

isala

&



**Linnean**  
Doendenkers voor de zorg

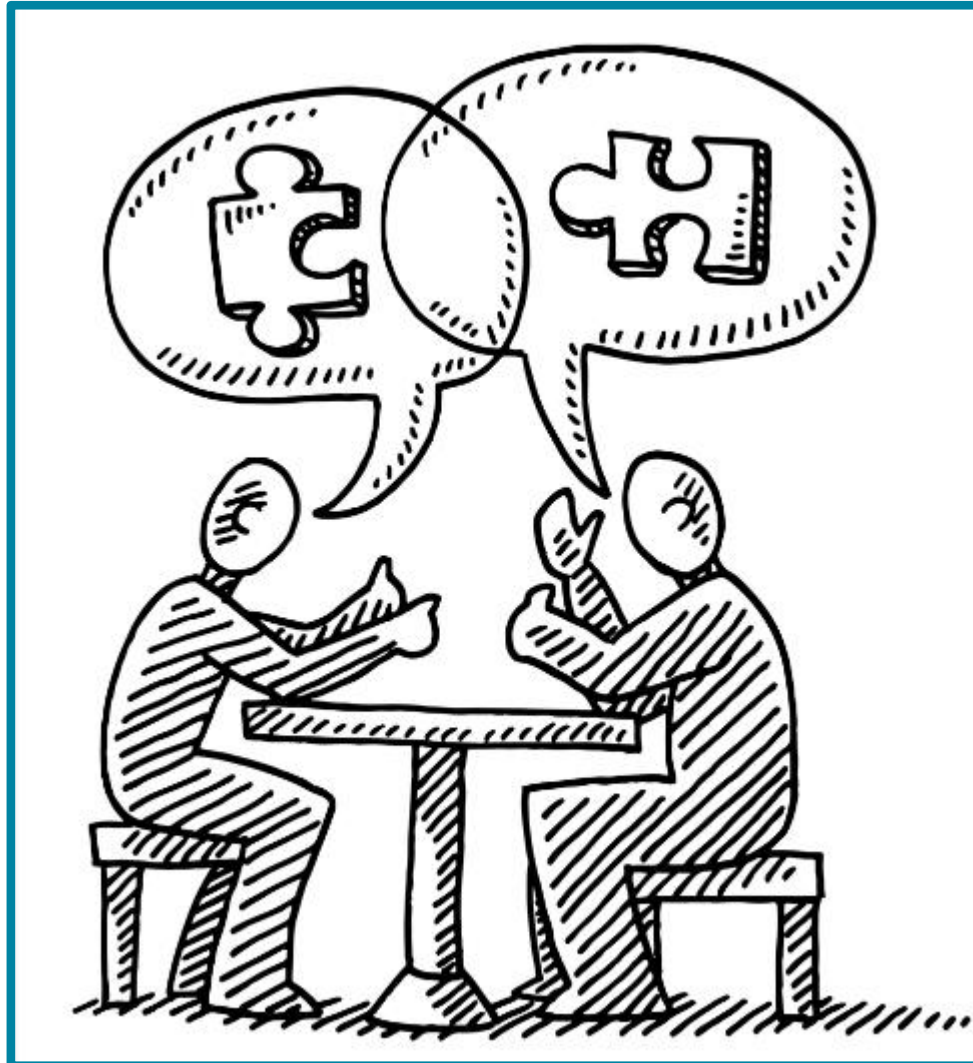
Isala Stroomt door

Patiëntwaarde creëren door te werken in zorgketens

# Workshop Organisatieverandering



Linnean & Isala Zwolle



# Organisatieverandering, waarom? Start van onze reis in 2021

Waarom doen we dit:

## Waarde voor de patiënt verbeteren

Vanuit onze ambitie streven we naar patiëntgerichte zorg en het optimaliseren van patiëntwaarde.

Dit doen we vanuit de principes van waardegedreven zorg. Uit verschillende gesprekken met patiënten blijkt dat dit echter nog niet in alle gevallen lukt. Onderstaand een aantal voorbeelden van de manier waarop onze patiënten momenteel hinder ondervinden van de huidige wijze van organiseren, sturen en verantwoorden.



## Waarom veranderen: Resultaten werkgroep

- Onze patiënten worden momenteel nog niet altijd optimaal ondersteund door de wijze van organiseren, sturen en verantwoorden.
- Vooral multidisciplinaire zorgketens lopen aan tegen grenzen van de huidige ziekenhuisorganisatie.
- Betrokkenen ervaren dat de wijze van organiseren, sturen en verantwoorden niet optimaal bijdraagt aan de patiëntwaarde.
- Meten van en sturen op patiëntwaarde gebeurt onvoldoende.

## Daarom streven naar:

- Meer focus op geheel, minder primair op delen van de zorgketen.
- Sturen op relevante gezondheidsuitkomsten voor de patiënt.



## Wat blijft

- Bereidheid tot samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid is belangrijker dan welk model dan ook; onderlinge samenwerking, afstemming en samen ontwikkelen.
- Specialisten blijven verantwoordelijk en aanspreekbaar op eigen behandeling.
- Vakgroepen blijven belangrijk. Activiteiten die plaatsvinden op vakgroep niveau zijn: opleiding, onderwijs en delen van kennis/ opstellen en uitwisselen van protocollen.
- De verdeling van schaarse shared-resources (OK, radiologie, bedden, etc) vraagt ook bij het werken in zorgketens om heldere keuzes en criteria.
- SEH,OK, IC en Medisch Ondersteunende Diensten blijven apart georganiseerd en verantwoordelijk voor de kosten van die dienstverlening.
- Stafdiensten blijven centraal gepositioneerd en ondersteunen vanuit die centrale positie in dedicated accountteams de zorg “op maat”.



# Wat willen we veranderen?

## We vergroten de patiëntwaarde door ketenzorg verder te versterken

- We formeren multidisciplinaire teams (MDT).
- We betrekken de patiënt bij het ontwerp en evaluatie van de zorgketen.
- We verbeteren de aansluiting van ondersteunende specialismen.
- We zoeken oplossingen voor schaarse capaciteiten door flexibeler en kort cyclischer te plannen.
- We werken met een tripartite ketenbestuur die de zorgketen aanstuurt.
- We zorgen voor beschikbaarheid van data zodat het MDT kan sturen op kwaliteit en kosten in de zorgketen.
- We ontwerpen een financieel systeem dat het werken in zorgketens faciliteert en iedere specialist beloont voor deelname.
- We zijn bereid om onze organisatiestructuur aan te passen als dat het werken in zorgketens faciliteert.
- We onderzoeken daartoe de mogelijkheid om zorgketens onder te brengen in clusters.



# Vervolgens ordeningsprincipes en uitgangspunten benoemd:

- Indeling is ondersteunend aan zorgketen => "wat is optimaal voor de patiënt?"
- O.b.v. patientkenmerken, medische aandoening of proces
- Ondersteunend aan de strategie
- Bestuurbaarheid
- Feitelijkheid/objectiviteit bij capaciteitstoewijzing (bv bij 80% gebruik dan eigen capaciteit)
- Teams waar kan niet opsplitsen
- Medewerker heeft een leidinggevende
- Zoveel mogelijk uitgaan van bestaande situatie

# Wat is er nodig om clustering succesvol uit te voeren?

## Welke zaken moeten worden beschreven

- a. Indeling clusters; toedeling ketens;
- b. Capaciteit bij cluster of capaciteitsorgaan
- c. Beschrijving drie functies op keten- én clusterniveau
- d. Verpleegkundig leider op alle niveaus? RvB? VAR gelijk aan MSB?
- e. Verhouding operationeel leidinggevende en manager keten / manager cluster
- f. Operationeel leidinggevende = manager cluster? Of introductie extra managementlaag (leidt wel tot een aanmerkelijke kostenstijging)
- g. RvE voorzitter = Clustervoorzitter?
- h. Gevolgen clusterindeling voor Medical Board? Verhouding medical board cluster en clusterbestuur?
- i. Financiële impact nieuwe organisatie: aantal clustervoorzitters, clustermanagers, ketenmanagers....
- j. Huisvestingsissues?
- k. Monitor kwaliteit en veiligheid; PRI?

## Dat wat nodig is moet werken

- a. Kostenplaatsstructuur
- b. Financieringsstromen
- c. Verhouding vakgroepen en ketens
- d. Dashboarding

## Is er sprake van een reorganisatie?

- a. Minder clusters dan RVE's
- b. leidt tot herplaatsing; procedure beschrijven
- c. Is er dan sprake van een reorganisatie: procedure beschrijven
- d. Ondernemingsraad informeren

## Voldoende ketens ontwikkeld om clustering te legitimeren

- a. Wat met zorg die niet in ketens is ondergebracht?





# In 2022 een “denkrichting” tot clusteren gedaan



.....maar wel:

- door met de ontwikkeling van ketens, elke specialisme participeert in minimaal 2 keten
- onderzoeken wat nodig is voor de aansturing van de ketens (tripartite aansturing)

# In 2022 een denkvoorstel tot clustering gedaan

## De denkrichting gaat richting indeling B

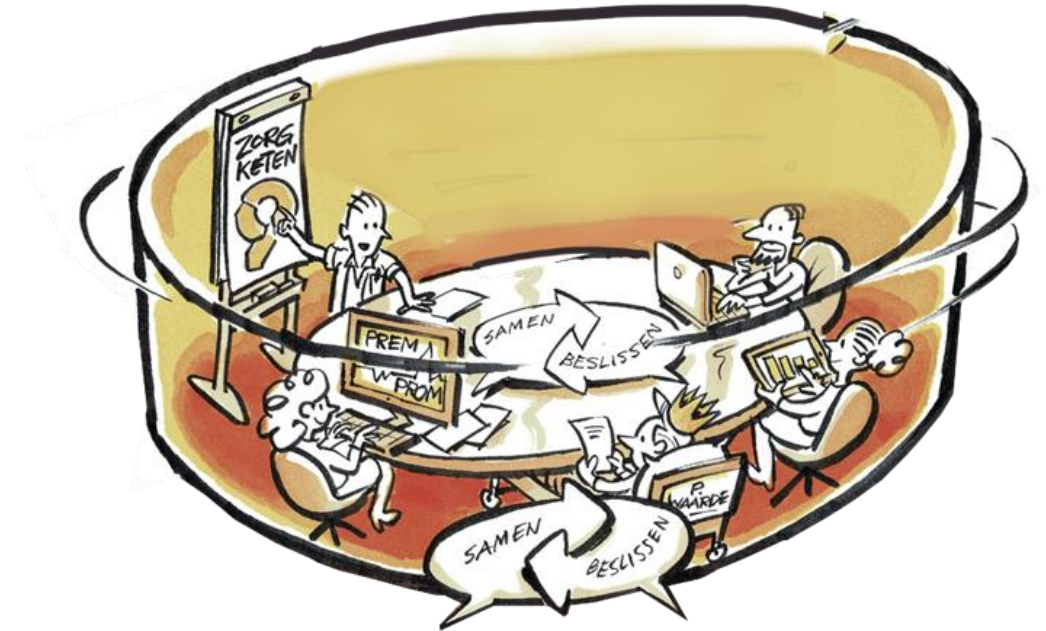
De clusternamen zijn nog werktitels

Indeling A	Indeling B	Indeling C Hoofddiagnosegroepen*
Hartcentrum 2.0 (incl. vaat)	Hart en vaat	Hart- en vaatziekten Luchtwegen
<u>iVKC</u>	Vrouw Man Kind	Obstetrie en congenitale Aandoeningen en Urogenitale systeem
Beweegcentrum 2.0	Beweegcentrum 2.0	Bewegingsapparaat
Oncologische centrum 2.0	Oncologische centrum 2.0 (niet zijnde benigne en dermatologisch)	Nieuwvormingen
Electieve zorg 2.0	Electieve zorg 2,0	
<u>iATC 2.0</u> (alle acute zorg)	<u>iATC 2.0</u> (incl. <u>letstel</u> )	<u>iATC 2.0</u> CVA, AAA, complexe trauma Letstel en vergiftiging
Hoofd hals brein	Hoofd hals brein	Zenuwstelsel en zintuigen plus Psychische aandoeningen
Beschouwend + chronisch	Beschouwend + chronisch	Beschouwend en chronisch: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endocrinologie en immuunstoornissen</li> <li>• Huidziekten</li> <li>• Infectieuze en parasitaire ziekten</li> </ul>
Ouderengeneeskunde		Gastro-intestinale aandoeningen

Denkrichting is indeling B

# Waar staan we nu?

- > meer dan 40 ketens onderweg
- Focus voor het programma in 2024 op het ondersteunen van het meten en evalueren van de al bestaande ketens.
- Behoeftte om te sturen op resultaten vanuit de keten
  - advies tripartite aansturing aangeboden aan RvB
- Organisatieverandering om slagkracht te vergroten per 1 januari 2025
  - advies tripartite aansturing aangeboden aan RvB



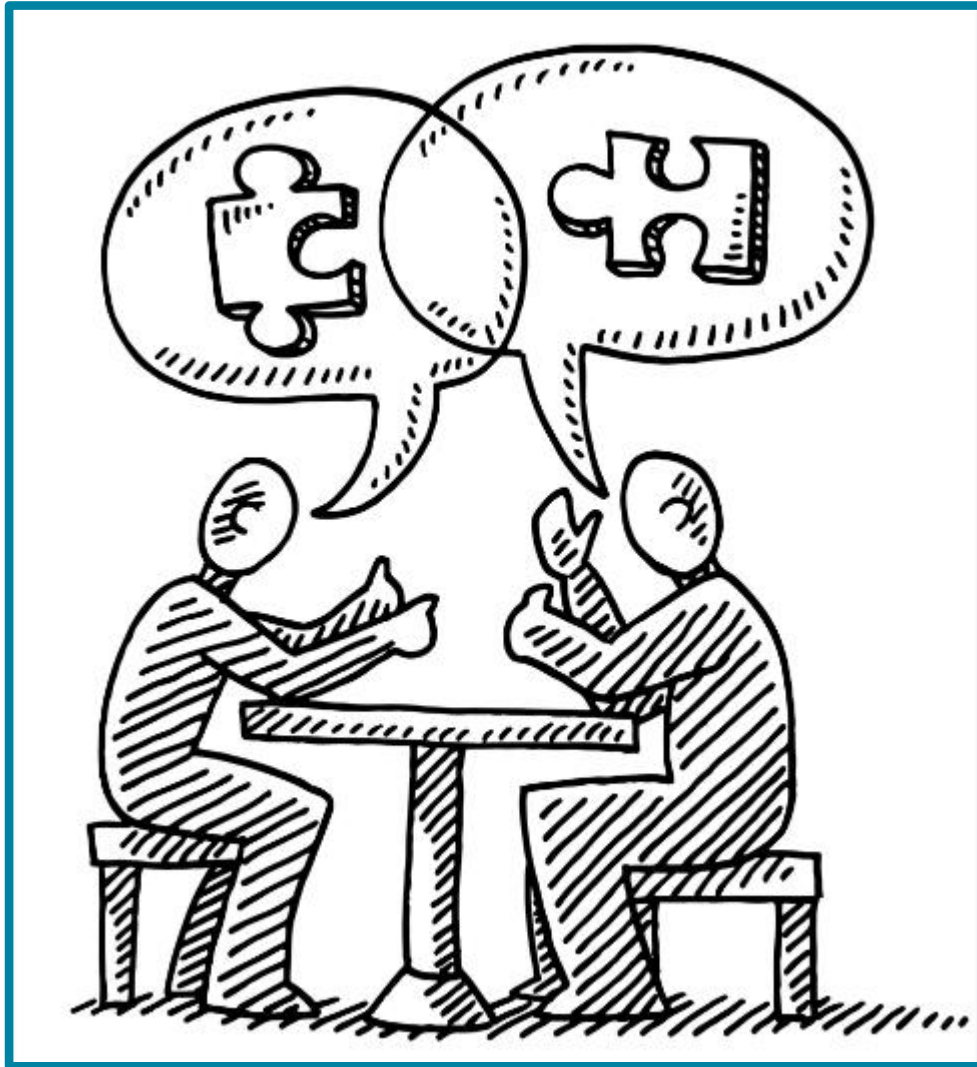
# Sturen op resultaten in de keten: generiek

	Acuut	Chronisch	Electief
<b>Klinische uitkomsten</b>			
Heropname	x		x
Complicaties	x		x
Overlijden (30dgn – 3mnd)	x		x
<b>Patiëntgerapporteerde uitkomsten</b>			
PROMs/PREMs toegepast in de keten	x	x	x
Respons PROMS	x	x	x
<b>Proces</b>			
SEH bezoeken		x	
Tijd tot behandeling	x		X

## Uitgangspunten kosten en opbrengsten

- Voor het in kaart brengen van de opbrengsten ontwikkeling van de ketens is gekozen voor de Logex prognosetool
- Productie van voorgaande jaren wordt hier gepresenteerd in de structuur en prijzen van 2023 (en hiermee 1 op 1 vergelijkbaar)
- Voor het geven van inzichten in de kosten ontwikkeling van de waardeketens is gekozen voor het gebruik van de doelmatigheidsmonitor van Logex (procesvariatie)
- In deze tool worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:
  - Kosten: aantal verrichtingen x kostprijs Isala
  - Bij add-on geneesmiddelen: aantal verrichtingen x NZA tarief

# Wat zijn jullie ervaringen?



- Waar moet een organisatie aan voldoen om waardegedreven zorg ontwikkeling te ondersteunen en te borgen? Welke organisatieprincipes zijn leidend?
- Hoe kun je als organisatie sturen op de patientwaarde van de keten (generiek versus aandoeningsspecifiek)?
- Wat is de positie van een vakgroep als de organisatie ingericht is op de ontwikkeling van zorgketens?

# Tot slot

Om even over na te denken

- Welk advies zou je ons/Isala willen geven?
- Wat neem je mee naar je eigen organisatie?

# Stellingen (als we tijd over hebben)

- Om waardegedreven ketens te laten groeien en patientwaarde te laten stijgen is een aanpassing in de organisatiestructuur nodig (van specialismen naar ketens)
- In een waardegedreven organisatie is een vakgroep een capaciteit die zorg levert aan een organisatie-eenheid (rve/centra)
- Alleen een dokter kan een keten aansturen





# Back up

# Voor- en nadelen clustering

Voordelen	Nadelen
Patientwaarde staat centraal	Een specialisme levert zorg aan meerdere ketens.
Aansturing zorgketen onder één verantwoordelijkheid	Afdelingen waar meerdere zorgketens gebruik van maken blijven bestaan.
Sturen en verantwoorden op indicatoren die ervoor de patiënt toedoen	
Focus op flow van de patiënt i.p.v. capaciteit	
Past binnen ontwikkeling van zorglandschap waarin ketens steeds meer centraal komen te staan.	

# Mogelijke clusterindeling

Indeling A	Indeling B	Indeling C Hoofddiagnosegroepen*	Indeling D model MUMC	Indeling E model Rijnstate
Hartcentrum 2.0 (incl. vaat)	Hart, long en vaat	Hart- en vaatziekten Luchtwegen	Hart + Vaat Centrum	
iVKC	Vrouw Man Kind	Obstetrie en congenitale Aandoeningen en Urogenitale systeem	Vrouw Moeder en Kind Centrum	Vrouw Kind en Gezinsgerichte zorg
Beweegcentrum 2.0	Beweegcentrum 2,0	Bewegingsapparaat	Centrum voor Bewegen	
Oncologische centrum 2.0	Oncologische centrum 2.0 (niet zijnde benigne)	Nieuwvormingen	Oncologie Centrum	Oncologische zorg
Electieve zorg 2.0	Electieve zorg 2,0			Planbare zorg
iATC 2.0 (alle acute zorg)	iATC 2.0	iATC 2.0 CVA, AAA, complexe trauma Letsel en vergiftiging	Centrum voor Acute en Kritieke zorg	Acute en Intensieve zorg
Hoofd hals brein	Hoofd hals brein	Zenuwstelsel en zintuigen plus Psychische aandoeningen	Hersen + Zenuw Centrum	
Beschouwend + chronisch	Beschouwend + chronisch	Beschouwend en chronisch: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endocrinologie en immuunstoornissen</li> <li>• Huidziekten</li> <li>• Infectieuze en parasitaire ziekten</li> </ul>	Centrum voor Chronische ziekten	Beschouwend en Chronisch
Ouderengeneeskunde		Gastro-intestinale aandoeningen	Centrum voor Oogheelkunde	Diagnostiek en Ondersteunende zorg

\* Klachten zonder diagnose, onbekend, screening, onbekend, symptoom- en overige diagnoses o.b.v. betrokken specialismen

# Feedback op clustering

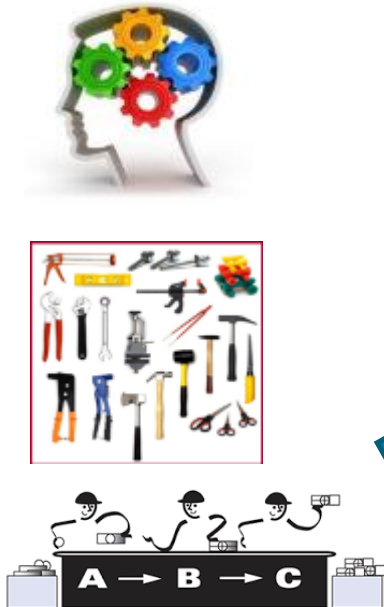
- Hoe zorgen we ervoor dat we flexibel met OK capaciteit blijven omgaan?
- Wat betekent dit voor mijn autonomie?
- Levert dit niet veel meer afstemmingsmomenten op?
- Betekent dit ook iets voor de fysieke indeling in de ruimte?
- Lossen we hiermee het probleem van patiënten met comorbiditeit op?
- Wat betekent voor scholing en kwaliteit van vakgroep?
- Wat betekent dit voor het verdienmodel?
- Het mandaat van de ketens moet duidelijk zijn.

# De criteria voor clustering

De basis wordt gevormd door de zorgketen, deze zijn geclusterd door:

- als uitgangspunt de huidige situatie te nemen
- te kijken naar de medische aandoening en/of een soort gelijk zorgproces
- te kijken naar beschikbare indelingen, zoals Logex
- te kijken naar andere ziekenhuizen
- zoveel mogelijk aansluiting te zoeken bij clusters, waar een groot deel van de zorg van een specialisme al zit
- te komen tot “clusters van gelijke omvang” (met een maximum van 8 tot 10 clusters)

# Isala verbeter- reis



2010: Lean



- Klinische uitkomsten & PROMs
- Bottom up

2017: 2 zorgketens



- Dashboards
- Opschalen # ketens
- Versterken ketendenken

2021: 15 zorgketens



- Scholing
- Visie PROMs-  
PREMs



- Integratie programma's
- Pilot tripartite aansturing
- Financiële dashboards

2024: > 40 zorgketens



- Jaardoelen RVE
- P&C cyclus
- Verbeter routines
- PREMs per zorgketen

# Resultaatsturing zorgketens op proces en inhoud

## op proces

## op inhoud

BT en SB



RVE bestuur



Zorgketen

- Bepalen richting
  - # zorgketens per RVE
    - Norm = alle RVE's hebben of zijn betrokken bij minimaal 2 zorgketens
- Monitoren
  - # aantal ketens en status van keten:
    - groen: continu verbeterfase
    - oranje: in ontwikkeling
    - rood: stagneert

- Bepalen richting doelstellingenbrief
- Monitoren
  - Basis op orde per resultaatgebied; ja / nee

- Sturen op de ontwikkeling van de bouwstenen van waardegedreven zorg, zie volgende dia.

- Sturen op basis op orde van de keten per resultaatgebied (generieke indicatoren)
- Verdelen van schaarse middelen en capaciteiten
- De verbeterdoelen van de keten in lijn met de ambitie van de RVE / Isala

- *De zorgketen zelf stuurt op generieke en aandoeningsspecifieke indicatoren*

# Uitkomsten gespreksronden

BT	Stafbestuur	RVE managers	VAR	Om ons heen										
<p>Orderingsprincipes en uitgangspunten vanuit OZO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cluster is ondersteunend aan zorgketen</li> <li>O.b.v. patientkenmerken, medische aandoening of proces</li> <li>Bijdrage aan strategie</li> <li>Bestuurbaarheid</li> </ul> <p>Toegevoegd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Feitelijkheid/objectiviteit bij capaciteitstoewijzing (bv bij 80% gebruik dan eigen capaciteit)</li> <li>Teams waar kan niet opsplitsen</li> <li>Zoveel mogelijk uitgaan van bestaande situatie</li> <li>Iedereen houdt een baan? Geen sociaal plan reorganisatie?</li> <li>Zorgketens blijft start- en uitgangspunt!</li> <li>Vakgroepen blijven bestaan</li> </ul> <table border="1" data-bbox="224 953 687 1325"> <tr> <td></td> <td><b>Vragen over huidige speerpunten?</b></td> </tr> <tr> <td>IVKC</td> <td>Urologie? Man? Kind tot 1 jaar?</td> </tr> <tr> <td>HC</td> <td>Toevoegen Vaatchirurgie?</td> </tr> <tr> <td>OC</td> <td>Eigen beeldvorming?</td> </tr> <tr> <td>IATC</td> <td>Poli Trauma? Acuut tot 24 uur of hele keten?</td> </tr> </table>		<b>Vragen over huidige speerpunten?</b>	IVKC	Urologie? Man? Kind tot 1 jaar?	HC	Toevoegen Vaatchirurgie?	OC	Eigen beeldvorming?	IATC	Poli Trauma? Acuut tot 24 uur of hele keten?	<p>We waren silo's aan het optimaliseren, maar ga nu kijken wat een keten nodig heeft (van thuis tot thuis)</p> <p>Vakgroep wordt als capaciteit gezien, terminologie alleen niet handig.</p> <p>Capaciteitsmanagement (verticaal) ↔ Flowmanagement (horizontaal)</p> <p>Wat breng je onder in welk cluster?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uitgangspunt "wat is optimaal voor de patiënt?"</li> <li>Ondersteunend aan de strategie</li> <li>Radiologie zowel diagnose als behandelmodaliteit</li> <li>Electief centrum vanwege operational excellence?</li> <li>Zou je niet meer naar het zorglandschap over 10-20 jaar moeten kijken?</li> <li>Kwetsbare ouderen als cluster?</li> </ul> <p>Zorgketens als sturend mechanisme van passende zorg</p> <p>Clusters krijgen overstijgende opdracht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het organiseren van capaciteiten</li> <li>Sturen/coachen van de zorgketen (en evalueren)</li> </ul> <p>Quadraiple aim; het is ook fijner werken (meetbaar?)</p>	<p>Het belang van clustering wordt gezien.</p> <p>De goede vragen worden gesteld, bvb wat doe je met een keten als verzakking of kinderdiabetes.</p> <p>RVE managers willen graag meedenken in de ontwikkeling van clusters.</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Clustering is nog niet besproken, Participeren wel in de stuurgroep en in de diverse werkgroepen. Nog inplannen gesprek VAR en RvB?</p>	<p>Antonius:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>toename van # zorgketens met tripartite aansturing (van 4 naar 16)</li> <li>Bezig met het in kaart brengen van de impact op functies</li> </ul> <p>Rijnstate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>start divisies</li> </ul> <p>MUMC/Radboud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ook bezig met vraagstuk tripartite aansturing</li> </ul>
	<b>Vragen over huidige speerpunten?</b>													
IVKC	Urologie? Man? Kind tot 1 jaar?													
HC	Toevoegen Vaatchirurgie?													
OC	Eigen beeldvorming?													
IATC	Poli Trauma? Acuut tot 24 uur of hele keten?													