

9 vragen en antwoorden over value based healthcare

Een gezonder systeem voor gezondheidszorg

Value based healthcare is *hip and happening*. Iedereen heeft het erover en steeds meer ziekenhuizen willen werken volgens de principes van deze waardegedreven zorg. Maar wat is het precies? Wat heb je eraan en hoe kun je het inzetten in je eigen praktijk? De Medisch Specialist zet de belangrijkste vragen en antwoorden op een rij.

Waar hebben we het over als het gaat om value based healthcare (vbhc)?

Over een gezondheidssysteem dat vraagt radicaal anders te kijken, namelijk door de gezondheidsuitkomsten centraal te stellen. De *value* is kort gezegd: doen wat van waarde is voor de patiënt, en over het gehele zorgtraject de werkelijk gemaakte, individuele kosten berekenen.

Grondleggers van dit concept Michael Porter en Elisabeth Teisberg beargumenteren in het boek *Redefining Healthcare* dat de meeste systemen in de gezondheidszorg verkeerd zijn ingericht door sturing op volume, op budget of op ingewikkelde tariefsystemen. Dat leidt tot allerlei uitwassen: overbehandeling, onderbehandeling, verschillende uitkomsten, 'silo's' als eerste en tweedelijnszorg, perverse financiële prikkels, dubbele of onnodige behandelingen en oncontroleerbare en oplopende kosten. Met als grootste minpunt: de waarde voor de patiënt en de maatschappij – degenen die de zorg betalen – neemt niet of te weinig toe.

Het uitgangspunt van een 'gezond gezondheidszorg-systeem' is volgens Porter en Teisberg een focus op betere uitkomsten voor patiënten. Hierdoor nemen de hierboven genoemde ongewenste effecten af.

Maar wat moet je dan meten?

Alleen uitkomsten van zorg meten en daarover kosten berekenen is niet voldoende. 'Je moet meten wat van belang is', zegt hoogleraar Kwaliteit en uitkomsten van de zorg Jan Hazelzet van het Erasmus MC. 'Kies dus medische uitkomstindicatoren die antwoord geven

op vragen van de patiënt, zoals de overleving, (het uitblijven van) complicaties en de mate, tijdsduur en duurzaamheid van herstel. Bovendien wordt het zo mogelijk om behandelingen of ziekenhuizen onderling te vergelijken.' Naast de medische uitkomsten tellen de effecten die de patiënt ervaart op het gebied van kwaliteit van leven. ▶



Hazelzet: 'Dat kun je per ziekte verder uitsplitsen naar bijvoorbeeld pijn, de mate waarin iemand kan functioneren of dagelijkse activiteiten kan oppakken of wat de behandeling doet met het zelfbeeld. Een voorbeeld: een ingreep aan de prostaat kan medisch gezien succesvol zijn, maar door de patiënt niet als zodanig worden ervaren als die er incontinentieproblemen aan overhoudt, regelmatig terug moet naar het ziekenhuis of er seksuele disfunctie optreedt.'

Daarom wordt naast de medische uitkomstindicatoren gebruik gemaakt van *patient reported outcome measures* (PROMs): gevalideerde, eenvoudige vragenlijsten voor patiënten, die inzicht geven in de effectiviteit van de geleverde zorg over onderwerpen die patiënten van belang vinden. En dan zijn er nog de PREMs (*patient reported experiences measures*),

‘Het gesprek gaat weer over de inhoud, namelijk hoe de patiënt zich beter kan voelen’



die gaan over de ervaringen met het zorgproces en ingaan op onderwerpen als patiëntenparticipatie, samenwerking, nazorg, bejegening en informatie. Met deze drie maatstaven is tot een gewogen oordeel te komen, dat zowel recht doet aan het perspectief van de dokter als van de patiënt.

Dat is de ene helft van ‘waardegedreven’. Hoe zit het met andere helft: de kosten, en vooral de kostenreductie?

Meten is sturen. De medische uitkomstindicatoren en de feedback uit de PROMs en PREMs vormen het startpunt om te *benchmarken*, kwaliteit te vergelijken en te kijken waar patiëntgerichte verbetering mogelijk is in de dagelijkse praktijk. Dat kan leiden tot kostenreductie, omdat met deze informatie een afweging gemaakt kan worden op het kostenaspect. Wel vraagt deze manier van werken geduld: het duurt een paar jaar voordat je de kosten aantoonbaar kunt meten. Tenslotte moet eerst bekend zijn wat relevante uitkomsten zijn, en wat wel en niet gemeten moet worden en moeten er netwerken gemaakt worden om de complete kosten in beeld te krijgen. Vervolgens is het zaak om met zorgverzekeraars te onderhandelen over deze nieuwe manier van zorgbekostiging.

Goed punt. Zijn er al Nederlandse ziekenhuizen die met vbhc werken?

Volop zelfs. De zeven Santeon-ziekenhuizen lopen voorop: zij hebben al ruim vijf jaar ervaring met vbhc en hebben afspraken gemaakt met zorgverzekeraar Menzis over de bekostiging. Het Erasmus MC zit eveneens in de kopgroep en heeft afspraken met Zilveren Kruis. Ook niet onvermeld mag Bernhoven blijven, dat haar werkwijze drie jaar geleden radicaal omgooide naar waardegedreven zorg en afspraken maakte met zorgverzekeraars CZ en VGZ. Andere ziekenhuizen die een of meerdere projecten hebben lopen zijn onder meer het Radboudumc, het Maastricht UMC+, het Spaarne Gasthuis, het Catharina Ziekenhuis, het Isala en het OLVG en de Noordwest Ziekenhuisgroep. De lijst is nog veel langer en groeit snel: steeds meer ziekenhuizen en behandelcentra starten ermee. Ook het aantal symposia, congressen en publicaties stijgt explosief.

En wat zijn de ervaringen?

In het Erasmus MC is een start gemaakt met dertig zorgpaden, onder meer voor CVA, schisis, mammacarcinoom en maculadegeneratie. Hazelzet: 'Dit vraagt wel een omslag in denken; van specialisme-gedreven zorg naar patiënt-gedreven zorg. Zo gaat een patiënt niet langer naar de neuroloog, maar naar bijvoorbeeld het CVA-team. Dit team bepaalt zelf de zorgprotocollen, de uitkomstmaten en hoe lang er wordt gemeten. Het team gaat ook de kosten bijhouden. Van de ziekenhuiszorg én van andere behandelaars.' Hazelzet spreekt dan ook niet over ketenzorg, maar van geïntegreerde zorg.

‘Het ziekenhuis is slechts een schakel in het geheel van geïntegreerde zorg’

‘Het ziekenhuis is slechts een schakel in het geheel. Andere behandelaars, zoals de fysiotherapeut, de wijkverpleegkundige of van het verpleeghuis en het revalidatiecentrum, horen ook thuis in het team.’

Dit is een voorbeeld uit de academie. Werkt het in elk ziekenhuis zo?

Nee. De basisgedachte is overal hetzelfde, maar veel ziekenhuizen kiezen hun eigen invulling. ‘Wij zijn erg gecharmeerd van het model dat het Karolinska ziekenhuis in Stockholm al ziekenhuisbreed heeft ingevoerd’, vertelt uroloog en voorzitter van de medische staf Arjen Noordzij van het Spaarne Gasthuis. ‘Wel zagen we meteen dat dit model enorme consequenties heeft op elk onderdeel van de bedrijfsvoering: de uitvoering van zorg, maar ook financieel en in de samenwerking

met de eerste lijn. Daarom hebben we besloten het niet meteen op alle afdelingen in te voeren, maar te starten met drie *pilots* en die uit te werken in overleg met het Karolinska.’

Het Spaarne Gasthuis koos voor projecten rond de geboortezorg, geriatrie en rond palliatieve zorg, omdat daar al transmurale verbanden liggen. Nucleair geneeskundige Ton Zwijnenburg, voorzitter van het MSB: ‘Deze pilots leren ons veel over hoe we schotten verder kunnen opheffen en transmuraal en multidisciplinair kunnen werken. We nemen afscheid van de klassieke indeling in vakgroepen, maar delen de zorg op in patiëntgroepen geënt op een zorgvraag. Dat kan ‘geboortezorg’ zijn, maar straks ook ‘lage rugpijn’ of ‘buikpijn’. In elk team zitten een of meerdere artsen, verpleegkundigen en andere behandelaars – ook van buiten het ziekenhuis. Daarnaast zit er altijd een patiënt(vertegenwoordiger) aan tafel die meepraat over wat patiënten belangrijk vinden. Samen bepalen zij de klinische indicatoren. Verder zit er in elk team een epidemioloog die bekijkt hoe we kunnen meten op wetenschappelijke gronden en een ict’er die meedenkt over hoe we systemen op elkaar kunnen laten aansluiten.’ ▶





‘Niet behandelen kan ook waardevol zijn’

Zijn er al resultaten?

Dat is wat snel. Wel zijn er opmerkelijke eerste bevindingen. Noordzij: ‘De pilot geriatrie richt zich op oudere patiënten met een gebroken heup. Al snel merkten we dat er minder patiënten worden geopereerd. Nu we uitgaan van het echte probleem van de unieke patiënt en ook factoren als dementie, de kans op delier en verder afglijden en persoonlijke voorkeuren meeweegt en samen bespreekt, zien we dat meer patiënten liever kiezen voor pijnstilling of andere opties. Niet-behandelen kan dus heel waardevol zijn. Bij de geboortezorg merken we door de andere werkwijze dat de systemen van verloskunde en het epd van het ziekenhuis niet met elkaar communiceren en er eilandjes ontstaan. Daar werken we nu aan één app waar patiënt, verloskundige en ziekenhuis alle drie in kunnen.’

Het klinkt bijna te mooi om waar te zijn. Zijn er geen valkuilen? Adders onder het gras?

‘Het vraagt een cultuuromslag, reageert Hazelzet. ‘Een voorbeeld: patiënten van het mammateam vullen twee weken voorafgaand aan een consult een vragenlijst in. Het gesprek gaat dan over de dingen die er voor de patiënt werkelijk toedoen en je ziet dat ‘samen beslissen’ ook in het concept besloten ligt.

Maar je moet er wel tijd voor inbouwen in je spreekuur. Daarnaast moet je de gegevens voor de uitkomst-indicatoren verzamelen en invoeren, zodat die straks zijn te benchmarken met andere umc’s en internationaal. Dus in eerste instantie komt er meer registratielast. Verder is het nog zoeken naar vormen van samenwerking en bekostiging en vraagt het ook van ziekenhuisorganisaties andere manieren van werken. Voor die zaken zijn nog geen panklare oplossingen.’

Bij het Spaarne Gasthuis ziet Noordzij het draagvlak onder de medische staf en het verplegend personeel als valkuil. ‘Enerzijds zeggen mensen: je kunt hier niet omheen. Maar dat er zoveel consequenties aan zitten, roept weerstand op. Om het goed uit te rollen, moeten de structuren eromheen kloppen. Daarom is het verstandig dat op verschillende plekken in het land wordt geëxperimenteerd en de resultaten daarvan worden gedeeld. Dan weten we straks wat echt werkt en kunnen we met de zorgverzekeraars in gesprek.’

Samenvattend: wat is de toekomst van waardegedreven zorg?

Het is al de toekomst, vinden de specialisten en ziekenhuizen die ermee bezig zijn. Het concept van vbhc sluit bovendien naadloos aan op de toekomstvisie van de Federatie, vertelt Noordzij, die ook lid was van de commissie Medisch Specialist 2025. ‘Alle thema’s, van arts-patiëntrelatie, netwerkgeneskunde en innovatie komen erin terug. Preventie is eigenlijk de ultieme vorm van vbhc. Zelfs op dat gebied zie je initiatieven ontstaan, zoals kno-artsen die op de basisschool voorlichting geven over harde muziek in oordopjes.’

Hazelzet is eveneens ervan overtuigd dat de beweging in gang is gezet. ‘Ik denk dat op langere termijn andere registraties afnemen omdat ze niet langer zinvol zijn, en dat patiënten zich meer betrokken en gehoord gaan voelen. De grootste winst is dat het gesprek weer over de inhoud gaat. Nu behandelen we een patiënt volgens een lijstje en kan de medische uitkomst verbeterd zijn, terwijl de patiënt zich nog net zo moe voelt. In de dagelijkse praktijk wil je vooral dat de patiënt zich opgeknapt voelt. Als je daar samen aan kunt werken, doe je waarvoor je als dokter bent opgeleid en heb je meer plezier in je werk.’ ●