrentiekracht.

De volgende stap is met professionals deze keuzes uit te werken in vernieuwend zorgaanbod, gebruik makend van *best practices*, maar waarschijnlijk nog veel praktischer: lessons learned bij referentieprojecten. In dit stadium is het wenselijk cliënten, verwijzers en samenwerkingspartners nauw te betrekken en concreet te worden over kritische succesfactoren, indicatoren en streefniveaus.

*In theorie is er geen verschil tussen theorie en praktijk, maar in de praktijk wel.*  
(The Lancet, voorjaar 2004)

## 5.5. Vernieuwing van zorg: organisatie en professionals

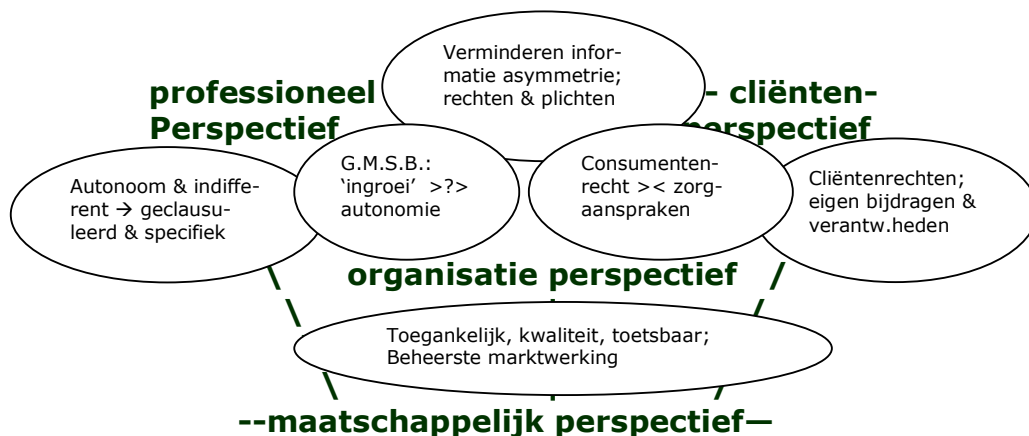
In de jaren '90 bestond de dynamiek vooral uit het fuseren van gelijksoortige organisaties: motieven zijn dan het beter benutten van de gevestigde positie t.o.v. concurrenten, schaalvoordelen (met name rationaliseren in de overhead) en verbeteren van de kwaliteit van het management. Échte vernieuwing en cliëntgerichte organisatie van zorgprocessen krijgen dan nog weinig aandacht of blijven beperkt tot ofwel alleen de kring van professionals (bijv. medische coördinatiecentra) ofwel doen zich juist voor buiten het domein van de artsen (bijv. de eerst transferprotocollen ziekenhuis → verpleeghuis).

Tegelijkertijd zijn ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars dan tezeer onderling verweekeld in overnamestrijd om de concentratiebewegingen bij zorgaanbieders kritisch te begeleiden.

In de 21<sup>e</sup> eeuw heeft deze algemene concentratiebeweging zich niet alleen doorgezet, er komen vooral ook nieuwe vormen op. Hieronder is een poging gedaan de ontwikkelingen en trends samen te vatten in de inmiddels bekende 'dubbele driehoek' (zie volgende bladzijde).

Op het abstractieniveau van het model van Blijham of de vier onderscheiden kritische gebieden worden keuzes van strategische aard gemaakt leidend tot een 'portfolio'. Deze stap moet gevolgd worden door het beoordelen van het huidige dienstenpakket en een toetsing van de mogelijkheden en begrenzingen om hier reële veranderingen in aan te brengen.

Dan komt het erop aan vanuit de drie directe relaties van het organisatieperspectief: client – professional – organisatie én inspeland op de drie patronen die zich in de relevante omgeving afspelen, invulling te geven aan de vernieuwingen die nodig zijn.



De methode om daar te komen zal per doelstelling verschillen, waarbij het overigens ook de voorkeur heeft daarbij een divers *handelingsrepertoire*<sup>170</sup> te hanteren.

Het meest boeiende voor in ieder geval organisaties in de gezondheidszorg is hoe in dergelijke processen de organisatie >< professionals functioneert. Over effectieve vernieuwing van zorg is veel verstandigs naar voren gebracht vanuit de implementatie expertise (hoofdstuk 4). Op dit punt zijn m.i. echter een paar aanvullingen nodig.

Het management van een organisatie (én de ingeschakelde adviseurs) kunnen de effectiviteit waarmee vernieuwingen worden doorgevoerd sterk vergroten door met de volgende vier punten rekening te houden - bij het inrichten en het verloop van het proces, maar evenzeer in de dagelijkse routine van het leiden van de organisatie:

- Professionals kennen in het algemeen een sterke mentale gerichtheid op *resultaten*; het is wel van belang goed te begrijpen (en deels te beïnvloeden) *welke* resultaten zij als zodanig zien. Van de noodzaak *dat* zaken worden aangepakt, laten professionals zich vaak overtuigen (rationeel-analytisch), over het *hoe* zijn zij kritischer, maar dat moet begrepen worden vanuit hun professionele rol om veranderingen te toetsen aan wat goed is voor hun beroepsuitoefening tegen de achtergrond van de belangen van 'hun' patiënten.<sup>171</sup> Ook moet er aandacht zijn voor het *leren* om zelf een (team)rol te spelen in het doorvoeren van vernieuwingen en (samen) bereiken van resultaten.<sup>172</sup> Er is met andere woorden een *a priori instemming* dat het management van een organisatie vanuit zijn verantwoordelijkheid stuurt op resultaatverbetering.<sup>173</sup>
- Een tweede, ingewikkelde opgave is om tussen management en professionals enerzijds voldoende *gemeenschappelijkheid* te vinden en anderzijds voldoende *ruimte*

<sup>170</sup> Met *handelingsrepertoire* doel ik op het bewust en afwisselend gebruik van de typologieën in de benadering van veranderingen en interventiestrategie van Otto: rationeel-analytische, emancipatie-gerichte, leerstrategieën en politieke of machtsdwang strategieën; M.M. Otto - het besturen van veranderingsprocessen; hoofdstuk 3 uit: Handboek Overheidsmanagement, z.p., 1986, pp. 84-114, aangevuld in presentatie PDO-MC 'interventiestrategie', GITP 02-0114.

<sup>171</sup> Artsen die overstappen naar managementfuncties voeren als een van de redenen hiervoor wel aan dat zij behoefte hebben meer concrete resultaten van hun werk te willen zien; managers uiten wel dezelfde verzuchting als zij zien dat een arts na een overleg weer lekker concreet bezig gaat met patiënten op de polikliniek.

<sup>172</sup> Denk aan het voorbeeld van de enthousiaste neuroloog in hoofdstuk 2.

<sup>173</sup> In meer traditionele ziekenhuisorganisaties of waar men in problemen is gekomen heb ik de verhouding bestuur / medische staf ook wel ervaren als dat de staf (de 'blijvers') het bestuur (de 'wijkers') als het ware *de gelegenheid geeft* dat te doen waar men zelf niet toe in staat is; door de problemen effectief aan te pakken versterkt het bestuur zijn positie t.o.v. de maatschappen, niet noodzakelijkerwijs ten opzichte van de medische staf als geheel.

te laten bij het formuleren van uitgangspunten, kaders en doelstellingen van vernieuwingen. Het begrip 're-invention' appelleert m.i. aan het zelfde begrip ruimte - een adequate vorm vinden die zich verdraagt met -onderling uiteenlopende- professionele normen, verwachtingen van cliënten of verwijzers, doelstellingen van de organisatie en externe vereisten als regelgeving en bekostiging, zonder geblokkeerd te raken door het voorbeeld van de 'best practice'.

Problemen die zich hierbij nog wel eens voordoen zijn verschillende referentiekaders, waardenhiërarchieën en verschillen van idioom. Managers (en adviseurs) kunnen zich hier beter op voorbereiden door zich te verdiepen in wat professionals in het algemeen drijft: *what makes them tick?* en in het bijzonder hoe dat geldt voor *deze* groep of *dit* individu. In hoofdstuk 1 ben ik hierop ingegaan en ook paragraaf 3.4. is in dit verband relevant.

- Het lastigste probleem is misschien nog wel dat van de *onzekerheid* en de behoefte van verschillende partijen deze te verminderen. Het is in het algemeen en zeker van professionals een logische reactie om aangekondigde veranderingen te toetsen aan geëxpliciteerde regels en normen.<sup>174</sup> Deze worden dan gebruikt om onderscheid te maken tussen wat wel en niet bespreekbaar zou zijn. Behalve dat dit leidt tot een smaller veld waarop oplossingen gezocht worden, is wezenlijker dat de bron van de onzekerheid buiten bereik blijft. Waar komt onzekerheid bij professionals uit voort? Deze houdt in ieder geval verband met: *professie-gebonden* onzekerheid,<sup>175</sup> *legitimering* van de eigen vakuitoefening tegenover beroepsgenoten (kan ik wel aan de norm voldoen na de verandering?), *strijd met andere professionals* om schaarse middelen<sup>176</sup> en tegen 'afschuiven' van andere (medische) taken en verstandelijke en vaak emotionele afstand tot vernieuwingsideeën of misschien wel vaker: hun verpakking.<sup>177</sup>
- Bij het doorvoeren van vernieuwing speelt ook de ambivalente houding van professionals ten opzichte van het bestuur en de daarvan afgeleide functionarissen. Naast de geprofileerde en gekoesterde autonomie, in ieder geval de *klinische autonomie* (wat te doen bij deze patiënt?), maar bij voorkeur ook de *praktijk autonomie* (inrichting werkzaamheden), dringt meer het besef door dat men als professionals zich moet binden aan de organisatie waarin men werkt en aan zijn representanten.<sup>178</sup>

---

<sup>174</sup> In een nu lopende opdracht -na fusie- medische functies te herschikken over twee ziekenhuislocaties, is het geen verrassing dat opleidingseisen op tafel komen om aan te tonen dat de plannen niet deugen.

<sup>175</sup> Vergelijk opmerkingen Van Crevel noot 44 hoofdstuk 3

<sup>176</sup> Schaarse middelen die men van de organisatie moet krijgen, maar ook het binden van patiënten aan het specialisme - denk aan de voorbeelden in paragraaf 3.3.; om het concreet te houden: de declarabele omzet van (kleine) maatschappen chirurgie is sinds de invoering van de lumpsum honorering fors teruggelopen doordat andere specialismen (dermatologie, radiologie) zich hebben toegelegd op onderdelen van het vak.

<sup>177</sup> Een fraai voorbeeld in dezelfde setting van noot 174: overeenkomstige vakgroepen dienen gezamenlijk plannen in voor herschikking van taken over de locaties, maar houden zich daarbij niet aan door de beide besturen aangegeven richtlijnen; eerst na presentatie van een scherpe uitwerking van de nieuwe locatieprofielen realiseert men zich in gesprekken met de opstellers van deze presentatie dat men anders moet gaan onderhandelen om (in concurrentie met andere specialismen) een uitkomst te bereiken waarbij zij het eigen vak in de ogen van beroepsgenoten legitiem zullen kunnen uitoefenen.

<sup>178</sup> Een collega divisie manager was al langere tijd bezig veranderingen in een praktijk van oogartsen door te voeren, leek ze moeilijk op een lijn te krijgen en betwijfelde of de maatschap hem wel accepteerde. Op een zaterdag trof hij een van de oogartsen in de showroom van een beter merk auto - deze stelde hem daar voor aan een kennis als 'dit is mijn baas in het ziekenhuis'; de collega was spontaan genezen van zijn twijfels.

## 5.6. Competenties van de adviseur

Ter afsluiting en reflecterend op eigen ervaringen als adviseur in de specifieke context waarover dit artikel gaat, nu in een viertal punten samengevat wat de bijdragen kunnen zijn van een adviseur aan het effectiever doorvoeren van vernieuwingen in de zorg.

*Sparringpartner in het formuleren van het realistisch ambitieniveau;* vaak is hier al het nodige aan gedaan als de adviseur binnenkomt, soms is de opdracht onderschat. Het vraagt ook enige tact om in overleg met de opdrachtgever effectief aan de orde te stellen dat de ambitie misschien wel te hoog of te laag is gesteld.

*Het inbrengen van echt vernieuwende elementen:* ideeën of invalshoeken, modellen, presentatie- of communicatievormen e.d., maar vooral: van buiten het tot dan toe gehanteerde referentiekader, waarbinnen verschillende opties al zijn doorgenomen.

*Referentiepunt voor externe informatie;* niet alleen heeft het waarde via de adviseur ervaringen elders opgedaan binnen te halen, de adviseur maakt daarbij al een eerste slag in het aanpassen naar de setting van de organisatie - daarin kan een creatief element schuilen.<sup>179</sup> Een ander voordeel voor de organisatie kan zijn dat men aan de hand van de informatie die de adviseur aandraagt kan beoordelen of deze over de juiste kennis, achtergrond en relevante contacten op het juiste niveau beschikt.

Tenslotte: met als bagage (enige) expliciete kennis en (vooral veel) impliciete noties, wordt de adviseur in de gezondheidszorg m.i. vooral gewaardeerd als hij als het ware *ambachtelijk* zijn *werk* levert, in praktisch bruikbare vormen en daarbij aanvoelt dat vernieuwing van zorg vaak langs kronkelwegen tot stand komt. Maar is de gezondheidszorg daarin zo uniek?

Frank Leguijt,  
PGO-MC  
November 2005

---

<sup>179</sup> Er spreekt een misverstand uit de bewering dat het niet voorkomen van bedrijfsspionage in de gezondheidszorg het bewijs is dat de sector niet concurrerend is; hier worden weinig innovatie en trage implementatie als probleem verward.

## Literatuur

### Boeken

- J.M. Boot, M.H.M.J. Knapen – De Nederlandse Gezondheidszorg; BSL, Houten, 2005 (1983)
- Ary Burger, Paul Dekker (red.) – Noch markt, noch staat, de Nederlandse non-profit-sector in vergelijkend perspectief; Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), Den Haag, 2001
- David M. Eddy – Clinical decision making, from theory to practice (collection of essays published in JAMA '90-'94); Jones & Bartlett publ., Sudbury, MA, 1996
- James Le Fanu - The Rise & Fall of Modern Medicine; Abacus, London 2001 (1999)
- T.L.M.C. Groot, G.J. van Helden – Financieel management van non-profitorganisaties; Stenfert Kroese, Groningen, 2003
- D. Keuning & D.J. Eppink – Management en Organisatie, theorie en toepassing; Stenfert Kroese, Groningen 2002
- Niek Klazinga – Quality management of medical specialist care in the Netherlands, an explorative study of its nature and development; Belvedere, Overveen, 1996
- Klinische Besliskunde, basiscursus (P.M.M. Bossuyt, prof.dr. J. Lubsen, red); Centrum voor klinische besliskunde Rotterdam, Vantree MedicalServices, 1990
- R. Lapre, F.F.H. Rutten, F.T. Schut - Algemene economie van de gezondheidszorg, leerboek voor universiteit en HBO; Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen, 1999
- Barbara v.d. Linden – The birth of integration: explorative study on the development and implementation of transmural care in the Netherlands 1994-2000; proefschrift Utrecht, 2001
- Nederlands Huisartsen Genootschap – Terug naar Woudschoten, over de kern van de huisartsgeneeskunde; NHG, Utrecht, 2002
- Henk Nicolai – De eed en het geld, de positie van de medisch specialist in Nederland, 1972-2002; Petrus Camper Instituut, Utrecht, 2003
- Prof. Drs. M.M. Otto - het besturen van veranderingsprocessen; hoofdstuk 3 uit: Handboek Overheidsmanagement, z.p., 1986, pp. 84-114
- R. Pepels, B. v.d. Linden, R. Huijsman – Vooral doen!, handreiking voor succesvol implementeren van transmurale zorg; Van Gorcum, Assen, 2004 [+ Cdrom onderwijsmodule; uitgave ZONmw + kenniskring transitie in de zorg, januari 2005]
- J.H. Peters (red.) – Ziekenhuis en strategie, samenspel tussen manager en medisch specialist; SMD, Leiden, 1986
- J. Ravensberger et.al. - In Zicht: nieuwe wegen voor implementatie; Van Gorcum, Assen, 2003
- W. de Regt / P. van Splunteren (red.) – Beter Zo!, praktijkgevallen van inventieve innovatie; Van Gorcum, Assen, 2001
- E. Rogers – Diffusion of innovation; Free Press New York, 5<sup>th</sup> ed. 2003 (1962)
- D.L. Sackett, R.B. Haynes, G.H. Guyatt, P. Tugwell – Clinical Epidemiology, a basic science for clinical medicine; Little, Brown & Company, Boston, 1991 (1985)
- G. Schrijvers, N. Oudendijk, P. de Vries, M. Hageman – Moderne patientenzorg in Nederland, van kennis naar actie; Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, 2002
- Abram de Swaan – Zorg en de staat, welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd; Bert Bakker, Amsterdam 1989 (1988)
- Wouter de Vries jr. & Aart P.J. Goud – Strategische dienstverlening, 20 modellen ter ondersteuning; Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten, 2003
- Prof.Dr. J.A. Walburg – Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg, intrede TU Eindhoven, 1997
- Prof.Dr. Jan Auke Walburg - Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg, van inspecteren naar leren; Kluwer bedrijfsinformatie, Deventer, 1997
- Mathieu Weggeman – Kennismanagement, inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties; Scriptum management, 1997
- M. Wensing, P. van Splunteren, M. Hulscher, R. Grol – Praktisch Nieuw, implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg; Van Gorcum, Assen, 2000

### Rapporten

- Centraal College Medische Specialisten – Kaderbesluit, algemene eisen voor de opleiding, registratie en herregistratie van medisch specialisten en voor de erkenning van opleiders, plaatsvervangend opleiders, stagebegeleiders en opleidingsinrichtingen; Utrecht 9-2-2004
- Commissie Keuzen in de Zorg (commissie Dunning) - Kiezen en delen, advies in hoofdzaken; z.p., 1991
- Commissie Modernisering Curatieve Zorg (commissie Biesheuvel) - Gedeelde zorg: betere zorg; ministerie van WVC, Rijswijk, 1994

Commissie Sturing en Financiering Gezondheidszorg (SFG; commissie Dekker) – Bereidheid tot verandering; DOP, 's-Gravenhage, 1987

M. Harmsen, M. Peters, M. Wensing – Barriers and facilitators assessment instrument: introduction, instructions and instrument; WOK, Nijmegen, april 2005

M. Hulscher, M. Wensing, R. Grol – Effectieve implementatie: theorieën en strategieën; ZONmw/WOK, 2000 ([pdf](#) eistrategieën)

Inspectie voor de Gezondheidszorg – Staat van de Gezondheidszorg 2003, ketenzorg bij chronisch zieken; Rijswijk, nov. 2003

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) – discussienota Transmuraal metselwerk, met specie van inhoud, organisatie en financiering; Utrecht, april 2001

Ministerie BZK - Ruimte voor regie, handreiking voor ketenregie in het openbaar bestuur; Den Haag, 2003

Ministerie VWS - Bakens zetten, naar een Nederlands raamwerk van Prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg; Den Haag, 2003

Ministerie VWS - De toekomstbestendige 1<sup>e</sup> lijnszorg; Tweede Kamer (TK stukken) 29.247, no. 4

NMA – Concurrentie in de ziekenhuissector, visiedocument 3128/55; Den Haag, januari 2004

Persoon, A. – Transmurale zorg in Nederland, een inventarisatie obv bestaande gegevensbestanden; Nivel, z.j. [zie ook A. Persoon e.a. *in* MC 1997; no. 10, pp. 309-313]

Raad voor GezondheidszorgOnderzoek (RGO) – Advies Knarsende Schakels, technologische innovatie & gezondheidszorg; advies no. 36, Den Haag, juni 2002

RGO – MTA-onderzoek, advies no. 15; 's-Gravenhage, 1998

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) – Taakherschikking in de gezondheidszorg; Den Haag, 2002

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) – Van Weten naar Doen, verspreiding van innovaties in de gezondheidszorg; Zoetermeer 2005

Senzor - Bundel congres Ketenzorg & vraagsturing; Huizen, december 2001

Senzor - Bundel themabijeenkomst 'medische as binnen ketenzorg', Utrecht, februari 2002

SEO – Arbeidsproductiviteit en innovatiekracht in de zorg; SEO, Amsterdam, juli 2005, i.o.v. Min. VWS en EZ

Sociaal Cultureel Planbureau – In het zicht van de toekomst, sociaal & cultureel. Rapport 2004, hoofdstuk 9: Zorg, pp. 415-455

## Tijdschriftpublicaties

L.A. Allery, P.A. Owen, M.R. Robling – Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study; *in*: BMJ, vol 314, 22 march 1997, pp. 870-874

J. Balint, W. Shelton – Regaining the initiative, forging a new model of the patient-physician relationship; *in*: JAMA, march 20, 1996; vol. 275, no. 11; pp. 887-891

M. Berg, W.M.L.C. Schellekens – Prikkel tot betere zorg, eigen bijdragen koppelen aan kwaliteitsprijsverhouding; *in*: MC, 2004, 24 juni, pp. 1601-1604

Donald M. Berwick – a primer on leading the improvement of systems; *in*: BMJ, 1996; 312: pp. 619-622

Donald M. Berwick – Public Performance Reports and the will for change; *in*: JAMA, sept. 25, 2002; vol. 288, no. 12, pp. 1523-1524

Donald M. Berwick – Disseminating innovations in Health Care; *in*: JAMA, apr. 16, 2003, vol. 289, no. 15; pp. 1969-1975

J.L.T. Blank, B.L. van Hulst – Zorgen voor vernieuwing; *in*: ESB, 9-9-2005, pp. 398-400

Geert Blijham – Bekostiging volgt functie, uniforme prijsconcurrentie met DBC's werkt niet; *in*: MC, 9 september 2005, pp. 1439-1442

A.F. Casparie – view from the Netherlands; *in* Quality in Health Care, 1993; 2: pp. 38-41

H. van Crevel – Van evidence naar behandeling, verslag van een tijdschriftconferentie 6.6.1996; *in*: NTVG 1996, 21 september; 140(38), pp. 1915-1920

Ben V.M. Crul – Een gezonde spil in de zorg, commissie-Tabaksblad wil huisartsenzorg ingrijpend veranderen; *in*: MC, 6 april 2001, pp. 536-538

T.O. Davies, S. Harrison – Trends in doctor-manager relationships; *in*: BMJ, vol. 326, 22 march 2003, pp. 646-649

Div. auteurs – themanummer 'geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf'; *in*: MC, 11 juli 1997, nrs. 27/28, pp. 868-886

Avedis Donabedian – The Quality of Care, how can it be assessed? *In* JAMA, sept. 23/30, 1988, pp. 1743-1748

Cam Donaldson – Economics, public health and health care purchasing: reinventing the wheel? *In* Health Policy, 33 (1995), pp. 79-90

- Liam Donaldson – Management for Doctors: Conflict, Power, negotiation; *in*: BMJ, 1995; 310, pp. 104-107
- E.C.M.M. Donkers, G.J. van Leeuwen – Kwetsbare ketens, aansturing ketenzorg moet beter worden georganiseerd; *in*: MC, 5 augustus 2005, pp. 1273-1275
- Elsevier (weekblad), nummer 39, 25 september 2004: de beste ziekenhuizen, pp. 36-50
- Elsevier (weekblad), nummer 39, 1 oktober 2005: de beste ziekenhuizen, pp. 81-110
- Terence English – Medicine in the 90's needs a team approach; *in*: BMJ, vol. 314, 1 march 1997, pp. 661-663
- G. Fairfield e.a. – Managed Care: implications of managed care for health systems, clinicians and patients; *in*: BMJ, 1997, 28 june; 314: pp. 1895-1899
- M. Fleuren e.a. – Determinants of innovation within Health Care Organizations; *in*: Int. Journal for Quality in Health Care 16, 2004, pp. 107-123
- Gelijns, A., N. Rosenberg – The Dynamics of Technological Change in Medicine; *in* Health Affairs, 1994, summer, pp. 28-46
- Joop van Goor – De top-tien van conflicten tussen management en professionals, hoe overleef ik mijn professionals?; *in*: HZH 16, 8 september 1994; pp. 646-649
- Richard Grol – Beliefs and evidence in changing clinical practice; *in*: BMJ, 1997, 16 aug. 315; pp. 418-321
- R.Grol e.a. – Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study; *in*: BMJ vol 317, 26 sept. 1998, pp. 858-861
- Haines A., R. Jones – Implementing findings of research; *in*: BMJ, 1994; 308, pp. 1488-92
- Jack Hackley, Stephen Zuckerman, Lisa I. Iezzoni - Financial pressure & competition, changes in hospital efficiency and cost-shifting behavior; *in* Medical Care, vol. 34, 1996, no. 3, pp. 205-219
- L.J.M. de Heij – Zorgverzekeringwet kan tot minder zorgverbetering leiden; *in*: ESB, 9-7-2005, pp. 320-321;
- Robert M. Heyssel MD – Changing environment and the academic medical center: the Johns Hopkins Hospital; *in*: Academic Medicine, jan. 1989, pp. 7-11
- Jane M. Howell – The right stuff: identifying and developing effective champions of innovation; *in*: Ac. Of Management – executive, 2005, vol. 19, no. 2, pp. 108-119
- J.H. Hubben – De relatie ziekenhuis-medisch specialist vanuit gezondheidsrechtelijk perspectief; *in*: MC, 2 feb. 1996, pp. 149-157
- John K. Iلهart – Managed competition; *in*: NEJM, vol. 328, april 22, 1993; pp. 1208-1212
- H.A. Keuzenkamp – Marktwerking in de zorg; *in*: ESB 2005, themanr. 10 jaar mededingings- en reguleringsbeleid, pp. 21-23;
- KNMG (cie. Medische ethiek) – Professioneel kiezen; *in* MC 1992, nr. 3, pp. 87-96
- P.C.J. de Koning, P. de Vries – Ketenvorming; samen de schouders eronder; *in*: ZM magazine, nr. 5, mei 1998, pp. 16-21
- U. Krogstad, D. Hofoss, P. Hjortdahl – Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact; *in*: BMJ, vol. 324, 5 jan. 2003; pp. 36-38
- R. Kronick e.a. – The marketplace in Health Care Reform, the demographic limitations of managed competition; *in*: NEJM, vol. 328, jan. 14 1993; pp. 148-152
- C. Laine, F. Davidoff – Patient-centered medicine, a professional evolution ; *in*: JAMA, jan.10, 1996, vol 275, no. 2; pp. 152-156
- L.L. Leape, D.M. Berwick – 5 Years after To Err is Human, what have we learned?; *in*: JAMA, may 18, 2005, vol. 293 no. 19, pp. 2385-2390
- D. Mechanis, M. Schlesinger – The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians; *in*: JAMA, june 6, 1996, vol 273, no. 21; pp. 1693-1697
- Mark. Murray, Donald M. Berwick – Advanced access, reducing waiting and delays in primary care; *in*: JAMA, feb.26, 2003, vol. 289, no. 8; pp. 1035-1040
- G.H. Okma – Thema's voor de toekomst van de herstructurering van de Nederlandse Gezondheidszorg; *in*: NTVG, 1994, 11 juni; 138 (24), pp. 1233-1238
- G.H. Okma – Regeerakkoord 1994: trendbreuk of continuïteit op het gebied van de gezondheidszorg?; *in*: NTVG, 1995, 10 juni; 139 (23), pp. 1193-1199
- G.J.H. den Ottolander – Het effect van feed-back op het aanvraagpatroon van huisartsen; *in*: MC, nr. 39, 30 sept. 1994, pp. 1215-1216
- Catherine Pope - *Resisting Evidence: The Study of Evidence-Based Medicine as a Contemporary Social Movement*; *in*: *Health*; Vol. 7, No. 3, 267-282 (2003)
- Michael E. Porter, Elisabeth Olmsted Teisberg – Redefining Competition in Health Care; *in*: HBR, june 2004, pp. 65-76
- Uwe E. Reinhardt – Health Manpower forecasting: the case of physician supply; *in* E. Ginzberg – health services research, key to health policy; Harvard UP, Cambridge (mass), 1991, pp. 234-284
- Richard S. Ross MD, Michael E. Johns MD – Changing environment and the Academic Medical Center: the Johns Hopkins School of Medicine; *in*: Academic Medicine, jan. 1989, pp. 1-6.



- J.H. Schaaf – Perspectieven voor de besturing van de ziekenhuiszorg; in: Zorgvisie, nr. 4, april 1994
- SEO Economisch Onderzoek – Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg; SEO, Amsterdam, juli 2005 (i.o.v. Min.EZ)
- S. Sinclair – Evidence-Based Medicine: a new ritual in medical teaching; in: British Medical Bulletin, june, 1, 2004; 69(1), pp. 179-196
- Barbara Stanfield – Health services research: a working model; in NEJM, july 19,1973, pp. 132-136
- Joy Taylor, Rodney McAdam – Innovation adoption and implementation in organizations: a review and critique; in: Journal of General Management, vol. 30 no. | autumn 2004, pp. 17-38
- S.R. Tunis, D.B. Stryer, C.M. Clancy – Practical Clinical Trials, increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy; in: JAMA, sept. 24, 2003; vol. 290, no. 12, pp. 1624-1632
- Sara Twaddle, Andrew Walker – programme budgeting and marginal analysis: application within programmes to assist purchasing in Greater Glasgow Health Board; in Health Policy, 33 (1995), pp. 91-105
- Trenité van Doorne – Juridische checklist Transmurale Projecten (concept v. discussiedoeleinden); Amsterdam, nov. 2000
- W. de Vries jr., A.P.J. Goud – Strategische dienstverlening, 20 modellen ter ondersteuning; Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten, 2003
- Marcel J. Wanrooij – collegiaal besturen in de maatschap en andere 'Professional Service Firms': grilligheid troef!; in: Managementsite (geplaatst 27 sept. 2005)

## Tijdschriften

Annals of Internal Medicine  
 British Medical Journal (BMJ)  
 Economisch Statistische Berichten (ESB)  
 Gezondheidszorg & Management  
 Journal of the American Medical Association (JAMA)  
 Kwaliteit in beeld, tijdschrift over kwaliteitsmanagement in de zorgsector  
 Medisch Contact (MC), jrg. 1992-2005  
 Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG), jrg. 1992-1997 + indices 1998-2004  
 New England Journal of Medicine (NEJM)  
 ZM Magazine  
 Zorg & Ondernemen

## Websites

[www.brancherapporten.minvws.nl](http://www.brancherapporten.minvws.nl)  
[www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)  
[www.devraagaanbod.nl](http://www.devraagaanbod.nl) + [vraaggestuurdezorg.nl](http://vraaggestuurdezorg.nl) + [pgb.nl](http://pgb.nl) + [opkopzorg.nl](http://opkopzorg.nl)  
[www.HKZ.nl](http://www.HKZ.nl)  
[www.INIC.nl](http://www.INIC.nl) + [www.integratedcare.nl](http://www.integratedcare.nl) + [www.ICV.nl](http://www.ICV.nl) (innovatiecentrum vraagsturing)  
[www.kennisbeterdelen.nl](http://www.kennisbeterdelen.nl)  
[www.medweb.nl](http://www.medweb.nl)  
[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)  
[www.NPCF.nl/persberichten/voorbeeldpraktijkenindecuroatievezorg](http://www.NPCF.nl/persberichten/voorbeeldpraktijkenindecuroatievezorg)  
[www.orde.nl/projecten>lopendeprojecten](http://www.orde.nl/projecten>lopendeprojecten)  
[www.qualityhealthcare.org](http://www.qualityhealthcare.org)  
[www.RGO.nl/publicaties](http://www.RGO.nl/publicaties)  
[www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl)  
[www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)

# Summary

## Towards effective innovation of curative care

### **An essay on practice, theory and 'practice theory'**

The Dutch curative health care has a reputation for slow diffusion of innovations. My personal experience both as a management consultant and as a member of management teams in several hospitals is a mixed one: ever lasting deliberations before even a first change takes place, but also very swift implementation of challenging new practices. If the latter is possible, then the intriguing question is: how to speed up the diffusion of innovations?

In this paper I'm dealing with this question in an attempt to find ways towards effective innovation of curative care.

First an overview of the phenomenon of *innovation in (curative) care*. Illustrated by a real life example, attention is paid to levels, motives and scope of innovation; the main participants are introduced, especially the relationship between organizations, e.g. hospitals, and medical specialists, which I consider to be the key factor to effective innovation.

In organizing care processes professionals, (medical) technology, reimbursement system are arranged around the patient and his medical condition. Effective innovation is an important topic to improve the quality of care and cure and the overall performance of the health care providers.

Specialist literature concerning *innovation* and *implementation* shows agreements and differences between these items. Several aspects of definitions provide us with notions about the central question.

A short sidestep is made to discover that genuine innovation in medical science is seldom in accordance with the postulated linear model, and be better described as a broad scale incremental process of adoption-and-adaption-in-one-time or: re-invention, in a word introduced by E.M. Rogers.

Rogers' theory on diffusion of innovations stipulates that these processes go by fairly constant patterns, expressed in *circumstances* or *antecedents*, *several phases*, *characteristics* of the *innovation* itself and a diversity of *actors* in their *roles*. Rogers plausibly states that there is a major resemblance between innovation processes within and outside (formal) organizations.

A challenge of peculiar dimension is the brief elaboration of relevant aspects of the Dutch health care system, especially the curative section; but it is inevitable to understand what the rest of this article is about. Subjects dealt with are among others: reimbursement system & its links with facilitating of freezing innovation, initiatives to stretch competition in health care and a brief discussion on the often somewhat vulgarized question 'state or market', figuring among others Michael Porter.

The dynamics of medical technological development and the underlying causes are highlighted in its consequences for costs and cost containment in health care - the paradox of health care that innovation is not equalized with lower costs.

The latter part of this section is dedicated to a great number of themes and trends, all in general related to innovation of care, in that they are facilitating or blocking change.

We pay attention to the Dutch implementation practice of innovations in health care. The Dutch scientific society is merely oriented towards their Anglo-American colleagues and their network of dedicated institutes is tight.

In analysing the implementation practice I point out at (1) a strong emphasis on rational-analytic and learning strategies for diffusion of innovations (2) a lack of sophistication in dealing with the role of (medical) professionals in enhancing innovations (3) relatively a blind spot for the phenomenon of re-invention and (4) some naivety concerning items associated with power and vested or endangered interests.

In contrast to the somewhat isolated approach in the implementation literature an attempt is made to connect *innovation of care* with the *strategy of care institutions*.

Actual Dutch health care policy might be a stimulus for hospitals to turn into new roads, thereby discovering anew innovation schemes to improve their primary processes and strengthening their overall business position, based on articulated strategies and explicit selection of a consistent portfolio of services. The challenge is to implement these choices in accordance with the professionals.

The market and institutional developments are recapitulated into four *critical areas*.

In a brief exploration is dealt with policy alternatives and what these mean for the involvement of medical specialists in exploiting the possibilities for the care organization.

We conclude with some remarks on the *repertory for effective innovation strategies* in Dutch hospitals, labelled as 'integrated medical specialist companies', and final remarks on required competences for management consultants in speeding up the innovation process in this peculiar health business.

Frank Leguijt, November 2005

Correspondence to: frank.leguijt@planet.nl

Frank Leguijt has settled into a management consultancy practice *Leguijt Advies* for policy and organisation. His twenty years experience in Dutch health care is established both as a consultant and as a division manager in several general and university hospitals.

Central to his interest is the relationship between professionals and health care organisations in the innovation of health care.

He is one of the co-founders of the alliance *AdviseursindeZorg* ('Consultants in Health Care'), a network of senior consultants dedicated to the challenges of health care.

Drs. Frank Leguijt MMC  
Pascalstaat 5  
3817 JH Amersfoort

frank.leguijt@planet.nl  
www.leguijtadvies.nl  
033-4622785 | 06.21524536