

# Complexiteit als sluipende tumor in de chronische (1<sup>e</sup> lijn) zorg

Ton van Asseldonk<sup>1</sup>

# CONCEPT

## Inleiding

Op 14 juni j.l. stond er een groot artikel in de Volkskrant onder de titel “In de jeugdzorg is de bureaucratie geëxplodeerd”. Hoewel er in de dagen daarna van diverse zijden enige nuancering is aangebracht, is de kernboodschap van het artikel overeind gebleven: de oprichting van de nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin, bedoeld om de coördinatie en samenhang in de jeugdhulpverlening te verbeteren, produceren een grote hoeveelheid extra bureaucratie. Alle goede bedoelingen ten spijt.

Deze ontwikkeling illustreert een diep geworteld onbegrip bij bestuurders en politici over de effecten van complexiteit op organisaties. Nu, onder druk van de sterke groei van het aantal chronische patiënten in de gezondheidszorg, ook daar de (terechte) roep om betere efficiency en effectievere zorg toeneemt, begint zich ook daar het dilemma af te tekenen over het vinden van een goede balans tussen kwaliteit en efficiency enerzijds, en de individualiteit van de “patient-behandelaar” relatie anderzijds. Op een recent symposium, ter gelegenheid van het afscheid van Prof. Cor Spreeuwenberg als hoogleraar in Maastricht, is door diverse sprekers gewezen op dit vraagstuk als belangrijk probleem.

In dit artikel beargumenteer ik waarom “betere coördinatie” in sommige systemen (waaronder de chronische 1<sup>e</sup> lijns zorg) onontkoombaar tot een explosieve toename van organisatie-energie (dat is eigenlijk wat bureaucratie is) leidt, waardoor (met de auto als metafoor) er steeds meer warmte en steeds minder voortbeweging wordt geproduceerd.

De vergelijking met een tumor, die ik in de titel gekozen heb, is niet toevallig. Het groeit zonder dat we het weten, verspreidt zich door het systeem, en we snappen niet of nauwelijks waar de groei vandaan komt. En uiteindelijk vernietigt de “tumor” het bestaan van het organisme waarin deze ontstaan is.

## Complexiteit

Om te beginnen is er al een probleem met het woord “complexiteit”. In het spraakgebruik heeft het de betekenis van iets dat “ingewikkeld” of “moeilijk” is. In dit artikel (en binnen het domein van de

---

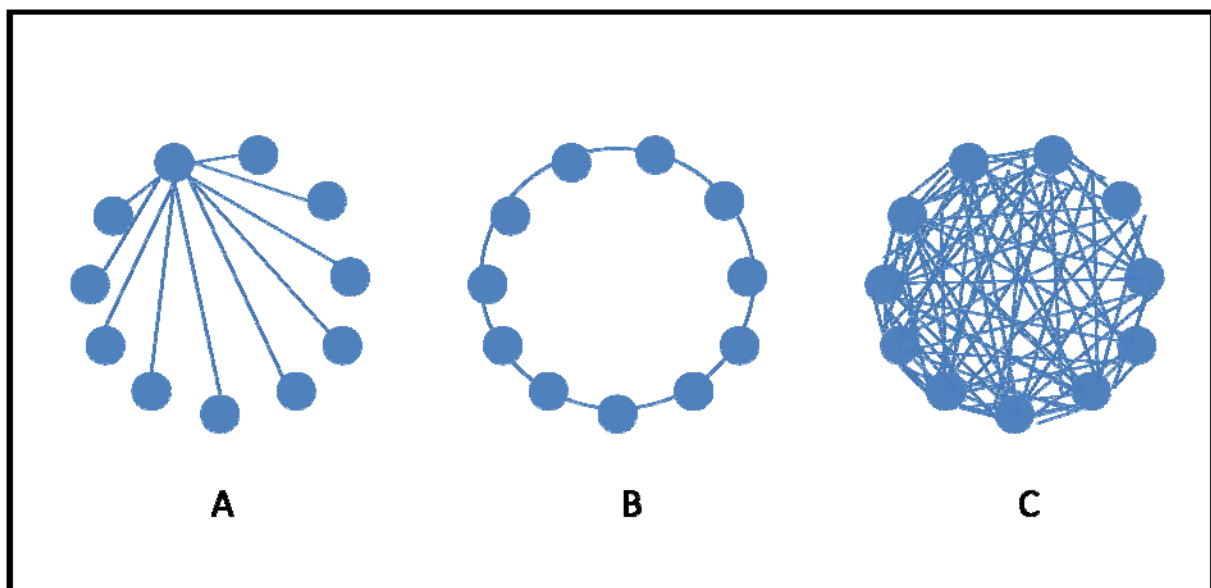
<sup>1</sup> Ton van Asseldonk is strategisch adviseur en bestuurder. Zijn specialiteit is de effecten van complexiteit en onvoorspelbaarheid op ondernemings- en organisatiebeleid. Vanuit deze achtergrond is hij als bestuurder betrokken bij verschillende organisaties in de 1<sup>e</sup> lijns zorg in zuidoost Brabant.

z.g. “complexity science”) betekent het iets anders. “Complexiteit” verwijst naar het **gedrag** van het systeem. In deze betekenis zijn “complexe systemen” systemen waarvan het gedrag niet verklaard kan worden als de optelsom van haar onderdelen. Ze zijn ( in wetenschappelijke zin) niet deterministisch. De eigenschappen van zo’n systeem zijn zg. “emergent”: ze ontstaan uit de interactiviteit binnen het systeem en de interactie met de omgeving.

We kennen veel van deze systemen: weer-systemen; vogelzwermen, mierenkolonies, etc<sup>2</sup>. Allemaal systemen die geen centrale sturing kennen, waarvan de onderdelen een mate van autonoom gedrag vertonen, maar die door ons gezien en herkend worden als samenhangende systemen. Een auto is “complex” ( in de betekenis van ingewikkeld) maar niet complex in zijn gedrag (de bestuurder kan dat overigens wel zijn!), een verkeersstroom<sup>3</sup> is (c.q. kan zijn) complex in zijn gedrag, maar niet noodzakelijk complex in de zin van ingewikkeld.

Om het ontstaan en de groei van de “tumor van bureaucratie” in organisaties te begrijpen is het noodzakelijk eerst een aantal elementaire principes van complexe systemen te verkennen. De gebruikelijke wiskundige beschrijvingen van deze principes zijn voor bestuurlijk verantwoordlijken niet of nauwelijks toegankelijk, dus ik zal proberen deze principes in “normale mensen taal” te beschrijven, en daarbij soms niet geheel recht doen aan de nauwkeurigheid (in wetenschappelijke zin).

Complex gedrag<sup>4</sup> ontstaat uit interactie tussen actoren. Laten we eens kijken naar een “simpel” systeem van zeg 11 actoren, ieder met zijn eigen specifieke competenties (dit zou bijvoorbeeld een voetbalelftal kunnen zijn).



Figuur 1: Archetypische netwerken

<sup>2</sup> Een toegankelijke introductie over complexe systemen is het boekje “Complexiteit van Alledag voor bestuurders en managers”; ISBN 90-802865-5-9

<sup>3</sup> Een rotonde is bijvoorbeeld een “complex” maar niet een “ingewikkeld” systeem

<sup>4</sup> Dit is in een meer wiskundige vorm beschreven in “Morphology and Entropy in Networks”;

Ton van Asseldonk, Erik den Hartigh, Leon Berger (Encyclopedia of network and virtual organization / Goran D. Putnik and Maria Manuela Cunha, editors; ISBN 978-1-59904-885-7)

In figuur 1 zijn verschillende configuraties van zo'n systeem weergegeven middels de verbindingen (contacten/interacties) die (kunnen) bestaan. In model A komen alle lijnen uit in één punt. In model B zijn alle actoren in een cirkel met elkaar verbonden. In Model C zijn alle punten met alle andere punten verbonden.

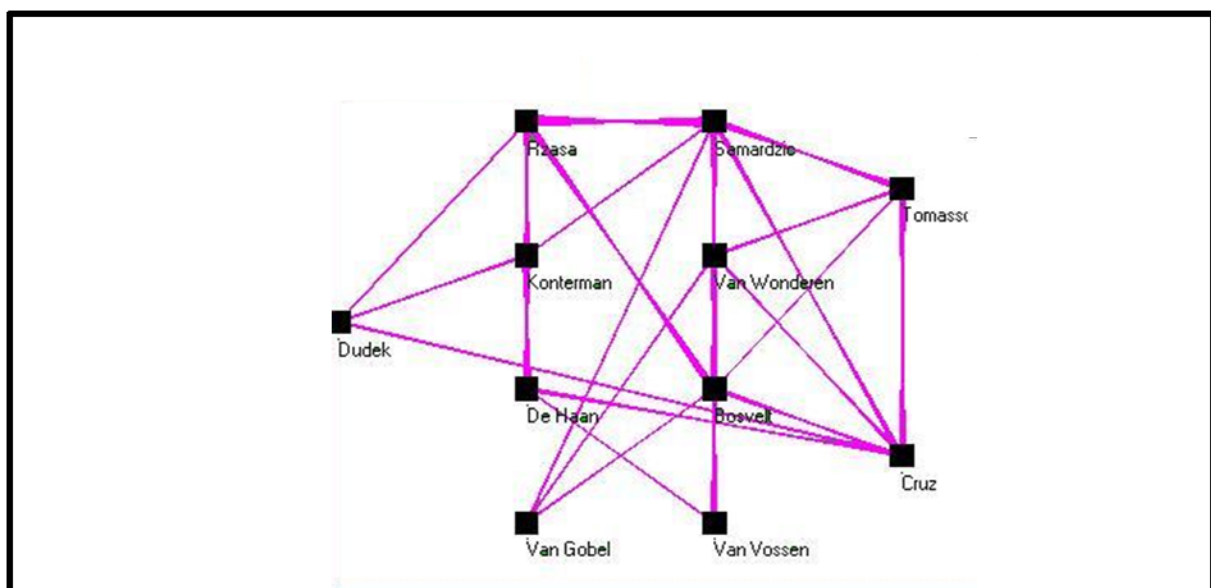
In de metafoor van ons voetbalelftal:

- In elftal A is de speler waar alle lijnen samenkomen de centrale actor die het geheel spel bepaalt. Alle ballen worden van/naar hem gespeeld
- In elftal B mag/zal elke speler alleen naar één van zijn beide buurspelers spelen.
- In elftal C worden de ballen van alle spelers naar alle andere spelers gespeeld.

Elftal A herkennen we als een strikt hiërarchisch systeem. De centrale speler is de baas. In elftal C herkennen we iets chaotisch. En bij elftal B kunnen we ons niets voorstellen (althans ik niet, maar ik ben ook geen voetbalexpert).

In de wiskundige beschrijving van dit soort netwerken spelen er 3 begrippen een rol :

- Connectiviteit: dit is het relatieve aantal verbindingen dat in een netwerk bestaat. In elftal A en B is dit laag (10 in beide elftallen) , en in elftal C is dit hoog (110).
- Concentratie: de mate waarin de verbindingen rondom spelers zijn geconcentreerd. In elftal A is dit hoog, in elftallen B en C is dit laag.
- Deze 2 begrippen vormen samen een derde begrip: Entropie. Dit begrip is afkomstig uit de thermodynamica, en geeft de mate van orde in een systeem aan. Een lage entropie is zeer ordelijk, een hoge (oneindige) entropie is chaos. De relatie tussen connectiviteit en concentratie enerzijds, en entropie anderzijds is wiskundig ingewikkeld. Gezegd kan worden dat netwerk C chaotisch is, en netwerk A de hoogste mate van ordelijkheid vertegenwoordigt. Netwerk B is iets minder ordelijk (heeft een iets hogere entropie).



Figuur 2: Fijenoord in wedstrijd tegen Roda JC

In figuur 2 is de morfologie (vormtypologie) van een echt voetbalelftal weergegeven (uit een wedstrijd tussen Fijenoord en Roda JC) op basis van de balverplaatsingen in de wedstrijd<sup>5</sup>. Opvallend is dat de morfologie ingewikkelder is dan onze modellen A en B, maar aanzienlijk minder ingewikkeld dan model C. Kennelijk zit een voetbalelftal ergens tussen de twee extremen in. Dit klopt met de algemene bevindingen uit onderzoek, die ik kort even samenvat:

- Als de heterogeniteit en de onvoorspelbaarheid van de omgeving toeneemt, is een hiërarchisch systeem niet meer in staat voldoende alternatieve oplossingen te creëren om succesvol te zijn. De combinatorische beperkingen zijn te groot en de vraag is te onvoorspelbaar om via een strak, “geprotocolleerd” schema te werk te gaan.
- Hoewel theoretisch model C (alles kan met alles) in staat is alle mogelijke (binnen de verzameling competenties) oplossingen te genereren, is het aantal niet productieve c.q. niet functionele oplossingen zo groot dat zo’n elftal “tussen de bomen het bos niet meer ziet”, en verloren loopt. Een beetje als een groepje heel jong voetballertjes die als een kip zonder kop achter de bal aan rennen.
- Er lijkt dus een niveau van ordelijkheid te zijn dat past bij de ingewikkeldheid van de omgeving. In een simpeler omgeving kan een simpel netwerk succesvol zijn, in een ingewikkelder omgeving is een complexer netwerk nog. “Ieder voor zich” levert echter alleen maar chaos en verspilde energie op.

## Chronische zorg als complex systeem

Veel zorg begint zich te ontwikkelen tot ketenzorg. Zorg waarbij de dienstverlening aan de patiënt bestaat uit een aaneenschakeling van min of meer specialistische disciplines, uitgevoerd door gespecialiseerde zorgverleners. Chronische zorg (diabetes, astma/COPD, depressieklachten en hartfalen) onderscheidt zich echter op een aantal punten van incidentele (electieve of acute), curatieve, zorg:

- De zorg is permanent, in principe voor de rest van het leven van de patiënt. Daarmee wordt de zorg ook afhankelijk van de levensfase van de patiënt, en zal dus in de loop van de tijd mee moeten evolueren
- De patiënt zelf is een belangrijke factor in het succes van de zorg, mede vanwege de nauwe verbondenheid met life-style aspecten. De patiënt zal hierin eigen, individuele keuzes maken, ook in de balans tussen medisch resultaat en impact op levenswijze. Dit is anders/minder bij veel curatieve interventies.
- In een groeiende groep patiënten is er sprake van meervoudige aandoeningen (multi-morbiditeit) die elkaar onderling beïnvloeden of waarvan de behandeling in combinatie problemen oplevert.
- Los van al deze aspecten is er een grote heterogeniteit binnen de populatie van patiënten met dezelfde aandoening. Het is zeer de vraag of (in termen van efficiency en effectiviteit) een kwartaalbezoek aan de praktijkondersteuner even effectief is voor een relatief jonge,

---

<sup>5</sup> De dikte van de lijnen is een maat voor de intensiteit/frequentie van de balverbinding

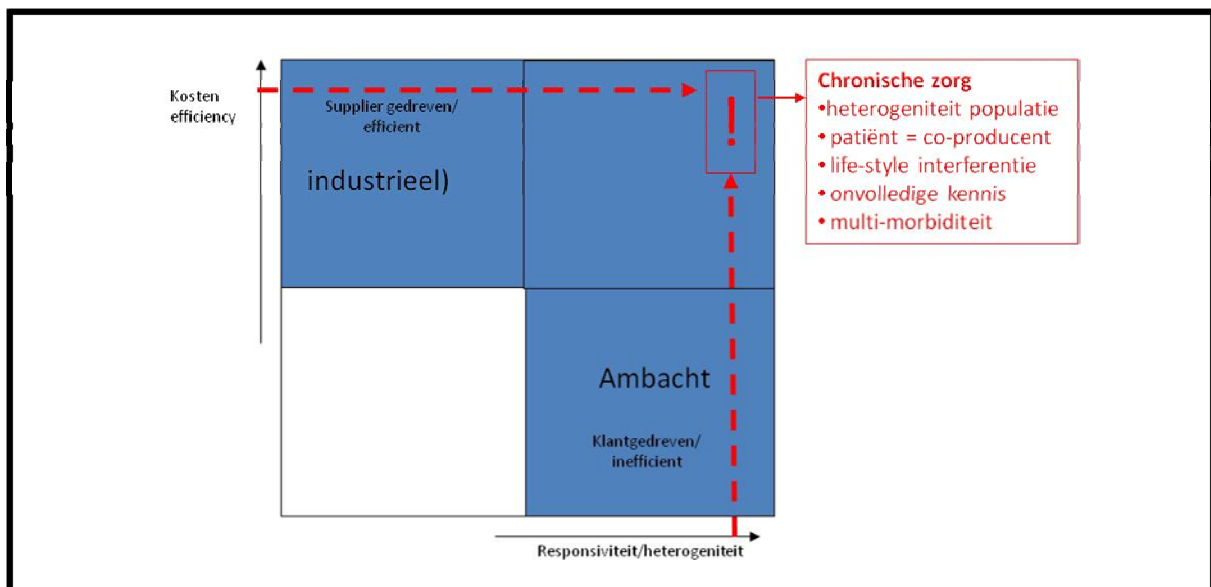
hoog opgeleide, “internet literate” diabetespatiënt als voor een 75 jarige vrouw die haar man niet uitgelegd krijgt “dat zij doodgaat aan het eten dat ze voor hem moet koken”.

Er bestaat op dit punt dus geen gemiddelde patiënt. De ontwikkelde medische protocollen suggereren echter wel een min of meer uniforme behandeling, zeker waar deze protocollen als “voorschriften” worden geïnterpreteerd door de zorgverleners, in plaats van een goede referentie voor “best practice”. In dat licht is de roep van enkele wetenschappers en bestuurders op het reeds genoemde afscheidssymposium van Cor Spreeuwenberg om compliance met de protocollen “verplicht te stellen” (desnoods af te dwingen) zorgwekkend als oplossingrichting. Dit leidt tot een netwerk als in model A: simpele oplossingen, maar niet voldoende voor de complexiteit van de omgeving.

Anderzijds is de klassieke “ambachtelijke” organisatie waar veel van de chronische zorg nu verkeert ook niet vol te houden. Nog los van de inefficiëntie is het resultaat kwalitatief onvoldoende, en staat met name de individuele zorgverlener centraal i.p.v. van een proces dat vanuit de patiënt gestalte krijgt. In netwerktermen: het lijkt op model C. Veel potentie maar weinig output.

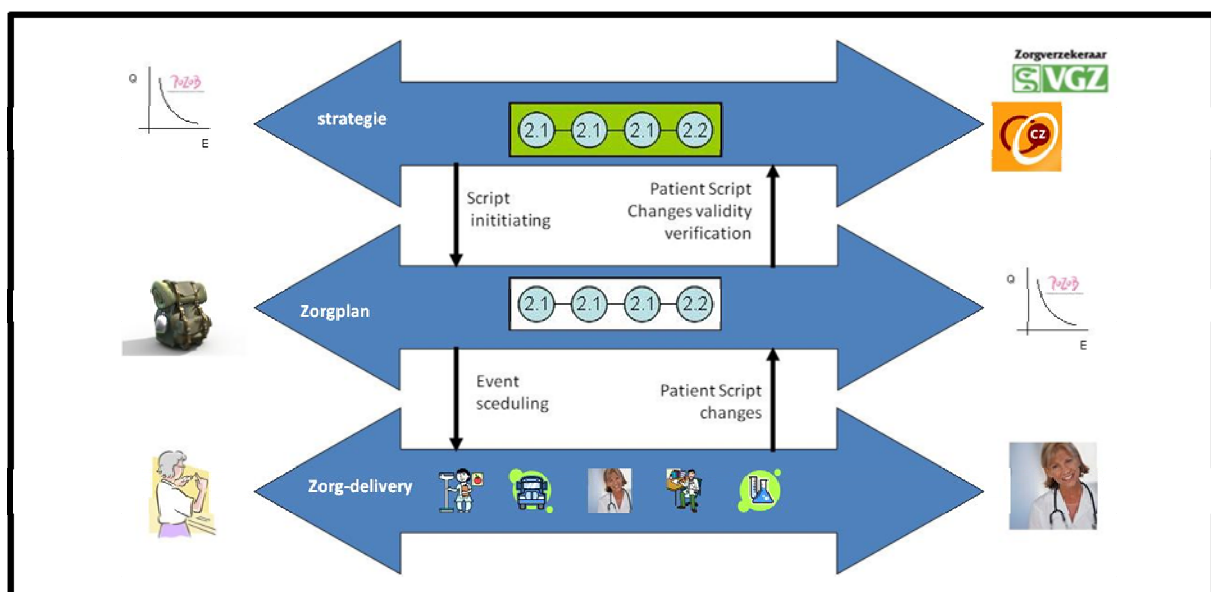
Het toevoegen van nieuwe besturings/organisatiefuncties aan een in essentie “ambachtelijk” model leidt tot een explosieve toename van connectiviteit in model C. Als we naast de 11 spelers een 12<sup>e</sup> toevoegen neem t het aantal connecties (maximaal) met **een factor 12** toe, en explodeert de hoeveelheid organisatie-energie. Dit is waarschijnlijk in essentie wat er rond de Centra voor Jeugd en Beroep in de jeugdzorg aan het gebeuren is.

Voor een goede chronische zorg is in een ambachtelijk model de concentratie in het netwerk te laag en de connectiviteit te hoog. In het industriële model is echter de connectiviteit te laag en de concentratie te hoog. Als het “ambachtelijk” niet kan, en “industriële” niet moet, wat is dan het alternatief? We zoeken naar een oplossing die én efficiënt is én responsief/heteroog (zie figuur3).



Figuur 3: Noodzaak voor een nieuw organisatieconcept

In het boek “Mass-individualisation”<sup>6</sup> ontwikkelde ondergetekende een oplossing op basis van “gestapelde oplossingsruimtes” in de vorm van een proceshiërarchie. De werking van deze oplossingsruimtes is het beste te begrijpen met behulp van een metafoor. Een rotonde heeft dezelfde functie als stoplichten op een kruispunt bij het organiseren van kruisende verkeersstromen. Zo’n kruispunt lijkt qua organisatie op het industriële model<sup>7</sup>. Op basis van metingen van de verkeersstromen wordt een planning gemaakt, die vervolgens in een programma voor de verkeerslichten wordt omgezet. Dit programma stuurt dan (al of niet intelligent) de acties van de verkeersdeelnemers: “groen” is rijden; “rood” is stoppen. Een rotonde is organisatorisch een volstrekt andere oplossing. Niet een geprogrammeerde planning, maar de directe interactie tussen de deelnemers die allemaal dezelfde “links voorrang” regel hanteren zorgt er als door een wonder voor dat de verkeersstromen binnen een breed scala van situaties (en binnen de capaciteit van de rotonde) soepel wordt afgewikkeld. Waar de “stoplichten” een oplossing opleggen aan de deelnemers, is een rotonde een soort oplossingsruimte waarin de deelnemers zelf oplossingen genereren. Daarbij is het ontwerp van de ruimte van groot belang. Zo moeten de deelnemers elkaar bijvoorbeeld kunnen zien, is de aard van de interactieregel bepalend voor het succes (we hebben 100 jaar lang “rechts voorrang” geprobeerd, maar dat werkte niet), en maakt de ronde vorm “invloegen” mogelijk zonder te stoppen. Deze oplossingsruimte reduceert het aantal alternatieven als het ware tot een overzichtelijk aantal, waardoor de “ruimte navigeerbaar wordt” voor de gebruikers. In de praktijk blijkt in bijna alle situaties de rotonde veruit superieur te zijn aan een kruispunt met stoplichten.



Figuur 4: Proceshiërarchie voor POZOB

Het ontwikkelen en dimensioneren van deze proceshiërarchieën is een kunst op zichzelf, en valt buiten het bestek van dit artikel. Ze zijn met groot succes toegepast in een aantal commerciële

<sup>6</sup> Mass-individualisation; A.G.M van Asseldonk, 1998; ISBN 90-802865-2-4

<sup>7</sup> Een kruispunt zonder stoplichten wordt bij grote drukte al snel een “ambachtelijke” chaos

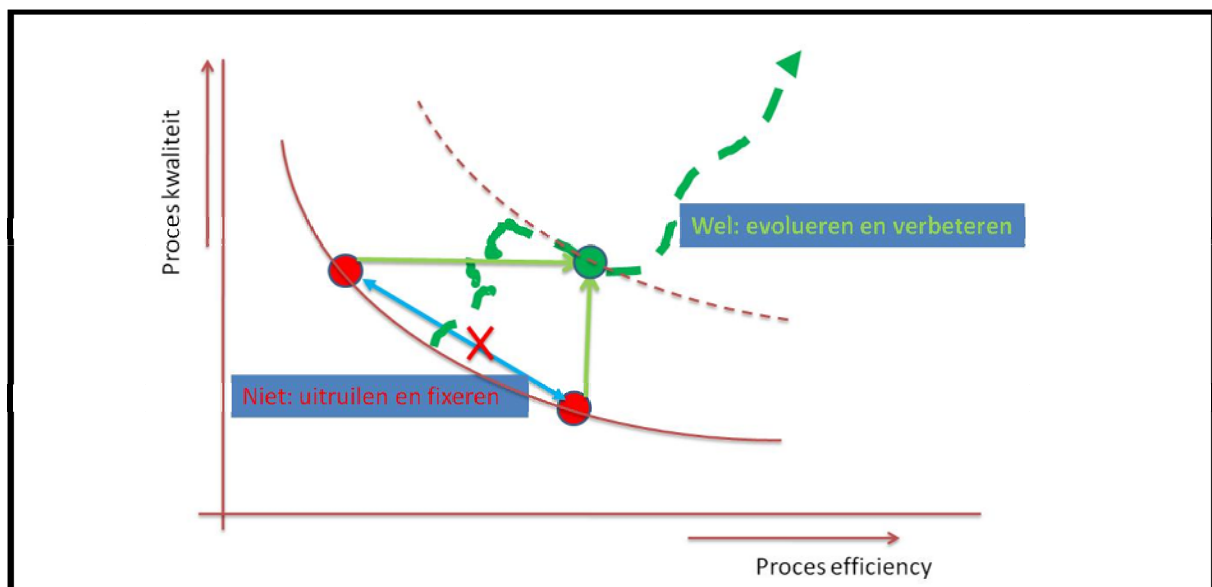
ondernemingen<sup>8</sup>. Voor POZOB (1<sup>e</sup> lijns ketenzorg in zuidoost Brabant) is een dergelijke hiërarchie ontwikkeld (zie figuur 4). Deze hiërarchie bestaat uit drie proceslagen (van onder naar boven):

- Het feitelijke zorgproces.  
In deze laag bevinden zich de actoren die participeren in het zorgproces. Abstract gezien is zo'n proces niets anders dan een gestructureerde keten van "agenda- afspraken/taken" tussen patiënt en zorgleveranciers.
- (Individuele) Zorgplannen  
De wijze waarop deze afspraken en taken logisch met elkaar verbonden zijn (dus de configuratie van de keten) ligt vast in individuele zorgplannen per patiënt.
- Zorgstrategie  
Deze zorgplannen worden afgeleid van de zorgstrategie die de zorggroep overeengekomen is met de verzekeraars, en de protocollaire referentiekaders zoals bijvoorbeeld door de NHG gedefinieerd.

Hoger processen definiëren de oplossingsruimte waarbinnen de lagere processen zich moet bewegen. Zo bepaalt de zorgstrategie de ruimte voor individuele zorgplannen, en bepalen deze zorgplannen de vrijheidgraden waarbinnen patiënt en praktijkondersteuner zich kunnen bewegen.

Door deze gelaagdheid wordt als het ware de entropie in het systeem "gecompartimenteerd", en is de combinatie van connectiviteit en concentratie in de zorgnetwerken bestuurbaar geworden.

Het geheel vormt (net als rotondes) een bewegelijk systeem, met een groot vermogen zich aan te passen aan wijzigende individuele of generieke omstandigheden. In deze ontwikkeling en aanpassingen ontstaat nieuwe kennis, die vervolgens weer binnen het systeem bruikbaar wordt.



**Figuur 5: Adaptieve evolutie naar betere processen**

De besturing van het geheel gebeurt op basis van het medisch resultaat (Q) dat bereikt wordt en de efficiency (E) waarmee de resources hiervoor worden ingezet (het meten hiervan is overigens niet

<sup>8</sup> Het succes van Albert Heijn in de recente prijzenoorlog in de retail is bijvoorbeeld in niet onbelangrijke mate terug te voeren op het gebruik van deze proceshiërarchieën in de supply chain.



triviaal). Anders echter dan bij een industrieel model, waarin programmatisch de balans tussen Q en E is gefixeerd, is de uitdaging naar steeds hogere niveaus van Q x E te bewegen. Als op het niveau van elke individuele patiënt een beter resultaat met minder resources wordt gerealiseerd, zal het totale systeem zich naar een steeds hoger niveau bewegen (zie figuur 5).

Een bijzonder aspect dat aandacht verdient is de positie van de huisarts in deze proceshiërarchie. In het zorgproces is hij/zij een van de zorgleveranciers. Op hij niveau van de zorgplannen is hij/zij (al dan niet in gezamenlijkheid met alle artsen in de zorggroep) de inhoudelijk verantwoordelijke voor de zorg. En op het strategieniveau is hij mogelijk economisch (mede) eigenaar van het resultaat. Deze combinatie van rollen is voor huisartsen zeer ongewoon, waar deze elders normaal is. Er zijn vele mensen die bij Albert Heijn boodschappen doen, terwijl ze er ook werken en vaak ook aandelen in de onderneming hebben. Geen van hen zal de waarde van zijn aandeel bij de kassa willen bespreken, dan wel zijn salaris op de aandeelhoudersvergadering ter sprake brengen. In veel professionele dienstverlenende organisaties werkt een hiërarchisch hoger geplaatste regelmatig onder leiding van een specialistische projectleider. In de wereld buiten de zorg is het ook heel gewoon verantwoordelijkheid te dragen voor mensen met een deskundigheid die de leidinggevende zelf niet bezit. Zo niet is de zorg, waar zulks zelfs door de BIG registratie wordt geblokkeerd.

Deze proceslagen werken als een soort rotondes. Niet de planning van veronderstelde gebeurtenissen, maar de werkelijke gebeurtenissen bepalen wat er gebeurt. De interactieregels liggen vast in in ALS [event] ...DAN [Aktie] regels. Met een beperkt aantal van deze regels kan (net als bijvoorbeeld op rotondes, in mierenkolonies en vogelzwermen) een zeer complexe werkelijkheid worden geacommodeerd zonder dat de beheersbaarheid van het proces in het gedrang komt. Voorwaarde daarbij is wel dat de informatiestromen corresponderen met de procesgelaagdheid. Een klassiek "kolomsgewijs opgebouwd" informatiesysteem is derhalve apert ongeschikt voor de ondersteuning van deze processen.

Op deze ICT implicaties wordt onderstaand verder ingegaan aan de hand van een ketenondersteunend systeem dat op dit moment in samenwerking met POZOB in ontwikkeling is.

## ICT implicaties

NICTIZ heeft recentelijk onderzoek gedaan naar de toepassing van ICT in de diabeteszorg<sup>9</sup>. Dit rapport geeft een nogal ontvankelijk inzicht in de stand van zaken met betrekking tot de toepassing van ICT in deze zorg: een lappendeken, meer beheers-gericht dan proces-gericht, veelal vanuit een huisartsen informatie systeem (ondersteunt een functie, geen proces).

Veel van de nieuwere ontwikkelingen richten zich op het ontsluiten c.q. toegankelijk maken van informatie. Daarnaast is er inmiddels een systeem op de markt dat wel een procesoriëntatie kent doch gebaseerd is op zgn. "Work Flow Management" (WFM). WFM is gericht op het automatiseren van administratieve werkprocessen, en is geschikt indien de variëteit van deze werkprocessen eindig is en deze planmatig kunnen worden opgezet. Het probeert de processen aan de supply-kant te stroomlijnen op basis van BPR /ERP principes en zet de supplier centraal. Zeer geschikt dus in een

---

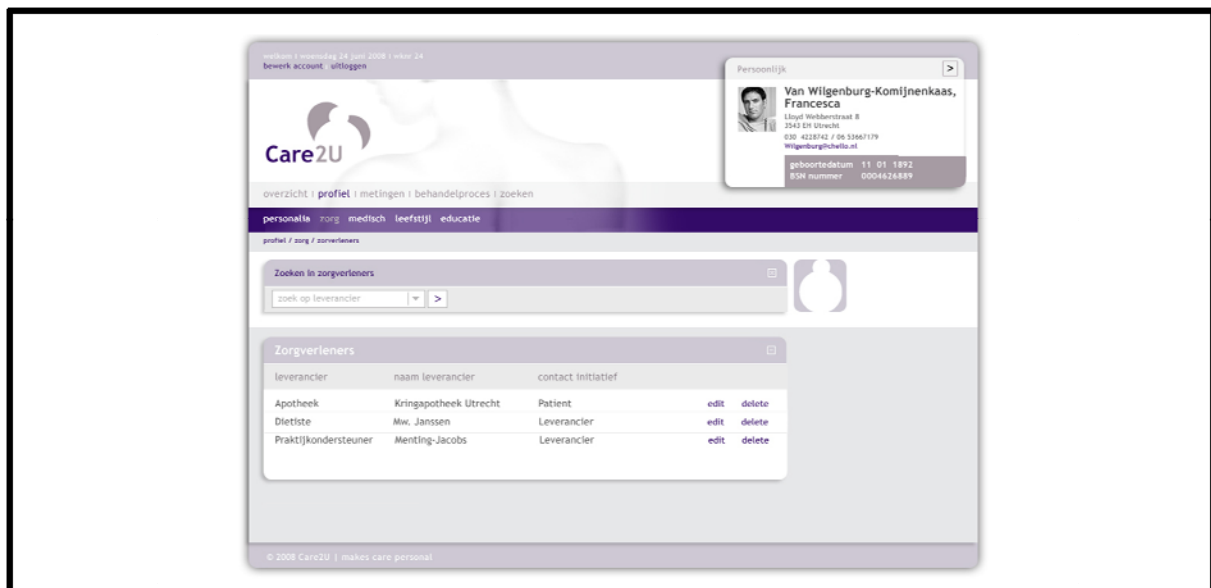
<sup>9</sup> Verkenning E-diabetesdossier: Onderzoek naar het huidige ICT-gebruik en de wensen en verwachtingen van zorggroepen voor diabetesketenzorg; NICTIZ; Februari 2008



ketenzorgmodel dat gebaseerd is op een eindig aantal varianten binnen een DBC-kader, doch ongeschikt voor event-gedreven geïndividualiseerde zorg zoals POZOB nastreeft. Een WFM systeem is, in de eerder gebruikte metafoer, een intelligent kruispunt met stoplichten en geen rotonde. Bij dit soort systemen is het in de limiet weliswaar mogelijk om voor iedere patiënt een eigen workflow te definiëren, maar zo'n structuur (nog afgezien van het feit dat het maken van zulke workflows het werk van een IT programmeur is en niet van een zorgverlener) is niet te beheren en onderhouden.

POZOB heeft daarom gekozen voor een benadering die gebaseerd is op een event-gedreven proceshiërarchie, waarbij procesregels (ALS [event] .... DAN(aktie) de flow bepalen. Binnen een op de DBC gebaseerde oplossingsruimte van alternatieve mogelijkheden bepalen patiënt en behandelaar gezamenlijk het optimale zorgproces. De DBC is daarbij de referentie voor de minimale "Best Practise".

De applicatie (met de naam "Care2U") genereert zelf automatisch alle taakverzoeken en consultafspraken die hiervoor nodig zijn naar de zorgleveranciers in de keten, en bewaakt de afwikkeling van dit proces. Bij onverwachte of ongewenst gebeurtenissen worden deze gesignaleerd en geeft het systeem aanwijzingen voor mogelijke veranderingen in het script of de data van onderzoeken en afspraken.



**Figuur 6: Userinterface ketensoftware op basis van Massa Individualisering**

Care 2U is een eigenstandige applicatie en communiceert middels interfaces met de praktijkspecifieke systemen van de zorgleveranciers (inclusief MS Outlook gebaseerde) agenda- en taken functionaliteit . Op termijn kan ook de patiënt (via WebAccess) rechtstreeks met het systeem communiceren. Alle event-gerelateerde informatie wordt vastgehouden en is extern beschikbaar voor aansluiting op patiëntendossiers, administratieve systemen (bijv. ten behoeve van de facturering) en rapportages t.b.v. van verzekeraars en wetenschappelijk onderzoek. Het medisch resultaat kan met elke gewenste doorsnede worden bepaald op basis van aggregatie van individuele patiëntengegevens en niet op basis van gemiddelden, zodat de echte "productie" kan worden bepaald.

Zowel de moederscripts als de specifieke patiëntenscripts zijn door de zorgverleners zelf aan te maken, te beheren en in te stellen via een grafisch interface met bouwstenen.

Care2U is op dit moment in ontwikkeling. De pilotversie is door POZOB in de praktijk getest, en zal tegen eind 2008 voor geheel POZOB beschikbaar komen. Vanaf begin 2009 is Care2U ook beschikbaar voor andere zorggroepen.

Deze benadering, waarbij de externe heterogeniteit niet wordt versimpeld tot een beperkt aantal voorgeprogrammeerde zorgpaden, blijkt in de praktijk nog een ander belangrijk voordeel te hebben. Bij het ontstaan van zorggroepen, zoals deze nu overal in het land ontstaan rondom 1<sup>e</sup> lijns ketenzorg, is het een groot probleem om in gezamenlijk overleg tussen de huisartsen te komen tot de definitie van ketenprocessen. Zeker waar de praktische ketenzorg nog in de eerste fase van haar ontwikkeling verkeert, blijkt het moeilijk te zijn deze huisartsen op één lijn te krijgen. En als dit dan gelukt is, moet deze procesdefinitie nog in programmacode worden omgezet (door ervaren procesprogrammeurs). Tijdrovend, veel praten, en uiteindelijk onbevredigend.

Bij Care2U wordt de bestaande werkelijkheid in al zijn heterogeniteit ondergebracht in een oplossingsruimte. Al doende, en op basis van voortschrijdend inzicht, ontwikkelt deze oplossingsruimte zich verder en convergeert naar betere (uit het oogpunt van gecombineerde efficiency en medisch resultaat) ketenprocessen. Individueel, vanuit de menselijke maat. En onmiddellijk aan de slag. Doen in plaats van praten!