



Op weg naar waarde gedreven zorg

prof. dr. Douwe Biesma, voorzitter raad van bestuur St. Antonius Ziekenhuis en voorzitter Santeon

Nederland heeft het beste zorgstelsel in Europa op basis van 48 verschillende indicatoren, waaronder informatievoorziening, kwaliteit van ziekenhuiszorg, toegankelijkheid en medicijngebruik. Dat is al jarenlang het geval en terug te zien in de Euro Health Consumer Index (EHCI). Toch kan de zorg beter, door nog meer aandacht te geven aan kwaliteit, vooral vanuit het perspectief van de patiënt.

We geven in mijn optiek nog maar weinig ruimte aan de individuele beleving en waardering van de toevoegende waarde van onze zorgverlening. Ook kunnen de zorgkosten omlaag, hetgeen nodig is om ruimte te maken voor de toenemende zorgvraag en nieuwe behandelopties. Betere kwaliteit en vooral ruimte voor de persoonlijke afweging over waarde van de zorg tegen lagere kosten, dat zijn de basisdoelstellingen van value-based healthcare (VBHC). Dit wordt bereikt door te sturen op uitkomsten en kosten, overigens ook in deze volgorde. Dat vraagt om samenwerking en het uitwisselen van gegevens tussen ziekenhuizen, bij voorkeur in netwerken. Santeon, een 10-jarig samenwerkingsverband van zeven topklinische ziekenhuizen, is hier een voorbeeld van. Binnen Santeon staat het verbeteren van de waarde van de zorg centraal. Dat gaat met vallen en opstaan. In dit overzicht over VBHC wordt stilgestaan bij een aantal belangrijke thema's op de weg naar waarde-gedreven zorgverlening.

“Hogere kwaliteit is de eerste en belangrijkste doelstelling van value-based healthcare.”

Hogere kwaliteit van zorg

Hogere kwaliteit is de eerste en belangrijkste doelstelling van VBHC. Om te beginnen is daarvoor inzicht in de geleverde kwaliteit nodig. Dit bereik je door transparant te zijn over kwaliteitsindicatoren die voor patiënten relevant zijn, op een wijze die onze zorgprofessionals intrinsiek aanzet tot verbeteren. Verondersteld wordt dat met een beperkte set per aandoening of patiëntgroep de kwaliteit (uitkomst, proces en kosten) voldoende goed beschreven kan worden. Nu registreren we nog vooral procesindicatoren, we kunnen ons echter beter focussen op uitkomstindicatoren. In Nederland heeft Santeon het initiatief genomen door per aandoening een beperkte set aan kwaliteitsindicatoren op te stellen en daarover inzicht te geven. Deze set wordt vastgesteld met patiënten en opgesteld op basis van de meest recente internationale wetenschappelijke bevindingen. Binnen Santeon worden de uitkomsten in eerste instantie alleen

gedeeld met de betrokken professionals en enkele patiënten. Dan volgen twee tot drie verbetercycli, waarin de onderlinge variatie wordt verminderd. Dit duurt 12 tot 18 maanden. Tussentijds wordt de robuustheid van de data steeds beter. Zo goed dat de gegevens openbaar kunnen worden gemaakt. Deze tussenstap is voorlopig van groot belang. Voor professionals moet het delen van uitkomstgegevens veilig verlopen. Eerst onderling de uitkomsten bespreken en daarna met de buitenwereld. Er gaat veel tijd zitten in goede afspraken over een uniforme registratie en datacollectie. Het realiseren van een goede verbetercyclus is een van de meest complexe onderdelen van VBHC. Om daar tijd voor te vinden zullen andere werkzaamheden (registraties, visitaties, audits, accreditaties) geschrapt moeten worden. Het vraagt specifieke skills van medisch specialisten en verpleegkundigen om uitkomsten te delen, interdisciplinair samen te werken en samen op zoek te gaan naar best practices en de eigen werkwijze aan te passen.

Kostenreductie

Het verlagen van de kosten, de tweede pijler van VBHC, wordt vaak in een adem genoemd met hogere kwaliteit. Logisch, want bij minder complicaties zal bijvoorbeeld de opnameduur korter zijn en het gebruik van dure ziekenhuisfaciliteiten gereduceerd kunnen worden. Een recente verkenning van het RIVM laat zien dat de kosten van zorg verdubbelen in 2040. Verlaging van de kosten is dus ook relevant om de zorg betaalbaar te houden. Bij borstkanker zien de Santeonziekenhuizen al binnen een jaar na start van de verbetertrajecten dat het aantal heroperaties afneemt en de opnameduur korter wordt. Ook wordt niet-waarde-toevoegende diagnostiek teruggebracht naar de best practice van een van de zeven ziekenhuizen.

Daarnaast zullen we moeten nadenken over behandelingen die in de real-life omgeving minder goede resultaten blijken te geven dan volgens de studies op basis waarvan deze therapieën zijn geregistreerd. Dit is soms het geval bij geneesmiddelen, zo blijkt uit de Santeon Farmadatabase. Santeon vindt dat er dan een

herbezinning op de inzet van deze behandeling moet kunnen volgen. Dat vraagt niet alleen een discussie binnen Santeon met alle betrokken zorgprofessionals, maar ook een maatschappelijke discussie met wetenschappelijke verenigingen en patiëntenverenigingen over de vraag of alles ook moet wat kan, als de resultaten aantoonbaar achterblijven.

Nieuwe manier van organiseren

De derde loot aan de VBHC-boom is een andere organisatievorm rondom aandoeningen, zowel binnen het ziekenhuis als in de gehele keten van zorg. Veel ziekenhuizen kennen nu nog specialisme-specifieke afdelingen, zoals een afdeling chirurgie of interne geneeskunde. Daar liggen patiënten met zeer uiteenlopende aandoeningen bij elkaar. Er zijn voorbeelden, waarbij concentratie van patiënten met bij elkaar passende aandoeningen leidt tot kwalitatief betere en goedkopere zorg. Zoals het Centrum voor Geriatrische Traumatologie in Zorggroep Twente of het Parkinson-netwerk van het Radboudumc.

“Er zijn voorbeelden waarbij concentratie van patiënten met bij elkaar passende aandoeningen leidt tot kwalitatief betere en goedkopere zorg.”

Naast betere uitkomsten zal ook het werkplezier van het personeel toenemen. Het formeren van dedicated teams vraagt een andere organisatie van ziekenhuizen en medisch specialisten. Zo ontstaan diverse kleine, zelfstandige units met ieder een eigen verantwoordelijkheid, middelen en capaciteit. Specifieke teams zullen mogelijk niet meer alle patiënten kunnen opvangen. Betere kwaliteit met specifiek toegeruste teams gaat daarmee wellicht

ten koste van doelmatigheid en toegankelijkheid. Het kantelen van een ziekenhuisorganisatie naar thema-gerichte zorgverlening vraagt ook dat medisch specialisten zich anders, dat wil zeggen rondom deze thema's, organiseren. Zo werkt de gastro-enterologisch chirurg nu vaak al meer intensief samen met de maagdarmliever-arts dan met zijn collega vaatchirurg uit dezelfde maatschap.

De toekomst van Value Based Healthcare

Kwaliteit of waarde in plaats van effectiviteit wordt leidend. Waarde is een individuele beleving van kwaliteit. Daar moeten we allemaal nog aan wennen. Transparantie over de uitkomsten van zorg zal leiden tot verbetering van zorg, vooral in ziekenhuizen die deze uitkomsten onderling vergelijken en elkaar aanspreken op en stimuleren in het behalen van betere resultaten. Door samen de kwaliteit intern en extern zichtbaar te maken, ontstaat binnen ketens als Santeon de benodigde peer-pressure. Bij het terugdringen van de kosten kunnen beroeps- en patiëntenverenigingen niet achterblijven. Artsen en patiënten moeten accepteren dat waarde-gedreven zorg ook betekent dat zorg soms op een goedkopere manier geleverd gaat worden. Om zo financiële ruimte te behouden voor innovatie. Dit alles vergt in de meeste ziekenhuizen een forse investering in de ICT. Ook zullen we nog meer aandacht moeten besteden aan de gehele keten van zorg. Patiënten gaan nu van de ene organisatie naar de andere, zonder dat we in de meeste situaties inzicht hebben in de kwaliteit van de gehele keten of weten waar het verbeterpotentieel zit. Werken volgens VBHC vraagt tijd, geduld en aanpassing van vele betrokkenen. Maar dit zal zich terugbetalen door betere kwaliteit, lagere kosten en hogere tevredenheid bij patiënten en zorgpersoneel. ☺