VINTURA

Value-Based Healthcare:

Het antwoord op onze toekomstige zorguitdagingen?

DE ZIN EN ONZIN VAN VBHC VANDAAG, MET AANBEVELINGEN VOOR MORGEN

Gérard Klop
Arno Rutte

Value-Based Healthcare:

Het antwoord op onze toekomstige zorguitdagingen?

DE ZIN EN ONZIN VAN VBHC VANDAAG,
MET AANBEVELINGEN VOOR MORGEN

Gérard Klop
Arno Rutte

COLOFON

Copyright © 2021 Vintura

Auteurs **Gérard Klop en Arno Rutte**
Design **Studio Anne van Geffen**
Infographics **Vizualism**

ISBN: 9789083118116

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, verspreid of verzonden in welke vorm of op welke manier dan ook, inclusief fotokopieën, opnamen of andere elektronische of mechanische methoden, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Vintura, behalve in het geval van korte citaten opgenomen in publicaties, kritische recensies en bepaalde andere niet-commercieel gebruik toegestaan door het auteursrecht.

INHOUD

VOORWOORD 5

HOOFDSTUK 1 7
Inleiding op urgent zorgvraagstuk

HOOFDSTUK 2 21
De zin en onzin van VBHC in de praktijk

HOOFDSTUK 3 75
VBHC, wanneer wel en wanneer niet?

HOOFDSTUK 4 101
Zorg voor ouderen: VMHC in plaats van VHBC

HOOFDSTUK 5 117
Farma: is VBHC echt relevant?

HOOFDSTUK 6 139
VBHC, hoe verder?

TOT SLOT 163

DANKWOORD 164

VOORWOORD

Onze zorguitdagingen vandaag en morgen

Steeds betere zorg duurzaam beschikbaar en betaalbaar houden voor iedereen. Dat is wat Vintura drijft. Vanuit de overtuiging dat Value-Based Healthcare (VBHC) een grote bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de uitkomsten voor de patiënt en aan een doelmatige inzet van schaarse zorgmiddelen, schreven we in 2017 ons rapport 'Value-Based Healthcare: Samen aan de slag'. In die publicatie onderzochten we de VBHC-principes en hoe hieraan invulling gegeven kan worden in de praktijk. We beschreven dat naast een focus op uitkomsten en op integratie van zorg een derde focus onmisbaar is om VBHC tot een succes te maken: verandermanagement.

Inmiddels zijn we drie jaar verder. De uitdagingen in de gezondheidszorg zijn niet afgenomen. Integendeel! We leven in een sterk vergrijzende samenleving waarin de vraag naar zorg toeneemt en verandert, terwijl het aantal mensen dat die zorg kan leveren niet meegroeit. Er komen hoogwaardige innovaties beschikbaar die perspectief bieden op kwaliteit van leven voor mensen die dat eerst niet hadden, maar daarmee stijgen ook de kosten. Door allerhande vormen van technologie en persoonlijke betrokkenheid van patiënten is steeds meer informatie beschikbaar voor het realiseren van zorgpaden op maat of integraal rond één ziektebeeld. Echter, de nog steeds klassieke inrichting van de zorg staat het realiseren van die persoonlijke en integrale zorg in de weg.

Bovengenoemde ontwikkelingen stellen ons voor belangrijke vragen. Kunnen we de zorg voldoende organiseren en betalen? Is het haalbaar om persoonlijke zorg op maat te realiseren? Is onze gezondheidszorg op lange termijn houdbaar? Kan VBHC de oplossing zijn voor deze vraagstukken en zo ja, hoe? Of moeten we op zoek naar andere paradigma's om de duurzaamheid van ons zorgsysteem te kunnen waarborgen?

In deze publicatie gaan we op onderzoek naar praktische antwoorden. Omdat de toekomst van de gezondheidszorg ons aan het hart gaat, gaan we daarbij heilige huisjes niet uit de weg. Zachte heelmeesters maken immers stinkende wonden. We scheiden de zin van de onzin. We laten zien waar VBHC in de praktijk kan werken, wat nodig is om dat succes te realiseren en in welke gevallen VBHC niet de oplossing is. Kortom: nieuwe inzichten over VBHC waarmee we de zorguitdagingen van nu en in de toekomst concreet het hoofd kunnen bieden.

We wensen u veel leesplezier en inspiratie!

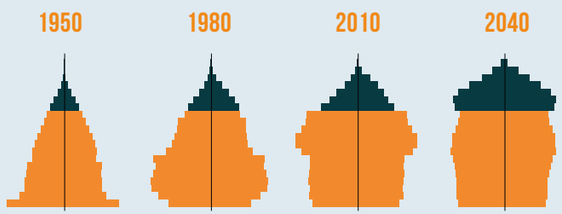
HOOFDSTUK 1

INLEIDING OP URGENT ZORGVRAAGSTUK

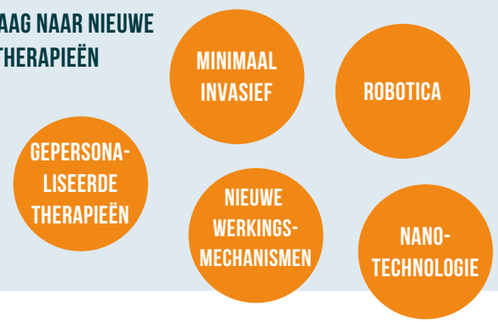
VRAAG

AANBOD

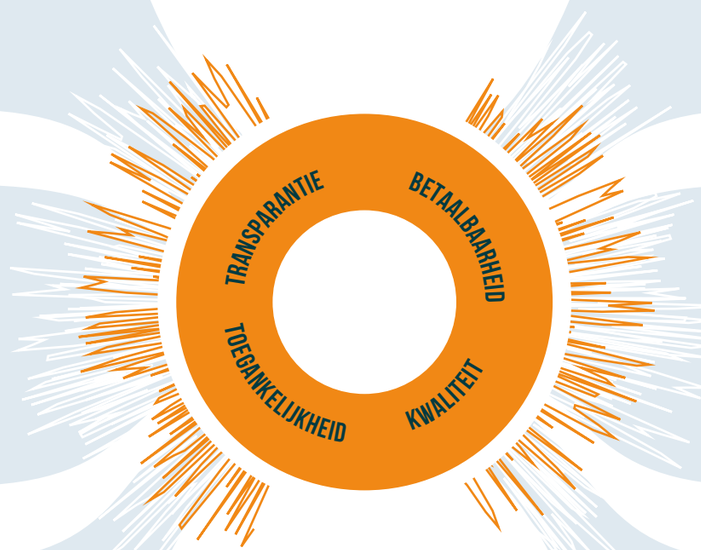
❶ VERGRIJZENDE POPULATIE

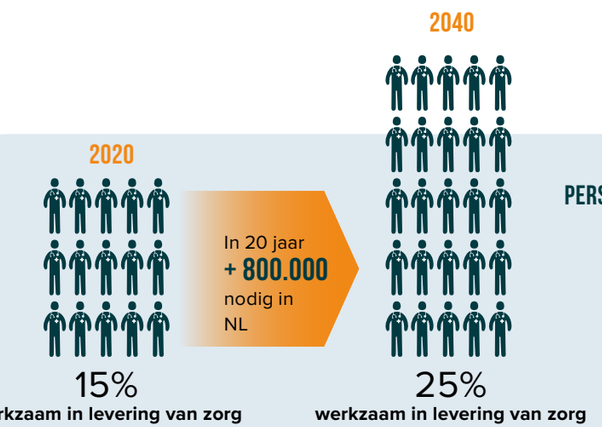


❷ BLIJVENDE VRAAG NAAR NIEUWE EN GERICHTE THERAPIEËN

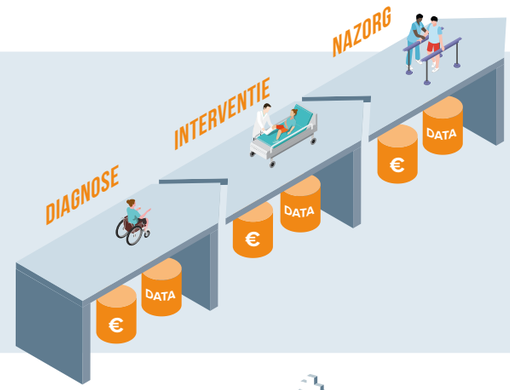


❸ STERKE VERSCHILLEN IN DE INFORMATIEPOSITIE VAN PATIËNTEN





ENORM PERSONEELSTEKORT ❹



KLASSIEKE LIJNEN MET EIGEN DATA EN FINANCIERING ❺

KWALITEIT, EFFECTIVITEIT EN UITKOMSTEN MAAR BEPERKT IN BEELD ❻

VBHC, WAT IS HIEROP UW ANTWOORD?

1.1 DE ZORGVRAAG STELT ONS VOOR EEN UITDAGING

1.1.1 VERGRIJZING

Verreweg de meeste Europese landen hebben te maken met een sterk vergrijzende maatschappij. De brede generatie die vlak na de Tweede Wereldoorlog werd geboren raakt inmiddels op leeftijd. Over 20 jaar gaan ook hun kinderen met pensioen. Niet eerder bestond de populatie van onze westerse maatschappijen uit zoveel ouderen, zowel in absolute aantallen als procentueel. Dit stelt onze Europese zorgsystemen voor grote uitdagingen, want de zorgvraag in een vergrijzende maatschappij neemt drastisch toe. Bijvoorbeeld in Nederland verwacht het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Maatschappij (RIVM) dat in 2040 het aantal mensen met dementie ten opzichte van 2019 met 96% is toegenomen, dat het aantal 85-plussers dat een SEH bezoekt met 128% is gestegen en dat de uitgaven voor ouderenzorg zijn toegenomen met 126%[1]. Het zijn duizelingwekkende toenames die de beschikbaarheid en betaalbaarheid van het zorgsysteem onder een enorme druk zetten.

1 https://www.rivm.nl/infographic-impact-van-vergrijzing

Minstens even belangrijk als de toename van de omvang van de gevraagde zorg, is de verandering van de aard van benodigde zorg in een vergrijzende populatie. Steeds meer mensen zijn chronisch ziek of hebben zelfs een stapeling van chronische klachten. Daarmee verschuift de focus van genezen naar het omgaan met ziekte en het sturen op kwaliteit van leven. Daarmee wordt de zorg die het beste past bij de patiënt een mengvorm van zorg uit de eerste en tweede lijn, vanuit cure en care. Steeds vaker ook nog in combinatie met preventie en sociale interventies, bijvoorbeeld op het gebied van wonen of het bestrijden van eenzaamheid. Daarbij speelt ook nulde lijn (mantel)zorg een steeds belangrijkere rol.

Is onze gezondheidszorg, die primair is georganiseerd rond het gericht behandelen van specifieke aandoeningen, daar voldoende op ingericht? Hoe bepaal je de beste behandeling voor een patiënt met een opeenstapeling van zowel chronische als acute klachten? Wie is de beste persoon om die inschatting te kunnen maken? En als die inschatting dan gemaakt is, hoe waarborg je dan dat de patiënt de juiste interventie op het juiste moment krijgt? Hoe waarborg je vervolgens de samenhang tussen al die interventies? Het zijn stuk voor stuk ingewikkelde vragen die met de dag indringender naar voren komen en waarvoor we steeds minder tijd hebben om ze te beantwoorden. De vergrijzing is immers al begonnen en de impact en intensiteit neemt de komende 20 jaar alleen maar verder toe. In hoofdstuk 4 gaan we nader in op de uitdagingen en mogelijke oplossingen rond ouderenzorg.

1.1.2 BLIJVENDE VRAAG NAAR NIEUWE EN GERICHTE THERAPIEËN

Tegelijkertijd blijft er grote vraag naar zeer specialistische zorg. Nog steeds kunnen grote groepen patiënten op dit moment nog niet of onvoldoende geholpen worden, zoals patiënten met uiterst zeldzame weesziekten. Deze patiënten hopen dat technologische en farmaceutische ontwikkelingen hun een kans op genezing of ten minste een sterke verbetering van de kwaliteit van leven zullen bieden.

Doordat steeds effectievere diagnosetechnieken worden ontwikkeld, zoals het gericht zoeken naar mutaties in het genoom van patiënten, verandert bovendien ook de behandeling van veelvoorkomende ziekten zoals kanker.

Tot een paar jaar geleden werden tumoren vooral gekenschetst door de primaire plek in het lichaam waar ze ontstaan (denk aan darmkanker, borstkanker, longkanker) en behandelingen werden daarop afgestemd. Maar op basis van uitgebreide genetische diagnostiek bestaan therapieën tegenwoordig steeds vaker uit zeer gerichte persoonlijke interventies. Deze gerichte therapieën bieden veel perspectief voor de patiënt, maar zetten zowel de organisatie als de bekostiging van de zorg onder druk. Immers, hoe organiseer je de zorg rond steeds specifieker gedefinieerde patiënt subgroepen? En hoe reken je de ontwikkelkosten van een patiëntgerichte therapie toe aan een kleine subgroep?

Voor verschillende groepen patiënten is het van levensbelang dat er gespecialiseerde focus blijft op het vinden van nieuwe gerichte interventies voor genezing én dat het zorgsysteem open blijft staan voor deze innovaties. Patiënten zullen op de deur van financiers blijven bonken om ze te bewegen nieuwe innovaties te vergoeden, ook als de prijs van die innovaties zeer hoog is. Want hoewel het budget voor gezondheidszorg in elk land haar grenzen kent, is de waarde van het leven voor de patiënt zelf onschatbaar hoog.

Daarnaast is de stroom aan innovaties die de ziekten die ons teisteren bestrijden en onze levensverwachting verder oprekken niet te stoppen, dankzij de niet-aflatende inzet van wetenschappers en artsen. Zij zullen immers altijd gedreven blijven om therapieën te vinden voor aandoeningen die nu nog niet of onvoldoende behandeld kunnen worden. Daardoor blijft de druk op ons zorgsysteem om deze nieuwe innovaties toe te laten en te bekostigen zeer hoog, zowel vanuit de patiënten als vanuit de ontwikkelaars en aanbieders.

Om deze innovaties de ruimte te geven, moeten we integraal naar de kwaliteit (effectiviteit) en kosten (efficiëntie) van onze zorgsystemen kijken. Enerzijds omdat een innovatie de kwaliteit en kosten positief kan beïnvloeden, anderzijds omdat we mogelijk middelen moeten vrijmaken door doelmatigheidswinst te halen op andere vlakken. Daarnaast helpt het feit dat oude innovaties uiteindelijk uit patent lopen en de ontwikkelkosten uit de prijs wegvallen, waardoor alleen de productiekosten overblijven.

1.1.3 STERKE VERSCHILLEN IN DE INFORMATIEPOSITIE VAN PATIËNTEN

De tijd van de alwetende dokter en de volgzame patiënt ligt achter ons. Sterker nog: steeds vaker komt de patiënt bij de arts met een grote hoeveelheid gezondheidsdata over zichzelf, in combinatie met de resultaten van een uitgebreide online zoektocht. Wearables en apps waarmee iedereen zijn eigen gezondheid kan monitoren worden steeds populairder en betrouwbaarder. Mensen die actief bezig zijn met het bevorderen en monitoren van hun gezondheid kunnen dagelijks gemakkelijk en zelfstandig betrouwbare data verzamelen en beoordelen, zoals hun gewicht, hartslag en bloeddruk. Ook voor complexere vraagstukken, zoals het beoordelen of een moedervlek kwaadaardig is, kan een patiënt een app gebruiken. De beoordeling gebeurt deels door de gebruiker zelf of op afstand door de arts. Dergelijke beoordelingen worden snel betrouwbaarder doordat de slimme technologie en de artificiële intelligentie (AI) die deze apps gebruiken zich razendsnel ontwikkelen.

De patiënt die zijn gezondheid op deze manier actief in de gaten houdt kan een geweldige partner zijn voor een dokter, die de door de patiënt zelf vergaarde informatie kan betrekken in zijn diagnose en behandelplan.

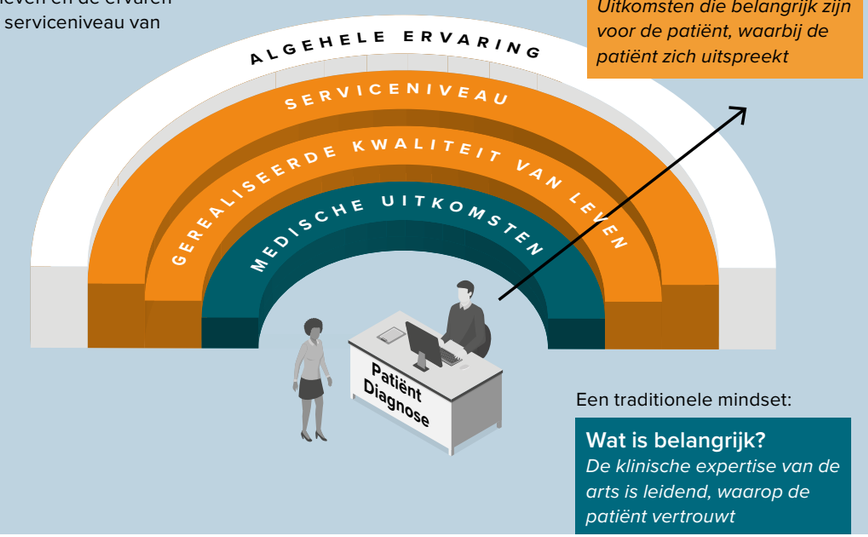
Als dat partnership tot bloei komt, komt de daadwerkelijke waarde voor de patiënt in zicht en kan de medisch professional zich gericht inzetten om die waarde te realiseren. In de praktijk blijkt dit overigens weerbarstig te zijn. Aan de ene kant door de mismatch tussen de geïnformeerde patiënt en de zich nog klassiek opstellende medische professional. En aan andere kant doordat de medisch professional tijd moet investeren om de zin van de onzin te scheiden, omdat een geïnformeerde patiënt niet altijd goed geïnformeerd is en daarbij niet alles zelf kan duiden.

Toch is het zeer de moeite waard om de dialoog tussen behandelaar en patiënt optimaal uit te nutten en daarbij met name te focussen op de vraag: ‘Patiënt, wat is voor u belangrijk?’ (zie Figuur 1). Het samen vaststellen welke uitkomsten relevant zijn voor de patiënt (patiëntwaarde) is niet alleen van belang bij de bewuste patiënt die zichzelf heeft omringd met apps en wearables. Juist bij ouderen die lijden aan een stapeling van chronische en acute klachten is het belangrijk om proactief op zoek te gaan naar de behoefte van de patiënt. Bij deze patiënten is de behandeling immers niet primair gericht op genezen, maar op het realiseren van de hoogst mogelijke kwaliteit van leven. Daarvoor is het cruciaal dat de arts weet welke specifieke zaken voor de patiënt zijn kwaliteit van leven bepalen. Dat is iets heel anders dan een klassieke medische diagnose. Wanneer de behoefte van de patiënt onvoldoende wordt belicht en de klinische expertise van de arts leidend wordt, belandt de patiënt met een stapeling aan klachten al snel in een suboptimaal behandeltraject: behandelingen die in de ogen van elke individuele deskundige arts misschien medisch passend zijn, maar gezamenlijk voor de kwaliteit van leven van de patiënt vaak meer kwaad doen dan goed.

FIGUUR 1

MINDSET VERANDERING

Het verschil tussen een **traditionele mindset**, met focus op diagnose en behandeling, en een **nieuwe mindset**, met focus op patiëntervaring (een combinatie van gerealiseerde kwaliteit van leven en de ervaren ziekteondersteuning en het serviceniveau van zorgaanbieders).



De vergrijzende populatie en de sterk toenemende kennis bij patiënten over mogelijke behandelingen veranderen de zorgvraag enorm. Zorgaanbieders moeten zich aan die verandering aanpassen om de juiste behandeling voor de juiste patiënt (tegen de juiste prijs) te kunnen blijven bieden. De klinische expertise van de arts zal altijd relevant blijven. Maar de uitdaging is om informatie van de mondige en actieve patiënt te leren vertrouwen en de informatie van de minder mondige patiënt actief te achterhalen en patiënten mee te nemen in alle afwegingen.

1.2 DAARNAAST STELT HET ZORGAANBOD ONS VOOR EEN UITDAGING

1.2.1 ENORM PERSONEELSTEKORT

De vergrijzende populatie heeft niet alleen impact op de aard en de omvang van de zorgvraag, maar heeft ook direct invloed op de hoeveelheid zorgprofessionals dat nodig is om die zorg te kunnen leveren. Zorg is en blijft mensenwerk. Daardoor neemt met het toenemen van de zorgvraag ook direct de vraag naar zorgprofessionals snel toe. Zo snel, dat het vrijwel onmogelijk zal zijn om aan die vraag te kunnen voldoen.

Zo berekende het Nederlandse Ministerie van Financiën in de 'Brede maatschappelijke heroverweging 2020' dat in Nederland tot 2040 elk jaar 40.000 extra zorgprofessionals nodig zijn[2]. Dat betekent wekelijks 770 extra zorgprofessionals, dus ruim 100 per dag, inclusief de dagen in het weekend. Die professionals zijn er niet en kunnen er, mede vanwege de vergrijzing, ook niet komen.

Er zijn terecht grote zorgen over de stijgende kosten van de zorg. Maar geld kan als dat écht nodig is, binnen grenzen en uiteraard met forse gevolgen, nog worden georganiseerd door slim te kiezen waar we ons geld aan uitgeven en/of hogere belastingen of premies. Daarentegen laat het personeelstekort in de zorg laat zich niet met eenvoudige interventies oplossen. Als het de komende 20 jaar lukt om het huidige aantal professionals in de zorg gelijk te houden, is dat in een vergrijzende maatschappij al een prestatie van formaat! Maar dan moeten we de zorg drastisch anders organiseren, anders zal dit ten koste gaan van de beschikbaarheid en kwaliteit van het zorgaanbod.

2 https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/04/20/bmh-2-naar-een-toekomstbestendig-zorgstelsel

Als we niet willen eindigen in een zorginfarct, moeten de steeds schaarser wordende zorgprofessionals ingezet worden waar ze de meeste waarde opleveren voor de patiënt. Dat dwingt ons om vol in te zetten op arbeidsbesparende innovaties, zoals telemonitoring en e-health, en het bestrijden van elke vorm van ondoelmatige zorg.

1.2.2 KLASSIEKE LIJNEN MET EIGEN DATA EN FINANCIERING

Nu de zorgvraag razendsnel verandert en toeneemt, zal het zorgaanbod eigenlijk in een vergelijkbare snelheid mee moeten veranderen. Het is echter zeer de vraag of dat lukt. Al decennia is de inrichting van het zorgaanbod in grote lijnen hetzelfde. Ze volgt klassieke indelingen die een lange en diepgewortelde historie kennen. Voor de meeste eenvoudige aandoeningen is eerstelijnszorg lijn beschikbaar, in de vorm van huisartsen, tandartsen, paramedici, apothekers en (wijk)verpleegkundigen. Deze zorg dichtbij is doorgaans generalistisch van karakter. Zodra sprake is van complexere klachten, worden patiënten naar het ziekenhuis verwezen voor specialistische tweede- en derdelijns zorg. Deze is doorgaans ingericht naar anatomische en fysiologische expertgebieden. Wordt de zorgvraag zo zwaar en continu dat geen curatieve oplossing te vinden is, maar blijft de patiënt wel zorg nodig hebben? Dan is zorg in een verpleeginstelling beschikbaar, waar de verzorging weer een sterk generalistisch karakter kent.

Daar bovenop kennen de verschillende lijnen van zorg in de meeste zorgsystemen elk een eigen vorm van financiering en data-infrastructuur. De financiering over de grenzen van de verschillende zorgdomeinen en het uitwisselen van patiëntdata over deze grenzen leiden tot grote uitdagingen.

Deze uitdagingen gaan zorgaanbieders, die het al enorm druk hebben, door tijdgebrek uit de weg. En het gaat alleen maar drukker worden.

Zolang een patiënt gebruikmaakt van zorg uit slechts één van de zorgdomeinen, leidt dat doorgaans nog niet tot grote problemen. Maar zodra het ziektebeeld complexer wordt en een patiënt zorg uit meerdere domeinen nodig heeft, begint het hele financierings- en data-uitwisselingssysteem te kraken. In de huidige sterk vergrijzende populatie met veel co-morbide en chronisch zieke patiënten is het steeds vaker geen uitzondering maar regel dat een patiënt een combinatie van zorg uit verschillende domeinen nodig heeft, in een mix van cure en care.

De kans dat de huidige, in klassieke silo's gesegmenteerde, georganiseerde en gefinancierde zorgsystemen de beste bijdrage kunnen leveren aan de integrale uitkomst voor de kwaliteit van leven van de meeste patiënten is klein. Maar de noodzaak voor het kunnen leveren van die integrale patiënt-relevante uitkomsten wordt met de dag belangrijker. Het huidige zorgaanbod schiet daarin tekort.

1.2.3 KWALITEIT, EFFECTIVITEIT EN UITKOMSTEN MAAR BEPERKT IN BEELD

Bij een sterk stijgende en complexer wordende zorgvraag in een maatschappij waar het aantal zorgprofessionals onder permanente grote druk staat is het van doorslaggevend belang om de beschikbare zorg doelmatig in te zetten. Daarvoor is inzicht in de kwaliteit, de effectiviteit en de uitkomsten van de zorg is cruciaal. Aan individuele initiatieven op dat vlak is geen gebrek. Maar uniformiteit en schaal ontbreekt.

Inzicht in kwaliteit en doelmatigheid van zorg is niet alleen belangrijk voor bestuurlijke vraagstukken. Ook de bewuste patiënt die op zoek is naar de beste behandeling en de beste behandelaar komt in een labyrint terecht waar het vinden van de uitkomst een ongekende uitdaging is, als het al lukt.

Mede daardoor komt het actief en gericht kiezen van de beste behandeling en behandelaar door patiënten nog maar beperkt van de grond, zelfs bij levensbedreigende ziektes zoals kanker. De Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) concludeerde in december 2019 dat maar liefst 51% van de kankerpatiënten niet stilstaat bij de keuze voor het ziekenhuis. Eén op de vijf patiënten zou achteraf een ander ziekenhuis hebben gekozen. Van hen zou bijna de helft (beter) hebben uitgezocht wat voor hen het juiste ziekenhuis was, 35% zou (eerder) voor een gespecialiseerd ziekenhuis hebben gekozen en drie op de tien zou (eerder) een second opinion hebben gedaan[3]. De NFK geeft aan dat met name de gebrekkige en te beperkte informatie over kwaliteit, deskundigheid en uitkomsten de reden is dat patiënten niet eerder en gerichter kiezen.

3 https://nfk.nl/nieuws/helft-kankerpatienten-staat-niet-stil-bij-keuze-ziekenhuis

Als bij een levensbedreigende aandoening door gebrek aan transparantie al zo weinig actief wordt gekozen voor de beste en meest doelmatige zorg, dan is de verwachting dat dit bij minder levensbedreigende aandoeningen nog veel minder het geval zal zijn. Dat is een bedreiging voor goed gebruik en de beschikbaarheid van onze steeds schaarsere zorgmiddelen: geld en personeel. Het verbeteren van transparantie en inzicht in kwaliteit van zorg, effectiviteit van zorg en uitkomsten van zorg is geen luxe, maar bittere noodzaak!

1.3 VBHC, WAT IS HIEROP UW ANTWOORD?

VBHC raakt aan een deel van de uitdagingen. De VBHC-principes gaan met name in op het verbeteren van ons zorgaanbod, namelijk geleverde patiëntuitkomsten versus gemaakte kosten, maar ze zeggen weinig over hoe om te gaan met een toenemende zorgvraag.

VBHC kan dus een deel van het antwoord zijn. Het kan helpen om het zorgaanbod te verbeteren en daar zullen we in dit rapport op inzoomen. Maar binnen het deelgebied 'verbeteren van het zorgaanbod', blijkt VBHC helaas niet het antwoord op alles.
Wij willen daarom in de volgende hoofdstukken ingaan op de toepasbaarheid van VBHC en de zin van de onzin scheiden door aansprekende casestudies (hoofdstuk 2) en een theoretisch model en kaders (hoofdstuk 3). Vervolgens zullen we inzoomen op het toepassen van VBHC binnen twee specifieke zorguitdagingen: de toenemende zorg voor ouderen (hoofdstuk 4) en de toenemende druk op farma (hoofdstuk 5). Om af te sluiten met enkele zeer praktische aanbevelingen voor de toekomst, uitgewerkt in een aantal mogelijke scenario's, waardoor meer coördinatie en transparantie binnen de zorg ontstaat (hoofdstuk 6).

HOOFDSTUK 2

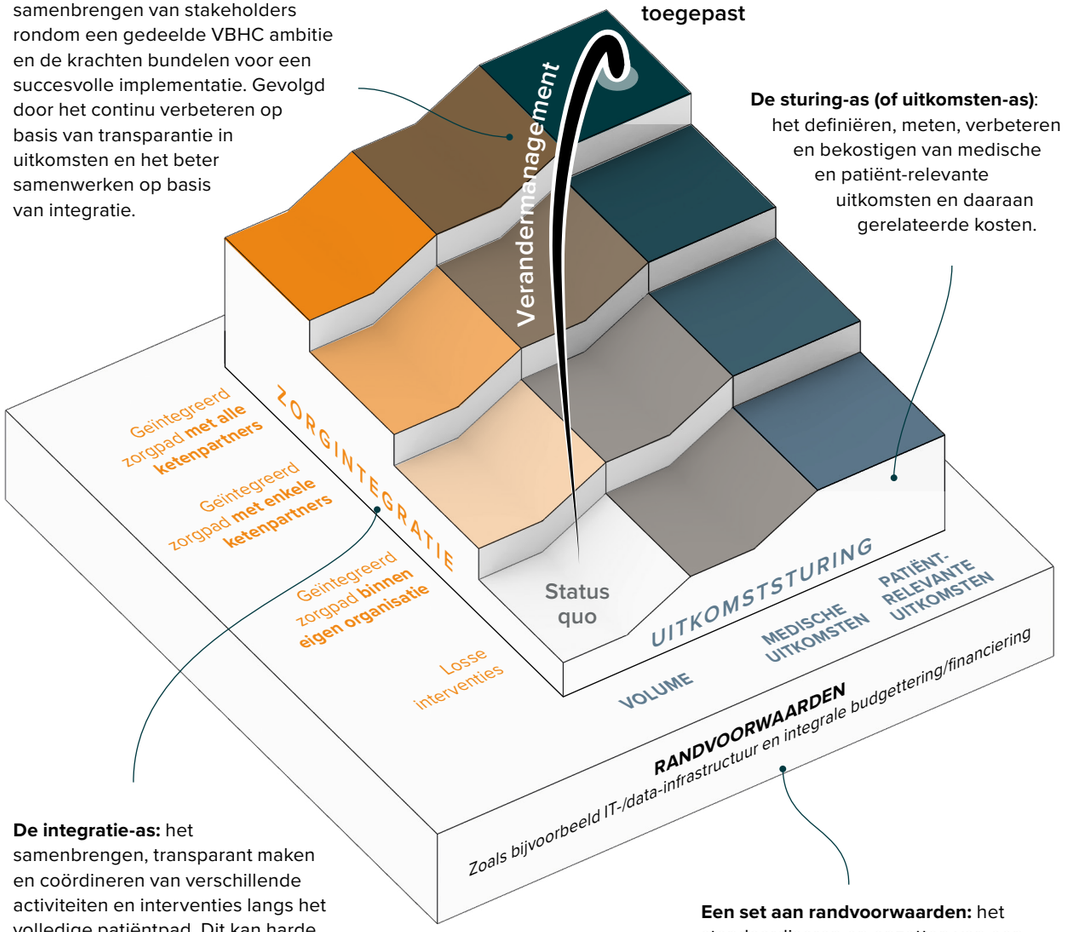
DE ZIN EN ONZIN VAN VBHC IN DE PRAKTIJK

VBHC: EEN GROOTS CONCEPT IN DE PRAKTIJK

VBHC VRAAGT OM FOCUS OP 4 ELEMENTEN

VBHC wordt gezien als een groots concept. Echter, het gedoseerd toepassen van een deel van de VBHC-principes en/of het nemen van tussenstappen kan ook waarde creëren in de vorm van kwaliteitsverbetering en/of kostenvermindering.

Verandermanagement: Het samenbrengen van stakeholders rondom een gedeelde VBHC ambitie en de krachten bundelen voor een succesvolle implementatie. Gevolgd door het continu verbeteren op basis van transparantie in uitkomsten en het beter samenwerken op basis van integratie.



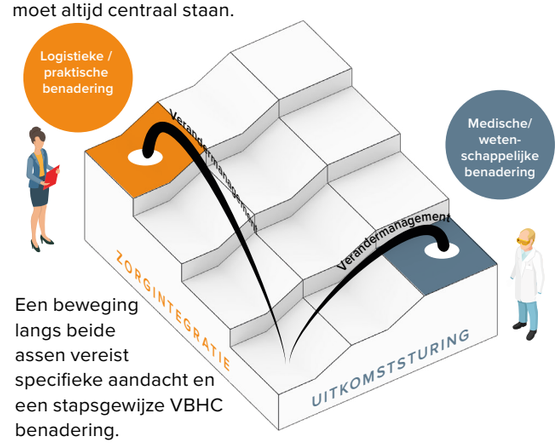
De sturing-as (of uitkomsten-as): het definiëren, meten, verbeteren en bekostigen van medische en patiënt-relevante uitkomsten en daaraan gerelateerde kosten.

De integratie-as: het samenbrengen, transparant maken en coördineren van verschillende activiteiten en interventies langs het volledige patiëntpad. Dit kan harde integratie betekenen, waarbij processen en systemen volledig met elkaar worden verbonden, of coördinatie waarbij processen en communicatie tussen partijen afgestemd zijn.

Een set aan randvoorwaarden: het standaardiseren en opzetten van een IT-/data-infrastructuur om de meting en het uniform vastleggen van uitkomsten en kosten optimaal te faciliteren. Als ook het inrichten van de juiste juridische kaders en financieringsstructuren om innovatie, samenwerking, data-uitwisseling en transparantie mogelijk te maken.

BINNEN HET BREDE SPECTRUM VAN VBHC ZIJN ER TWEE HOOFDBENADERINGEN

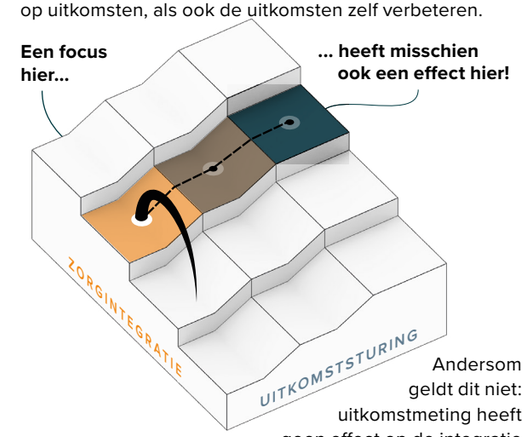
We maken onderscheid tussen twee VBHC hoofdbenaderingen: de op uitkomsten gerichte medische / wetenschappelijke benadering en de op samenwerking en integratie gerichte logistieke / praktische benadering. Welke benadering een organisatie ook kiest, de patiënt moet altijd centraal staan.



Een beweging langs beide assen vereist specifieke aandacht en een stapsgewijze VBHC benadering.

FOCUS OP DE INTEGRATIE-AS HEEFT OOK EFFECT OP UITKOMSTEN (STURING)

Verschuiving over de integratie-as heeft meestal ook effect wat betreft betere uitkomsten (sturing). Als gevolg van goed afgestemde processen en protocollen, vermijden van duplicatie, beter informatie uitwisseling en communicatie, minder fouten, kunnen zowel de grip op uitkomsten, als ook de uitkomsten zelf verbeteren.



Andersom geldt dit niet: uitkomstmeting heeft geen effect op de integratie van zorg.

DE CASE STUDIES GEVEN ONS 10 LESSEN

1. Uitkomsten definities kunnen uitmonden in lange discussies (wetenschappelijke benadering)
2. Vertalen van inzichten in uitkomsten naar verbeteracties is niet altijd eenvoudig
3. Integratie van de zorg lijkt sneller tot resultaat te leiden (pragmatische benadering)
4. Van harde integratie is meestal geen sprake, veelal zien we coördinatie
5. Data-infrastructuur is een belangrijke randvoorwaarde
6. Directe koppeling met financiering ontbreekt
7. Silo's in de budgetten staan innovatie en schaalbaarheid in de weg
8. Tastbare verbeteringen transparant maken drijft de verbetercultuur
9. Maak het niet te groot
10. Verbreed het draagvlak onder zorgprofessionals

VBHC IN ZIJN PURE VORM IS NIET OVERAL TOEPASBAAR. HET IS GEEN 'ONE-STORY-FITS-ALL'

Het toepassen van een deel van de VBHC-principes kan ook waarde creëren.

2.1 VBHC: WAAR KOMEN WE VANDAAN?

In 2006 verscheen het boek *'Redefining Health Care'* van Michael E. Porter en Elizabeth Olmsted Teisberg. Hierin werd een visie gegeven op de zorgmarkt en werden een aantal principes geïntroduceerd om de zorg transparanter te maken en meer op kwaliteit te sturen, met als ultieme doel het verhogen van de patiëntwaarde. Een mooi streven! Porter en Teisberg vroegen zich af waarom de zorg niet veel meer patiëntgericht en waardegestuurd is. Geïnspireerd door andere industrieën en markten, kwamen ze met een hele set aan principes en aanbevelingen. Onder meer de definitie dat patiëntwaarde gelijk is aan gerealiseerde patiënt-relevante uitkomsten per geïnvesteerde geldeenheid (oftewel uitkomsten/kosten). En het pleidooi om deze patiëntwaarde te meten en transparant te maken om zo marktwerking en een continue verbetercyclus binnen de zorg te stimuleren.

In 2017 publiceerde Vintura haar visie en inzichten op basis van de marktverkenning 'Value Based Healthcare: Samen aan de slag' waarin we uiteenzetten welke mening verschillende stakeholders hebben over VHBC, welke ervaring ze ermee hebben en welke rol het speelt binnen hun organisatie. Geloofden stakeholders in de visie en de onderliggende principes zoals uiteengezet door Porter en Teisberg? En wat waren voor hen belangrijke barrières om deze principes te implementeren en in de praktijk te brengen? Op basis van deze inzichten en onze eigen reflecties hierop kwamen we tot de conclusie dat de VBHC-principes, zoals gedefinieerd door Porter, geclusterd kunnen worden in twee belangrijke hoofdbewegingsassen, met daarbij één set aan randvoorwaarden. En dat er daarnaast één belangrijk element ontbrak: *verandermanagement*.

Hiermee kwamen we tot een VBHC-groeipad model (zie Figuur 2) bestaande uit de volgende vier kernelementen:

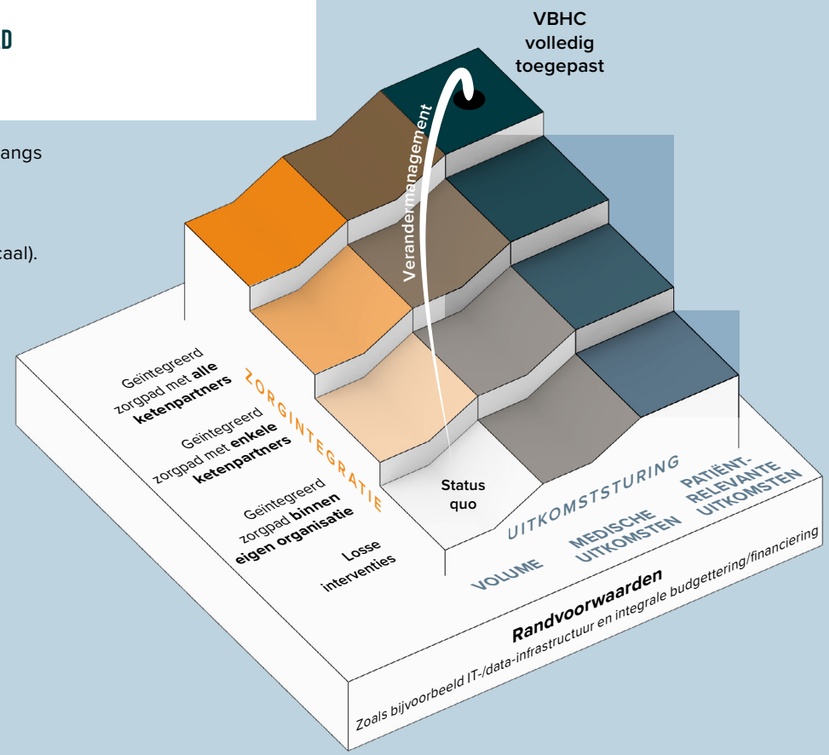
1. **De sturing-as (of uitkomsten-as):** het definiëren, meten, verbeteren en bekostigen van medische en patiënt-relevante uitkomsten en daaraan gerelateerde kosten.
2. **De integratie-as:** het samenbrengen, transparant maken en coördineren van verschillende activiteiten en interventies langs het volledige patiëntpad.
3. **Verandermanagement:** het inzetten van processen, instrumenten en leiderschap, om op basis van transparantie in uitkomsten continu te verbeteren en om op basis van integratie beter samen te werken.
4. **Een set aan randvoorwaarden:** het standaardiseren en opzetten van een IT-/data- infrastructuur om de integratie en het uniform vastleggen van uitkomsten optimaal te faciliteren. Als ook het inrichten van de juiste juridische kaders en financieringsstructuren om samenwerking, data-uitwisseling en transparantie überhaupt mogelijk te maken.

Het model laat zien dat je niet in één keer naar het ideale eindplaatje van Porter en Teisberg hoeft te springen. Dat je ook eerste stappen kunt zetten langs een van de twee assen en dat je vooral verandermanagement niet moet vergeten. VBHC gaat namelijk in hoge mate over gedrags-verandering binnen en tussen zorgaanbieders. Daarnaast blijven de randvoorwaarden in veel landen in Europa een aandachtspunt, waardoor de implementatie van VBHC-principes niet echt in een stroomversnelling komt.

FIGUUR 2

HET VBHC GROEIPAD

Het VBHC groeipad langs de twee hoofdassen: **uitkomsten sturing** (horizontaal) en **zorgintegratie** (verticaal).



Inmiddels zijn we drie jaar verder en is VBHC gevierd en verguisd, zijn er successen en tegenvallers, zijn er believers en non-believers. In veel gevallen heeft VBHC geleid tot een wetenschappelijke en verhitte discussie zonder eind. Redenen genoeg om de zin en onzin van VBHC, zoals door Porter en Teisberg geïntroduceerd, onder de loep te nemen. Waar werkt het wel en waar werkt het vooral niet? Wat is de beste manier om VBHC aan te vliegen en toe te passen? Misschien zijn niet alle principes van toepassing, maar wellicht enkele wel die het verschil kunnen maken voor de patiënt. Het blijkt dat de *believers* en *non-believers* allebei deels gelijk hebben.

In de volgende paragrafen en hoofdstukken volgen praktische en theoretische uiteenzettingen over de zin en onzin van VBHC, met daarnaast een pleidooi voor gezond verstand en pragmatisme en niet te vergeten: moed. Want elke verandering vraagt om visie, doorzettingsvermogen en de durf om obstakels te overwinnen en tegenstand in goede banen te leidden.

2.2 VBHC EEN GROOTS CONCEPT: EEN VISIE OP ORGANISATIE VAN ZORG EN GEEN METHODE

Om direct een misverstand uit de weg te helpen: VBHC is geen methode, zoals LEAN, Six Sigma of Total Quality Management (TQM), maar een integrale visie op hoe de zorg op basis van een aantal principes te organiseren. VBHC is daarmee een zorgorganisatorische beschouwing en niet een zorginhoudelijke beschouwing. VBHC richt zich met name op het beter organiseren van het zorgaanbod en zegt weinig over hoe een toenemende zorgvraag beter te sturen (zie Hoofdstuk 1). Daarbij ontbreekt een belangrijk schakel voor succes, namelijk structureel en proactief *verandermanagement*[4]. We moeten VBHC benaderen als een nogal groots concept dat organisaties, op basis van logische stappen, gericht moeten inzetten en gedoseerd moeten implementeren. Hierbij kan een organisatie afzonderlijk of tegelijk bewegen langs de assen van integratie en sturing.

4 Verandermanagement is al uitgebreid aan bod gekomen in onze eerder VBHC rapport uit 2017. 42% van de geïnterviewden gaf aan dat verander-management een belangrijk aandachtspunt is. In het rapport uit 2017 geven we concrete aandachtpunten en handvaten hoe beter met het veranderings-proces om te gaan.

2.2.1 VERANDERING VANUIT SAMENWERKING EN INTEGRATIE

In het domein van het beter organiseren van het zorgaanbod leren de casestudies in dit rapport ons de zin en de onzin van VBHC. Onze hypothese is dat veel zorgverbetering te halen valt uit samenwerking en (virtuele) integratie (de integratie-as, Figuur 2).

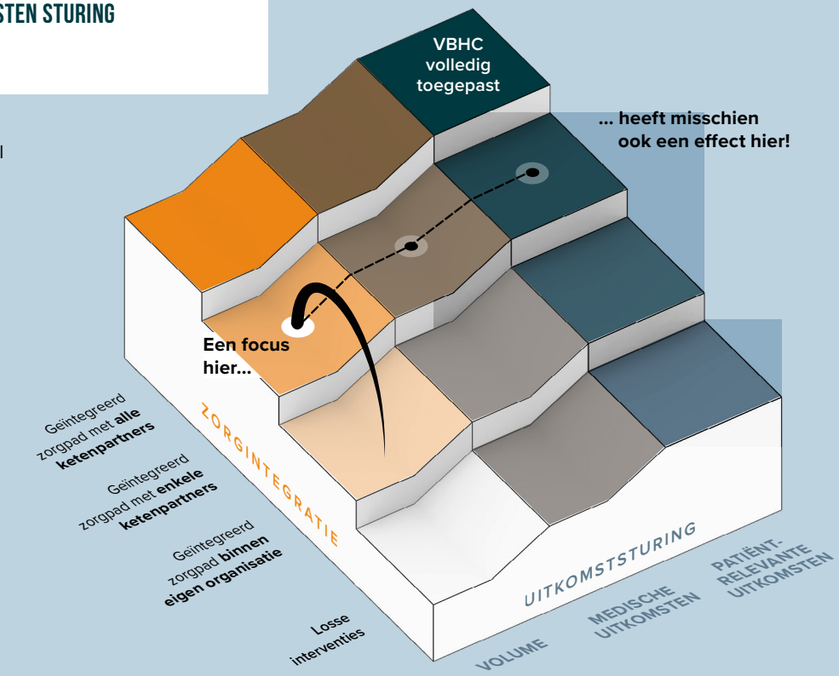
Ongeveer 80% van de zorg is een logistiek vraagstuk[5] en juist hier gaat een hoop mis in de communicatie en het stroomlijnen van processen. Dus los van het meten van uitkomsten, kun je gevoegelijk weten dat je een hoop duplicatie, fouten, miscommunicatie en verkeerde planning kan kunt voorkomen puur door het integreren en verbeteren van het patiëntdiagnose/behandelproces (met de communicatie en de IT-systemen hier omheen). Simpelweg dit aanpakken leidt snel tot verbeteringen in uitkomst en in patiëntbeleving. Daar hebben we echt niet altijd uitkomstensets voor nodig. Het is goed te beseffen dat een beweging langs de integratie-as, naast efficiencyverbetering meestal ook leidt tot betere (sturing op) uitkomsten (zie Figuur 3). Het sec invoeren van uitkomststuring heeft daarentegen geen effect op de integratie van zorg. Dat wil niet zeggen dat uitkomstmeting geen zin heeft (waarover in paragraaf 3.2 meer), maar dat we uitkomstmeting niet altijd primair voorop moeten stellen als de enige reden of manier om te bewegen.

5 Jaarcongres Strategische Procesinnovatie 2020, Lucien Engelen

FIGUUR 3

INTEGRATIE VS. UITKOMSTEN STURING

Beweging langs de integratie-as heeft meestal ook een indirect effect op uitkomsten (sturing).



2.2.2 VERANDERING VANUIT METEN EN VERBETEREN

Het belang van uitkomstensets ligt anders wanneer we de doelmatigheid en effectiviteit van verschillende interventies en hun relatie tot patiëntwaarde beter willen begrijpen. Dit zijn medisch of wetenschappelijk gedreven discussies om tot de juiste uitkomstdefinities en gedragen metingen te komen, om vervolgens op basis daarvan de zorg te verbeteren (de uitkomsten-as, Figuur 2). Dit zijn meestal taaiere en langdurigere processen, dan het ‘simpelweg’ stroomlijnen van de bestaande logistiek en communicatie.

De praktijk laat zien dat het definiëren van uitkomstensets soms kan verzanden in ellenlange wetenschappelijke en medische discussies, die uiteindelijk uitmonden in vragenlijsten die niet alleen te lang zijn, maar bovendien onbruikbaar voor professionals en patiënten. Om dit te voorkomen is het zeer aan te bevelen om gebruik te maken van bestaande en gevalideerde ICHOM[6] datasets, die inmiddels voor veel ziektebeelden beschikbaar zijn. Dat voorkomt dat iedereen het wiel opnieuw uitvindt en bevordert de uniformiteit en vergelijkbaarheid tussen zorgcentra op nationaal, en eventueel internationaal, niveau.

6 International Consortium for Health Outcomes Measurement, https://www.ichom.org/

Naast het definiëren, meten en verbeteren van patiënt-relevante uitkomsten is de ultieme stap: de bekostiging op basis van deze uitkomsten, in plaats van op basis van volume. Dit geeft een extra prikkel voor innovatie en continu verbeteren. In de praktijk blijken organisaties uitkomstbekostiging nog maar mondjesmaat toe te passen. Het blijkt een uitdaging vanwege onder meer eenduidige en tijdige meetbaarheid van het resultaat, onduidelijkheid over de correlatie tussen patiëntuitkomsten en interventie(s) en silo's in de budgettering van zorg.

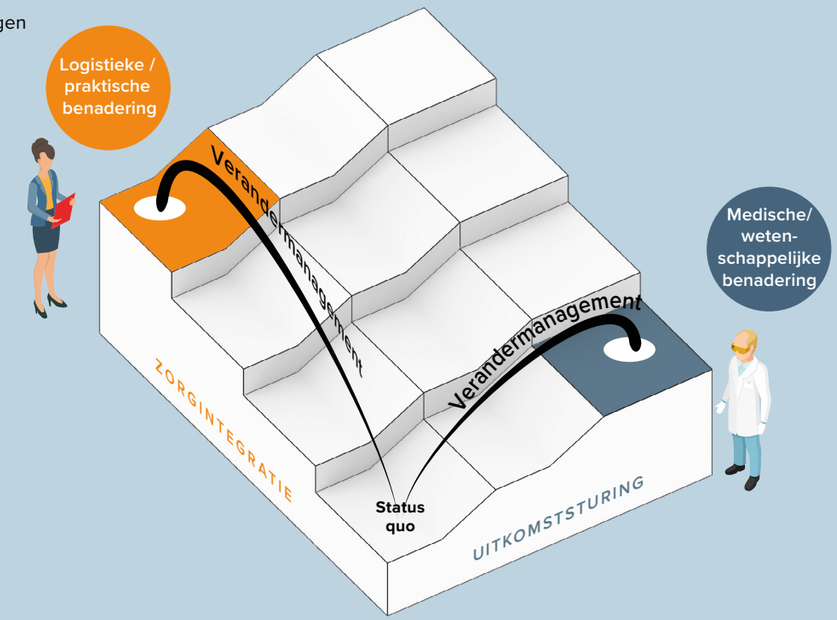
2.2.3 VERANDERMANAGEMENT ALS CRUCIALE SCHAKEL

De casestudies leren ons dat VBHC-gerelateerde veranderingen alleen slagen als ook verandermanagement voldoende is geborgd, zowel qua mindset als qua proces. Wat betreft mindset zien we dat er twee hoofdrichtingen zijn van waaruit VBHC in eerste instantie aangevlogen kan worden. De eerste hoofdrichting is een focus op integratie en samenwerking – de logistieke/praktische benadering - en de tweede hoofdrichting is een focus op meten en verbeteren van uitkomsten - de medisch/wetenschappelijke benadering (zie Figuur 4).

FIGUUR 4

DE TWEE HOOFDBENADERINGEN

De twee hoofdbenaderingen voor VBHC met verandermanagement als constante factor.



1. Focus op integratie en samenwerking - *de logistieke/praktische aanpak*
2. Focus op het meten en verbeteren van resultaten - *de medisch/ wetenschappelijke benadering*

Welke richting een organisatie ook kiest, de overkoepelende mindset moet zijn: stel de patiënt centraal en verbeter de zorg vanuit dat oogpunt. Bewegen langs beide assen tegelijk lijkt onverstandig. Beide bewegingen vragen om een andere benadering en kennen andere belanghebbenden, zeker als integratie over meerdere zorgaanbieders wordt beoogd. Focus en fasering is vanuit verandermanagement dan aanbevolen.

2.3 WAAR HEEFT VBHC OPLOSSINGEN GEBODEN? ZEVEN PRAKTIJKCASES

CASE #1

Cardiologie Centra Nederland (CCN)

Igor Tulevski

CASE #2

Punt voor Parkinson (PvP)

Teus van Laar and Elien Steendam - Oldekamp

CASE #3

Nederlandse Hart Registratie (NHR)

Dennis van Veghel

CASE #4

Volante

Jos Brinkman

CASE #5

Xpert Clinic

Rob van Huis

CASE #6

Karolinska University Hospital

Jan Engelen

CASE #7

Novartis

Janneke van der Kamp

CASE #1

Categorie	Kwalificatie
Context	
Ziektebeeld	hart en vaat
Complexiteit	laag en hoog
Patientgroep	heterogeen
Betrokken disciplines	multidisciplinair
Organisatie zorgaanbod	netwerk
VBHC	
Meten uitkomsten	ja
Interne integratie	integratie
Externe integratie	coördinatie
Verandermanagement	structureel
Randvoorwaarden	
IT infrastructuur	aanwezig
Koppeling met financiering	indirect
Resultaat	
Voortgang implementatie	opschaling
Impact op patiëntwaarde	hoog

"We zoeken continu naar nieuwe uitkomsten die we kunnen meten en benchmarken. Dit is voor ons de enige manier om jezelf en je diensten te verbeteren."

- IGOR TULEVSKI

CARDIOLOGIE CENTRA NEDERLAND (CCN)
IGOR TULEVSKI

FUNCTIE: CARDIOLOOG EN MEDE-OPRICHTER
TYPE ORGANISATIE: LAAG-COMPLEX JOB-SHOP-MODEL

Cardiologie Centra Nederland (CCN) is een organisatie van zelfstandige behandelcentra voor patiënten met hart-en-vaatziekten. Om laag-complexe zorg voor patiënten met hartproblemen te organiseren, werkt CCN samen met algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en huisartsen. CCN fungeert als een netwerkorganisatie. Vorig jaar behandelde CCN 35.000 unieke nieuwe patiënten. Dit maakt de organisatie de grootste partij in Nederland op het gebied van cardiologie. CCN onderscheidt zich met haar lage behandelkosten: de integrale behandelkosten van CCN, waarbij de volledige patiënt journey is inbegrepen, zijn 20 tot 40% lager dan die van haar concurrenten.

CCN ontvangt patiënten vanuit de eerste lijn en geeft antwoord op de vraag: heb ik iets aan mijn hart, ja of nee? Wanneer iets mankeert aan het hart, lost de organisatie het probleem op samen met haar partners. De organisatie levert cardiologische zorg in de volle breedte.

Haar patiëntenpopulatie kan beschreven worden als laag-complex, omdat CCN zelf geen chirurgische ingrepen verricht.

Het meten en verbeteren van zorguitkomsten speelt bij CCN een grote rol. Zo heeft de organisatie een aantal KPI's opgesteld, die continu worden gemeten: de toegankelijkheid van de zorg, de doorlooptijd van de zorg, de patiënttevredenheid, de groei in het aantal unieke nieuwe patiënten, en de nauwkeurigheid van het aantal diagnoses. Op basis van de resultaten van deze KPI's wordt de organisatie gestuurd. Binnen de organisatie zijn de KPI's heilig.

Ook de as van integratie speelt bij CCN een grote rol. Van begin af aan werkt de organisatie in een netwerk met andere zorgverleners. Integratie van de zorg en het samenstellen van verschillende zorgpaden is volgens CCN essentieel.

Volgens de organisatie is iemand nodig die de regie neemt over het volledige behandeltraject van de patiënt. Bij cardiologische vraagstukken neemt CCN deze verantwoordelijkheid op zich. Bij hoog-complexe zorg wordt de patiënt doorverwezen naar een van de partners. Als de behandeling bij de externe partners geslaagd is, komt de patiënt weer terug voor nazorg of chronische zorg. Zo begeleidt CCN de patiënt gedurende het hele zorgtraject.

"Ik geloof dat een patiënt in verschillende fases van zijn ziekte hoort bij verschillende hulpverleners. En dat dit moet gebeuren in een netwerk. Want er is geen organisatie of hulpverlener, die het pad van patiënten helemaal optimaal kan bedienen."

Daarnaast wordt verandermanagement gezien als een belangrijke schakel in de organisatie. Als zorgorganisatie bevind je je in een dynamische omgeving, waarin continue aanpassing een vereiste is. De technologische vooruitgang, de maatschappelijke ontwikkelingen en de veranderingen in ethische vraagstukken vergen voortdurende adaptatie. Inzetten op verandermanagement helpt CCN om haar aanpassingsvermogen in stand te houden. Hierbij is de mindset van haar medewerkers essentieel.

Het toevoegen van waarde voor de patiënt staat centraal en is onderdeel van deze mindset. Intern hanteert CCN een cultuur die haar medewerkers stimuleert om open te staan voor verandering. Iedereen mag input leveren, maar voorstellen goedkeuren zonder onderbouwde input is geen optie. De initiatiefnemer moet kunnen aantonen dat zijn voorstel beter is dan de status quo.

Ten slotte probeert CCN rekening te houden met een aantal externe randvoorwaarden om haar werkwijze uit te kunnen voeren. CCN bevindt zich in een unieke situatie, omdat het met een eigen IT-platform werkt dat door haar eigen IT-afdeling ontwikkeld is. Hierdoor kan CCN alles wat het bedenkt direct implementeren, bijvoorbeeld haar recente succesvolle telemonitoringproduct Hartwacht. Daarnaast stelt het de organisatie in staat om haar zorg schaalbaar te maken en elk jaar een groot aantal patiënten te behandelen. Bij het bespreken van overige randvoorwaarden komt naar voren dat CCN afhankelijk is van zorgverzekeraars, regelgeving van de overheid, en verschillende wetenschappelijke organisaties. Over deze voorwaarden heeft CCN geen controle.

Deze werkwijze heeft CCN veel gebracht. Het maakt dat de organisatie in staat is om een groot aantal patiënten op een degelijke manier op te nemen in het zorgstelsel voor een relatief lage prijs. Daarnaast heeft de werkwijze van CCN het werkplezier van haar medewerkers vergroot. Het medisch personeel weet dat ze waarde toevoegt voor de patiënt en ziet de vernieuwende resultaten in de praktijk.

Het implementeren van de werkwijze ging niet zonder slag of stoot. Het meetbaar en transparant maken van zaken leidde vaak tot weerstand. Daarnaast zijn verschillende stakeholders in de zorg bang om minder inkomsten te genereren of angstig om belangrijke posities te verliezen. De weerstand is vaak niet gebaseerd op feiten of argumenten, maar met name op emoties en oude patronen. Dit maakt het laten doorbreken van innovatie in het huidige zorgsysteem een behoorlijke uitdaging.

Maar de gedachte achter VBHC is in het belang van alle partijen: de patiënt, de arts en de maatschappij. Als organisatie moet je geloven dat jouw werkwijze het beste is voor jezelf en de patiënt, en moet je hieraan vasthouden. Om de discussies te winnen heb je argumenten nodig en argumenten betekenen dat je zaken meetbaar moet maken.

Door het monitoren van gedragen KPI's lukt het uiteindelijk om veranderingen van binnenuit te bewerkstelligen.

"Zolang je aan je belangrijkste principes vasthoudt en doet wat je zegt, zegt wat je doet en waarde creëert voor de patiënt en de maatschappij. Dan win je uiteindelijk."

Om de zorg in Nederland betaalbaar te houden is er werk aan de winkel. Voor CCN is nodig dat organisaties keihard en compromisloos de mogelijkheid krijgen om de zorg in Nederland schaalbaar te maken. Ook moeten innovatieve partijen toegelaten worden die de zorg kunnen veranderen. Dit gebeurt momenteel te weinig. Er is te weinig actie.

"Wat jij VBHC noemt, is voor mij bestaansrecht. Het is niet zomaar een leuke kreet waar we met zijn allen over gaan praten. Als je niet in staat bent om waarde te creëren voor de patiënt, voor de maatschappij, voor de klant, maar ook voor de medewerker, heb je niets te zoeken in de zorg."

CASE #2

Categorie	Kwalificatie
Context	
Ziektebeeld	parkinson
Complexiteit	zeer hoog
Patientgroep	heterogeen
Betrokken disciplines	multidisciplinair
Organisatie zorgaanbod	netwerk
VBHC	
Meten uitkomsten	ja
Interne integratie	coördinatie
Externe integratie	coördinatie
Verandermanagement	ad-hoc
Randvoorwaarden	
IT infrastructuur	aanwezig
Koppeling met financiering	in ontwikkeling
Resultaat	
Voortgang implementatie	opschaling
Impact op patiëntwaarde	hoog

"De ziekte van Parkinson bestaat niet. Parkinson is enorm heterogeen. Het is bijna net zo variabel als er patiënten zijn."

- TEUS VAN LAAR

PUNT VOOR PARKINSON (PVP)

TEUS VAN LAAR AND ELIEN STEENDAM - OLDEKAMP

FUNCTIE: RESPECTIEVELIJK DIRECTEUR RESEARCH EN ONDERZOEKER
TYPE ORGANISATIE: HOOG-COMPLEX JOB-SHOP-MODEL

Punt voor Parkinson (PvP) is een coöperatie die is opgericht in 2017 door het Universitair Medisch Centrum Groningen, het Martini Ziekenhuis en Zorggroep Groningen om de zorg voor patiënten met de ziekte van Parkinson te verbeteren. PvP ondersteunt verschillende zorgpunten voor Parkinson en streeft ernaar om patiënten zorg onder dezelfde condities aan te bieden. PvP is gestart met als doel om Parkinson-zorg bottom-up te organiseren met neurologen die hierin extra tijd en energie willen stoppen. De organisatie wil een zelfstandig behandelcentrum worden, zodat zelfstandige besluitvorming en contractering kan plaatsvinden. Door het toepassen van VBHC is het de organisatie gelukt om de zorgkosten voor Parkinson-patiënten te verlagen en tegelijkertijd hun kwaliteit van leven te verbeteren.

Parkinson is een complexe stoornis, die niet alleen de karakteristieke motorische verschijnselen met zich meebrengt, maar ook leidt tot bijvoorbeeld slaapproblemen, stemmingsstoornissen, cognitieve stoornissen en somatische problematiek.

Parkinson is een aandoening waarvoor veel zorg nodig is. Er zijn ongeveer 20 zorgverleners bezig met één Parkinsonpatiënt.

Het toepassen van VBHC ging niet zonder slag of stoot. Patiënten met Parkinson vormen een zeer heterogene populatie, waardoor het verbeteren op basis van data een moeilijke opgave bleek. Een eerdere poging om een landelijk kwaliteitsnetwerk op te richten voor patiënten met Parkinson is mislukt, omdat de metingen te uitgebreid waren. Patiënten konden het daardoor niet meer opbrengen om twee keer per jaar de vragenlijsten in te vullen.

"Na drie jaar hadden we niet meer dan 20% respons van de ondervraagden. Daar hebben we mee moeten stoppen. We zijn opnieuw begonnen, aan de hand van focusgroepen."

-TEUS VAN LAAR

Omdat het meten en verbeteren van zorguitkomsten wel een belangrijke pilaar is, koos PvP ervoor om met een focusgroep van patiënten een select aantal indicatoren op te stellen voor kwaliteit van zorg. PvP monitort deze via een dashboard en bepaalt aan de hand van data of een afspraak nodig is. Dit voorkomt onnodige zorgafspraken en bespaart zo kosten.

“Ongeveer 30% van de consulten begint met de opmerking: nou, het gaat eigenlijk wel goed. Dat betekent dat je niet op het juiste moment bij elkaar zit.”
- TEUS VAN LAAR

PvP ziet zichzelf als een van partijen die de zorg aan patiënten met Parkinson coördineren en werkt met casemanagers om dit effectief te doen. Het hoofdbehandelaarschap varieert afhankelijk van het type patiënt. Voor patiënten in het begin- of het eindstadium van Parkinson is de huisarts aangesteld als hoofdbehandelaar. Met name in het eindstadium kan de huisarts een grote rol spelen bij het organiseren van de thuiszorg en het goed laten verlopen van het sterfbed van de patiënt. De grote middengroep (33-50% patiënten in de regio) die nog goed behandelbaar is, valt onder de supervisie van PvP.

“Voordat we hiermee begonnen deed iedereen gewoon zijn eigen ding. Je was helemaal niet bezig met wat je rol is in het geheel en wat de consequenties zijn bij anderen van wat ik doe.”
- TEUS VAN LAAR

Verder legt PvP de nadruk op transitie naar de eerstelijnszorg en wil zij de basiszorg zo dicht mogelijk bij de patiënt organiseren, terwijl de meer complexe zorg op afstand wordt georganiseerd.

PvP investeert om patiënten langer thuis te kunnen laten wonen. Uit haar eigen onderzoeksgegevens blijkt dat de kosten dalen en de kwaliteit van leven stijgt wanneer patiënten langer thuis wonen en later worden opgenomen in het verpleeghuis. Een win-win-situatie.

“We hebben ook echt bewijs dat het werkt. Dat wanneer mensen langer thuis kunnen wonen de kosten van de zorg ook daadwerkelijk naar beneden gaan.”
- ELIEN STEENDAM – OLDEKAMP

Maar omdat de besparingen vallen onder de Wet Langdurige Zorg (budget overheid) en de kosten gemaakt worden onder de Zorgverzekeringswet (budget verzekeraars), ontbreekt de prikkel om over de gehele zorgketen kosten te besparen en ook de kwaliteit van zorg te verbeteren.

De eerste stap in het overbruggen van de schotten tussen de verschillende financieringsstromen is het creëren van inzicht. Daarvoor ontwikkelde PvP samen met een zorgverzekeraar een dashboard dat dit inzicht biedt en de basis vormt voor tijdelijke financiering. Aan structurele financieringsconstructie wordt nog gewerkt.

“We hebben pijnlijk duidelijk aangetoond dat de huidige financiering van schotten tussen verschillende financieringsstromen een ongelofelijk slecht idee is, omdat je hierdoor niet naar kosten op populatieniveau kunt kijken.”
- TEUS VAN LAAR

Ook verandermanagement ziet PvP als een belangrijke schakel. PvP is gestart vanuit de medisch specialisten. Voor de transitie naar de eerstelijnszorg was een verandertraject nodig: apothekers, verplegers en huisartsen moesten worden ingelicht en getraind. Ook worstelde de organisatie tijdens haar opstart met de verschillende culturen van de alle zorginstellingen die betrokken zijn: een academisch ziekenhuis, een perifeer ziekenhuis en een verpleeghuis. Voor alle behandelaars geldt dat de klassieke patiënt-dokter-relatie verandert in een behandelrelatie, waarbij de patiënt zelf kan kiezen uit verschillende behandelopties.

De inrichting van de IT-organisatie heeft PvP ontzettend veel tijd gekost, maar is volgens de oprichters een zeer belangrijke randvoorwaarde. PvP werkt met een keteninformatiesysteem dat alle betrokken medici toegang biedt tot het centrale dossier van de patiënt. Ook wil de organisatie gaan werken met een integrale declaratiecode (een netwerk-DBC) in samenwerking met een zorgverzekeraar, zodat de inspanningen van de hele keten kunnen worden verdisconteerd in de declaratie.

“Het organiseren van de IT is cruciaal om zorg voor Parkinsson patiënten goed te coördineren Als je wilt communiceren met andere betrokken zorgverleners moet je een goede IT-infrastructuur hebben.”
- ELIEN STEENDAM – OLDEKAMP

Volgens PvP is de kunst van VBHC om de dubbele knoop te kunnen ontwarren. Manieren vinden om de zorg efficiënter in te richten en tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dat is volgens PvP de vrijwel onmogelijke opdracht die zorgprofessionals hebben gekregen. In de visie van PvP begint het tijd te worden dat ziekenhuizen gaan kijken hoe zij zorg anders kunnen inrichten voor chronische ziekten, zoals reuma, diabetes, COPD en Parkinson. Daar ligt nog veel potentie om het beter te gaan doen.

CASE #3

Categorie	Kwalificatie
Context	
Ziektebeeld	hart en vaat
Complexiteit	hoog
Patientgroep	homogeen
Betrokken disciplines	multidisciplinair
Organisatie zorgaanbod	lijn
VBHC	
Meten uitkomsten	ja
Interne integratie	nee
Externe integratie	nee
Verandermanagement	nee
Randvoorwaarden	
IT infrastructuur	aanwezig
Koppeling met financiering	nee
Resultaat	
Voortgang implementatie	brede uitrol
Impact op patiëntwaarde	hoog

"We moesten vaststellen dat veel artsen niet in staat werden gesteld om de kwaliteit van hun eigen werk te beoordelen. Er werd wel op allerlei manieren naar kwaliteit van zorg gekeken, maar niet naar de uitkomsten die voor de patiënt het meest belangrijk zijn."

- DENNIS VAN VEGHEL

NEDERLANDSE HART REGISTRATIE (NHR)
DENNIS VAN VEGHEL

FUNCTIE: BESTUURSLID
TYPE ORGANISATIE: ONDERSTEUNEND AAN HET METEN VAN UITKOMSTEN

De Nederlandse Hart Registratie (NHR) is een organisatie die zorguitkomsten van patiënten met hart-en-vaatziekten verzamelt, in samenwerking met ziekenhuizen en hartcentra. De organisatie werkt sinds haar oprichting met een VBHC-programma om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Elk jaar wordt de data van circa 80.000 patiënten verzameld. NHR is ontstaan uit een fusie tussen drie zorgorganisaties die al eerder actief waren op het gebied van dataverzameling: de Begeleidingscommissie Hartinterventies Nederland (BHN), Nederlandse Cardiovasculaire Data Registratie (NCDR) en Meetbaar Beter. De fusie voorkomt de versnippering van kwaliteitsregistraties op het gebied van cardiologie. Het is NHR gelukt om inzichten verzamelen in de vorm van uitkomsten die voor de patiënt het meest belangrijk zijn.

Het VBHC-programma van NHR begon met als doel om artsen nieuwe inzichten te verschaffen. Door het structureel vergelijken van zorguitkomsten van verschillende zorgorganisaties stelt het programma artsen in staat betere beslissingen te nemen en samen met de patiënt betere zorguitkomsten te realiseren.

Het VBHC-programma van NHR omvat meer dan 90% van de complexe interventies aan het hart, bijvoorbeeld het behandelen van coronarialijden met een bypass-operatie of het behandelen van aortakleplijden met een openhartoperatie. De behandelingen die worden geanalyseerd zijn vrijwel allemaal invasieve ingrepen die op de dag zelf worden uitgevoerd. Naast de ingreep worden ook nog overige activiteiten uitgevoerd die waarde generen voor de patiënt, zoals het revalidatieprogramma en de poliklinische follow-up. De zorguitkomsten worden gemeten over de gehele keten, inclusief follow-up-metingen drie tot vijf jaar na de ingreep.

De organisatie selecteerde haar uitkomst-maten in samenwerking met onder meer patiëntpanels, medisch specialisten en leden van raden van bestuur.

Bij het opstellen van de parameters hield NHR rekening met de volgende criteria:

1. zijn de uitkomsten relevant voor de patiënt?
2. komt de uitkomst vaak genoeg voor?
3. zijn de uitkomsten beïnvloedbaar door zorgprocessen aan te passen?
4. is het verzamelen van de data door alle betrokken partijen haalbaar? en
5. wordt de uitkomst bij elk ziekenhuis op dezelfde manier verzameld?

Voor NHR is het essentieel dat artsen in de lead zijn bij het meten van patiëntwaarde en het verbeteren van patiëntwaarde. Medisch specialisten hebben als enigen de expertise om de data goed te interpreteren en de vertaalslag te kunnen maken naar de praktijk. Dit varieert van het veranderen van technische factoren tijdens een ingreep tot het aanpassen van zorgprocessen tijdens het nazorgtraject.

"We hebben vanaf het begin het uitgangspunt gehanteerd dat artsen in de lead zijn bij het meten en verbeteren van patiëntuitkomsten."

NHR verbindt zich niet expliciet aan projecten gericht op het verbeteren van zorgprocessen in de zorgketen. Na het opleveren van de verzamelde data laat ze dit aan de desbetreffende ziekenhuizen of zorgcentra over.

NHR groeit zonder actieve acquisitie. Omdat hartcentra er zelf voor kiezen om zich aan te sluiten, ziet NHR dat draagvlak voor VBHC vanaf de start hoog is en artsen intrinsiek gemotiveerd zijn. Artsen waarderen dat ze dankzij deelname aan NHR terugkoppeling op de kwaliteit krijgen en er kwaliteitsindicatoren ontstaan die écht relevant voor de patiënt en de praktijk zijn.

"We hebben gezegd: dit is nog niet perfect, maar we doen ons best om het steeds verder te verbeteren en we denken wel dat dit de goede richting is."

De resultaten van NHR worden openbaar gerapporteerd, zodat verzekeraars en andere stakeholders inzage hebben in de kwaliteit van de geleverde zorg. Om het proces van transparantie en verbetering te waarborgen, is het wenselijk dat verzekeraars de NHR-data niet gebruiken om de achterblijvers te straffen. De wil om transparant te zijn over de geleverde uitkomsten en de intentie om te verbeteren dienen belangrijker te zijn dan de zorguitkomsten op een specifiek moment.

"Het is belangrijk dat alle stakeholders begrijpen dat het gaat om een proces, waarbij men wil toewerken naar transparantie en verbetering. Dit vraagt om een constructieve insteek en een lerende omgeving."

Een belangrijke randvoorwaarde voor het vormgeven van VBHC is dat de betrokken zorgpartijen relevante data gaan verzamelen. Historisch gezien zetten kwaliteitsafdelingen van ziekenhuizen vaak eerst in op het verzamelen van andere indicatoren dan patiënt-relevante uitkomsten. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de data, waardoor het niet goed mogelijk is om de data later te gebruiken om zorguitkomsten te verbeteren.

Een andere belangrijke hindernis die NHR tegenkomt bij het toepassen van VBHC, is de vertaling van patiëntdata naar praktische verbetermogelijkheden. Voor verschillen in uitkomsten zijn vaak verschillende verklaringen mogelijk. Bijvoorbeeld verschillen in patiëntpopulaties of willekeurige fluctuaties in tijd. Meenemen van patiëntkarakteristieken voorafgaand aan de behandeling helpt hierbij, maar biedt nog niet altijd voldoende concrete handvatten voor verbeteringen.

"Hoe zit de methode in elkaar om te besluiten wanneer een trend in de uitkomsten belangrijk genoeg is om een verbeteractie te ondernemen? Hoe maak je een analyse van wat je anders wilt gaan doen? Dat stuk methodiek zie ik als een van de meest cruciale punten die nog ingevuld moeten worden."

Er zijn verschillende methodieken te bedenken om de vertaalslag van data naar praktijkaanpassingen te overbruggen. Zo kun je uitschieters onderzoeken met dossieronderzoek, kun je via literatuuronderzoek best practices in kaart brengen en kunnen centra leren van de werkwijzen van de best presterende centra. Maar het blijft de vraag wat de juiste strategie is voor welk scenario.

"Ik denk dat als we een paar minuten besteden aan het formuleren van verschillende onderzoeksstrategieën, dat we wel 10 methoden kunnen bedenken. Maar we moeten gewoon leren in welke situaties we het beste bepaalde onderzoeksstrategieën kunnen toepassen."

Inzetten op het meten en verbeteren van zorguitkomsten heeft een risico wanneer een robuuste methode ontbreekt om de vertaalslag van data naar praktijk te maken. Het risico bestaat dat veel data geanalyseerd wordt zonder de kwaliteit van de zorg te verbeteren of verbeteracties te initiëren. Het meten wordt dan een doel op zich. Daar is zowel de zorg als de patiënt niet mee geholpen.

"Dit zijn heel ingewikkelde vraagstukken, die nog niet beantwoord zijn. Ze zijn wel cruciaal om de impact van VBHC te maximaliseren."

CASE #4

Categorie	Kwalificatie
Context	
Ziektebeeld	ggz
Complexiteit	hoog
Patientgroep	heterogeen
Betrokken disciplines	monodisciplinair
Organisatie zorgaanbod	maatwerk interven-ties
VBHC	
Meten uitkomsten	ja
Interne integratie	coördinatie
Externe integratie	nee
Verandermanagement	ad-hoc
Randvoorwaarden	
IT infrastructuur	deels
Koppeling met financiering	nee
Resultaat	
Voortgang implementatie	opstart
Impact op patiëntwaarde	nog niet

"Acute psychiatrie komt niet zoveel voor, maar deze vorm van psychopathologie heeft wel hele hoge impact op de samenleving. De discussie over verwarde personen haalt niet voor niets regelmatig de media."

- JOS BRINKMANN

VOLANTE
JOS BRINKMAN

FUNCTIE: BESTUURDER
TYPE ORGANISATIE: HOOG-COMPLEX JOB-SHOP-MODEL

Volante is een samenwerkingsverband tussen de Dimence Groep, Lentis, GGzE en GGZ Noord-Holland-Noord en is opgericht in december 2017. Door verschillen in locatie zijn de vier samenwerkingspartners geen directe concurrenten. Samen bieden de vier organisaties geestelijke gezondheidszorg aan 10% van de cliënten in Nederland. In totaal werken er bij de vier instellingen ongeveer 10.000 medewerkers. Daarmee heeft de organisatie voldoende schaalgrootte om daadwerkelijk landelijke impact te realiseren.

Volante richt zich op het meten en het verbeteren van de kwaliteit van de zorg in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Zij doet dat door gezamenlijke gebieden af te spreken met voor elk gebied een projectteam. Volante heeft nu drie projectteams: een voor angst en depressie, een voor autisme en een voor acute psychiatrie. Bij het kiezen van de gezamenlijke gebieden is rekening gehouden met maatschappelijke impact en persoonlijke impact.

De GGZ kent veel variatie in behandelpaden en behandeltrajecten. Volante ziet dat de complexiteit van aandoeningen in de GGZ zeer groot is vergeleken met somatische aandoeningen. Dit geldt met name voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg (SGGZ), waar patiënten zich zelden aanmelden met één type aandoening en er vaak problemen spelen op meerdere levensgebieden. Naast psychische problematiek kunnen patiënten problemen hebben op het vlak van wonen, werken en relaties. Daarnaast is er soms verslavings- en persoonlijkheidsproblematiek of heeft een patiënt somatische klachten.

"Als jij zegt: waar zit die complexiteit in de GGZ? Psychisch, lichamelijk of sociaal? Dan denk ik dat het vooral de combinatie is van deze drie factoren."

Het meten van zorguitkomsten is berucht in de GGZ, vanwege de vele beperkingen die spelen bij het gebruiken van deze data. Er zijn behandelaars die van mening zijn dat herstel en psychisch lijden niet gemeten kunnen worden met empirische onderzoeksmethoden. Daarnaast zijn verschillende factoren van invloed op de data. Het is bijvoorbeeld aangetoond dat sociaal-economische status en locatie de gemeten zorguitkomsten beïnvloeden. Dit kan leiden tot onbetrouwbare resultaten.

"Je mag het value-based healthcare noemen. Maar het is de vraag of dat de goede term is. Wij spreken zelf van betekenisvolle uitkomsten. En dat wil zeggen: we willen bijdragen aan betekenisvolle resultaten voor onze patiënten Dit houdt in dat zij in hun leven echt iets aan deze uitkomsten moeten hebben"

Bij het meten en verbeteren van zorguitkomsten richt Volante zich op wat zij heeft geleerd van de Santeon ziekenhuizen en gebruikt zij de werkwijze van Santeon als voorbeeld. Er is gekozen om de zorgprofessionals in de lead te zetten bij het meten en verbeteren van de uitkomsten. Daarnaast kiest Volante ervoor om patiënten te betrekken bij dit proces.

"Vaak wordt het cliëntperspectief nog wel eens vergeten, terwijl wanneer je het perspectief van de cliënt en van de behandelaar samenvoegt deze combinatie erg waardevol kan zijn."

De projectgroep angst en depressie loopt het verst voor ten opzichte van de overige projectgroepen. Deze projectgroep heeft inmiddels zorgdata over een langere periode verzameld en probeert deze uitkomsten te vergelijken tussen de vier zorginstellingen. De data moeten nog worden genormaliseerd voordat deze vergeleken kunnen worden.

Volante zet als samenwerkingsverband niet in op het integreren van zorgpaden binnen een organisatie, tussen organisaties of over de hele keten. Dat is niet per definitie een uitgesproken doel van de organisatie. Maar alle vier de zorginstellingen passen interne integratie wel toe.

Volante is top-down opgezet vanuit het initiatief van de bestuurders van Volante. Door professionals in de organisatie die geloven in het idee te betrekken bij het project, is het gelukt het project voldoende momentum te geven.

Belangrijke randvoorwaarden van VBHC zijn volgens Volante voldoende tijd om projecten te initiëren en een gezamenlijk IT-platform. Goed op elkaar afgestemde IT-infrastructuren zijn nodig om de data te verzamelen en administratieve lasten te minimaliseren.

Volante staat nog op het beginpunt van VBHC. Het is de organisatie nog niet gelukt om aantoonbaar zorguitkomsten te verbeteren of zorgkosten te verlagen. Maar de potentie van kwaliteitsverbetering in de GGZ is groot. Het verbeteren van zorguitkomsten, zelfs in samenhang met hogere zorgkosten, zou overkoepelend kunnen leiden tot kostenbesparing. Vooral wanneer patiënten sneller weer kunnen meedraaien in de maatschappij en de periode waarin patiënten niet terug hoeven te komen wordt verlengd.

"Het is belangrijk dat we voor ogen houden dat kwaliteitsverbetering in de GGZ kan leiden tot eerdere participatie van patiënten in de maatschappij, waardoor op lange termijn kosten kunnen worden bespaard."

In de toekomst hoopt Volante bruikbare betekenisvolle uitkomsten te kunnen gebruiken in combinatie met het verkleinen van haar praktijkvariatie, zodat zij ook echt iets over haar uitkomsten kan zeggen.

Daarnaast wil zij openstaan voor nieuwe veranderingen en, wanneer bewezen effectief, andere manieren van zorgverlening doorvoeren in haar praktijk.

"Ik denk dat wij echt nog in het beginstadium zitten. We zijn net aan het proeven en aan het oefenen. We moeten ook nog leren hoe we gaan verbeteren. Wij hebben absoluut nog geen volledig traject en we zijn zeker niet zo ver als bijvoorbeeld de Santeon ziekenhuizen. Maar we denken wel dat we op deze manier de juiste kant opgaan."

CASE #5

Categorie	Kwalificatie
Context	
Ziektebeeld	hand en pols
Complexiteit	laag/midden
Patientgroep	homogeen
Betrokken disciplines	multidisciplinair
Organisatie zorgaanbod	lijn
VBHC	
Meten uitkomsten	ja
Interne integratie	integratie & coördinatie
Externe integratie	nee
Verandermanagement	structureel
Randvoorwaarden	
IT infrastructuur	aanwezig
Koppeling met financiering	nee
Resultaat	
Voortgang implementatie	brede uitrol
Impact op patiëntwaarde	hoog

"In beide assen (sturing en integratie) zit veel winst. Beide assen zijn absoluut noodzakelijk. Met alleen maar meten en verbeteren van uitkomsten en het verbeteren van je interne organisatie ben je wat mij betreft niet een organisatie die echt in de volle breedte waarde creëert voor de patiënt."

- ROB VAN HUIS

XPERT CLINICS HAND & WRIST CARE
ROB VAN HUIS

FUNCTIE: EIGENAAR HANDTHERAPIE NEDERLAND (VOORHEEN HANDTHERAPIE NEDERLAND)
TYPE ORGANISATIE: LAAG-COMPLEX JOB-SHOP-MODEL

Xpert Clinic is een zelfstandig behandelcentrum voor hand-en-polsproblematiek. Xpert Clinic richt zich vanaf het begin niet alleen op chirurgie, maar ook op het zorgaanbod voor hand- en polsaandoeningen over de gehele keten. Voor behandeling van patiënten met hand- en polsproblematiek in de eerste lijn werkt Xpert Clinic samen met Handtherapie Nederland. De organisatie is in 2008 gestart met één vestiging in Hilversum. Nu heeft Xpert Clinic 28 vestigingen door heel Nederland. Het aantal patiënten neemt elk jaar toe. Door het toepassen van VBHC realiseert Xpert Clinic lagere kosten per patiënt dan andere zorgaanbieders.

Xpert Clinic behandelt een relatief laag-complexe patiëntengroep. De patiënten-populatie is vrij homogeen, omdat de organisatie zich focust op een klein onderdeel binnen de somatische zorg. Door het rubriceren van 150 verschillende diagnoses in acht patiëntgroepen is bij Xpert Clinic de variatie binnen haar behandelpaden en behandeluitkomsten minimaal. Hierdoor is het zorgpad van de patiënt behoorlijk voorspelbaar.

Xpert Clinic is opgericht met als doel het leveren van kwalitatief goede zorg voor de patiënt. De organisatie heeft de kwaliteit van de zorg gedefinieerd aan de hand van relevante klinische uitkomsten, patiënt-gerapporteerde uitkomsten en patiënt-gerapporteerde ervaringen. Bij het uitvoeren van VBHC richtte de organisatie zich zowel op de as van sturing als op de as van integratie.

Xpert Clinic zette actief in op de as van sturing en koos ervoor om vanaf de start structureel zorguitkomsten te meten. Het meten en registreren van zorguitkomsten heeft de organisatie strikt doorgevoerd.

Het meten van registreren van zorguitkomsten gebeurt door 150 verschillende diagnoses te vertalen naar acht meettrajecten: pols kort, pols lang, vinger kort, vinger lang, duim kort, duim lang, zenuw(de)-compressie en Dupuytren.

Xpert Clinic gebruikt haar data voor een interne verbetercyclus, waarbij de organisatie ambieert continu haar interne zorgprocessen te verbeteren. Daarnaast gebruikt Xpert Clinic haar data voor externe doeleinden, zoals het publiceren van wetenschappelijke artikelen en het opstellen van best practices.

Xpert Clinic investeert ook actief in de as van integratie door de zorg van verschillende zorgverleners rondom hand- en polsaandoeningen te integreren. Dit heeft de organisatie gedaan volgens het one-stop-shop-model.

"Een one-stop shop-model betekent eigenlijk: je komt binnen, je wordt gediagnosticeerd en je gaat naar huis met een behandelplan."

Met het one-stop-shop-model wil Xpert Clinic voorkomen dat patiënten meerdere afspraken moeten maken bij verschillende zorgverleners om tot een accurate diagnose en een goed behandelplan te komen. Daarnaast werkt de organisatie met het hub-and-spoke-model, met vijf locaties voor complexe ingrepen en overige locaties voor kleinere ingrepen en therapeutische interventies.

Zo gaat de organisatie efficiënt om met de verschillende patiëntstromen en dat bespaart kosten.

"We gebruiken een hub-and-spoke-model, zodat we ons aanbod clusteren en niet op elke locatie volledig gefaciliteerd hoeven te zijn."

Bij het toepassen van VBHC maakt Xpert Clinic gebruik van een ondersteunend IT-platform genaamd PULSE, een open-source-platform dat ontwikkeld is in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum.

"PULSE heeft ons enorm vooruit geholpen. We zijn nu leidend in ICHOM voor de dataset hand/pols. Daar hebben wij binnen ICHOM het initiatief voor genomen. Het is heel bijzonder dat een zelfstandig behandelcentrum daar in de lead is om de wereldwijde dataset samen te stellen."

Het toepassen van VBHC gaat niet zonder het ondevinden en onderkennen van problemen. Zorguitkomsten meten en registeren levert forse administratieve lasten op voor de patiënt. In de praktijk blijkt dat deze administratieve last kan zorgen voor weerstand bij medewerkers en patiënten.

"De patiënt leeft momenteel in een maatschappij waarin hij zelfs bij de slager een vragenlijst moet invullen. Het meten van zorguitkomsten blijft daarom een continue uitdaging."

Een efficiënt en goedlopend IT-platform kan helpen bij het reduceren van de administratieve lasten die gepaard gaan met het meten van zorguitkomsten. Ondanks de investeringen in IT bemerkt Xpert Clinic nog steeds veel missing data. Doorontwikkeling op het gebied van IT is daarom essentieel voor Xpert Clinic, waarbij het streven is om de verschillende betrokken IT-systemen te integreren tot één platform en deze met elkaar te laten samenwerken.

Ook is het belangrijk mensen goed te scholen en het belang van het meten van zorguitkomsten te blijven benadrukken. Een andere barrière: de plafondafspraken met zorgverzekeraars. Door deze financiële plafonds kan Xpert Clinic maar een beperkt aantal cliënten aannemen, ondanks aantoonbaar betere zorguitkomsten en lagere zorgkosten per patiënt. Dit belemmert de organisatie in haar vermogen om een groter aantal patiënten te behandelen en nog meer patiëntwaarde te genereren.

"Als we met verzekeraars aan tafel zitten is het vertrekpunt dat we de zorgkosten per patiënt kunnen verlagen, maar dat we daarvoor in ruil volume willen kunnen maken. Uiteindelijk gaat het daar volgens mij om: meer patiënten voor een lagere prijs."

Het gaat er volgens Xpert Clinic om dat we keuzes durven te maken vanuit een sociaal maatschappelijk perspectief. Dit vraagt alle stakeholders in het zorgsysteem om meer besluitvaardig te zijn en er gericht voor te kiezen om bepaalde zorg door bepaalde zorgaanbieders te laten uitvoeren en andere zorgaanbieders te beperken in hun aanbod.

CASE #6

Categorie	Kwalificatie
Context	
Ziektebeeld	divers
Complexiteit	zeer hoog
Patientgroep	heterogeen
Betrokken disciplines	multidisciplinair
Organisatie zorgaanbod	lijn & netwerk
VBHC	
Meten uitkomsten	ja
Interne integratie	integratie & coördinatie
Externe integratie	deels
Verandermanagement	structureel
Randvoorwaarden	
IT infrastructuur	gepland
Koppeling met financiering	ja
Resultaat	
Voortgang implementatie	brede uitrol
Impact op patiëntwaarde	hoog

"We willen de zorg beter maken. We willen de patiënt het vertrekpunt laten zijn. En we willen daar consequenties aan verbinden. Dat is het verhaal."

- JAN ENGELEN

KAROLINSKA UNIVERSITY HOSPITAL (KUH)
JAN ENGELEN

FUNCTIE: FORMER DIRECTOR LEADERSHIP (2016-2018)
TYPE ORGANISATIE: HOOG-COMPLEX JOB-SHOP-MODEL

Karolinska University Hospital (KUH) vormt samen met het Karolinska Institute een academic health science centre. In 2010 startte het KUH met het New Karolinska Solna University Hospital (NKS)-project, waarbij het ziekenhuis in 2017 en 2018 verhuisde naar een nieuw gebouw en VBHC organisatiebreed is doorgevoerd. Met een budget van 2.19 miljard euro is het NKS-project het grootste VBHC-project ter wereld. Ondanks controverse in de Zweedse media lukte het het Karolinska Institute om de veranderingen op basis van een VBHC-organisatiestructuur volledig door te voeren. Daarnaast kreeg de organisatie het voor elkaar om terug te keren in de top 10 van beste universiteiten wereldwijd op het gebied van medicine (QS World University Rankings). Nadat Melvin Samsom in 2019 opstapte als CEO van NKS, zijn de veranderingen binnen het KUH grotendeels behouden.

Het centrale thema van het NKS-project is patiënt first. Dat gaat niet alleen over de patiënt die op dit moment in behandeling is, maar ook om de patiënt die buiten staat te wachten. Patiënt first gaat om het integrale patiëntpad.

Bij het implementeren van de visie patiënt first was het patiëntpad het startpunt. Daarna is gekeken hoe een patiënt zich door een ziekenhuis verplaatst, zodat alle relevante zorgschakels kunnen worden geïncludeerd. Binnen het KUH zijn ongeveer 400 patiëntgroepen geïdentificeerd, die vervolgens zijn geïntegreerd in 140 patiënt flows. In het NKS-project is elke patiëntflow gekoppeld aan een patiënt flow manager. Deze is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg op basis van het integrale zorgpad.

"Eén integraal verantwoordelijke over het patiëntpad is nodig om veranderingen efficiënt te kunnen door te voeren. Daar horen de resources bij: medewerkers, financiën.... Daar zet je de sturing op. En die reken je af op integrale kwaliteit van de zorg. Dat is de kern van de verandering van het operating model."

Bij het opstellen van 140 patiëntpaden moet een organisatie oppassen dat ze niet onnodig de ondersteunende infrastructuur versnippert.

Zo is het niet de bedoeling om elk patiëntpad van eigen imaging apparatuur te voorzien. Een aantal ondersteunende functies, zoals radiologie, laboratoriums en paramedische zorg, zijn bij het KUH centraal georganiseerd en worden ingezet in de patiëntpaden (hub-and-spoke model). De ketenpartners bewegen veelal mee met de ordening in patiëntpaden in het KUH. Bij het beoordelen van de kosten en de kwaliteit van de zorg staat de integraliteit van het zorgpad immers voorop. Daarnaast is bij het selecteren van uitkomstindicatoren het perspectief van de patiënt benadrukt. KUH kiest ervoor om naast traditionele, inhoudelijke indicatoren juist ook patiënt-relevante zorguitkomsten te meten.

"Ik hoop dat zorg in de toekomst ook op andere plekken wordt ingericht vanuit patiëntbelang en een integrale blik op het zorgpad, steeds meer richting een 'Integrated Practice Unit (IPU) waarvan er maar één iemand de baas is."

Door de nieuwe organisatiestructuur raken verschillende disciplines meer met elkaar in contact. Ook zie je dat ondersteunde disciplines, bijvoorbeeld psychologen, zich gaan richten op verschillende paden in plaats van op het clusteren van de discipline zelf. Daarnaast maakt het in de besluitvorming mogelijk om te kiezen voor integrale veranderingen die waardevol zijn voor de patiënt.

"Stel je voor dat je verantwoordelijk bent voor een patiëntpad en je hebt mogelijkheden deze te verbeteren, dan ga je op een heel andere manier naar verbetering kijken. Veel meer geïntegreerd."

Het toepassen van *patiënt first* is een stapsgewijze bewustwording geweest, waarbij KUH voortbouwde op lopende VBHC-projecten. De organisatie besloot om bij de invoering van het NKS-project de hele organisatiestructuur te veranderen. Door de omvang van het project ontstond veel weerstand. Stapsgewijs veranderen, bijvoorbeeld van geselecteerde afdelingen, ziektebeelden of patiëntgroepen, was bij het NKS-project geen optie. Het borgen van VBHC binnen een organisatie betekent een integrale verandering, die naast de specialistische functies ook generalistische en ondersteunende functies raakt, zoals radiologie en OK's. Daarnaast heeft het borgen van VHBC impact op administratieve en financiële processen en systemen. Dergelijke generieke functies, processen en systemen laten zich niet, uiterst moeilijk of slechts gedeeltelijk anders organiseren of inrichten.

"Het is een zeer dynamisch veranderproces geweest. Door de grootte, het belang van het instituut, de complexiteit en de aard van de verandering."

Onder meer de posities en belangen van verschillende stakeholders brachten weerstand met zich mee bij het doorvoeren van de veranderingen. De leidende aanpak om met weerstand om te gaan was om consequent terug te grijpen naar het vertrekpunt: *patient first.*

"We willen het gezondheidssysteem verbeteren. Dat is de overtuiging. En we accepteren ook dat hieraan consequenties zijn verbonden. Wat maakte de veranderingen succesvol? Dat zit in al die kleine momenten dat je persoonlijk staat voor je zaak: patient first!"

Om een project op deze schaal te implementeren was externe consultancy nodig. Een nieuwe organisatiestructuur moest worden bedacht, nieuwe patiëntpaden moesten worden uitgetekend en verschillende relevante financiële indicatoren moesten worden opgesteld. Ook moest de verhuizing naar een nieuw gebouw worden begeleid. Daarnaast is leiderschap een belangrijk thema bij het implementeren van het NKS-project. Het is belangrijk om de wetmatigheden en dynamiek van een organisatieverandering inzichtelijk te maken en door te geven aan alle eindverantwoordelijken. Ook is het belangrijk eindverantwoordelijken mee te geven wat effectief leiderschapsgedrag is, welk gedrag behulpzaam is en welke keuzes effectief zijn.

Het managen van een grote verandering zoals bij het NKS-project doet een groot beroep op leiderschap. Allereerst is persoonlijk leiderschap essentieel, waarbij leiders zich persoonlijk verbinden met de ambitie en hier achter blijven staan, vooral bij tegenwind.

Het is een gegeven dat een grote verandering zoals bij het NKS-project op weerstand stuit. Op dit gegeven moet je als leiding van tevoren anticiperen, door weerstand te accepteren en waar mogelijk proactief te managen. De leiders van het NKS-project hebben intern steeds consequent hun visie uitgedragen en de inbreng van en dialoog met de medische professionals gezocht. Maar op een gegeven moment ontstond interne weerstand en discussie bij een aantal artsen. Deze discussie kwam in de media en politiek terecht, waardoor deze veel breder werd getrokken en oncontroleerbaar werd. Achteraf gezien had meer proactieve communicatie naar buiten moeten plaatsvinden: wat zijn we aan het doen en waarom doen we dit?. Dit was extern niet overal bekend, waardoor de kritische geluiden onvoldoende tegenwicht werd geboden. Het is belangrijk te beseffen dat er bij dergelijke veranderingen altijd mensen teleurgesteld zullen zijn, en dat teleurgestelde mensen helaas doorgaans meer geluid maken dan tevreden mensen. Dit moet je accepteren, en er waar mogelijk op anticiperen door proactieve communicatie, intern én extern.

CASE #7

Categorie	Kwalificatie
Context	
Ziektebeeld	divers
Complexiteit	varieert per TA
Patientgroep	homogeen per TA
Betrokken disciplines	multidisciplinair
Organisatie zorgaanbod	routine-interventies
VBHC	
Meten uitkomsten	ja
Interne integratie	n.v.t.
Externe integratie	coördinatie
Verandermanagement	ad-hoc
Randvoorwaarden	
IT infrastructuur	deels
Koppeling met financiering	in ontwikkeling
Resultaat	
Voortgang implementatie	opschaling
Impact op patiëntwaarde	hoog

"Als het grootste farmaceutisch bedrijf in Europa zien we, naast het beschikbaar stellen van de juiste medicijnen en het opleiden van medisch personeel, voor ons een rol weggelegd bij het helpen versnellen van patiënt journeys bij ziektebeelden waarbinnen wij actief zijn."

- JANNEKE VAN DER KAMP

NOVARTIS
JANNEKE VAN DER KAMP

FUNCTIE: HEAD REGION EUROPE
TYPE ORGANISATIE: ROUTINEMODEL

Novartis is een *life science*-multinational, gevestigd in Bazel. Novartis ontwikkelt, produceert en verkoopt medicijnen. Met wereldwijd 110.000 medewerkers heeft Novartis heeft in 2019 een omzet van 47 miljard dollar behaald. In Europa is Novartis het grootste farmaceutische bedrijf. De activiteiten van Novartis kunnen onderverdeeld worden in twee wereldwijde divisies: Innovative Medicines en Sandoz (generics). De geneesmiddelen van Novartis worden gebruikt in ongeveer 180 landen. In 2019 heeft Novartis 72 miljard doseringen geleverd aan 800 miljoen patiënten. Een aantal bekende ontwikkelde medicijnen van Novartis zijn Cosentyx, Entresto, Zolgensma, Promacta/Revolade, Kisqali en Lutathera. De organisatie heeft nog vele andere geneesmiddelen ontwikkeld en is betrokken bij een groot aantal therapeutische gebieden.

Als farmaceutisch bedrijf is Novartis voorstander van de definitie en berekening van de waarde van een medicijn op basis van de output in plaats van de input.

Dit houdt in dat Novartis niet de prijs van een medicijn wil baseren op de ontwikkelings- en productiekosten, maar op basis van een combinatie van vier waarden: *clinical value, patient value, healthcare system value en societal value*. Hierbij staat *clinical value* voor het verbeteren van de effectiviteit, de bijwerkingen en de veiligheid van een medicijn, *patient value* voor het verbeteren van uitkomsten die de patiënt belangrijk vindt, *healthcare system value* voor het verbeteren van uitkomsten die gunstig zijn voor het betreffende zorgsysteem, en *societal value* voor het verbeteren van uitkomsten, die gunstig zijn voor de maatschappij (denk bijvoorbeeld aan arbeidsgeschiktheid).

In de praktijk worden met name *clinical value* en *patient value* meegenomen als pijlers bij het bepalen van de waarde van een medicijn. *Societal value* wordt eigenlijk zelden meegenomen. Het is jammer dat als gevolg hiervan niet de volledige waarde van een medicijn in de waardering wordt meegenomen of gewogen.

Zo hebben medicijnen die de werkproductiviteit van een 40-jarige kunnen verbeteren meer societal value dan medicijnen die alleen de werkproductiviteit van een 70-jarige kunnen verhogen. Het is een ethisch vraagstuk in welke mate je een dergelijk verschil wil laten meewegen in de evaluatie van de waarde van een medicijn.

Het meten van zorguitkomsten heeft Novartis volledig geïntegreerd binnen haar organisatie, van fundamenteel onderzoek tot ontwikkeling van een medicijn. De organisatie is begonnen met het meten van *clinical value*. De laatste vijf tot tien jaar is daar het meten van *patient value* in de vorm van PROMs (Patient-reported Outcomes Measurements) bij gekomen als aanvullende uitkomstmaat.

Novartis ziet in bijna elke pathologie dat er nog te veel tijd zit tussen het moment van eerste symptomen en de optimale behandeling. Zij probeert de patient journeys te versnellen voor het welzijn van de patiënt. Novartis zet hier groot op in: van de ongeveer 8000 medewerkers in Europa zijn er meer dan 500 speciaal aangesteld om dit te realiseren. Om deze optimalisatie binnen een bepaald ziektebeeld te bereiken brengt Novartis de volledige patient journey in kaart: van eerste symptomen tot en met het behandelresultaat. Vervolgens wordt gekeken welke hoofd-onderdelen in de patient journey het meeste vertraging veroorzaken en op welke manier Novartis eraan kan bijdragen om dit te voorkomen.

Daarnaast heeft Novartis de ambitie om zichzelf te positioneren als een betrouwbare samenwerkingspartner en betrokken stakeholder in de zorg. Door het samenwerken met een zeer groot aantal zorginstellingen over de hele wereld bezit Novartis een uniek internationaal perspectief op wat goed werkt en wat niet. Ook heeft de organisatie specifieke expertise in bepaalde therapeutische gebieden waarover andere zorgaanbieders in het veld niet beschikken. Met deze insteek en inhoudelijke achtergrond gaat Novartis samenwerkingsverbanden aan met zorginstellingen over de hele wereld om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Om bij te dragen aan het optimaliseren van *patient journeys* werkt Novartis samen met verschillende zorginstellingen met een *bottom-up* aanpak. Daarnaast heeft Novartis ook projecten *top-down* gestart.

Zo heeft de organisatie recent geleden een samenwerkingsverband gesloten met de National Health Service England (NHS) om risico op hart-en-vaatziekten op populatieniveau te verminderen.

Op dit moment sterven ongeveer 64.000 mensen in het Verenigd Koninkrijk aan de gevolgen van hart- en vaatziekten. Novartis heeft een nieuw medicijn ontwikkeld, genaamd Inclisiran, dat het cholesterolgehalte bij patiënten met hart- en vaatziekten kan verminderen. In samenwerking met NHS probeert Novartis dit medicijn bij de high-risk populatie zo snel mogelijk beschikbaar te stellen, waardoor op termijn vele levens van patiënten met hart- en vaatziekten kunnen worden gered.

"Ik heb vaak het gevoel gehad dat wij de enige partij waren, die streed tegen de lage opname van medicatie bij risicopatiënten. Het was verfrissend om te zien dat andere stakeholders, zoals de NHS, zich ook betrokken voelen bij dit probleem en bereid waren om samen te werken."

In Europa heeft Novartis drie strategische doelen: het versnellen van patient journeys bij therapeutische gebieden waar Novartis beschikt over aanvullende kennis en expertise, samenwerkingsverbanden aangaan met verschillende stakeholders om nieuwe manieren van vergoeding van medicijnen te ontwikkelen voor een bredere toegankelijkheid, én het opstellen van nieuwe businessmodellen in de zorg door hun uitgebreide internationale netwerk te gebruiken.

Novartis is nog maar net begonnen met het aangaan van samenwerkingsverbanden met verschillende zorginstanties in Europa. Novartis hoopt meer van dergelijke samenwerkingsverbanden te kunnen afsluiten in de toekomst. COVID-19 heeft veel lijden veroorzaakt op deze wereld, maar biedt momenteel ook kansen voor zorgorganisaties om zich te verbeteren, omdat inzichtelijk wordt gemaakt wat wel en wat niet goed werkt.

"Door COVID-19 zijn veel inefficiënties en tekortkomingen van zorgsystemen aan de oppervlakte gekomen. Dit geeft de verschillende betrokken stakeholders en Novartis de kans om op zoek te gaan naar win-win-aanpassingen."

Novartis hoopt zichzelf in de toekomst te kunnen bewijzen als een betrouwbare samenwerkingspartner, waarbij het de organisatie lukt om tot verschillende waardegedreven zorgafspraken te komen met verschillende stakeholders. COVID heeft misschien onbedoeld de ruimte gecreëerd om meerdere knelpunten en win-win-situaties inzichtelijk te maken, en kan hierbij een katalysator zijn. Ook is er de hoop dat het voorbeeld met de NHS ook in andere landen opvolging krijgt, zodat samen meer waarde voor de patiënt kan worden gegenereerd.

2.4 WAT VERTELLEN DE PRAKTIJKCASES ONS?

Op basis van de cases kunnen we stellen dat VBHC-principes in uiteenlopende situaties en ziektebeelden zijn toegepast en dat ze in de meeste gevallen hebben geleid tot meer patiëntwaarde of doelmatigheid, of allebei (zie Tabel 1). Goed nieuws dus!

TABEL 1

CASE OVERZICHT MET CONTEXT, VBHC-TOEPASSING, RANDVOORWAARDEN EN RESULTAAT

	CASE #1	CASE #2	CASE #3	CASE #4	CASE #5	CASE #6	CASE #7
Categorisatie	**CCN**	**PvP**	**NHR**	**Volante**	**Xpert**	**Karolinska**	**Novartis**
Context							
Ziektebeeld	Hart en vaat	Parinson	Hart en vaat	GGZ	Hand en pols	Divers	Divers
Complexiteit	laag en hoog	zeer hoog	hoog	hoog	laag/midden	zeer hoog	varieert per TA
Patientgroep	heterogeen	heterogeen	homogeen	heterogeen	homogeen	heterogeen	homogeen per TA
Betrokken disciplines	multi	multi	multi	mono	multi	multi	multi
organisatie zorgaanbod	netwerk	netwerk	lijn	maatwerk interventie	lijn	lijn & netwerk	routine-interventie
VBHC							
Meten uitkomsten	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Interne integratie	integratie	coördinatie	nee	coördinatie	integratie & coördinatie	integratie & coördinatie	NVT
Externe integratie	coördinatie	coördinatie	nee	nee	nee	deels	coördinatie
Verandermanage-ment	structureel	ad-hoc	nee	ad-hoc	structureel	structureel	ad-hoc
Randvoorwaarden							
IT infrastructuur	aanwezig	aanwezig	aanwezig	deels	aanwezig	aanwezig	deels
Koppeling met financiering	indirect	in ontwikkeling	nee	nee	nee	nee	in ontwikkeling
Resultaat							
Voortgang implementatie	opschaling	opschaling	brede uitrol	opstart	brede uitrol	brede uitrol	opschaling
Impact op patiëntwaarde	hoog	hoog	hoog	nog niet	hoog	hoog	hoog

Toch valt wel het een en ander over de cases te zeggen:

1. **Te lang blijven hangen in uitkomstendefinities (wetenschappelijke benadering)**
   In de praktijk zien we dat uitkomstdefinities kunnen leidden tot een één of twee jaar durende wetenschappelijke exercitie zonder wezenlijke verandering op korte termijn. De case van Punt voor Parkinson laat bijvoorbeeld zien dat langdurige discussies uitmondden in een onwerkbare vragenlijst. Na drie jaar hadden ze niet meer dan 20% respons van de ondervraagde patiënten. Uiteindelijk is Punt voor Parkinson er met hulp van patiëntfocusgroepen in geslaagd om deze uitkomstenset terug te brengen tot een select aantal bruikbare indicatoren die de patiënt centraal zetten. Dit leverde uiteindelijk een werkbare situatie op die waarde toevoegt voor patiënt en zorgprofessionals.

2. **Vertalen van inzichten in uitkomsten naar verbeteracties niet altijd eenvoudig**
   Als eenmaal een uitkomstenset is gedefinieerd, blijkt het lastig te zijn deze door te vertalen naar concrete verbeteracties. Zeker als de patiëntgroep sterk heterogeen is of meerdere niet te beïnvloeden factoren van invloed zijn op het resultaat. Volgens de Nederlandse Hart Registratie (NHR) loopt men het risico veel data te analyseren zonder de kwaliteit van de zorg te verbeteren of verbeteracties te initiëren. Als daarbij patiëntuitkomsten zich pas op lange termijn manifesteren, is sturen en verbeteren aan de hand van uitkomsten extra lastig, zo niet onmogelijk. Ook de case van Volante laat zien dat het een uitdaging is om uitkomstmeting door te vertalen naar

interne sturing en verbetering. Zorgdata die over een langere periode is verzameld, moet nog worden genormaliseerd, voordat deze vergeleken kan worden. Als uitkomsten onvoldoende eenduidig zijn of onderliggende correlaties onduidelijk, is het een lange weg om aantoonbaar zorguitkomsten te verbeteren of zorgkosten te verlagen.

3. **Integratie van de zorg lijkt sneller tot resultaat te leiden (pragmatische benadering)**
   In de cases waarbij sprake is van integratie van het zorgpad, lijken organisaties tot snelle resultaten te komen omdat miscommunicatie en over- en onderbehandeling snel worden gesignaleerd. Ook worden patiënten sneller in het juiste behandeltraject gezet door beter overzicht van en tussen partijen. Duidelijke voorbeelden hiervan zijn Punt voor Parkingson, Cardiologie Centra Nederland en Xpert Clinics. Ook het Karolinska Institute, dat 140 patiëntpaden binnen haar muren heeft geïntegreerd, stelt dat er één baas, en daarmee een integrale visie, op het patiëntpad nodig is om veranderingen efficiënt door te kunnen voeren.

4. **Van harde integratie is meestal geen sprake, veelal zien we coördinatie**
   In veel gevallen is er geen sprake van één patiëntpad en zien we dat een harde integratie tussen afdelingen en/of zorgaanbieders onmogelijk, zo niet onzinnig is. Een heterogene patiëntgroep leidt eerder tot coördinatie van de zorg dan integratie. Zeker bij co-morbiditeit (Punt voor Parkinson) en/of multidisciplinaire interventies binnen of buiten de muren van de zorgaanbieder (Cardiologie Centra Nederland en Xpert Clinics) lijkt coördinatie veel meer voor de hand

te liggen dan integratie. Ook een partij als Novartis focust zich op het verbeteren van de zorg rond een voor hen relevant ziektebeeld op basis van betere afstemming en coördinatie, door het uitwerken van patiëntpaden en het aangaan van samenwerkingsverbanden.

5. **Data-infrastructuur is een belangrijke randvoorwaarde**
   In alle cases is een data-infrastructuur aanwezig, waarbij in enkele gevallen sprake is van een zelfontwikkelde toepassing of functionaliteit (Cardiologie Centra Nederland, Xpert Clinics). Hoewel bij de meeste partijen de data-infrastructuur zich voornamelijk beperkt tot de eigen organisatie, geven deze partijen aan dat een data-infrastructuur een zeer belangrijke randvoorwaarde is en de basis voor het behaalde succes. Van een bredere data-infrastructuur binnen de gehele zorgketen of zorgnetwerk zien we nog weinig voorbeelden. Integratie van data-infrastructuren over meerdere zorgaanbieders wordt natuurlijk lastiger wanneer partijen specifieke punt- of *proprietary* data-infrastructuren en -oplossingen hebben. Hierbij is het technische deel vaak nog wel op te lossen en zit het grootste knelpunt in het gebruik van verschillende datasets en -definities.

6. **Directe koppeling met financiering ontbreekt doorgaans**
   Weinig organisaties maken al een directe koppeling met financiering op basis van uitkomsten. De enige case die hier concreet blijk van geeft is Punt voor Parkinson. Om integrale afspraken te maken over de organisatie en financiering van zorg voor Parkinsonpatiënten heeft deze organisatie de zorgverzekeraar inzicht gegeven in hun uitkomsten- en kostendashboard.

Soms proberen partijen een indirecte link met financiering te maken door kwalitatief goede zorgaanbieders toe te staan in volume te groeien of extra volume te gunnen, maar ook dat blijkt in de praktijk niet evident (Cardiologie Centra Nederland, Xpert Clinic). Financiering op basis van uitkomsten is vaak lastig om dezelfde redenen die interne sturing op uitkomsten lastig maken (zie punt 2): heterogene patiëntgroepen, een uitkomst die afhankelijk is van meerdere factoren of een resultaat dat pas op langere termijn of slecht meetbaar is. Welke kwaliteit meet je, wat is de koppeling met de geleverde prestatie en interventie en wat mag deze kosten? Deze vragen blijken in de praktijk moeilijk te beantwoorden. Het volgende punt helpt daar niet bij.

7. **Silo's in de budgetten staan innovatie en schaalbaarheid in de weg**
   In veel cases komt terug dat de silo's in de zorgbudgetten innovaties in de weg staan, omdat een integrale blik op het ziektebeeld ontbreekt, en daarmee *total cost of ownership*. Een investering bekostigd binnen budgetplaats 1, met een opbrengst die veel groter is binnen budgetplaats 2, wordt uiteindelijk niet gedaan, waardoor kansen op verbetering van kwaliteit en kostenbesparing worden gemist. Dit komt bijvoorbeeld bij Punt voor Parkinson nadrukkelijk naar voren.

   Een ander belangrijk effect dat niet genoemd wordt, maar zeker een net zo belangrijke rol speelt, is de te grote afhankelijkheid van menselijke goodwill. Veel verbeteringen worden uiteindelijk niet financieel beloond door het gebrek aan communicerende vaten en het ontbreken van een integraal (kosten)beeld op het ziektebeeld. Dit maakt veel VBHC-initiatieven en -innovaties afhankelijk van menselijke intrinsieke motivaties en goodwill.

   Verbeteringen gebeuren *ondanks* en niet *dankzij* de financierings-systematiek. Dit staat versnelling van best practices en verdere opschaling in de weg, met versnippering in de vorm van allerlei lokale pilots en initiatieven tot gevolg.

8. **Tastbare verbeteringen transparant maken drijft verbetercultuur**
   Het transparant maken van tastbare verbeteringen en dit koppelen aan besluitvorming en gedrag drijft een verbetercultuur en legt de basis voor verandermanagement. Het integreren van inzichten in de dagelijkse zorgpraktijk en overlegstructuren geeft richting en betekenis. Daarnaast komt in de cases naar voren dat de toegepaste methodiek het werkplezier van medewerkers vergroot. Als medewerkers weten dat een organisatie waarde creëert voor de patiënt en ze verbeterde resultaten zien, verhoogt dit de motivatie (Cardiologie Centra Nederland). Er zijn voorbeelden van zorgaanbieders die er juist door deze duidelijke visie in slagen om meer gemotiveerd personeel aan te trekken, doordat deze mensen zich herkennen in de gedefinieerde ambitie. In de grootschalige VBHC-gedreven verandering die Karolinska Institute doormaakte, greep het (project)management consequent terug naar het vertrekpunt *patient first* om weerstanden te overwinnen en momentum te behouden.

9. **Maak het niet te groot**
   VBHC-initiatieven moeten ingezet worden vanuit een verbeter- en verandermindset. Daarbij zijn verandermanagement en communicatie minstens net zo belangrijk zijn als de juiste inhoud en het goede ontwerp. Het is belangrijk om een duidelijke maar ook behapbare ambitie te definiëren.

Don't try to boil the ocean, geen alles of niets, durf te beginnen en door te bouwen. Blijf ook niet hangen in denken en academische bewijsvoering. Ga aan de slag, leer gaandeweg en durf aan te passen. Zo is Volante gestart vanuit een top-down-initiatief met een afgebakende scope, waarin professionals zijn meegenomen. Het Karolinska Institute is een goed voorbeeld van het neerzetten van een inspirerende visie (*patient first*) en de grondige manier waarop de verandering 'top-down' is aangepakt. Ongeveer 140 zorgpaden zijn tegelijkertijd gedefinieerd en geïmplementeerd. Dit vroeg om een zeer grote organisatorische veranderinspanning en leidde tot veel interne en externe weerstand, een grote organisatievermoeidheid en gedeeltelijke terugval naar de oude situatie.

10. **Verbreed het draagvlak onder zorgprofessionals**
    Om tot oplossingen en een andere manier van werken in de praktijk te komen is een breed draagvlak binnen de eigen organisatie (en daarbuiten als we praten over ketenintegratie) essentieel. Het is belangrijk om in de verandering niet alleen medisch specialisten, maar ook verpleegkundig personeel mee te nemen. Enerzijds dient een organisatie VBHC *top-down* aan te vliegen met een duidelijke visie en drive vanuit het leiderschap. Anderzijds moet *bottom-up* gezocht worden naar mogelijkheden om de visie in de praktijk te brengen, waarbij de zorgprofessionals een zeer belangrijke rol vervullen.

    Het zoeken van de juiste balans hierin en een goede communicatie is cruciaal. Het is goed te beseffen dat taken of werkzaamheden verloren kunnen gaan in de zoektocht naar doelmatigheid en het verbeteren van de kwaliteit.

Een verbetertraject kent altijd een groep 'verliezers', althans op korte termijn. Het leiderschap moet voor een deel accepteren en incasseren dat deze groep veel weerstand kan opwerpen en de voortgang kan frustreren. Ontevreden mensen maken doorgaans meer lawaai dan tevreden mensen, waardoor het risico bestaat dat het initiatief niet alleen binnen de eigen organisatie maar ook daarbuiten in een kwaad daglicht komt te staan (bijvoorbeeld Karolinska Institute). Bij dit soort veranderprocessen is het belangrijk om continu in dialoog te zijn en om potentiële 'verliezers' tijdig te onderkennen en niet te negeren. Een bredere visie die verder gaat dan vandaag, waar 'verliezers' mogelijk een andere rol kunnen vervullen, kan daarbij helpen. Het is in elk geval van belang om een proactieve interne (en soms ook externe) communicatie- en veranderstrategie te ontwikkelen, naast de juiste inhoudelijkheid van het programma. Een goede balans hiertussen is belangrijk. Ervaring leert dat de focus doorgaans voor 80% op het laatste ligt en slechts voor 20% op het eerste. Dit is een belangrijke reden dat vaak de beoogde verandering stagneert.

2.5 VBHC IN ZIJN PURE VORM IS NIET OVERAL TOEPASBAAR

VBHC is zeker niet het antwoord op alles. We zagen al in paragraaf 1.3 dat VBHC primair gaat over het verbeteren van het zorgaanbod en niet over het optimaliseren van de zorgvraag. Daarnaast leren de casestudies, onze gesprekken in de dagelijkse praktijk en een nadere theoretische beschouwing ons dat VBHC in zijn *pure vorm* niet per definitie op alles van toepassing is of even zinnig is om in te zetten.

In de volgende hoofdstukken gaan we uitgebreider in op de toepasbaarheid van VBHC in zijn pure en minder pure vorm. We schetsen enkele belangrijke kaders om te bepalen wanneer VBHC wél een handige benadering is om het zorgaanbod doelmatiger of effectiever te organiseren, en wanneer niet.

Kortom, wanneer is VBHC wel of niet de juiste behandeling voor de gestelde diagnose?

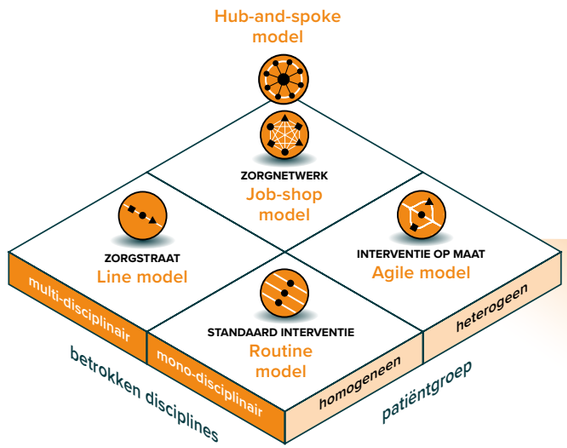
HOOFDSTUK 3

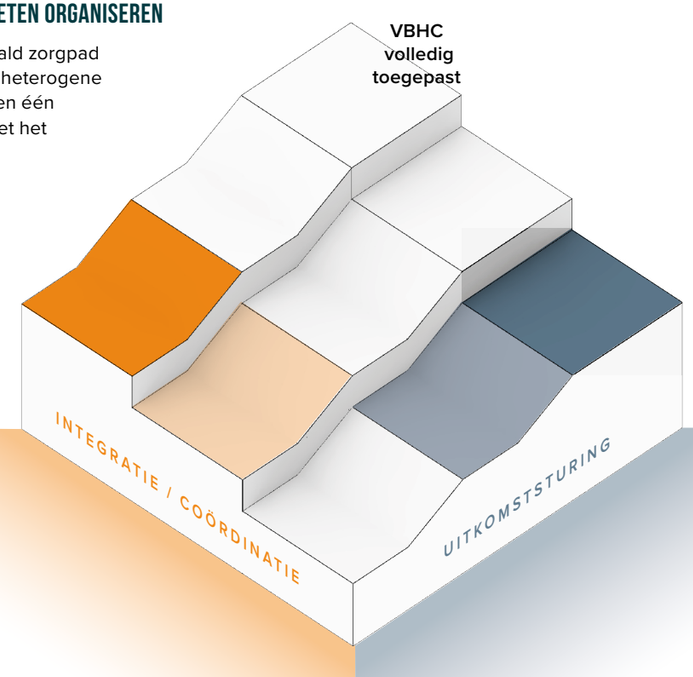
VBHC, WANNEER WEL EN WANNEER NIET?

LEIDENDE PRINCIPES VOOR HET TOEPASSEN VAN VBHC

DE BETROKKEN DISCIPLINES EN DE PATIËNTKENMERKEN BEPALEN HOE WE DE ZORG MOETEN ORGANISEREN

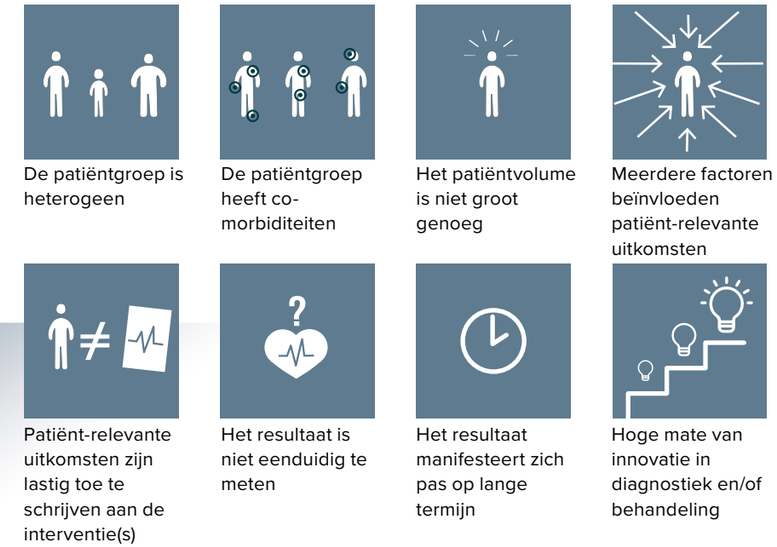
De bepalende factoren voor het meest logische zorgorganisatiemodel voor een bepaald zorgpad zijn: de homogeniteit van de patiëntgroep en het aantal betrokken disciplines. Bij een heterogene patiëntgroep met meerdere interventies kan de zorg niet georganiseerd worden binnen één enkel zorgpad, d.w.z. een lijnmodel, en is een meer flexibel job-shop model vereist, met het hub-and-spoke model als een verbeterde versie hiervan.





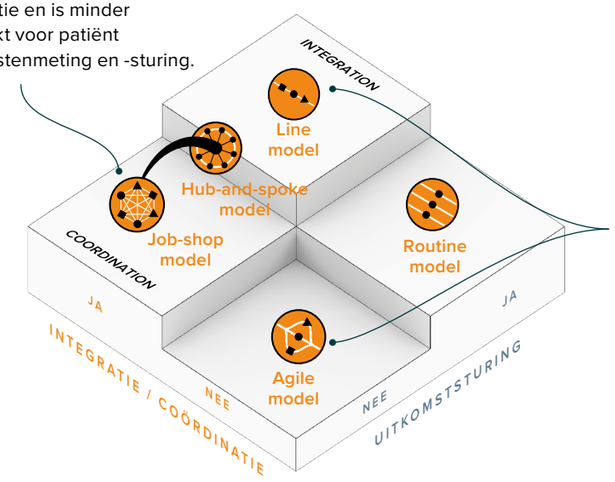
OUTCOME-BASED CONTROL NOT FOR EVERY MEDICAL CONDITION

Managing, improving, and reimbursing based on patient outcomes is particularly challenging in the following situations:



ZORGORGANISATIEMODELLEN HEBBEN EEN VERSCHILLENDE VBHC-TOEPASBAARHEID

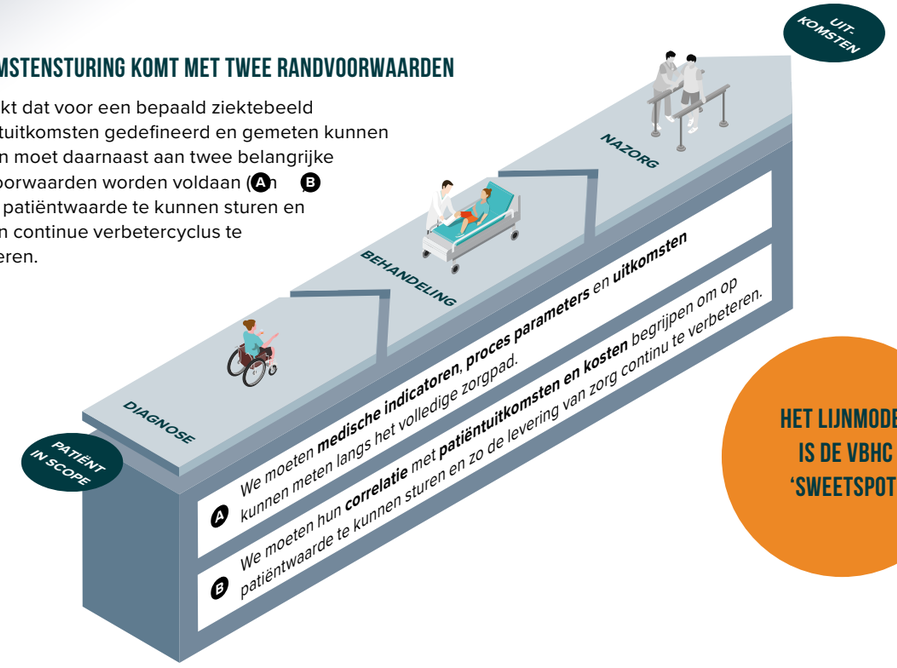
Het job-shop model vereist coördinatie in plaats van integratie en is minder geschikt voor patiënt uitkomstenmeting en -sturing.



De twee uitersten zijn het **agile model**, met beperkte mogelijkheden voor patiënt uitkomstensturing en geen noodzaak voor integratie, en het **lijnmodel** dat zeer geschikt is voor brede toepassing van VBHC: zowel patiëntuitkomstensturing als zorgpadintegratie.

UITKOMSTENSTURING KOMT MET TWEE RANDVOORWAARDEN

Als blijkt dat voor een bepaald ziektebeeld patiëntuitkomsten gedefineerd en gemeten kunnen worden moet daarnaast aan twee belangrijke randvoorwaarden worden voldaan (A en B) om op patiëntwaarde te kunnen sturen en om een continue verbetercyclus te installeren.



HET LIJNMODEL IS DE VBHC 'SWEETSPOT'

3.1 VBHC: BEZINT EER GE BEGINT

De meest fundamentele vraag die een organisatie zich vooraf moet stellen is: leent onze situatie zich voor VBHC in zijn pure vorm? Dat wil zeggen: voor sturing en bekostiging van patiënt-relevante uitkomsten én organisatie en integratie van zorg rond de patiënt, beide met als doel om patiëntwaarde te vergroten? Of beperken we ons tot de adoptie van enkele geselecteerde VBHC-principes?

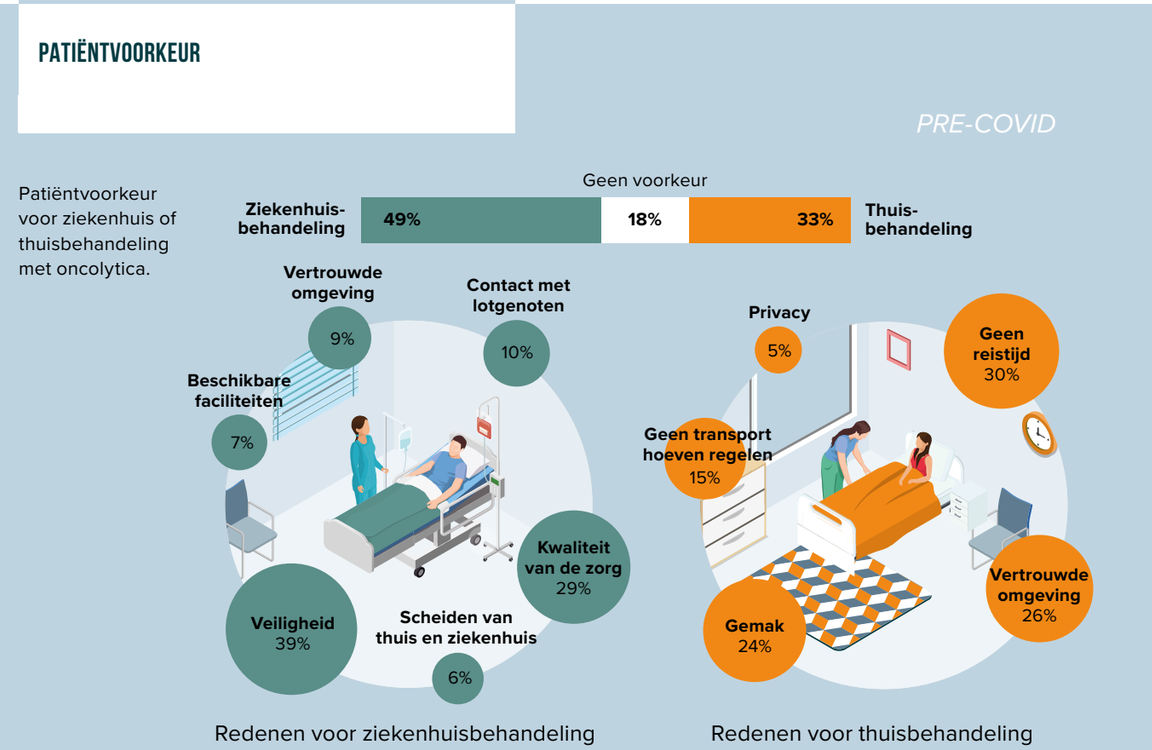
Vervolgens moet een organisatie nadenken over met welk doel en focus de VBHC-beweging wordt ingezet. Waar kan de meeste patiëntwaarde worden gewonnen en waar gaat nu de meeste patiëntwaarde verloren? Betrek hierbij vooral ook patiënten om te horen wat zij belangrijk vinden en wat hun ervaringen zijn. Heel vaak blijken zij andere zaken belangrijk te vinden dan je op het eerste gezicht zou verwachten. Bijvoorbeeld bij een onderzoek naar thuistoediening van oncolytica bleek het merendeel van de patiënten[7] toch de voorkeur te geven aan het ziekenhuis boven een thuisbehandeling, vanwege veiligheid en vertrouwen (zie Figuur 5). Hierbij moeten we niet vergeten dat bij elke zorginnovatie geldt: onbekend maakt onbemind. En dat een dergelijk beeld na verloop van tijd door gewenning kan veranderen.

7 Tergooi patiënten-onderzoek 2018 in het kader van Care@Home-project met 3 ziekenhuizen, Roche en Vintura, 2018 – 2019

Een belangrijke vraag die een organisatie zich tenslotte moet stellen is: waar zit de meeste energie van betrokkenen voor de verandering? Ligt de primaire winst of aandacht bij inzicht in uitkomsten (de medisch/wetenschappelijke benadering), bij integratie en samenwerking (de logistieke/praktische benadering) of pakken we beide aan. (zie Figuur 4 op pagina 31)?

FIGUUR 5

PATIËNTVOORKEUR



Deze logistieke/praktische benadering kan een grote stap in één keer zijn, vooral als het om een harde integratie gaat (een *Integrated Practice Unit* (IPU) of integraal zorgpad). Het goede nieuws is dat een harde integratie niet altijd van toepassing of nodig is, waarover in paragraaf 3.3 meer.

Of de situatie zich leent voor VBHC in zijn pure vorm en waar de focus zou moeten liggen, hangt sterk af van het ziektebeeld en de patiënt. In de volgende paragrafen gaan wij hier verder op in.

3.2 STURING OP PATIËNTUITKOMSTEN: NIET VOOR ELK ZIEKTEBEELD

In de cases in paragraaf 2.4 zagen we al dat sturing op uitkomsten in de praktijk weerbarstig kan zijn. Partijen kunnen te lang blijven hangen in uitkomstendefinities, wat ontaardt in wetenschappelijke vragenlijsten die in de praktijk niet bruikbaar zijn. En als er dan een uitkomstenset gedefinieerd is en deze wordt vervolgens gemeten, is het geen eenvoudige opgave om deze inzichten naar verbeteracties te vertalen of een uitspraak te doen over de geleverde kwaliteit en daarmee de bekostiging.

Sturen, verbeteren en bekostigen op basis van patiëntuitkomsten is met name een uitdaging in de volgende situaties:

1. De patiëntgroep is heterogeen
2. De patiëntgroep is co-morbide
3. De patiëntgroep en/of het volume is niet groot genoeg
4. De patiënt-relevante uitkomsten worden beïnvloed door meerdere factoren die niet alleen te maken hebben met de gemaakte interventie(s)
5. De patiënt-relevante uitkomsten zijn lastig toe te schrijven aan de gedane interventie(s)
6. Het resultaat is überhaupt niet eenduidig te meten
7. Het resultaat manifesteert zich pas op lange termijn
8. Er is een hoge innovatiegraad in diagnostiek en/of interventie[8] (waardoor de klinische richtlijnen, de *standard of care* en een eventuele *best-in-class-benchmark* continu aan verandering onderhevig zijn)

8 Hiermee wordt niet bedoeld het verbeteren van een bestaande interventie, want daar gaat het bij uitkomstmeting en -sturing juist om.

Het kan helpen om niet het volledige patiëntpad in ogenschouw te nemen, maar om dát deel te isoleren waar de organisatie invloed op heeft en om te sturen op tussenresultaten die relevant zijn voor de patiënt. Het risico hiervan is sub-optimalisatie, omdat mogelijk de som der tussenresultaten niet het gewenste eindresultaat oplevert voor de patiënt. Maar dit is de concessie om überhaupt te kunnen sturen. Daarbij is het belangrijk om wel een holistisch patiëntbeeld te houden en ook het eindresultaat te volgen, en te zien hoe het tussenresultaat hier invloed op heeft gehad. Sturing op een tussenresultaat vraagt dus per definitie om coördinatie en transparantie rond het eindresultaat.

Daarnaast is het belangrijk dat er een correlatie gemaakt kan worden tussen medische indicatoren en procesparameters en het beoogde patiënt-relevante (tussen)resultaat. Indien deze correlatie niet gemaakt kan worden, zijn we aan het meten om het meten. Geen zinnige exercitie, tenzij we op zoek zijn naar *unknown unknowns*, maar dat is wetenschap en geen zorg. De methode die medische en procesparameters correleert met patiëntuitkomsten moet van tevoren helder en concreet zijn. Wanneer de methode onbekend is moet het een duidelijk onderdeel zijn van het programma om deze correlaties te bepalen of scherper te krijgen. In die zin kan de VBHC-verbetercyclus een tweetrapsraket zijn: eerst meten om correlaties te begrijpen en dan meten om medische en procesindicatoren positief te beïnvloeden of te verbeteren (zie Figuur 6). Dit onderscheid is belangrijk voordat een organisatie aan het definiëren en meten van patiënt-relevante uitkomsten begint.

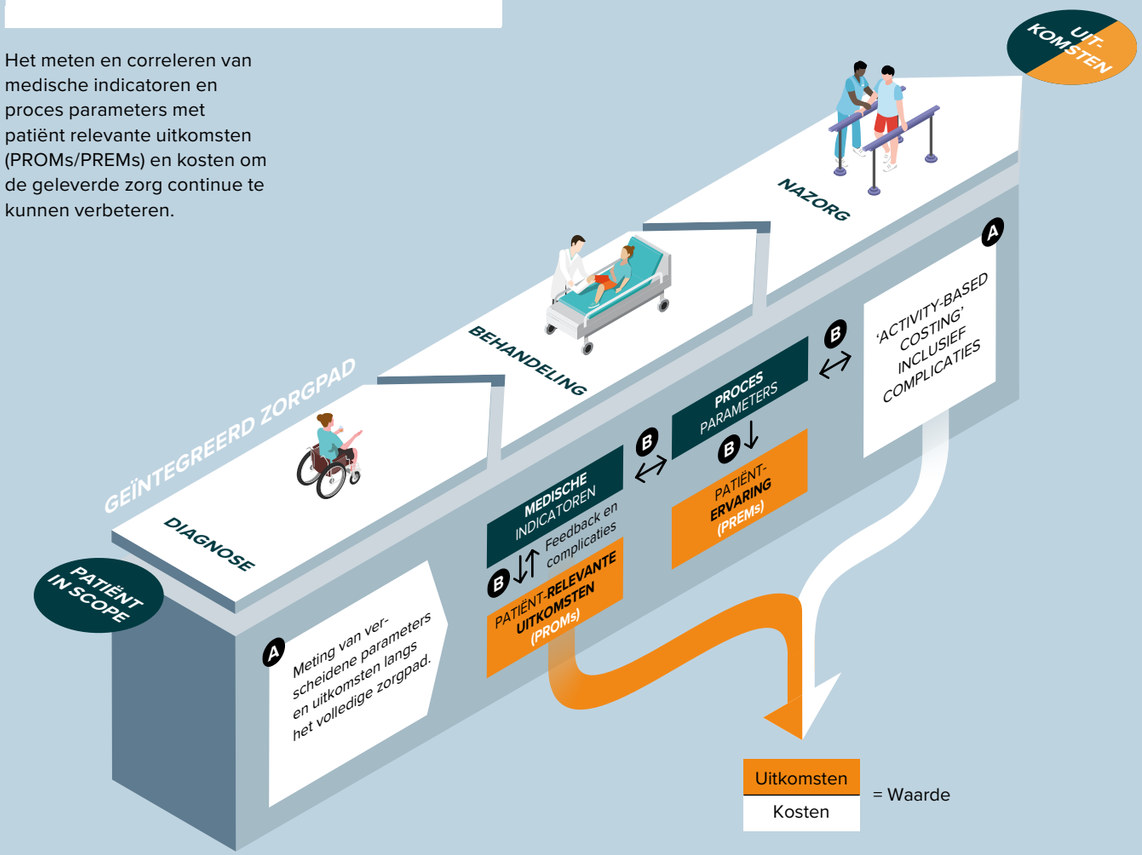
Aan het begin spelen de volgende checkvragen een belangrijke rol:

A. Hoe eenvoudig en zinnig is het om aan uitkomstensturing te doen bij dit ziektebeeld met deze patiëntgroep (kenmerk 1 t/m 8)?
B. Wat is een patiënt-relevante uitkomst en hebben we dat aan patiënten gevraagd?
C. Bestaat er al een uitkomstenset die we kunnen gebruiken, bijvoorbeeld van ICHOM?
D. Weten we of deze patiëntuitkomsten worden beïnvloed door de behandeling of interventie? Gaat dat om enkele of om allemaal?
E. Begrijpen we de correlatie tussen proces- en medische indicatoren en de patiëntuitkomst (zie Figuur 6)?
F. Kunnen we sturen op deze indicatoren? Zijn ze beïnvloedbaar om de gewenste patiëntuitkomst te realiseren?
G. Kunnen we de uiteindelijk gemeten patiëntuitkomsten ook gebruiken om het individuele behandelplan nog bij te sturen? Of zijn deze alleen te gebruiken voor inzichten in en verbetering van de behandeling voor toekomstige patiënten?
H. Moeten we meten om beter te begrijpen of om beter te sturen?

FIGUUR 6

METINGEN EN CORRELATIES LANGS HET VOLLEDIGE ZORGPAD

Het meten en correleren van medische indicatoren en proces parameters met patiënt relevante uitkomsten (PROMs/PREMs) en kosten om de geleverde zorg continue te kunnen verbeteren.



A We moeten **medische indicatoren**, **proces parameters** en **uitkomsten** kunnen meten langs het volledige zorgpad.

B We moeten hun **correlatie** met **patiëntuitkomsten en kosten** begrijpen om op patiëntwaarde te kunnen sturen en zo de levering van zorg continu te verbeteren.

Hopelijk gaat in de toekomst artificiële intelligentie (AI) ons helpen om binnen de complexiteit van multifactorieel beïnvloede zorgprocessen, ziektemechanismen en patiëntuitkomsten correlaties te ontdekken en ons daarmee nieuwe inzichten te verschaffen (met name ten aanzien van vraag D. en E.). Tot nu toe levert het ooit veelbelovende IBM Watson-initiatief nog niet het beoogde resultaat[9]. Echter met het voortschrijden van de technologie en de ontwikkeling van steeds geavanceerdere algoritmen komen we uiteindelijk steeds meer te weten over ziektemechanismen en correlaties tussen uitkomsten en (*life style*)-interventies. Voorlopig is een brede en integrale toepassing van slimme en zelflerende algoritmen als ondersteuning bij diagnostiek, behandelkeuzes, processturing en ziektemonitoring nog toekomstmuziek.

Verder moeten we niet vergeten dat het bij uitkomstmetingen een enorme uitdaging is om ervoor te zorgen dat patiënten vragenlijsten blijven invoeren en dat doen met een juiste kwaliteit. Zeker wanneer vragenlijsten te lang zijn, loopt na verloop van tijd de respons sterk terug. Dit is niet zozeer ziektebeeld specifiek, maar gesteld kan worden dat naarmate het ziektebeeld complexer (langere vragenlijsten[10]) en chronisch (langdurig vragenlijsten) is, de patiëntrespons een steeds grotere uitdaging wordt.

Kortom, sturing op patiëntuitkomsten klinkt als een nobel streven en als een logisch doel. In eerste aanleg kun je daar alleen maar volmondig ‘ja’ tegen zeggen, en dit moeten we ook proberen te doen waar dat zinnig is en kan. Maar hoe voor de hand liggend het ook lijkt, de praktijk is weerbarstig en het loont om vooraf goed na te denken wat met de patiëntuitkomst meting wordt beoogd en hoe haalbaar dit is.

9 https://spectrum.ieee.org/biomedical/diagnostics/how-ibm-watson-overpromised-and-underdelivered-on-ai-health-care

10 Of meerdere vragenlijsten voor verschillende sub-aandoeningen, met ook nog deels overlappende vragen, op verschillende tijdsmomenten gevraagd.

11 Een Integrated Practice Unit (IPU) wordt gedefinieerd als “organized around the patient and providing the full cycle of care for a medical condition, including patient education, engagement, and follow-up and encom-pass inpatient, outpatient and rehabilitative care as well as supporting services.” (‘Turning teams and pathways into integrated practice units: Appearance characteristics and added value’, NCBI, WH van Harten, MD, PhD, 2018). Hierbij geldt onder meer dat: “The unit has a single administrative and scheduling structure. The team measures outcomes, costs, and processes for each patient using a common measurement platform. Joint accountability is accepted for outcomes and costs.” (‘The Strategy That Will Fix Health Care’, Harvard Business Review, Michael E. Porter and Thomas H. Lee, 2013). Als we kijken naar deze definities is een geïntegreerde zorgstraat het duidelijkste voorbeeld van een IPU.

Uiteraard moeten proces- en medische parameters gemeten worden om het medische proces en de behandeling te kunnen sturen. Maar zoals we gezien hebben is de vertaling naar patiëntuitkomsten niet altijd evident. Als laatste willen we daarbij opmerken dat, ondanks dat de directe vertaling niet altijd gemaakt kan worden of gekend is, het toch waardevol kan zijn om patiënt-relevante uitkomsten te bespreken en eventueel te meten. Het bespreken van het gewenste patiënt eindresultaat helpt bij de bewustwording van zowel behandelaar als patiënt. Deze bewustwording helpt bij het behouden van de juiste focus tijdens de behandeling en het herstel, wat een positieve uitwerking kan hebben op de betrokkenheid en beleving van de patiënt, en daarmee op het resultaat. Soms kan het een oplossing zijn alle onderliggende correlaties (zie Figuur 6) als een *black-box* te beschouwen en *ceteris paribus* één parameter structureel te veranderen en te meten wat het effect is op het eindresultaat: de patiënt gewenste uitkomst.

3.3 INTEGRATIE: DE AARD VAN BEHANDELING EN PATIËNT BEPALEN HOE WE ZORG ORGANISEREN

De *Integrated Practice Unit* (IPU)[11], zoals omschreven door Porter, is een aantrekkelijk beeld en klinkt wederom logisch. Toch is zelden sprake van één of enkele patiëntpaden. Zeker wanneer er sprake is van co-morbiditeiten, maar ook bij een heterogene patiëntgroep binnen één ziektebeeld of medische conditie. Verder speelt het aantal betrokken disciplines een rol. Per definitie geldt: hoe meer zorgaanbieders of disciplines die het resultaat beïnvloeden, hoe ingewikkelder het patiëntpad en hoe lastiger harde integratie. Ook ontstaat dan vaak sturing op tussenresultaten.

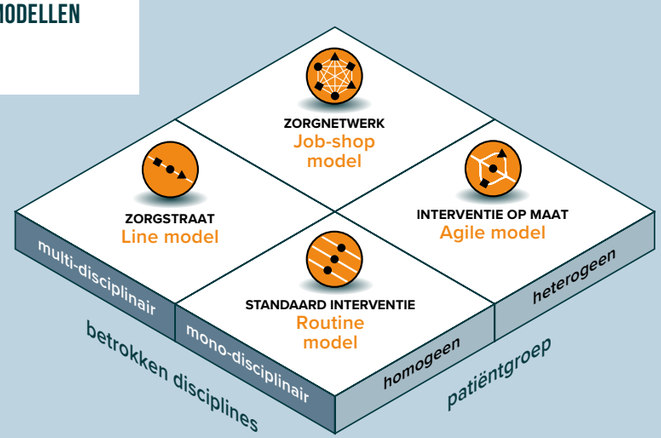
Dit vraagt om transparantie en coördinatie rond het eindresultaat om sub-optimalisatie te voorkomen.

Dit brengt ons tot een segmentatie van ziektebeelden op basis waarvan het meest voor de hand liggende zorgorganisatiemodel voor een patiëntpad kan worden bepaald. Dit organisatiemodel kan van toepassing zijn binnen de muren van een specifieke zorgaanbieder, als we ons richten op het (deel van het) patiëntpad dat zich uitsluitend daarbinnen bevindt (cases: Karolinska en Volante). Ook kan het van toepassing zijn tussen zorgaanbieders (cases: Punt voor Parkinson en Cardiologie Centra Nederland). De bepalende factoren zijn de homogeniteit van de patiëntgroep en het aantal betrokken disciplines (zie Figuur 7).

FIGUUR 7

DE VERSCHILLENDE ZORGORGANISATIEMODELLEN

De verschillende zorgorganisatiemodellen gebaseerd op homogeniteit van de patiëntgroep en het aantal betrokken disciplines.



Je zou verwachten dat planbaarheid van de zorg ook een rol speelt. Omdat volatiliteit vraagt om flexibiliteit, zou je intuïtief denken dat harde routines en integrale processen niet van toepassing zijn in een ongeplande setting. Maar juist als we snel moeten schakelen willen we ons baseren op bekende processen en routines. We hebben geen tijd om het wiel opnieuw uit te vinden. De flexibiliteit zit in dit geval niet in het proces of de onderliggende routines zelf, maar in de beschikbaarheid en planning van de resources die het proces moeten draaien.

Denk in dit geval aan spoedeisende hulp, die is per definitie ongepland. In het eerste deel van het proces is de patiëntgroep nog homogeen (lees: niet gedifferentieerde spoedeisende patiënten) en is het proces volledig op routines gebaseerd. Na kwalificatie bij binnenkomst op de Eerste Hulp wordt de patiëntgroep heterogeen en zijn er geen vaste routines of uniforme processen meer die gelden voor alle patiënten. Dus het is niet de onplanbaarheid maar de aard van de patiëntgroep die bepaalt hoe de zorg wordt ingericht.

In de volgende paragrafen zullen we de organisatiemodellen verder toelichten en op hun VBHC-toepasbaarheid beoordelen.

3.3.1 HET AGILE-MODEL IS MEESTAL ONGESCHIKT VOOR VBHC

Bij een heterogene patiëntgroep waarbij een monodisciplinaire interventie wordt gedaan op maat, is door de grote variatie meestal geen standaard vast te stellen. Daardoor heeft uitkomsten vergelijken doorgaans geen zin. Tenzij binnen de heterogene populatie een bepaalde maatwerkinterventie zo vaak voorkomt dat we kunnen spreken van een homogene subpopulatie en we kunnen normaliseren.

Een voorbeeld van een dergelijke zorgsetting, is een enkelvoudige ingreep bij de huisarts die niet vaak voorkomt. De huisartspraktijk is georganiseerd rond pluriformiteit en een veelheid aan enkelvoudige ingrepen en verwijzingen. In tegenstelling tot bijvoorbeeld de tandarts, die te maken heeft met een heel andere zorgvraag en daardoor met een ander organisatiemodel (zie paragraaf 3.3.2).

Verder is bij een enkelvoudige ingreep überhaupt geen sprake van behoefte aan integratie. Integratie op het proces is niet nodig, hooguit binnen de organisatie zelf: een data-infrastructuur die transparantie, communicatie en declaratie faciliteert. Anders wordt het als de enkelvoudige ingreep valt binnen een groter geheel aan interventies en er dus sprake is van een patiëntpad. In een dergelijk geval is de behandeling niet meer monodisciplinair en is integratie of coördinatie zinnig (zie paragraaf 3.3.3 en 3.3.4)

Kortom, de VBHC-principes zijn in een zorgsetting met een agile-model niet, of slechts beperkt toepasbaar.

3.3.2 HET ROUTINEMODEL LEENT ZICH VOOR UITKOMSTENSTURING

Bij een homogene patiëntgroep met een monodisciplinaire interventie spreken we van een routine. Een standaardingreep die prima te optimaliseren valt met patiënt uitkomstenmetingen, mits de correlatie met interventieparameters bekend is of kan worden vastgesteld.

In de vorige paragraaf noemden we de tandarts, een duidelijk voorbeeld van een routinemodel waar de hele praktijk op is ingericht. Andere voorbeelden zijn fysiotherapie van specifieke blessures, psychologische behandeling van enkelvoudige stoornissen (ADHD, PTSS) en staaroperaties. Maar ook de farmaceut, waarover later meer.

Toch moet je jezelf ook in deze gevallen afvragen of uitkomstenmeting altijd even zinnig en eenduidig is. De meeste tandartsingrepen zijn zo laag-complex dat er nauwelijks kwaliteitsvariatie is. Uitkomstmeting zou hooguit een reden kunnen zijn om over- of onder-behandeling (met preventieve ingrepen) of complicaties bij complexere ingrepen te signaleren.

Voor de psycholoog geldt dat het resultaat soms slecht te meten is en door vele ongrijpbare factoren wordt beïnvloed. Dat maakt de correlatie tussen behandeling en uitkomst niet altijd even duidelijk. Toch kan patiënt uitkomstmeting (door middel van PROMS) wel degelijk zin hebben en wordt dit ook al in de praktijk gebracht. Omdat het gaat om grote patiëntvolumes, is het mogelijk om statistische uitspraken te doen zonder dat we exact alle onderliggende mechanismen begrijpen. Het is daarbij wel zaak dat patiënt(sub-)groepen en bijbehorende behandelingen enigszins worden gestandaardiseerd en genormaliseerd. Een staaroperatie en fysiotherapie bij een specifieke blessure zijn waarschijnlijk routine-interventies waarbij (per sub-indicatie) het duidelijkst uitkomsten gedefinieerd en gemeten kunnen worden. Op basis hiervan kunnen therapieën continu verbeterd worden en ook de zin en onzin van bepaalde behandelingen aan het licht brengen.

Zoals uitgelegd in paragraaf 3.3.1, is bij een enkelvoudige ingreep per definitie geen behoefte aan integratie. Dit geldt precies zo voor enkelvoudige routine-ingrepen. Een partij die enorm stoeit met een enkelvoudige routine die valt binnen een groter geheel aan interventies is de farmaceutische industrie. Farmaceuten leveren, met uitzondering van de nu opkomende therapieën op maat (*personalized medicine*), een routine-interventie pur sang.

De patiëntpopulatie, de indicatie en de farmaceutische interventie zijn scherp gedefinieerd. Maar de hoogwaardige farmaceutische interventie staat zelden op zichzelf, en de patiëntuitkomst wordt vaak door meerdere factoren en interventies beïnvloed. Dit geeft serieuze uitdagingen ten aanzien van uitkomstdefinitie, -meting en -bekostiging van de farmaceutische interventie (meer hierover in hoofdstuk 5).

Bij een enkelvoudige routine-ingreep is met name het VBHC-principe ‘meting van en sturing op patiënt-relevante uitkomsten’ van toepassing. Sturing bestaat hierbij uit ingrijpen op het zorgproces en het bekostigen op basis van patiënt-relevante uitkomsten (in plaats van op basis van volume). Voor een enkelvoudige routine ingreep speelt integratie niet primair een rol, maar zou het een rol kunnen spelen. Hiervoor zal de zorgaanbieder met een stand-alone routinematige ingreep proactief op zoek moeten gaan binnen welk lijnmodel (zie volgende paragraaf) of job-shop-model (zie paragraaf 3.3.4) hij patiëntwaarde kan toevoegen. Bijvoorbeeld een fysiotherapeut die instapt in een orthopedische zorgstraat (lijnmodel) door postoperatieve revalidatie- of preoperatieve rehabilitatietherapie aan te bieden.

3.3.3 HET LIJNMODEL IS DE VBHC ‘SWEETSPOT’

Een homogene patiëntgroep, of een verzameling homogene sub-patiëntgroepen, die op een eenduidige en voorspelbare manier een reeks van multidisciplinaire diagnostiek en medische interventies ondergaat, is de ideale setting voor VBHC in zijn ‘pure vorm’ (zie Figuur 8). In dit geval kunnen we spreken van een eenduidig zorgpad of lijnmodel. Dit maakt het mogelijk om een zorgstraat of Integrated Practice Unit (IPU) op te zetten.

FIGUUR 8

HET LIJNMODEL

Het lijnmodel in het geval van een homogene patiëntgroep waarbij een standaard multi-disciplinair zorgpad wordt gevolgd.

In het lijnmodel loont het om de integrale som van alle interventies te bepalen door de geleverde patiëntwaarde aan het eind te meten. Omdat de (sub)groep voldoende homogeen is en alle patiënten op nagenoeg dezelfde wijze een vooraf gedefinieerd patiëntpad doorlopen, kan er gestandaardiseerd en genormaliseerd worden. Hierdoor kunnen resultaten vergeleken worden, komen verschillen aan het licht, en worden correlaties tussen medische-, procesparameters en patiëntresultaten duidelijk. Met deze inzichten kunnen interventies verbeterd en gestuurd worden richting optimale patiëntuitkomsten. Hiermee wordt de *effectiviteit* van de integrale patiëntbehandeling, en dus de kwaliteit, vergroot: *de juiste dingen doen*.

Wanneer een zorgpad (of enkele zorgpaden bij homogene sub-groepen) op een vooraf vast te stellen manier verloopt, is het ook zinnig om de zorgprocessen hard te integreren en te koppelen. Dit geïntegreerde proces moet optimaal ondersteund worden met een data-infrastructuur, zodat op basis van continue monitoring een integraal beeld van de patiënt en zijn behandeling ontstaat. Dit levert vaak enorme doelmatigheidswinst op, doordat er geen onduidelijke overgangen meer zitten tussen processtappen waar informatie verloren kan gaan, tijd wordt opgesoupeerd, en miscommunicatie of fouten optreden. Daarnaast worden stappen in het proces niet meer in de verkeerde volgorde uitgevoerd. Harde integratie van processen gaat ten koste van flexibiliteit, maar flexibiliteit is niet nodig vanwege de voorspelbaarheid. Het is voor iedereen duidelijk hoe het proces verloopt, voor zowel behandelaar(s) als patiënt. Met dit alles wordt de *efficiency* van de patiëntbehandeling, en dus de kosteneffectiviteit, vergroot: *de dingen juist doen*.

Daarnaast versterken inzicht in uitkomsten en een integraal proces elkaar, omdat beide zorgen dat het duidelijk is waar ingegrepen moet worden of waar verbetering mogelijk is. Verder ontstaat de mogelijkheid om daadwerkelijk op uitkomsten te gaan bekostigen in de vorm van *bundled payments*[12]. Dit is het ideale scenario voor maximale sturing op en verbetering van patiënt waarde, en strookt met de VHBC-basisprincipes. Helaas is een dergelijke inrichting niet voor elk ziektebeeld mogelijk. Maar gelukkig voor een groot aantal ziektebeelden ook wel. Denk aan gespecialiseerde klinieken voor heup- en knietransplantatie, hand- en polschirurgie (Xpert Clinics), prostaatkanker (Martini Kliniek in Duitsland) en borstkanker (Alexander Monro Ziekenhuis).

Kortom, het lijnmodel is waar de pure VBHC-principes in volle glorie toegepast kunnen worden! Ligt een lijnmodel niet direct voor de hand? Dan loont het de moeite om te kijken of er een homogene subpopulatie met voldoende volume valt te definiëren, waarvoor het zinnig is om voor een dergelijke opzet te kiezen. Bijvoorbeeld een liesbreukstraat in een ziekenhuis. Soms kan het zinnig zijn om maar een deel van het behandelpad voor de totale patiëntpopulatie volgens een lijnmodel in te richten. Uiteraard bestaat hier het risico van sub-optimalisatie van het resultaat (zie paragraaf 3.2). Vaak zien we dat generieke functies, zoals radiologie, een gedeelde functionaliteit zijn. Daarvoor loont het meestal niet om deze specifiek voor één zorgstraat in te richten. Een generieke functie kan een zorgstraat verstoren, en ook visa versa, waardoor er organisatorische sub-optimalisatie ontstaat. Het is belangrijk om hier rekening mee te houden bij de implementatie van VBHC.

12 Een bundled payments is een bekostiging op basis van vooraf overeengekomen kwaliteit en kosten van het totale behandel-proces. De bekostiging wordt gedaan aan een zorgverlener die handelt als hoofdaannemer of om een consortium van zorgaanbieders. Hierbij nemen de onderliggende disciplines en/of afdelingen nemen gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de totale kosten en eindresultaat, en krijgen gecompenseerd op basis van hun individuele bijdrage hieraan.

Om de organisatie volgens een lijnmodel te rechtvaardigen is een minimaal patiëntvolume nodig. Blijkt het volume onvoldoende, dan is regionale of landelijke concentratie van de behandeling het overwegen zeker waard. Concentratie hoeft niet altijd fysiek te gebeuren, maar kan ook virtueel plaatsvinden door onderlinge afspraken en verdeling tussen centra.
Voor een dergelijke nationale of regionale verandering zijn uiteraard samenwerking en (politiek) draagvlak belangrijke randvoorwaarden. Hierbij kan opgevoerd worden dat eerst bewijslast geleverd moet worden, maar dit is onnodige weerstand. Concentratie (even ervan uitgaande dat lokale beschikbaarheid geen rol speelt) en een organisatie volgens een lijnmodel, leiden beiden tot hogere efficiency en kwaliteit. Het zijn voorbeelden van verandering waarbij je niet a priori hoeft te meten om dat te weten. Daarnaast zijn er voldoende goede praktijkvoorbeelden om dit te staven.

3.3.4 JOB-SHOP-MODEL, DE INTRODUCTIE VAN VALUE-MANAGED HEALTHCARE (VMHC)

Voor heterogene en co-morbide patiëntgroepen is het lastig om tot vergelijkbare resultaten te komen en dus om patiënt-relevante uitkomsten met elkaar te vergelijken als basis voor zorgverbetering of -bekostiging. Er zijn geen uitkomsten op holistisch patiëntniveau, hooguit op onderliggende lijnmodellen of routines, dus op deeluitkomsten (dit zagen we al in paragraaf 3.2).

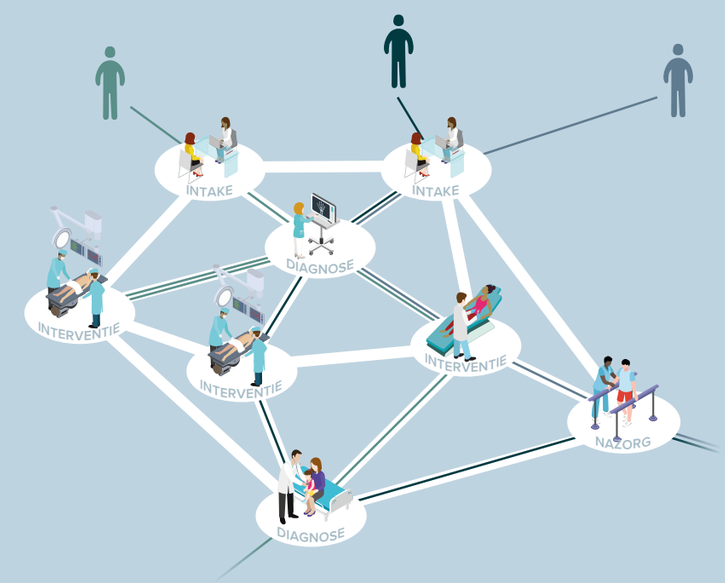
Daarnaast betekent heterogeniteit: multidisciplinaire diagnostiek en een veelheid aan interventies die patiënten op vele verschillende manieren doorlopen. Er is dus geen sprake van één of enkele eenduidige patiëntpaden, waardoor het geen enkele zin heeft om zorgstappen hard te integreren.

Door de behoefte aan flexibiliteit ontstaat er een netwerk van maatwerk- en routine-diagnostiek en interventies waar patiënten kriskras doorheen bewegen. Een dergelijke situatie waarbij verschillende verrichtingen in verschillende volgorden uitgevoerd kunnen worden heet logistiek gezien een job-shop-model, oftewel een werkplaats (zie Figuur 9).

FIGUUR 9

HET JOB-SHOP MODEL

Het job-shop-model voor een heterogene patiëntpopulatie die een op maat multidisciplinair behandeltraject volgt



Een ‘werkplaats’ zonder chef wordt een chaos. Toch worden vele zorgprocessen op deze manier uitgevoerd en ‘aangestuurd’ vanwege de aard van de patiëntgroep en/of het ziektebeeld.

Hierbij heeft niemand het volledige overzicht en de patiënt wordt potentieel van het kastje naar de muur gestuurd. Ook de informatiestromen zijn onduidelijk, waardoor miscommunicatie ontstaat of informatie verloren gaat. Daarnaast is er geen integrale verantwoordelijkheid over het eindresultaat. Geen ideale situatie om op doelmatigheid, kwaliteit en patiënt-relevante uitkomsten te kunnen sturen!

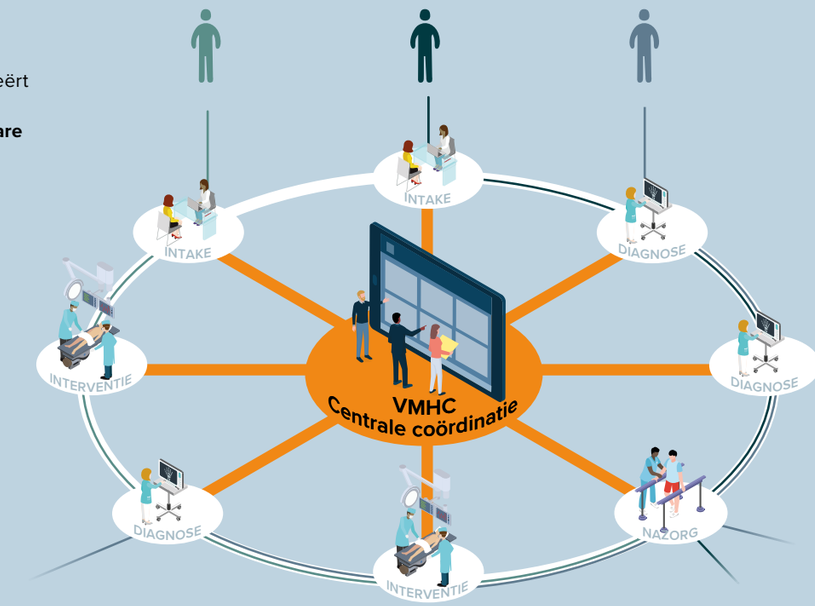
Maar als we VBHC ruimer interpreteren en positioneren is voor een dergelijke zorgsituatie een oplossing waarmee veel winst te behalen valt. In plaats van harde integratie en een Integrated Practice Unit (IPU), moeten we hier kiezen voor coördinatie, oftewel virtuele integratie: de introductie van een ‘werkplaatschef’ die de patiënt volgt en overzicht houdt over het op maat uitgevoerde patiëntpad. Value-Managed Healthcare (VMHC) in plaats van Value-Based Healthcare (VBHC)! Dit stroomlijnt zorginterventies rond de patiënt, creëert overzicht en inzicht in hoe deeluitkomsten samen optellen tot een integrale patiëntuitkomst.

In de cases zien we hier aansprekende voorbeelden van. Cardiologie Centra Nederland, XpertClinic en Punt voor Parkinson hebben alle drie centrale patiëntcoördinatie ingevoerd en spreken allemaal over de doelmatigheids- en kwaliteitswinsten die dit heeft opgeleverd. In feite wordt het min of meer organische job-shop-model vertaald en omgebouwd naar een gestructureerd hub-and-spoke-model (zie Figuur 10).

FIGUUR 10

HUB-AND-SPOKE MODEL

Transitie van het job-shop-model naar het hub-and-spoke-model creëert de mogelijkheid voor **Value-Managed Healthcare** (VMHC).



Een centraal coördinatiepunt zorgt ervoor dat bundeling, overzicht en sturing ontstaat op de patiëntpopulatie, alle individuele zorgprocesstappen per patiënt én alle daarmee samenhangende informatiestromen. Hierbij hoeven het patiëntpad en de onderliggende diagnostiek en interventies, in principe niet anders georganiseerd te worden, wat een enorm voordeel is vanuit het oogpunt van verandermanagement. Een belangrijke randvoorwaarde waar wel naar gekeken moet worden is een ondersteunende data-infrastructuur. Soms kan een extra schil bovenop bestaande IT-systemen volstaan.

Cardiologie Centra Nederland en Punt voor Parkinson zijn mooie lokale voorbeelden van hoe VMHC in de praktijk is ontstaan en werkt wanneer er sprake is van een job-shop-achtige situatie. Beide organisaties hebben een coördinatiemodel geïntroduceerd om de zorg beter te organiseren. Coördinatie en afstemming vindt plaats over de grenzen van de eigen organisatie, inclusief de eerste en tweede lijn. Cardiologie Centra Nederland doet dit voor een laag-complex ziektebeeld en Punt voor Parkinson voor een hoog-complexe patiëntgroep.

Maar hier moet het niet bij blijven! Het is op zich bijzonder, en eigenlijk onacceptabel, dat een initiatief als Punt voor Parkinson moeite heeft met verdere landelijke opschaling vanwege bekostigingsproblematiek en conflicterende belangen. Hoe we in de breedte dergelijke zorgprocessen binnen onze zorgsystemen organiseren en aansturen, zou een integrale en gedragen visie moeten zijn. Hoe VMHC in de breedte eruit kan zien beschrijven we in hoofdstuk 4 vanuit het oogpunt van zorg voor ouderen, en behandelen we in algemene zin in hoofdstuk 6.

3.4 VBHC OF VMHC: WEET WAAR JE STAAT EN NAAR KIJKT

Rond de vraag ‘VBHC, wanneer wel en wanneer niet?’ kunnen we concluderend stellen dat hierbij drie belangrijke zaken een rol spelen:

1. **Weet waar je aan begint (paragraaf 3.1)**
   Met welk doel wil ik VBHC-principes implementeren? Waar zit potentieel voor de grootste winst in patiëntwaarde of waar gaat patiëntwaarde nu het meest verloren?

   Hierbij is het belangrijk om naar de wensen en ervaringen van patiënten te luisteren. Deze kunnen je soms verrassen! In het definiëren van de ambitie en focus is het verder belangrijk om vanuit verandermanagement oogpunt te begrijpen waar de energie van de organisatie en eventuele samenwerkingspartner(s) zit. Dit alles bepaalt of je gaat bewegen langs de uitkomsten-as of langs de integratie-as, of langs beide. Het is goed te beseffen dat een beweging langs de integratie-as meestal ook een (indirect) effect heeft op uitkomsten(sturing). Andersom geldt dit niet (zie paragraaf 2.2.1).

Vervolgens is de fundamentele vraag of de situatie zich leent voor VBHC in zijn pure vorm of dat de organisatie enkele VBHC-principes gaat toepassen (zie punt 2 en 3 hieronder).

2. **Weet waar je naar kijkt (paragraaf 3.2)**
   Leent het ziektebeeld zich voor sturen op patiëntuitkomsten? Is de patiëntgroep voldoende homogeen en zijn de volumes groot genoeg om zinnige uitspraken te kunnen doen?

   Het verdient aanbeveling om de vragen (A tot en met H uit paragraaf 3.2) over de meetbaarheid en bruikbaarheid van uitkomsten binnen het betreffende ziektebeeld te doorlopen. Dit bepaalt hoezeer een organisatie met patiëntuitkomsten sturing aan de slag kan, of dit überhaupt mogelijk is of dat eerst andere randvoorwaarden ingevuld moeten worden.

3. **Weet waar je staat (paragraaf 3.3)**
   Leent het zorgpad, of de zorgpaden, zich voor harde integratie, voor coördinatie of voor geen van beide? Waar zit mijn zorgaanbod in het zorgsysteem en wat is het model (agile-, routine-, lijn-, of job-shop-model)?

   Besef waar de geleverde diagnostiek of interventie zich in het zorgsysteem bevindt en hoe de interacties zijn met andere zorgaanbieders in het zorgsysteem (Figuur 11). Hoe ziet het patiëntpad er op dit moment uit? Een zorgpad-analyse kan inzicht geven waar op dit moment potentieel veel patiëntwaarde verloren gaat, winst te halen valt en waar eventueel doodlopende straten op de loer liggen. Ook bepaalt dit of integratie/VBHC (bij een lijnmodel) of coördinatie/VMHC (bij een job-shop-model) de beste aanvliegroute is om de zorg optimaler te organiseren.

13 Een hub-and-spoke-model dat alleen onderliggende zorgstraten (lijnmodellen) coördineert en aanstuurt (zoals Xpert Clinics), heeft uiteraard dezelfde toepasbaarheid van uitkomststuring als een opzichzelfstaand lijnproces.

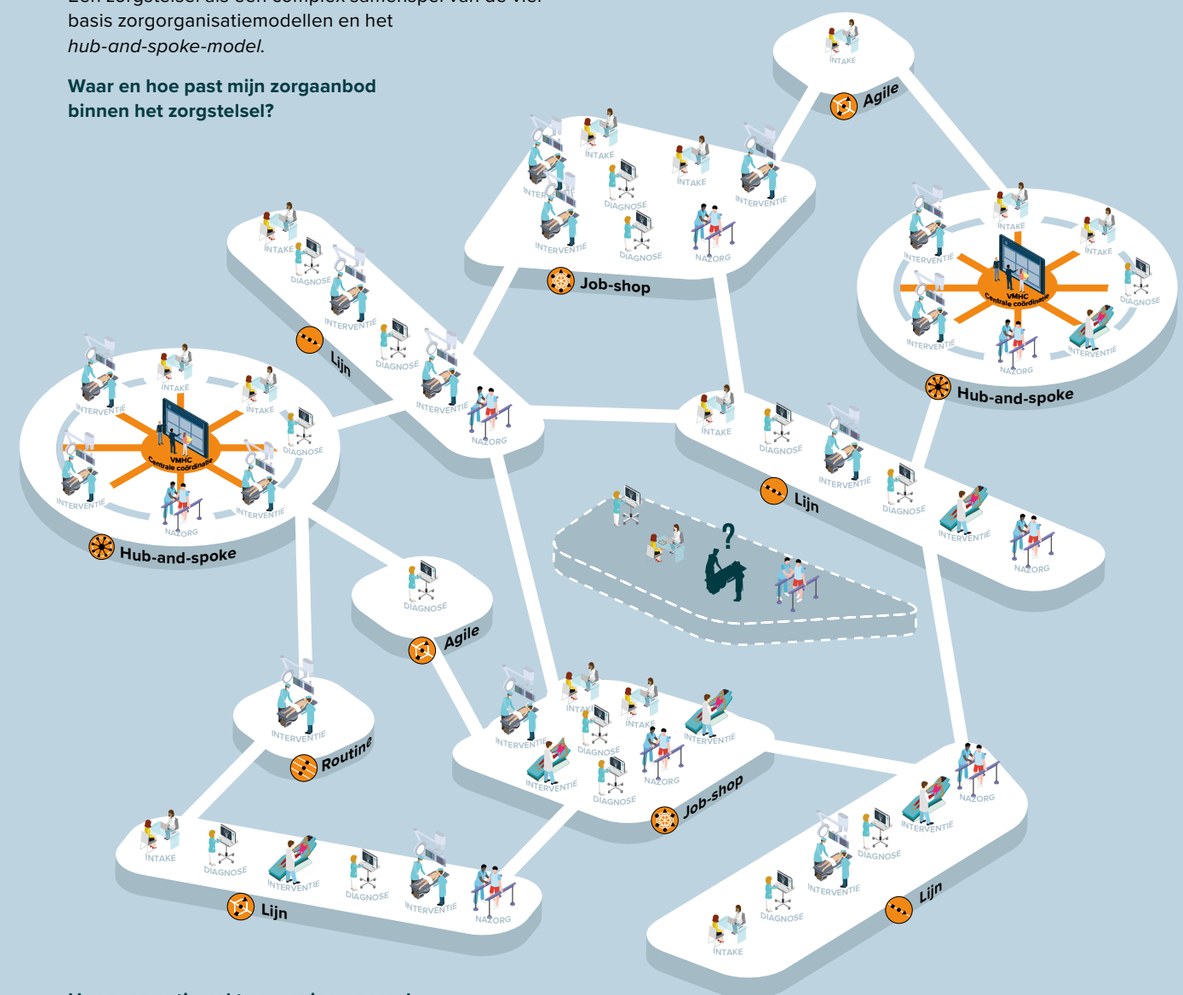
Naast de toepasbaarheid van integratie of coördinatie, zegt het zorgorganisatiemodel ook iets over de toepasbaarheid van sturing op patiëntuitkomsten. Deze is hoog bij een routine- en lijnmodel en laag bij een agile-model en job-shop-model. Het verbeterde job-shop-model in de vorm van een hub-and-spoke-model verhoogt de toepasbaarheid van sturing op patiëntuitkomsten[13]. Als we de 4 + 1 organisatiemodellen schematisch plotten op het Vintura VBHC-model (2017), dan zien we in één oogopslag de potentiële VBHC-toepasbaarheid (zie Figuur 12).

FIGUUR 11

POSITIE IN HET ZORGSTELSEL

Een zorgstelsel als een complex samenspel van de vier basis zorgorganisatiemodellen en het *hub-and-spoke-model.*

Waar en hoe past mijn zorgaanbod binnen het zorgstelsel?

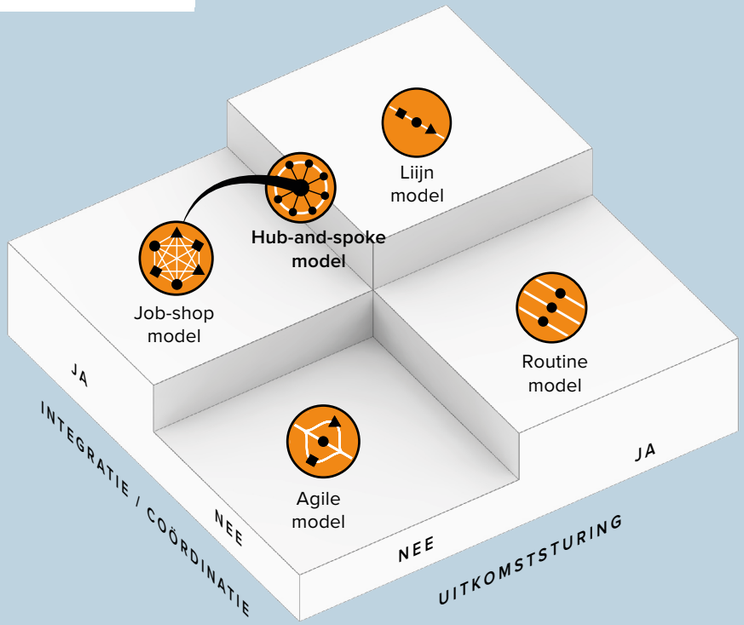


Hoe zorg optimaal te organiseren rondom het ziektebeeld en de patiënt?
Hoe te interacteren en samen te werken met andere zorgaanbieders?

FIGUUR 12

TOEPASBAARHEID PER ORGANISATIEMODEL

Toepasbaarheid van VBHC-principes voor ieder van de zorgorganisatiemodellen.



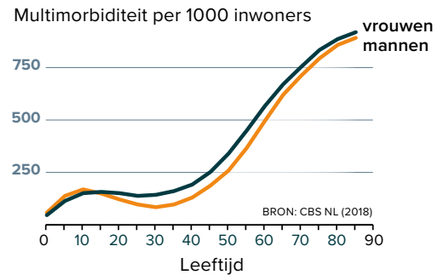
HOOFDSTUK 4

ZORG VOOR OUDEREN: VMHC IN PLAATS VAN VBHC

VMHC IN PLAATS VAN VBHC VOOR OUDEREN

MULTIMORBIDE EN HETEROGENE OUDERE PATIËNT ONGESCHIKT VOOR VBHC IN PURE VORM

Om de complexe en groeiende zorgvraag van multimorbide oudere patiënten het hoofd te kunnen bieden moeten we voor het zorgaanbod naar een ander ordenend principe zoeken dan alleen VBHC.

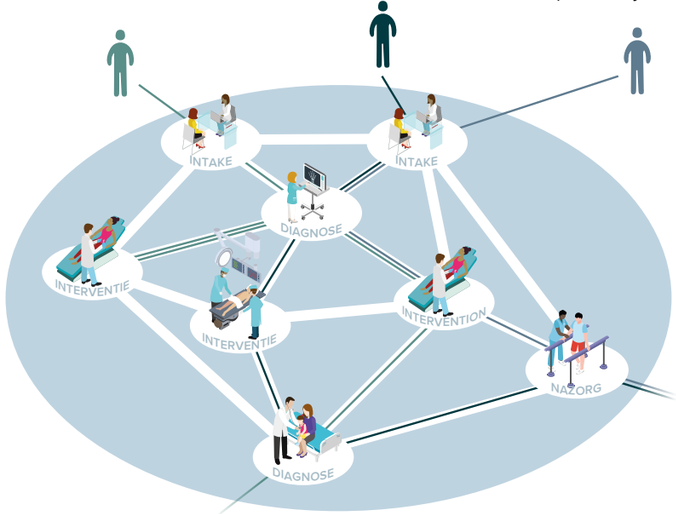


NIET ÉÉN EENDUIDIG ZORGPAD

Vanwege de heterogeniteit en multimorbiditeit bij ouderen is er nooit sprake van een enkel ziektebeeld, en binnen de ziektebeelden zelf is er meestal ook geen sprake van één zorgproces. Dit betekent dat ouderen met meerdere aandoeningen per definitie in (een gelaagd) *job-shop-model* zitten.

GEEN UITKOMST STANDAARD

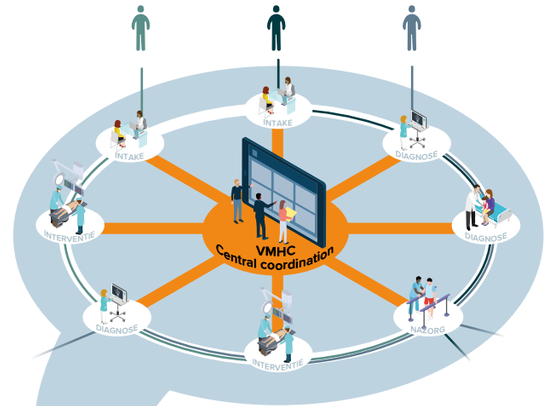
Heterogeniteit en multimorbiditeit maken standaardisatie en normalisatie van uitkomsten complex. Hoe complexer en ouder de patiënt, des te belangrijker het wordt om niet te sturen op de beste uitkomst van een enkele interventie, maar om te sturen op een integrale uitkomst op maat voor de patiënt, waarin alle factoren in de situatie van die patiënt zijn meegewogen.



Job-shop model

ZORG VOOR OUDEREN VEELAL GEORGANISEERD VOLGENS JOB-SHOP MODEL

Oudere patiënten doorlopen in veel gevallen een zorgpad volgens het job-shop model, waarbij er beperkt overzicht en coördinatie is wat leidt tot sub-optimale resultaten, fouten, onder-en overbehandeling, etc. Aangezien de oudere populatie blijft groeien moeten we op zoek naar betere oplossingen om de gezondheidszorg toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief hoog te houden: value managed healthcare (VMHC).



Hub-and-spoke model

VMHC: COÖRDINATIE IN PLAATS VAN INTEGRATIE RONDOM HET ZIEKTEBEELD

Bij VMHC ligt, anders dan bij VBHC, de focus op coördinatie en niet op integratie van de zorg. Het onderscheidende ordenende criterium is niet de organisatie van de zorg zelf, maar de coördinatie waarmee de patiënt op dat moment, in de specifieke persoonlijke situatie, naar het best passende zorgaanbod geleid wordt. Op deze manier wordt het patiëntpad gecoördineerd en gestuurd naar op maat gemaakte relevante patiëntuitkomsten. Men zou kunnen beginnen met het coördineren rondom één ziektebeeld van een multimorbide oudere patiënt, bijvoorbeeld bij Parkinson.

VMHC: COÖRDINATIE VAN MEERDERE ZIEKTEBEELDEN OP MACRO-NIVEAU

Het volgende niveau van VMHC is het coördineren van meerdere ziektebeelden op macro niveau. Hierbij kan het centrale coördinatiepunt samenwerken met ziektebeeld-specifieke coördinatiepunten: VMHC op micro-niveau. Gegeven de heterogeniteit en multimorbiditeit van de oudere patiënt is het moeilijk om een individuele patiëntuitkomst te vergelijken met een benchmark (VBHC). Maar, zodra VMHC op enige schaal georganiseerd is kunnen algemene correlaties en inzichten gecreëerd worden op patiëntgroep- of populatieniveau, en hiermee kan de zorg voor toekomstige generaties worden verbeterd.

IN DE ZORG VOOR OUDEREN KAN SIGNIFICANTE WAARDE WORDEN GECREËRD MET VMHC
Coördinatie van zorg rondom één of meerdere ziektebeelden

4.1 SPECIFIEKE UITDAGINGEN BIJ ZORG VOOR OUDEREN: HOE EN WAAR CREËREN WE WAARDE?

We worden steeds ouder in Europa. In een land als Nederland neemt in de periode van 2019 tot 2040 het aantal mensen met een leeftijd van 75 jaar of ouder toe met 86%. In dezelfde periode neemt het aantal mensen met een leeftijd van 90 jaar of ouder toe met 151%[14]. Die hogere ouderdom komt met een prijs: met de leeftijd stijgt ook het aantal aandoeningen dat iemand heeft. In Nederland had in 2018 meer dan 85% van de mensen boven de 75 jaar meer dan één chronische aandoening[15]. Dat staat nog los van de sterk toenemende kans om met het klimmen van de jaren te worden geconfronteerd met een niet-chronische aandoening zoals kanker.

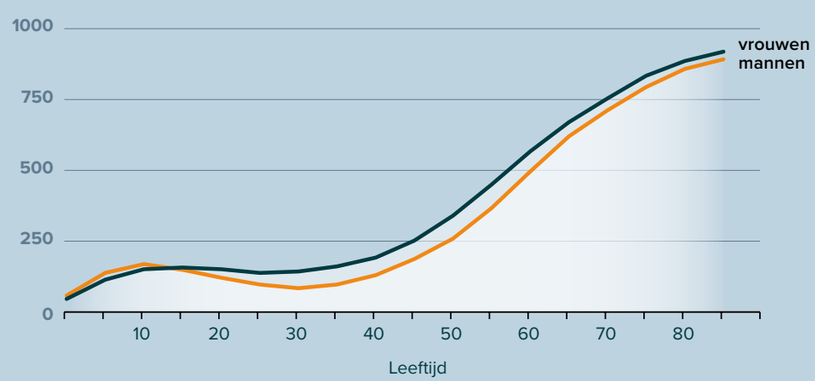
14 https://www.rivm.nl/infographic-impact-van-vergrijzing

15 https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie

FIGUUR 13

COMORBIDITEIT PER LEEFTIJDSGROEP

Aantal per 1000 inwoners. Comorbiditeit op 1 januari 2018 in Nederland.



De optelsom van al deze aandoeningen bij ouderen heeft een enorme impact op de zorgvraag en het zorgaanbod. De zorgvraag neemt in volume toe en wordt kwalitatief complexer, doordat aandoeningen invloed op elkaar hebben en daarnaast op verschillende manieren impact hebben op de kwaliteit van leven. Het zorgaanbod dat nog traditioneel is opgedeeld in de silo's van de eerste lijn, de tweede lijn en de langdurige verzorging, en dat zeker aan de curatieve kant van het spectrum een focus heeft op enkelvoudige interventies, kan moeilijk uit de voeten met de multimorbide oudere patiënt. Het zorgaanbod kampt bovendien met steeds grotere personeelstekorten, zo schetsten we al in hoofdstuk 1. Bij ongewijzigd beleid moet in 2040, in een land als Nederland, binnen de totale beroepsbevolking één op de vier werkzaam zijn in de zorg om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Zou dit al haalbaar zijn, dan is het dusdanig kostbaar en ontwrichtend voor de economie, dat de maatschappelijke nadelen niet opwegen tegen het voordeel: voldoende handen aan het bed.

Niet alleen het formele zorgaanbod worstelt met de complexe gestapelde zorgvraag van oudere patiënten. Ook de directe of ondersteunende zorg van de vele mantelzorgers (informele zorg) staat onder steeds grotere druk. Bovendien leidt de forse vergrijzing tot een forse afname van het aantal mantelzorgers, omdat de mantelzorger van nu gaandeweg op een leeftijd komt waarop hij zelf zorgbehoevend wordt. Tussen 2019 en 2040 wordt in een land als Nederland een potentiële afname van maar liefs 57% in de beschikbaarheid van mantelzorgers voorspeld.[16]

16 https://www.rivm.nl/infographic-impact-van-vergrijzing

De zorgreis van multimorbide oudere patiënten is divers en complex. De patiënt die leidt aan een stapeling van klachten is in de praktijk niet per definitie geholpen met een stapeling van enkelvoudige interventies die elk op zich geoptimaliseerd zijn volgens de principes van VBHC. Voor de complexe en gestapelde zorgvraag van een sterk vergrijzende populatie lijkt VBHC maar in beperkte mate antwoorden te kunnen bieden.

Een voorbeeld. Een heupoperatie waarbij een heupprothese wordt geplaatst is een schoolvoorbeeld van het soort interventies dat via VBHC geoptimaliseerd kan worden (het betreft immers een lijnmodel). Die optimalisatie is van grote waarde voor een gezonde of redelijk gezonde patiënt die een heupprothese krijgt. Die patiënt kan erop vertrouwen dat in een geoptimaliseerd behandelproces naar een voor hem optimale uitkomst wordt toegewerkt. Maar wanneer de patiënt leidt aan een complexe stapeling van aandoeningen, zichzelf nog maar beperkt thuis kan redden en al een fors beroep doet op thuiszorg, dan is het maar de vraag of VBHC tot de beste uitkomst voor deze patiënt leidt. Kan deze kwetsbare patiënt de operatie wel aan, gezien de effecten die de operatie op andere aandoeningen kan hebben? Kan deze patiënt vanuit de complexe thuissituatie wel adequaat revalideren? Kunnen de mantelzorg en de thuiszorg voor deze patiënt thuis een veilige situatie creëren? Heeft de orthopeed die tot de operatie besloten heeft wel het complete medische beeld van deze patiënt?

Tussen de principes van VBHC en optimale zorg voor multimorbide ouderen zitten twee belangrijke mismatches:

1. **Geen gestandaardiseerde uitkomst**
   Zoals we in 3.2 al aangaven, is het definiëren van een min of meer gestandaardiseerde uitkomst bij complexe patiënten vrijwel niet mogelijk. Hoe complexer en ouder de patiënt, des te belangrijker het wordt om niet te sturen op de beste uitkomst van een enkele interventie, maar om te sturen op een integrale uitkomst op maat voor de patiënt waarin alle factoren uit het leven van die patiënt zijn meegewogen. Welke aandoening geeft het meeste last voor de patiënt? Welke interventie draagt in deze fase het meeste bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt? Welke interventies kan deze patiënt aan? Wat is het effect van deze interventie op de andere aandoeningen van de patiënt? Welke interventies kunnen gedragen en ondersteund worden door de omgeving van de patiënt?

2. **Geen geïntegreerd zorgproces**
   Vanwege de heterogeniteit en comorbiditeiten bij ouderen is nooit sprake van een enkel ziektebeeld, en binnen de ziektebeelden meestal ook niet van één zorgproces. Dit betekent dat ouderen met meerdere aandoeningen per definitie in (een gelaagd) job-shop-model zitten. Als er binnen dat job-shop-model her en der zorgstraten voorkomen, creëren ouderen uitzonderingen en variatie. Waar een geïntegreerd proces in een ‘straatje’ voor een reguliere patiënt wenselijk is en bijdraagt aan de beste uitkomst, is dat bij een complexe oudere patiënt lang niet altijd het geval.

Het geoptimaliseerde proces past vaak slecht bij een patiënt die een complex samenspel van aandoeningen heeft en waarbij tijdens de behandeling rekening gehouden moet worden met allerhande factoren die bij de reguliere patiënt niet spelen. Het kan bijvoorbeeld nodig zijn om extra diagnostiek toe te passen vanwege allerhande risicofactoren die samenhangen met chronische aandoeningen. En de geoptimaliseerde uitkomst waarbij de patiënt zo snel mogelijk ontslagen wordt uit het ziekenhuis om vervolgens vanuit huis te revalideren, past slecht bij een patiënt die vanwege beperkte zelfredzaamheid sterk afhankelijk is van een mantelzorger die ook al op leeftijd is.

De optimale zorg voor oudere multimorbide patiënten heeft alle kenmerken van een job-shop-model op macroniveau: meerdere complexe interventies in een heterogene patiëntengroep.

4.2 VMHC ALS OPLOSSING VOOR OUDEREN

Om de complexe groeiende zorgvraag van multimorbide ouderen het hoofd te kunnen bieden moeten we voor het zorgaanbod naar een ander ordenend principe zoeken dan VBHC. Een principe waarmee we waarborgen dat deze groeiende groep passende zorg krijgt en waarmee we tegelijkertijd voorkomen dat de formele en de informele zorg overbelast raken. Een ordenend principe dat leidt tot de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek. Deze zorg vraagt absoluut om Value-Managed Healthcare (VMHC, zoals besproken in paragraaf 3.3.4)!

Bij VMHC ligt, anders dan bij VBHC, de focus op coördinatie en niet op integratie van de zorg. Het onderscheidende ordenende criterium is niet de organisatie van de zorg zelf, maar de coördinatie waarmee de patiënt op dat moment, in de specifieke persoonlijke situatie, naar het best passende zorgaanbod geleid wordt.

In de ideale wereld kan de patiënt zelf, al dan niet ondersteund door een mantelzorger, deze coördinatie ter hand nemen. Niemand kent de patiënt immers beter dan de patiënt zelf. En niemand kan de beste uitkomst voor de kwaliteit van leven van de patiënt beter definiëren dan de patiënt zelf. Maar het zorgaanbod is verre van transparant. Het vraagt een hoge mate van vaardigheid en kennis om in staat te zijn de juiste keuzes met betrekking tot je eigen zorg te maken. Je moet inzicht hebben in je zorgdata en ook in staat zijn die te interpreteren. Je moet inzicht hebben in het zorgaanbod en voldoende kennis hebben om kwaliteit en specifieke bijzonderheden te selecteren. Dit is voor de meeste zorgprofessionals al een zeer complexe uitdaging. De kans dat de oudere multimorbide patiënt of de mantelzorger over de benodigde kennis en vaardigheden beschikt is nihil.

Dat betekent dat het noodzakelijk is de coördinatie op een andere manier te organiseren. Het vereist het inrichten van een coördinatiefunctie, die als een buddy de complexe en kwetsbare patiënt door het zorgproces loodst en daarmee invulling geeft aan VMHC (zie Figuur 14).

Deze coördinatiefunctie ontstaat niet vanzelf en stelt eisen aan het zorgstelsel en de onderliggende data-infrastructuur. Voor optimale coördinatie door het zorgveld moet de coördinator toegang hebben tot alle relevante zorgdata van de patiënt, bij voorkeur aangevuld met informatie over de persoonlijke situatie van de patiënt[17]. Daarnaast is inzage nodig in relevante proces- en uitkomstdata van de zorgaanbieders, zodat afgewogen keuzes gemaakt kunnen worden over welke zorg op welke plek en op welk moment het beste geleverd kan worden.

Het bijeenbrengen van al deze informatie is geen sinecure in een zorgveld dat is opgedeeld in silo's, waarbinnen elke zorgaanbieder een eigen patiëntendossier onderhoudt, uitwisseling van data over dezelfde patiënt tussen verschillende zorgaanbieders zowel praktisch als juridisch al een uitdaging is, en patiënten zelf geen integrale toegang hebben tot hun medische data.

Maar die complexiteit moet geen reden zijn om niet te beginnen met het inrichten van een goede zorgcoördinatiefunctie om VMHC te kunnen organiseren. Door te starten met het bundelen van de informatie die al beschikbaar is (uitkomstdata en patiëntdata) en door samen met de multimorbide patiënt die interventies te kiezen die het meest bijdragen aan de kwaliteit van leven van deze patiënt, worden al snel forse verbeteringen gerealiseerd. Alleen al door te begeleiden in het proces en daarmee bepaalde stappen te stroomlijnen, over te slaan of juist uit te voeren, ontstaat al veel meerwaarde, zonder dat de processtappen zelf (lees: de interventies) geoptimaliseerd hoeven te worden op basis van uitkomsten (zie de case van Punt voor Parkinson).

17 Men zou kunnen argumenteren dat wanneer de huidige privacywetten strikt toegepast worden binnen de zorgsector (bijv. formele toestemming voor het delen van informatie tussen zorgverleners) Dat dit altijd in het voordeel zou zijn van de van patiënten. Wanneer zulke strikte regels toegepast worden is het makkelijker en transparanter om de toestemming te coördineren via een centrale coördinatie-functie, dan door een kriskras netwerk van zorgaanbieders.

FIGUUR 14

CENTRALE COÖRDINATIEFUNCTIE

VMHC binnen zorg voor ouderen door middel van centrale coördinatiefunctie over meerdere ziektenbeelden.

Kortom, alleen door nú te starten, worden zowel de meerwaarde van zorgcoördinatie als de bestaande belemmeringen inzichtelijk. De start is nodig om een beweging in de politiek, het zorgveld en de markt op gang te brengen en de belemmeringen te slechten rond het integraal bundelen en uitwisselen van de benodigde patiëntdata. Tegelijkertijd zetten we in één keer een stap in de richting van doelmatigere en betere zorg.

4.3 VMHC: WAT ZIJN DE VOORDELEN?

Als we doorgaan op de huidige weg, dreigt de zorg vast te lopen in een zorginfarct waarin de patiënt verdwaalt of verstoken blijft van passende zorg en de zorgaanbieders de vraag niet meer aan kunnen. Maar dat zorginfarct hoeft niet te ontstaan als zorgorganisaties nu gericht aan de slag gaan met VMHC. De voordelen zijn in het bijzonder bij de zorg voor multimorbide ouderen groot!

Het vertrekpunt van VMHC is de individuele patiënt. Het doel is voor die patiënt de zorg zó te coördineren (Figuur 14) dat de uitkomst wordt gerealiseerd die voor die patiënt de grootste kwaliteit van leven oplevert.

Om dat waar te kunnen maken is het, zoals we in paragraaf 4.2 schetsten, noodzakelijk dat de coördinator (zie Hoofdstuk 6) toegang heeft tot alle (of in elk geval zoveel mogelijk) relevante zorgdata en patiëntdata. Als in het leven van de patiënt een mantelzorger een grote rol speelt, dan kan ook de informatie van de mantelzorger van grote waarde zijn voor het optimaliseren van het zorgpad van de patiënt.

Aan de hand van alle informatie wordt de zorgreis van de patiënt uitgestippeld door de coördinator, rekening houdend met alle relevante medische, organisatorische en persoonlijke omstandigheden.

De patiënt gebruikt vervolgens alleen die zorg die voor hem of haar persoonlijk van waarde is. Interventies die objectief van waarde zijn, maar die subjectief niet gewaardeerd worden of die persoonlijke bijwerkingen hebben die voor de patiënt te zwaar zijn worden vermeden. Denk bijvoorbeeld aan een te lange reistijd, een te zwaar beroep op mantelzorg, en een intensief revalidatietraject waarvoor de conditie ontbreekt.

Coördinatie zorgt niet alleen voor de juiste zorg op de juiste plek en het juiste moment, maar voorkomt duplicatie, onnodige diagnostiek en communicatiefouten in het zorgproces, dankzij overzicht en bundeling van zorgdata. Alleen de zorg en diagnostiek die meerwaarde kunnen hebben komen nog in aanmerking. En door de georganiseerde centrale coördinatie rond de patiënt kunnen professionals zich volledig richten op de zorg zonder te worden belast met allerhande aanvullende coördinatietaken en logistieke uitdagingen.

Door VMHC optimaliseren we de waarde voor de individuele patiënt en ontlasten we het zorgaanbod en het steeds lagere aantal mantelzorgers. VMHC levert daarmee een forse bijdrage aan het bestrijden van het personeelstekort. Een stelsel met over- en onderbehandeling en verkeerde beslissingen door gebrekkig overzicht wordt een stelsel met passende behandelingen.

Door te starten met VMHC verbetert niet alleen de coördinatie van de zorg. VMHC verandert gaandeweg de zorg zelf. Door zorgcoördinatie ontstaat een virtuele integratie van zorgprocessen rond de patiënt. In eerste instantie lijken dat volledige maatwerkoplossingen. Maar doordat de zorgcoördinatie plaatsvindt vanuit een centrale functie, komt alle data van die virtuele zorgprocessen ook op een centrale plek samen. Door die data goed te analyseren, ontstaan inzichten waarmee ook voor multimorbide ouderen algemene verbeteringen in de zorg gerealiseerd kunnen worden. De optelsom van gecoördineerd maatwerk dankzij VMHC leidt, mits goed geanalyseerd, tot steeds betere zorgpaden voor een multimorbide ouderenpopulatie en tot een continue verbetering van het zorgsysteem. Overzicht leidt daarmee tot inzicht.

De voordelen van VMHC zijn groot. Daarom is het van belang er zo snel mogelijk mee te beginnen. Dat begin zal nog verre van optimaal zijn. Maar ook in een niet optimale situatie kunnen, zoals we in paragraaf 4.2 bespraken, al forse stappen worden gezet. Om ervoor te zorgen dat onze multimorbide ouderenpopulatie straks de zorg krijgt die ze nodig heeft, is het zaak om te beginnen met VMHC en dit stap voor stap verder te optimaliseren.

Een eerste stap kan worden gezet door VMHC te organiseren rond complexe ziektebeelden. De case van Punt voor Parkinson laat zien dat zorgcoördinatie rond de weerbarstige ziekte van Parkinson grote voordelen voor de patiënt oplevert en bovendien tot een besparing in schaarse zorgmiddelen leidt. De volgende stap kan zijn om de coördinatie over ziektebeelden heen vorm te geven en zo écht een integrale ondersteuning voor multimorbide ouderen te bieden (zie Figuur 14).

Een steeds beter geautomatiseerd proces van data uitwisseling en -analyse. Een steeds beter proces van coördinatie. En een steeds beter proces van virtuele zorgpad optimalisatie. Dat zijn de stappen om VMHC steeds verder te optimaliseren en meer waarde te bieden voor patiënten, aanbieders en daarmee voor de maatschappij. Al doende leert men. Maar het begint met doen!

In hoofdstuk 6 zetten we een aantal scenario's uiteen hoe VMHC in te richten.

HOOFDSTUK 5

FARMA: IS VBHC ECHT RELEVANT?

VBHC VOOR FARMA NIET IN IEDERE SITUATIE

VERANTWOORDELIJKHEID NEMEN VOOR PATIËNTUITKOMSTEN IS VOOR FARMA NIET GEMAKKELIJK

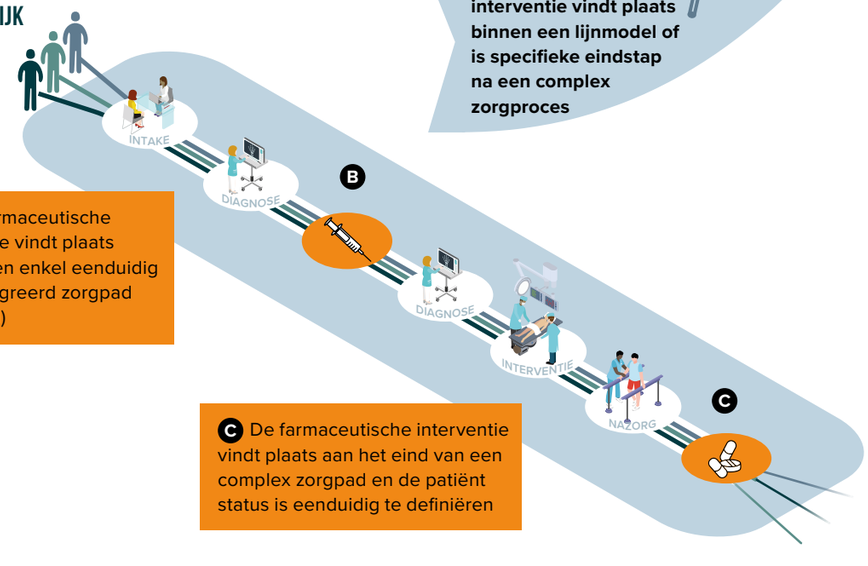
tenzij:

A De farmaceutische interventie is de enige behandeling, waardoor uitkomsten-definitie en uitkomstmeting (en mogelijk bekostiging) een stuk gemakkelijker is

ECHTER, EEN FARMACEUTISCHE INTERVENTIE IS VAAK EEN ROUTINE INTERVENTIE BINNEN EEN MULTI-DISCIPLINAIRE SETTING

IN EEN COMPLEXE MULTI-DISCIPLINAIRE SETTING IS PATIËNTUITKOMSTEN STURING DOOR FARMA BIJNA NIET MOGELIJK

tenzij:



B De farmaceutische interventie vindt plaats binnen een enkel eenduidig en geïntegreerd zorgpad (lijnmodel)

C De farmaceutische interventie vindt plaats aan het eind van een complex zorgpad en de patiënt status is eenduidig te definiëren

STURING OP PATIËNTUITKOMSTEN DOOR FARMA IN EEN MULTI-DISCIPLINAIRE SETTING IS MOGELIJK

als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

Cross-functionele samenwerking en eigenaarschap rond de patiënt-uitkomst

Inzicht in het volledige zorgproces van intake (patiëntmix) tot en met nazorg

De farmaceutische interventie vindt plaats binnen een lijnmodel of is specifieke eindstap na een complex zorgproces

Duidelijke definitie van exacte farmaceutische factoren die van invloed zijn op de patiëntuitkomst

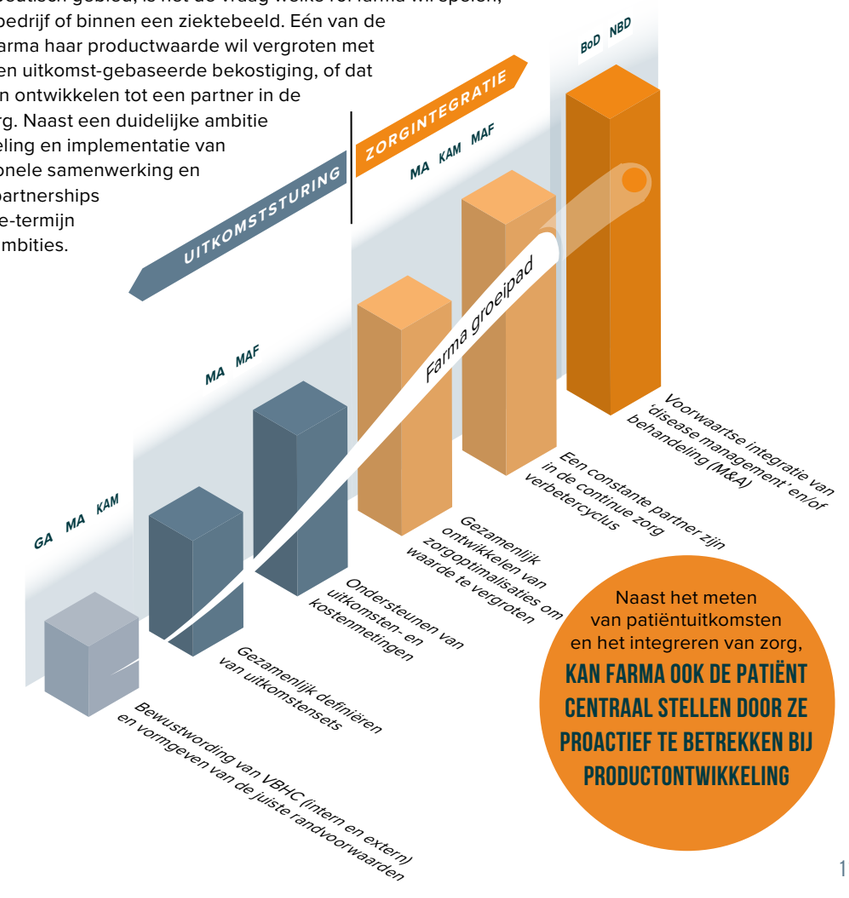
Integrale data-infrastructuur voor dataregistratie, -verwerking en -ontsluiting

Als alternatief voor het meten van patiëntuitkomsten **ZOU FARMA KUNNEN OVERWEGEN OM SURROGAAT UITKOMSTEN OF PATIËNT RESPONSE/NON RESPONSE TE METEN**

DAARNAAST MOET FARMA HAAR VBHC ROL DEFINIËREN

Afhankelijk van de toepasbaarheid van VBHC voor de gehele portfolio, of binnen een bepaald therapeutisch gebied, is het de vraag welke rol farma wil spelen, respectievelijk als bedrijf of binnen een ziektebeeld. Eén van de hoofdvragen is of farma haar productwaarde wil vergroten met uitkomstmetingen en uitkomst-gebaseerde bekostiging, of dat ze zich verder willen ontwikkelen tot een partner in de verbetering van zorg. Naast een duidelijke ambitie vereist de ontwikkeling en implementatie van VBHC cross-functionele samenwerking en multi-stakeholder partnerships gebaseerd op lange-termijn perspectieven en ambities.

MAF	MEDICAL AFFAIRS
MA	MARKET ACCESS
KAM	KEY ACCOUNT MANAGEMENT
GA	GOVERNMENTAL AFFAIRS
BoD	BOARD OF DIRECTORS
NBD	NEW BUSINESS DEVELOPMENT



Naast het meten van patiëntuitkomsten en het integreren van zorg, **KAN FARMA OOK DE PATIËNT CENTRAAL STELLEN DOOR ZE PROACTIEF TE BETREKKEN BIJ PRODUCTONTWIKKELING**

5.1 FARMACEUTISCHE INTERVENTIE: EEN ROUTINE BINNEN EEN MULTIDISCIPLINAIR TRAJECT

De farmaceutische interventie is per definitie een monodisciplinaire, gestandaardiseerde ingreep voor een duidelijk gedefinieerde patiëntgroep (vastgelegd in het geregistreerde productlabel, we laten off-label gebruik even buiten beschouwing). Deze routine bevindt zich meestal binnen een multidisciplinair geheel georganiseerd volgens een lijnmodel of een job-shop-model zoals beschreven in Hoofdstuk 3 (zie Figuur 15).

Door de toenemende druk wil de farmaceutische industrie niets liever dan outcome-based en patient-centered handelen om daarmee hun toegevoegde waarde voor de patiënt en de maatschappij expliciet aan te tonen en zo hun prijzen te rechtvaardigen. Maar hoe doe je dat als je slechts op één specifieke interventie directe invloed hebt, terwijl in een multidisciplinair behandeltraject zoveel meer factoren een rol spelen bij de uiteindelijke patiëntuitkomst? Deze uitkomsten zijn afhankelijk van de verschillende betrokken behandelaars en niet in de laatste plaats ook van de patiënt zelf. Is de patiënt bijvoorbeeld therapietrouw?

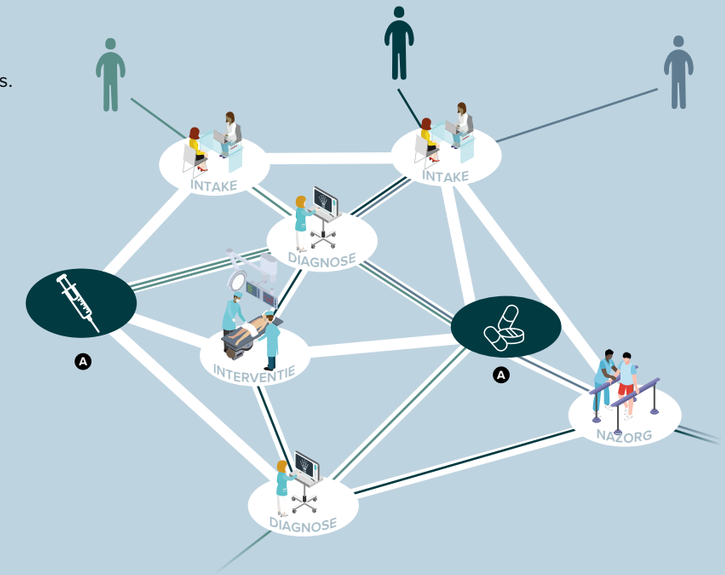
In paragraaf 3.2.2 bespraken we al dat een gestandaardiseerde interventie voor een duidelijk gedefinieerde patiëntgroep (een routine) zich prima leent voor uitkomststuring en bekostiging, maar niet als deze zich in een complexe multidisciplinaire setting bevindt. De farmaceutische interventie bevindt zich doorgaans in een complex geheel aan diagnostiek en interventies. Vindt de farmaceutische interventie ergens in een organische job-shop-achtige setting plaats, dan is de toepasbaarheid van patiënt uitkomststuring voor farmaceutische interventies per definitie laag (Figuur 15 – interventie C).

FIGUUR 15

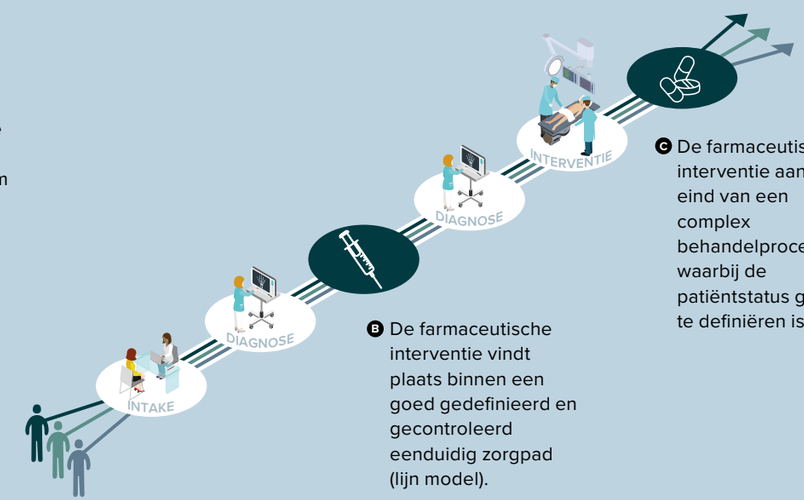
FARMACEUTISCHE ROUTINE-INTERVENTIE

De farmaceutische routine-interventie in een groter geheel aan interventies.

Farmaceutische interventie (A) in een organische job-shop-achtige zorgsetting met lage toepasbaarheid van patiënt uitkomststuring.



Farmaceutische interventie (B en C) in een lijn-model, waarbij het makkelijker is om een correlatie te leggen tussen de farmaceutische interventie(s) en de patiënt-relevante uitkomst aan het eind van het patiëntpad (C) dan halverwege (B).



B De farmaceutische interventie vindt plaats binnen een goed gedefinieerd en gecontroleerd eenduidig zorgpad (lijn model).

C De farmaceutische interventie aan het eind van een complex behandelproces waarbij de patiëntstatus goed te definiëren is.

Bij een lijn-model neemt de toepasbaarheid van uitkomststuring toe, omdat hierin de optelsom en de invloed van individuele interventies op het eindresultaat veel beter inzichtelijk te maken zijn. Denk bijvoorbeeld aan het toedienen van erytropoëtine als voorbereiding op een orthopedische operatie en de invloed hiervan op het patiëntherstel en eindresultaat. Vindt de farmaceutische interventie ergens halverwege het lineaire patiëntpad plaats, dan kan het nog steeds ingewikkeld zijn, doordat vele factoren tegelijkertijd van invloed zijn op het eindresultaat (Figuur 15 – interventie B). Zodra er sprake is van een goed te definiëren patiëntstatus aan het eind van een patiëntpad, waarbij de farmaceutische interventie wordt ingezet om de behandeling af te ronden of meer langdurig het ziektebeeld te managen (bijvoorbeeld bij chronische ziekten), kan er veel makkelijker een correlatie gelegd worden tussen de farmaceutische interventie(s) en de patiënt relevante uitkomsten (Figuur 15 – interventie A).

5.2 UITKOMSTMETING KAN WERKEN BIJ MONODISCIPLINAIRE FARMACEUTISCHE INTERVENTIE

De toepasbaarheid van uitkomststuring en bekostiging is in theorie het hoogst wanneer de farmaceutische interventie (nagenoeg) op zichzelf staat, als een monodisciplinaire therapie. Maar om daadwerkelijk richting uitkomstbekostiging en *pay-for-performance* te kunnen gaan, spelen ook in deze situatie bepaalde randvoorwaarden een rol. Een voor de hand liggende randvoorwaarde is dat een farmaceut voldoende invloed kan hebben op therapietrouwheid van de patiënt. Het aanbieden van applicaties, services of technische oplossingen[18] voor ziekte-management en patiënt zelfmanagement kunnen hierbij uitkomst bieden.

18 Technologische devices die de patiënt aan zijn medicatie herinneren, zoals slimme verpakkingen, of therapietrouw meten, zoals smart pills.

Maar dit is niet alles. In de praktijk worden de kenmerken van het ziektebeeld zelf, die bepalen of uitkomststuring en -bekostiging toepasbaar zijn, soms te weinig in ogenschouw genomen (de acht kenmerken uit paragraaf 3.2).

We nemen een voorbeeld met de farmaceutische interventie in de hoofdrol, dat wil zeggen een voorbeeld waar een farmaceutische interventie in veel gevallen de enige therapeutische interventie is: de hematologie. Door de directe koppeling met het patiëntresultaat en de prijs van de interventie wordt er binnen de hematologie door farmaceuten veel naar uitkomstmeting gekeken, om zo de geleverde patiëntwaarde aan te kunnen tonen. Dit is op zich een nobele en logisch stap. Ondanks dat farmaceutische interventies in de hematologie zich lenen voor uitkomstmeting en -sturing, zitten er toch nogal wat adders onder het gras als je de ziektebeeldkenmerken (zoals genoemd in paragraaf 3.2) bekijkt:

De patiëntgroep of het volume is niet groot genoeg. (kenmerk 3)
Bij sommige hematologische niche-indicaties kan het te lang duren voordat er voldoende patiëntuitkomsten zijn om een onderbouwd bewijs te kunnen leveren

De patiënt-relevante uitkomsten worden door meerdere factoren beïnvloed, die niet alleen te maken hebben met de gemaakte interventie. (kenmerk 4)
In de hematologie kan er sprake zijn van combinatietherapie. Bij combinatietherapie wordt het zeer lastig om een uitspraak te doen per farmaceutische interventie. Wanneer hierbij ook nog meerdere fabrikanten betrokken zijn, dan is dat een extra complicerende factor om aan uitkomstbekostiging te kunnen doen.

Het resultaat manifesteert zich pas op lange termijn. (kenmerk 7)

Een belangrijke patiënt-relevante uitkomst in de hematologie kan 'overleving' zijn. De mate waarin therapieën hierin verschillen manifesteert zich meestal pas op lange termijn. Te lang om daar in het nu op te kunnen sturen of te bekostigen. Er zal dan naar voorspellende factoren gekeken moeten worden, als die er zijn, en eventueel naar hele andere factoren die meer in het 'nu' de kwaliteit van leven van de patiënt bepalen.

Er is een hoge innovatiegraad qua type diagnostiek of interventie (kenmerk 8)

In de hematologie volgen innovatieve farmaceutische interventies elkaar in rap tempo op. Steeds diepere kennis en betere patiënt profilering maken dat het vakgebied continu in beweging is. Hierdoor is de definitie van 'goed' erg veranderlijk. Het wordt erg lastig om uitspraken te doen over de kwaliteit van het resultaat, als de zorgstandaard steeds verbetert en wat uit studies blijkt wat goed is voor de patiënt steeds veranderd. Daarbij is het additionele risico dat met een bepaalde therapie in de tijd onvoldoende ervaring en data worden opgebouwd om statistisch onderbouwd een 'real world' uitspraak te kunnen doen over de werking.

Dit voorbeeld laat zien dat uitkomststuring en -bekostiging, zelfs bij een monodisciplinaire farmaceutische interventie, geen recht-toe-recht-aan-verhaal is. Ook in een dergelijke situatie moet er goed gekeken worden of uitkomstmeting, -sturing en -bekostiging mogelijk en zinnig is (mede aan de hand van de checkvragen A t/m H uit paragraaf 3.2).

Soms moet de concessie worden gedaan om op een deelresultaat te meten[19], sturen en bekostigen, met het risico van sub-optimalisatie.

5.3 PATIËNTUITKOMSTEN IN MULTIDISCIPLINAIR ZORGTRAJECT ZIJN VOOR FARMACEUTEN COMPLEX

Wanneer partijen, ondanks de onderliggende complexiteit, het toch wenselijk achten om in een multidisciplinaire setting de farmaceutische interventie te koppelen aan het patiëntresultaat, dan komt dat met de nodige randvoorwaarden:

1. **Er moet sprake zijn van een lijnmodel of van een specifieke eindstap na een complex proces**
   Om een integrale uitspraak te doen over de uitkomst en hierop te kunnen sturen, moet er een homogene patiëntgroep zijn en daarmee een enigszins gestandaardiseerd zorgpad (lijnmodel).

   Bij een heterogene patiëntgroep of een job-shop-model is integrale sturing op uitkomsten voor farmaceutische interventies nagenoeg onmogelijk. Met uitzondering van een specifieke farmaceutische interventie aan het eind van een complex zorgtraject. Als op het moment van een dergelijke interventie de patiëntstatus eenduidig te definiëren en op te volgen is, zou op patiëntuitkomsten gestuurd kunnen worden.

19 Een surrogaatresultaat (of eindpunt) is een effectmaat van een specifieke behandeling die kan correleren met een echt klinisch eindpunt en waarvan wordt verwacht het klinisch voordeel of nadeel te voorspellen, gebaseerd op epidemiologisch, therapeutisch, pathofysiologisch of andere wetenschappelijk bewijs. [sources: litfl.com/surrogate-outcomes; en.wikipedia.org/wiki/surrogate_endpoint].

2. **Cross-functionele samenwerking en eigenaarschap rond de patiëntuitkomst**
   Integrale samenwerking rond en eigenaarschap van het uiteindelijke patiëntresultaat is een voorwaarde om aan uitkomststuring te kunnen doen. De farmaceutische fabrikant is bijna nooit de eigenaar van het integrale zorgproces of de patiëntuitkomst, maar moet wel duidelijke betrokkenheid hebben in de samenwerking binnen het zorgtraject om deel-verantwoordelijkheid te kunnen nemen over het patiëntresultaat. Zodra naast uitkomststuring ook uitkomstbekostiging wordt ingevoerd, moeten alle partijen - inclusief farmaceuten - onderdeel zijn van de *bundled payment*- of *pay-for-performance*- afspraken en contractering, waarbinnen ieders rol en bijdrage helder is. Op dit moment hebben farmaceuten nog niet altijd een *seat at the table* en worden veelal puur als leverancier gezien. Maar bij integrale uitkomststuring en -bekostiging moeten farmaceutische fabrikanten een van de gesprekspartners aan tafel zijn.

3. **Inzicht in het volledige proces van intake (patiëntmix) tot en met after-care**
   Patiëntuitkomstmeting en -verbetering en de impact van de farmaceutische interventie hierop vragen om inzicht en meten van het gehele proces, inclusief het normaliseren en standaardiseren van zorgprocesstappen. Dit laatste is nodig om tot vergelijkbare resultaten en inzichten te komen, en daarmee aan uitkomststuring en -bekostiging voor farmaceutische fabrikanten en andere zorgaanbieders te kunnen doen.

   Bij een specifieke farmaceutische interventie aan het eind van een complex zorgtraject volstaat het om aan het eind van dit traject de patiëntstatus te definiëren en te meten en daarna het effect van de farmaceutische interventie te monitoren (zie ook punt 1).

4. **Duidelijke definitie van exacte parameters die van invloed zijn op de patiëntuitkomst**
   Een farmaceutisch bedrijf levert geen zorgproces, maar een routine-interventie die valt binnen een bestaand zorgproces. Daarom moet een farmaceutisch bedrijf goed begrijpen welke specifieke medische indicatoren hun product beïnvloedt en hoe deze indicatoren uiteindelijk correleren met welke patiënt-relevante uitkomst(en) (zie ook paragraaf 3.2). Hoe eenduidiger dit is gedefinieerd, des te makkelijker een farmaceut aan uitkomststuring en -bekostiging kan doen. Het is belangrijk de cruciale parameters te destilleren en de meting te beperken tot de essentie: *less is more*. Grote datasets en lange vragenlijsten vertroebelen potentieel de conclusies en worden daarnaast niet duurzaam (van voldoende kwaliteit) gemeten of ingevuld.

5. **Integrale data-infrastructuur voor dataregistratie, -processing en -ontsluiting**
   Om bovengenoemde vier randvoorwaarden te ondersteunen is een goede integrale data-infrastructuur noodzakelijk. Het is belangrijk dat de IT-functionaliteit die wordt opgezet het behandeltraject tussen behandelaar en patiënt faciliteert. Ook is belangrijk dat aggregatie op afdelingsniveau (leren tussen artsen) kan plaatsvinden.

Voor farmaceutische fabrikanten faciliteert deze infrastructuur de registratie van de farmaceutische interventie in relatie tot het patiëntresultaat. Daarnaast is het voor farmaceuten interessant om te kijken naar inzichten op regionaal of landelijk niveau (verschillen tussen ziekenhuizen en regio's) en om eventueel daarnaast geaggregeerde data te gebruiken als input voor wetenschappelijk onderzoek..

Omdat de farmaceutische industrie steeds meer wil en moet bewegen naar uitkomstmeting, -sturing en -bekostiging, proberen fabrikanten in de praktijk deels deze randvoorwaarden zelf in te vullen in samenwerking met zorgaanbieders en betalers:

- Om een waardevolle gesprekspartner te kunnen zijn en om meer proactief te kunnen zijn in de discussies over de waarde van zorg en farmaceutische interventies, richten farmaceutische spelers zich op het analyseren en adviseren rond het patiëntpad (zie de case van Novartis). Dit geeft de farmaceutische industrie een duidelijkere en meer prominente rol in het bepalen van het optimale zorgproces en goed gebruik van geneesmiddelen binnen een bepaald ziektebeeld.

  In deze rol kan de industrie haar kennis van het ziektebeeld inbrengen én eventueel medeverantwoordelijkheid nemen voor het eindresultaat (randvoorwaarde 2). Hiermee veranderen de commerciële, de *medical affairs* en de market access functies in een meer adviserende en co-creërende rol rond zorgoptimalisatie binnen een bepaald ziektebeeld.

- Het traditionele farmaceutische datamodel (het register) gaat uit van een wetenschappelijke insteek en meer lange-termijn ontwikkeling. De huidige trend is dat de farmaceutische industrie steeds meer real-life- en real-time-data wil genereren om de impact en waarde van haar producten aan te tonen en om samen met zorgaanbieders de patiëntzorg te blijven verbeteren. Deze *real world evidence* (RWE) kan op meerdere niveaus in het zorgstelsel gebruikt worden: voor verbetering van het individuele patiënt behandelplan en uitkomstbekostiging (micro), voor aanpassing van medische richtlijnen (meso), en voor lange-termijn wetenschappelijke ontwikkeling (macro).

  De toekomst gaat real world clinical development zijn, om versneld en goedkoper medicijnen naar de markt te kunnen brengen. Zeker voor weesgeneesmiddelen, niche indicaties of steeds kleinere patiëntgroepen vanwege de opkomst van *personalized medicine*, loont het niet, of steeds minder, om langdurige en grootschalige klinische studies op te zetten. Hiervoor kan *real world clinical development* een oplossing zijn, zeker voor nieuwe indicaties rond een bewezen molecuul en dosering waarvoor op grotere schaal al veiligheid is aangetoond.

Het opzetten van een VBHC-initiatief, en het realiseren van de daarbij behorende randvoorwaarden, vraagt om een multidisciplinaire aanpak binnen de farmaceutische organisatie. Onder meer *medical affairs* en *key accountmanagement* (zorgpad analyse en optimalisatie), market access (uitkomstdefinitie, -meting en -contractering) en *governmental affairs* (noodzakelijke randvoorwaarden) moeten betrokken worden.

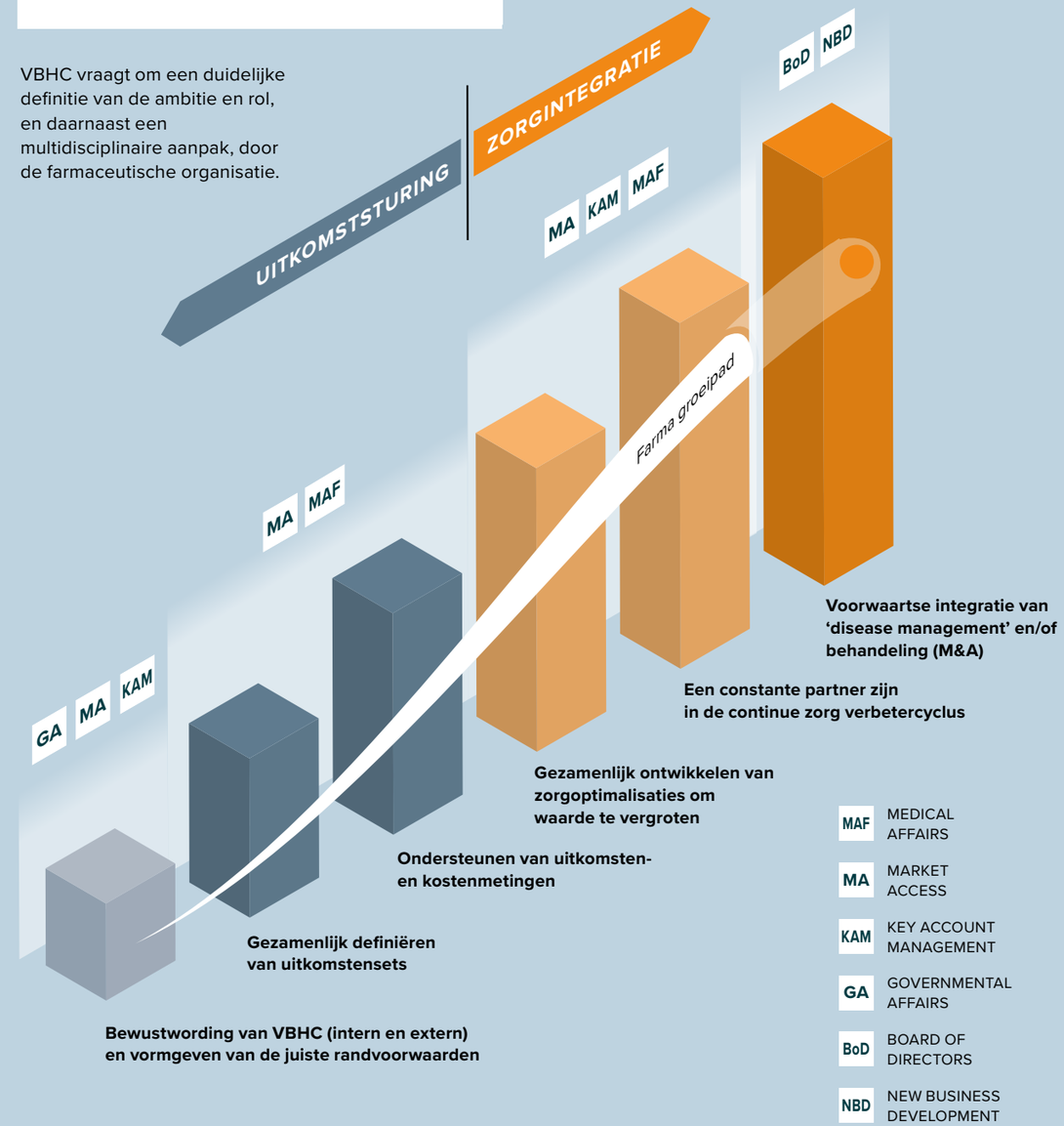
Daarbij is het belangrijk om te bepalen welke rol de farmaceutische partij voor zichzelf ziet (zie Figuur 16). Verder moet er extern samengewerkt worden. Op dit moment ontstaan samenwerkingen tussen farmaceuten en zorgaanbieders om integrale data- en IT-infrastructuren rond bepaalde ziektebeelden op te zetten. Daarbij merken we op dat idealiter dergelijke infrastructuren niet specifiek worden neergezet per ziektebeeld, per ziekenhuis of per producent. Dit vraagt om verdere samenwerking tussen ziekenhuizen onderling en tussen farmaceutische fabrikanten onderling.

5.4 RESPONSMETING ALS BASIS VOOR VERGOEDING IN MULTIDISCIPLINAIRE SETTING

Wanneer de farmaceutische interventie plaatsvindt in een complex geheel aan diagnoses en ingrepen wordt het lastig om het uiteindelijke patiëntresultaat hiermee te correleren. Uitkomstbekostiging is in veel gevallen onmogelijk, omdat de farmaceutische fabrikant slechts invloed heeft op één van de uitkomstbepalende factoren. Een pure binaire response-/non-responsemeting zou hierbij als tussenoplossing kunnen dienen om *pay-for-performance* afspraken te kunnen maken. Daarbij is het wel belangrijk om te onderkennen dat een goede respons niet automatisch een goede patiëntuitkomst betekent, maar het is in elk geval een eerste goede afslag in de bekostiging van resultaat. Daarbij is het juist registreren van de patiëntrespons een randvoorwaarde die in het bestaande behandeltraject opgenomen moet worden en die niet tot te veel extra administratieve lasten moet leidden. De verantwoordelijkheden voor deze registratie moet duidelijk worden afgesproken tussen professional, zorgaanbieder, betaler en farmaceutische fabrikant.

FIGUUR 16

VBHC GROEIPAD VOOR FARMA



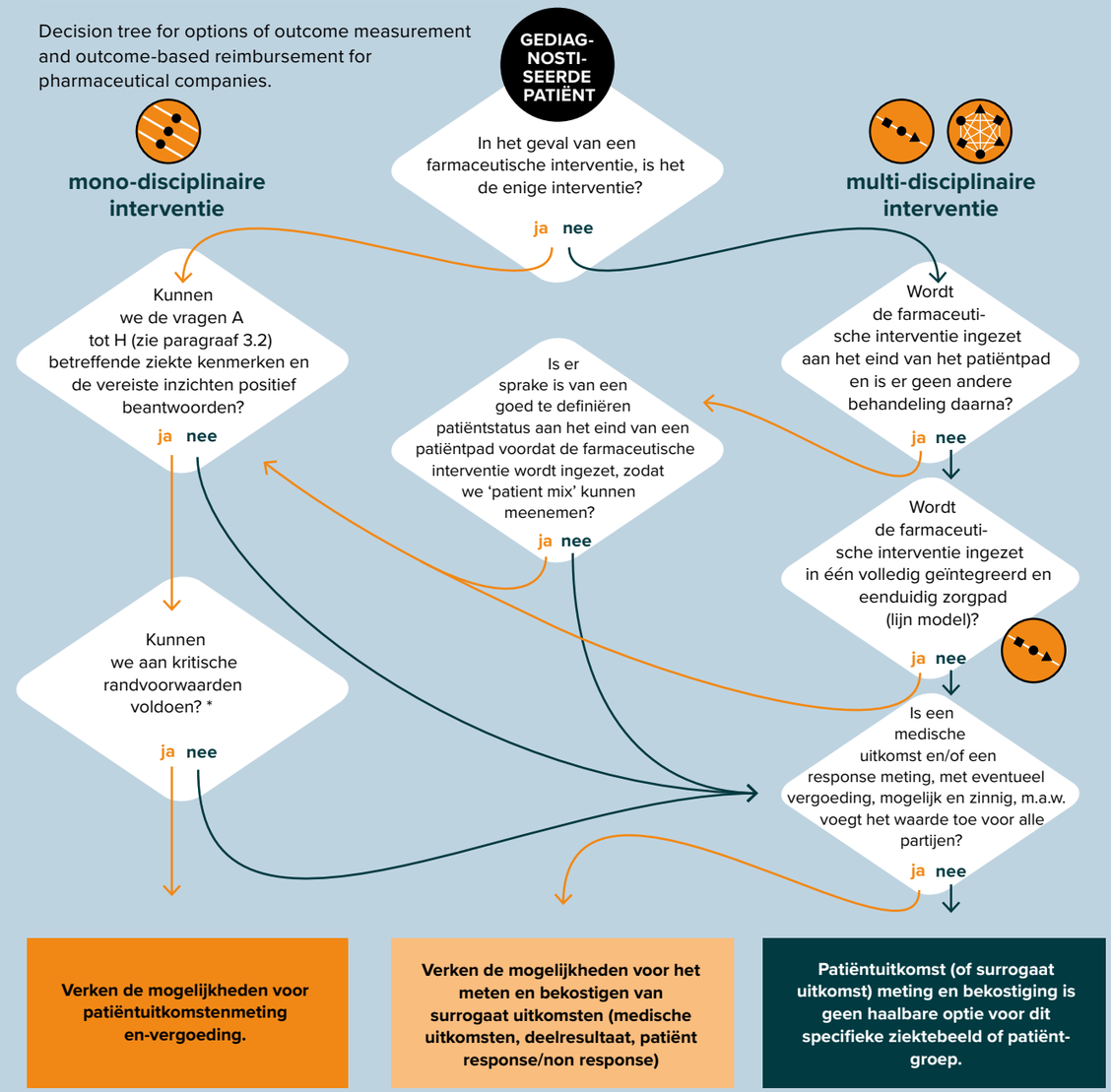
De praktijk heeft uitgewezen dat vervelende *win-lose*-discussies ontstaan wanneer deze registratie wordt onderschat en tussen wal en schip komt te vallen. Dergelijke discussies kennen uiteindelijk alleen maar verliezers. De partij die in een dergelijke situatie financieel wint, verliest tegelijkertijd ook zijn reputatie en vertrouwen. Maar bij duidelijke afspraken en een goed registratieproces kan response/non-responsemeting een goede tussenoplossing zijn voor uitkomstbekostiging in een complexe multidisciplinaire setting.

Concluderend kunnen we stellen dat uitkomstmeting, -sturing en -bekostiging voor farmaceuten geen eenvoudige opgaaf is. De kenmerken van het ziektebeeld en de manier waarop de zorg georganiseerd is bepalen de mate waarin dit mogelijk is. De vorige paragrafen hebben hierin steeds een andere situatie belicht en daarbij de mogelijkheden en randvoorwaarden uiteengezet. Figuur 17 geeft per situatie een beknopt overzicht van de mogelijkheden en onmogelijkheden. Gezien de eisen die uitkomstmeting stelt aan het ziektebeeld, het inzichtniveau en de manier waarop de zorg is georganiseerd, zal integrale patiëntuitkomst meting en bekostiging voor de farmaceutische industrie in het merendeel van de gevallen geen haalbare optie zijn. In de meeste gevallen zal als alternatief uitgeweken moeten worden naar meting op tussenresultaat of patiëntrespons.

FIGUUR 17

FARMA BESLISBOOM

Decision tree for options of outcome measurement and outcome-based reimbursement for pharmaceutical companies.



*) Randvoorwaarden zoals: vertrouwen en gedeelde verantwoordelijkheid tussen zorgleveranciers, integrale data- en IT-infrastructuren, mogelijkheid om uitkomsten te meten en transparantie te creëren langs het zorgpad, en mogelijkheid om te corrigeren voor patiëntmix.

5.5 ULTIEME BEWEGING: VAN PRODUCT-LEVENSCYCLUS NAAR PATIËNT-LEVENSCYCLUS?

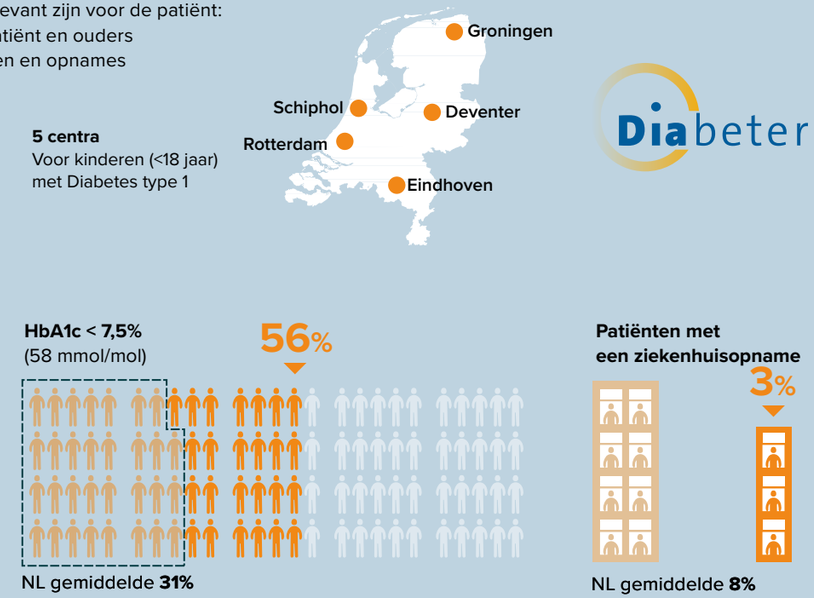
In de vorige paragraaf noemden we de randvoorwaarden voor uitkomststuring door farmaceuten. De eerste drie hadden te maken met het feit dat een farmaceut een behoorlijke mate van invloed en controle moet hebben op het patiënt eindresultaat om mede-verantwoordelijkheid te kunnen dragen. Dat wil zeggen: aanwezigheid van een redelijk homogene patiëntgroep en een of enkele eenduidige zorgpaden, samenwerking en een *seat-at-the-table*, en integrale meting langs het patiëntpad. Wat nu als een fabrikant deze randvoorwaarden in één keer zelf invult? In dat geval neemt de fabrikant eigenaarschap van (een deel van) het zorgproces en spreken dan over voor- of achterwaartse integratie. De fabrikant neemt dan bijvoorbeeld (een deel van) de behandeling over, zoals bijvoorbeeld Fresenius die als fabrikant van filters in nierdialysecentra in Duitsland is gestapt. Of de fabrikant richt zich op *disease management* of secundaire preventie, zoals Medtronic die in Nederland Diabeter centra heeft overgenomen voor type-1 diabeteszorg. Allerlei variaties zijn mogelijk, maar het is belangrijk om te beseffen dat het businessmodel hierbij verschuift van product leverancier naar service- en care-provider. Doordat de rol van de fabrikant verandert, verandert ook de dynamiek tussen externe stakeholders en bestaande klanten. Dit kan spanning opleveren. Vaak wordt er met argusogen gekeken wanneer een fabrikant zich op dit pad beweegt. En soms past het niet binnen de wettelijke kaders.

Toch is het jammer als dit soort vormen van zorgintegratie worden tegengehouden of onvoldoende een kans krijgen. Integreren van de zorg rond de patiënt verhoogt doorgaans de kwaliteit en verlaagt de kosten (Zie Figuur 18).

FIGUUR 18

VERBETERING VAN UITKOMSTEN DOOR DIABETER

Implementatie van alle VBHC principes.
Focus op uitkomsten die relevant zijn voor de patiënt:
• Kwaliteit van leven voor patiënt en ouders
• Aantal ziekenhuis bezoeken en opnames



Bron: https://diabeter.nl/en/go-to/value-based-healthcare

De redenen noemde we al eerder: beter zicht op de individuele patiënt, meer transparantie binnen het ziektebeeld, minder miscommunicatie en fouten, enzovoort. De fabrikant kan kennis en kunde inbrengen en verder uitbouwen binnen een specifiek ziektebeeld, waarmee ook innovatie impulsen krijgt. Het grote voordeel is daarnaast dat de opgebouwde reputatie, expertise en rol in het zorgsysteem niet verandert op het moment dat een product uit patent loopt. Daarmee blijven investeringen die gedaan zijn om kennis en positie op te bouwen behouden.

Sterker nog, om geaccepteerd te worden en geloofwaardig te blijven, moet de fabrikant uit het oogpunt van 'de beste zorg voor de patiënt' een hele portfolio met concurrerende en ook generieke producten voeren. Dit staat los van de status van een eventueel eigen product. De interne aansturing en verantwoordelijkheden voor product en care-delivery moeten binnen de organisatie van de fabrikant volledig apart georganiseerd worden om *conflict of interest* te voorkomen.

Dergelijke businessmodellen kunnen dus aantoonbare voordelen voor de patiënt en fabrikant opleveren. Desondanks worden ze helaas nog niet op grote schaal toegepast, waarschijnlijk vanwege bovenstaande complexiteiten en gevoeligheden. Om mede-eigenaarschap te kunnen nemen over de patiëntuitkomst, moeten farmaceutische fabrikanten op andere manieren grip op het zorgproces krijgen (zoals beschreven in paragraaf 5.4.).

5.6 DE FARMACEUTISCHE INDUSTRIE KAN DE PATIËNT OP ANDERE MANIER CENTRAAL ZETTEN

Dit hoofdstuk heeft tot nu toe beschreven wat de complexiteiten en de mogelijkheden voor de farmaceutische industrie zijn om meer op uitkomsten te sturen en mede-eigenaarschap te nemen over het patiëntresultaat. Het patiënt centraal zetten en de focus op meetbare waarde-creatie, wat hiermee door de farmaceut wordt beoogd, is uiteraard een nobel streven en zeker de moeite waard. Maar we hebben gezien, dat dit tegelijkertijd ook weerbarstig en complex is.

Er is voor farmaceuten ook nog een makkelijkere manier om de patiënt centraal te zetten: de patiënt betrekken bij het productontwikkelings-proces[20].

20 En ook service-ontwikkeling als een farmaceut ook diensten rond een ziektebeeld of product aanbiedt.

Dit proces heeft een farmaceut volledig in eigen hand, waardoor een fabrikant het patiënt centraal-denken daarbinnen volledig op eigen initiatief kan inzetten. Het betrekken van patiëntassociaties en patiëntfocusgroepen kan veel inzicht geven over het ziektebeeld, de ziektelast en wat voor de patiënt belangrijk is. Hiermee komt de focus al in een vroeg stadium te liggen op: welke patiënt relevante uitkomsten moeten wij met ons product leveren? Welke bijwerkingen zijn uiterst vervelend? Op welke eindpunten die ertoe doen voor de patiënt moeten we onze ontwikkeling sturen en ons klinisch onderzoek richten? Dit geldt voor de werking van de medicatie, maar zeker ook voor de formulering. Wat is prettig in het dagelijks gebruik? Is één pil per dag veel beter dan een maandelijkse injectie, of andersom? Dat verbetert niet alleen de kwaliteit voor de patiënt, maar geeft de farmaceut, naast medische effectiviteit, extra argumenten om de autoriteiten en maatschappij te overtuigen van de voordelen van het betreffende product en de waarde die het kan leveren voor patiënten.

Om met dat laatste af te sluiten: naast patiënten is de uiteindelijk ook de maatschappij klant van een farmaceut. In de meeste zorgsystemen vergoedt de maatschappij medicatie immers. Daarom is het belangrijk om ook de betaler(s) vroeg te betrekken in het productontwikkelingsproces. Betalers kunnen aangeven waaraan behoefte is met het oog op ziektelast, druk op budgetten, *(real world) evidence*, enzovoort. In deze dialoog is het belangrijk dat ook de betaler een holistisch beeld heeft op het ziektebeeld en patiëntwaarde.

Is een geneesmiddel echt te duur als het patiënten uit het ziekenhuis houdt of ervoor zorgt dat mensen eerder weer aan het werk kunnen? Het is pas te duur als de kosten niet opwegen tegen de baten, vanuit een maatschappelijk *total-cost-of-ownership*-perspectief.

Kortom, holistisch en patiënt centraal denken aan beide kanten van de tafel: *it takes two to tango!*

HOOFDSTUK 6

VBHC, HOE VERDER?

VMHC BREDE IMPLEMENTATIE DOOR EEN 'TRUSTED THIRD PARTY'

VBHC: DOELGERICHTE IMPLEMENTATIE

gebaseerd op ziektebeeld en patiëntkenmerken

VBHC is vooral toepasbaar voor homogene patiëntgroepen voor wie uniforme zorgpaden gedefinieerd en geïntegreerd kunnen worden, als ook patiëntuitkomsten gemeten en vergeleken kunnen worden. Het is belangrijk om op te merken dat uitkomsten niet a-priori gedefinieerd en gemeten hoeven te worden voordat men kan beginnen met verbeteren. Praktische integratie stappen die leiden tot verbeterde doorstroom van zorgpaden en communicatie kunnen ook een significante impact hebben. Sommige zaken hoeven niet gemeten te worden om te bewijzen dat ze nuttig zijn.

VMHC: BREDE IMPLEMENTATIE

met name voor multi-morbide, chronische en/of oudere patiënten

Heterogene en multi-morbide patiëntgroepen vereisen een flexibele en mens-gerichte organisatie van zorg met virtuele zorgpaden georganiseerd in een job-shop model. Het moment dat we de zorg gaan coördineren rondom de patiënt (VMHC) verandert het organische job-shop model in een hub-and-spoke model waarbij de individuele stappen van het zorgtraject overzichtelijk en goed afgestemd zijn. In dit geval spreken we van een Coordinated Practice Network (CPN) in plaats van een Integrated Practice Unit (IPU). Hiermee kunnen we in ieder geval beter overzicht houden en waar mogelijk sturen op patiëntuitkomsten. We verwachten dat de relevantie en toepasbaarheid van VMHC in de toekomst alleen maar verder zal toenemen, en dat VMHC onmisbaar zal zijn voor een duurzaam zorgstelsel.

DE GROOTSTE VOORDELEN VAN VMHC

❶ VMHC zet de patiënt centraal vanuit integraal overzicht op een complex zorgaanbod

❷ Een regionaal of nationaal *hub-and-spoke*-model is vele malen efficiënter dan elke zorgaanbieder die zijn eigen netwerk bouwt

❸ Meer transparantie in het zorgproces en patiëntdata tussen aanbieders en voor patiënten

❹ Minder (communicatie)fouten en duplicatie

❺ Geen patiënten die tussen de wal en het schip terecht komen door gebrek aan overzicht

❻ Ontlasting van verplegend en medisch personeel doordat niet-medisch personeel verstorende zaken afvangt op coördinatiepunt

❼ Centrale en brede betrokkenheid rond patiënten, waardoor er centraal ervaringen en inzichten ontstaan

❽ Centrale en brede betrokkenheid rond patiënten, waardoor er centraal ervaringen en inzichten ontstaan

❾ VMHC organiseert ook de zorgvraag (!), VBHC organiseert alleen het zorgaanbod

❿ VMHC biedt oplossing op korte-termijn met daarbij een lange-termijn perspectief

⓫ VMHC is snel te implementeren en geeft direct resultaat

WAT IS DE BESTE MANIER OM VMHC TE IMPLEMENTEREN?

SCENARIO 1

PATIËNT

Patiënt en mantelzorger als betrokken zelf coördinator

- ➕ betrokkenheid en empowerment van patiënt
- ➕ zorgaanbod is niet transparant voor patiënt
- ➖ heeft niet alle kennis en ervaring
- ➖ fysiek en/or mentaal niet in staat

SCENARIO 2

HUISARTS

Huisarts als vertrouwde zorgcoördinator dichtbij

- ➕ heeft kennis van patiënt historie
- ➕ heeft goede vertrouwensrelatie met patiënt
- ➕ heeft redelijk onafhankelijke positie
- ➖ staat niet boven de partijen
- ➖ is te gefragmenteerd en niet collectief georganiseerd
- ➖ moet zich focussen op het leveren van zorg

SCENARIO 3

ZORGAANBIEDER

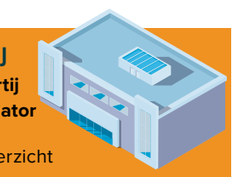
Regionaal of academisch ziekenhuis als deskundige zorgcoördinator

- ➕ heeft kennis van ziektebeeld(en)
- ➕ zit dicht bij levering van zorg
- ➕ heeft makkelijk toegang tot deel van informatie
- ➖ staat niet boven partijen en onduidelijk welke zorgaanbieder regie moet voeren
- ➖ is niet onafhankelijk en heeft snel de schijn tegen, b.v. bij sturing van patiëntenstromen
- ➖ moet zich focussen op het leveren van zorg

SCENARIO 4

DERDE OVERKOEPELENDE PARTIJ

Een derde overkoepelende partij als onafhankelijke zorgcoördinator



- ➕ is onafhankelijk en heeft overzicht
- ➕ is niet belast met het leveren van zorg
- ➕ kan een breed belang vertegenwoordigen
- ➖ ontbeert potentieel specifieke kennis
- ➖ heeft mogelijk de schijn tegen: winstmaximalisatie
- ➖ i.p.v. zorgoptimalisatie

SCENARIO 5

VIRTUELE AI BUDDY

Algoritmes, bots en apps als slimme zorgcoördinator

In de toekomst, als data-uitwisseling en transparantie optimaal zijn georganiseerd en artificiële intelligentie (AI) haar intrede heeft gedaan, zouden virtuele bots en patiëntvriendelijke applicaties bepaalde coördinatietaken en patiëntbegeleiding kunnen overnemen. AI heeft zeker veel potentie, maar de kwaliteit en veiligheid van algoritmen en ontsluiting van eenduidige patiëntdata moeten eerst voldoende geborgd zijn. Voorlopig is dit nog toekomstmuziek, maar AI zal een steeds belangrijkere rol gaan spelen, ook in de scenario's 1 t/m 4.

LATEN WE VBHC IMPLEMENTEREN MET FOCUS! EN VMHC BREED IMPLEMENTEREN!

IT IS TIME TO ACT NOW!

6.1 VBHC GERICHT INZETTEN

De cases, de nadere theoretische beschouwingen en de twee toepassingsgebieden, de ouderenzorg en de farmaceutische industrie, leren ons dat VBHC in zijn pure vorm niet per definitie op alles van toepassing is of even zinnig is om te doen.

Sturing op uitkomsten is niet altijd mogelijk en is ook niet altijd de snelste weg naar verbetering, hetzij door de kenmerken van het ziektebeeld, hetzij door onvoldoende inzicht in onderliggende correlaties. Harde integratie, in de vorm van één Integrated Practice Unit (IPU), is ook niet altijd mogelijk, omdat er vaak geen sprake is van één of enkele eenduidige zorgpaden. Daarbij richt VBHC zich primair op het verbeteren van het zorgaanbod en niet het optimaliseren van de zorgvraag. VBHC is daarmee niet het antwoord op alles.

We kunnen concluderen dat VBHC in zijn volledigheid en pure vorm (dat wil zeggen: integratie plus uitkomststuring) alleen echt toepasbaar is op het lijnmodel: een zorgstraat. Maar de VBHC-principes zijn breed toepasbaar en moeten afhankelijk van het ziektebeeld, het zorgorganisatie model, verder gefilterd en geprioriteerd worden. Hoofdstukken 2 (cases) en 3 (theorie) geven hiervoor belangrijke kaders en uitgangspunten. Daarnaast spelen natuurlijk de ambitie van een organisatie, en het gewenste eigen aandeel in deze ambitie, een belangrijke rol in de mate waarin VBHC-principes worden toegepast.

Ook zagen we dat integratie en coördinatie van zorg met een pragmatische insteek vaak dé eerste praktische stap is die heel veel oplevert. Dit kan eenvoudig fouten, miscommunicatie, en onder- en overbehandeling voorkomen.

Het is een ‘no-brainer’ als je met minimale investeringen (communicatie) processen kunt aligneren en optimaliseren, waarvan je gewoonweg weet dat daarmee fouten worden gereduceerd, de kwaliteit toeneemt of de patiënt ervaring wordt verbeterd. Sommige zaken hoef je écht niet te meten om te weten[21].

Meten om te weten. Dit adagium wordt erg vaak in de zorg gebruikt, ook waar dat niet nodig is. Daarnaast wordt het soms gebruikt als een excuus om niet te hoeven veranderen. Andersom wordt soms het argument dat zaken niet meetbaar zijn ten onrechte ingebracht om niet te hoeven meten en te verbeteren, of vanuit angst voor transparantie. Soms kan het helpen om patiënttevredenheid en patiëntuitkomsten op een hoger abstractieniveau te bekijken en op zoek te gaan naar correlaties tussen diagnose, interventies en uitkomsten, zonder dat we alle onderliggende mechanismen proberen te begrijpen. Meer de vraag ‘wanneer werkt het?’ dan ‘waarom werkt het?’. Kortom, meten met een duidelijk doel en gezond verstand!

Kortom, organisaties moeten VBHC en haar principes doelgericht inzetten en met een pragmatische blik op hoe ze de zorg voor en rond de patiënt verder kunnen verbeteren en optimaliseren. Zorgconcentratie kan hierbij een belangrijke en versterkende rol vervullen. Het zou zonde zijn als VBHC door verkeerd gebruik aan waarde verliest, terwijl de onderliggende principes een krachtige universele waarde in zich dragen: *patient first!*

21 Uit verandermanagementoogpunt is het belangrijk om een duidelijk doel te definiëren (het waarom) en tijdens het hele proces voor ogen te houden. Dit doel kan in eerste instantie in kwalitatieve termen gedefinieerd worden, om vervolgens (indien gewenst) het effect te meten en eventueel te kwantificeren. Voor dit laatste is dan wel een nulmeting nodig. Hoe groter de investering en het risico, des te groter uiteraard de behoefte aan kwantitatieve bewijslast vooraf.

6.2 VMHC ALS EEN BREDE OPLOSSING VOOR DE TOEKOMST

In hoofdstuk 4 constateerden we dat in een vergrijzende populatie de zorgvraag steeds heterogener wordt. Dit vraagt om een flexibele en persoonsgerichte organisatie van de zorg. De zorgpaden zijn daarbij virtueel en georganiseerd in een job-shop-model. Hoofdstuk 4 beschrijft ook dat coördinatie de beste manier is om een job-shop te organiseren en dat dan een hub-and-spoke-model ontstaat. Wanneer dit model integraal wordt toegepast binnen een ziektebeeld (bijvoorbeeld Parkinson) of patiëntgroep (bijvoorbeeld kwetsbare ouderen), hebben we dat gedefinieerd als Value-Managed Healthcare (VMHC) in plaats van Value-Based Healthcare (VBHC). Er is namelijk geen 'harde' integratie en organisatie van het patiëntpad en ook geen integrale patiëntuitkomst die eenvoudig is toe te rekenen aan de betrokken individuele zorgaanbieders. Wel is er coördinatie van zorg rond de patiënt en wordt met het overzicht dat ontstaat geprobeerd om zoveel mogelijk te sturen op patiënt-relevante uitkomsten. Het is virtuele integratie van zorgprocessen door coördinatie, een *Virtual Practice Network* (VPN) in plaats van een Integrated Practice Unit (IPU). Daarmee is VMHC een afgeleide vorm van VBHC die gebaseerd is op een aantal VBHC-principes.

VMHC is niet alleen de oplossing voor Parkinson of voor de uitdagingen binnen de zorg voor ouderen. VMHC is veel breder toepasbaar omdat heel veel patiëntgroepen niet in één zorgpad te vangen zijn. Denk bijvoorbeeld aan chronische aandoeningen die gepaard gaan met een groot aantal co-morbiditeiten, zoals diabetes, waarvan de patiëntaantallen blijven toenemen. Ook complexe geestelijke gezondheidszorg heeft veel te winnen met centrale coördinatie en begeleiding. We verwachten dat de relevantie en toepasbaarheid van VMHC in de toekomst alleen maar verder zal toenemen en dat VMHC onmisbaar zal zijn voor een duurzaam zorgstelsel[22].

22 Wanneer de coördinatiefunctie ook budgethouder wordt en zich niet alleen bekommert om de gezondheid van patiënten, maar ook om de gezondheid van gezonde mensen, dan spreken we in feite van populatiebekostiging.

In de bredere implementatie van VMHC zien we vier volwassenheidsniveaus die op lokaal, regionaal of nationaal doorgevoerd kunnen worden (zie Figuur 19). De ultieme situatie is natuurlijk dat alle complexe ziektebeelden en patiëntgroepen op nationaal niveau worden gecoördineerd. Daar zijn veel zorgsystemen in Europa nog ver vandaan. Dat moet zorgorganisaties er niet van weerhouden om met VMHC te beginnen. De meest voor de hand liggende stap is om klein te beginnen met het coördineren van een complex multidisciplinair ziektebeeld (bijvoorbeeld Parkinson) op lokaal of regionaal niveau, en om vervolgens op te schalen naar landelijk niveau. Deze ervaring kan dan gebruikt worden om daarna meerdere ziektebeelden binnen een co-morbide patiëntgroep onder de loep te nemen (bijvoorbeeld kwetsbare ouderen). Landelijk opschalen voordat de scope wordt uitgebreid heeft als voordeel dat binnen het gekozen ziektebeeld (of de patiëntgroep), sneller vergelijkbare resultaten en meer inzichten op landelijk niveau ontstaan.

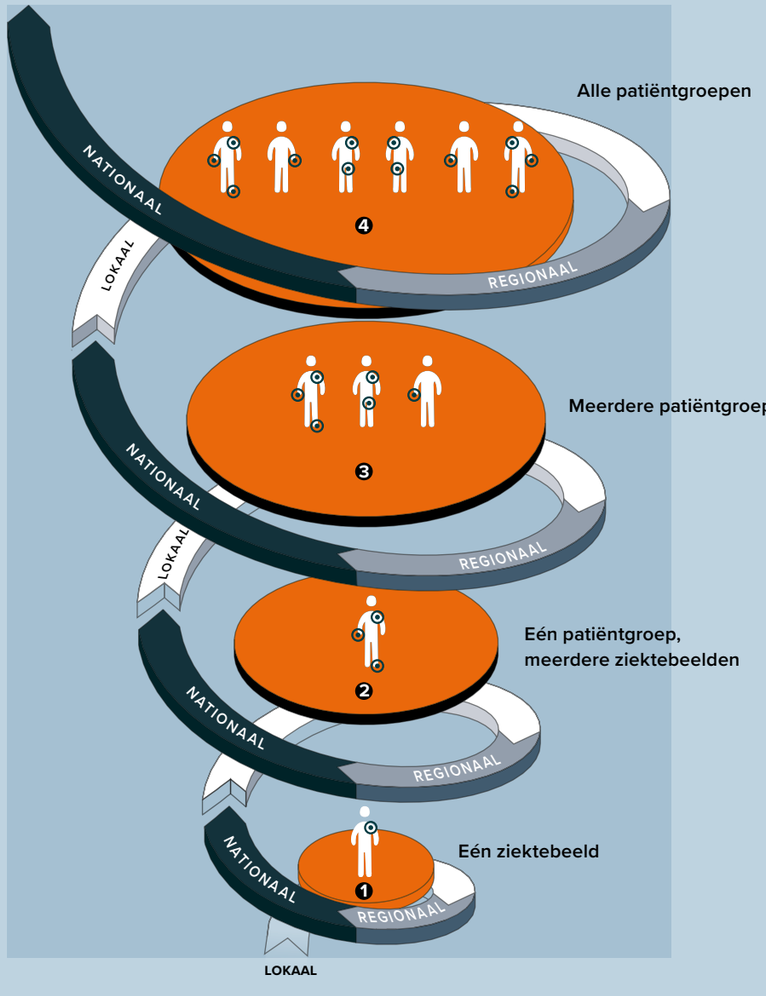
Starten met en streven naar een brede VMHC-implementatie is om meerdere redenen een verstandige investering in de toekomst van de zorg. De belangrijkste voordelen van VMHC op een rij:

1. VMHC zet de patiënt centraal vanuit integraal overzicht op een complexe setting.
2. Een regionaal (of nationaal) hub-and-spoke-model is vele malen efficiënter dan elke zorgaanbieder die zijn eigen netwerk probeert te bouwen met andere zorgaanbieders.
3. Meer transparantie in het zorgproces en patiëntdata tussen aanbieders en voor patiënt.
4. Minder (communicatie)fouten en duplicatie.

FIGUUR 19

VMHC GROEIPAD

Begin met het landelijk opschalen van één ziektebeeld voordat de scope wordt uitgebreid, m.a.w. een nationale roll-out voordat naar het volgende niveau (❶) tot (❹) wordt gegaan.



5. Geen patiënten die tussen de wal en het schip terecht komen.
6. Ontlasting van verplegend en medisch personeel doordat niet-medisch personeel op het coördinatiepunt een hoop verstorende zaken afvangt. Dit zorgt voor een effectievere inzet van zorgpersoneel en vermindering van het personeelstekort!
7. Breed eigenaarschap rond patiënten, waardoor er centraal ervaringen en inzichten ontstaan waarmee betrokken organisaties noodzakelijke veranderingen op systeemniveau kunnen initiëren en staven.
8. VMHC is een opmaat naar verdere automatisering. Zodra de coördinatierol fysiek is ingeregeld en vorm heeft gekregen, en de knelpunten in communicatieprocessen en data-uitwisseling inzichtelijk zijn geworden, kunnen bepaalde handelingen en interacties verder worden gestroomlijnd en geautomatiseerd.
9. VMHC organiseert ook de zorgvraag (!), VBHC organiseert alleen het zorgaanbod.
10. VMHC is een oplossing op korte-termijn met een lange-termijn perspectief.
11. VMHC is snel te implementeren en geeft direct resultaat.

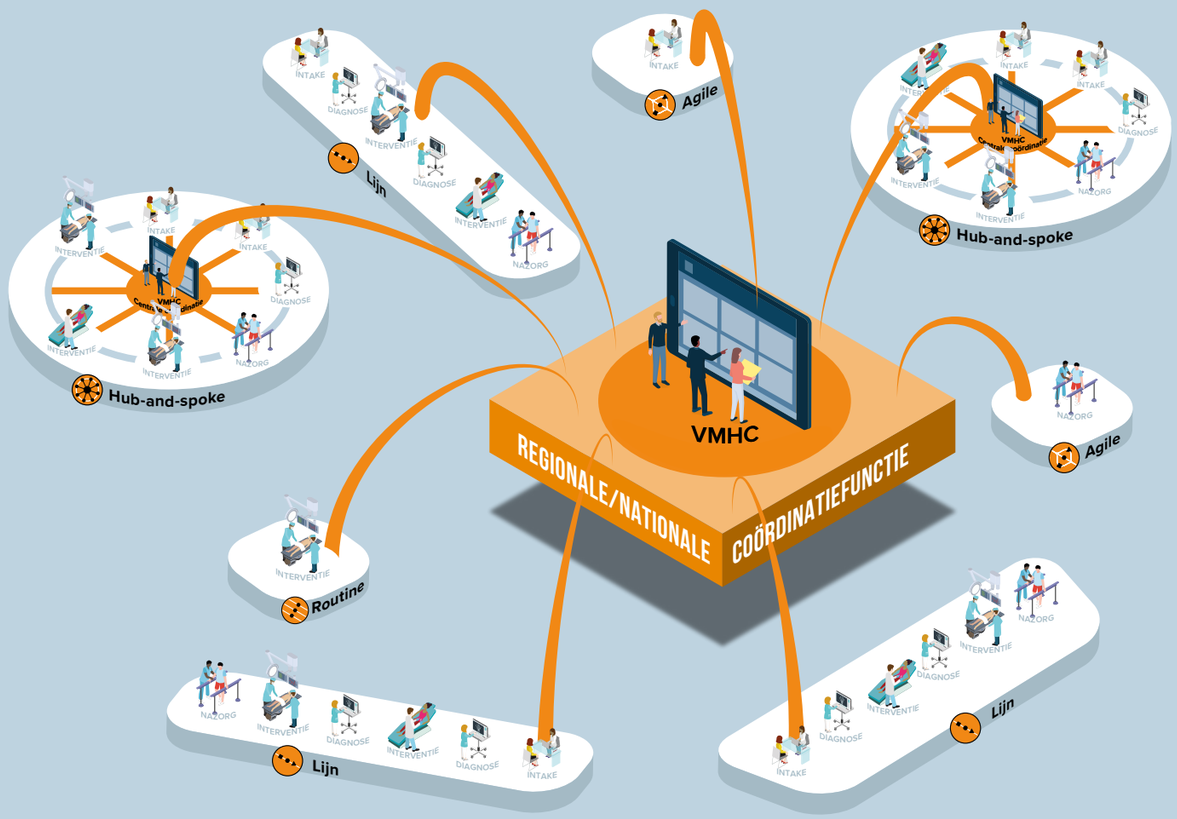
Als we allemaal het volgende zouden doen, ontstaat het ideale plaatje, zoals weergegeven in Figuur 20.

I. VBHC toepassen in zijn pure vorm (een lijnmodel) waar dat kan, eventueel na concentratie van de zorg en;
II. VMHC implementeren waar dat van toepassing is (een hub-and-spoke-coördinatie van zorg binnen een flexibel job-shop-model) en;
III. VMHC organiseren op meerdere niveaus (per ziektebeeld, per patiëntgroep en regionaal/nationaal);

FIGUUR 20

VBHC EN VMHC GECOMBINEERD

Schematische weergave van de zorg, ideaal georganiseerd (en geconcentreerd) op basis van VBHC en VMHC principes toegepast naar de aard van de ziektebeelden en de onderliggende zorgpaden.



6.3 VMHC: HOE TE IMPLEMENTEREN?

Gezien alle voordelen van VMHC rijst hopelijk de vraag: mooi, maar hoe dit te implementeren? In paragraaf 6.2 schetsten we al een mogelijk groeipad voor VMHC, maar de hamvraag blijft: wie is de meest ge-eigende partij om dit te doen? Dit hangt sterk af van het zorgsysteem, maar toch menen we dat hier enkele overkoepelende en universele conclusies te trekken zijn die veel richting geven. Laten we de verschillende scenario's bekijken:

6.3.1 SCENARIO 1: DE PATIËNT EN MANTELZORGER ZELF (NULDE LIJN)

Een voor de hand liggende partij, waar het uiteindelijk allemaal om draait, is de patiënt zelf. Is de patiënt zelf in staat om zijn eigen zorg te coördineren, eventueel samen met een mantelzorger? In hoofdstuk 4 plaatsen we hier al de nodige vraagtekens bij waar het de ouderenzorg betreft, in combinatie met de trend dat het aantal beschikbare mantelzorgers in de toekomst afneemt. Het scenario waarbij de patiënt met een mantelzorger zelf de VMHC-entiteit is en de zorg van complexe aandoeningen coördineert, achten we vrijwel onmogelijk omdat:

- Het zorgaanbod onvoldoende transparant is voor de patiënt.
- De status van het ziektebeeld zelf niet inzichtelijk is voor de patiënt.
- De patiënt meestal niet alle kennis en ervaring heeft om zelf de juiste keuzes te maken.
- Het zorgpad, zeker bij complexe ziektebeelden en multimorbide patiënten, steeds verandert, waardoor een patiënt hier weinig ervaring in opbouwt.
- De patiënt hier doorgaans niet fysiek en/of mentaal toe in staat is, vanwege ouderdom en/of de ziekte(n).

Hiermee valt dit scenario af. Het is gewoonweg niet realistisch om dit van alle patiënten in een complexe setting te verwachten. Er zijn natuurlijk patiënten die wel in staat zijn om hun eigen zorg te coördineren en dat ook graag zelf willen doen. Die mogelijkheid moet er natuurlijk blijven, maar een brede en duurzame oplossing ligt hier niet.

6.3.2 SCENARIO 2: HUISARTS ALS REGISSEUR (EERSTE LIJN)

De huisarts zou, als de vertrouwenspersoon van de patiënt, bij uitstek een coördinerende regierol kunnen pakken. Het invullen van deze rol door de huisarts lijkt voor de hand te liggen als je alle voordelen opsomt. Maar er kleven zoveel praktische en fundamentele bezwaren aan dit scenario, dat het geen reële optie lijkt:

Voordelen

De huisarts

- heeft kennis van de historie van de patiënt.
- heeft doorgaans een goede vertrouwensrelatie met de patiënt.
- zit dicht bij de patiënt: is makkelijk bereikbaar.
- is al onderdeel van het zorgsysteem, en daarmee snel geaccepteerd.
- heeft al makkelijk toegang tot (een deel van de) informatie.
- heeft een redelijk onafhankelijke positie binnen het zorgsysteem.

Nadelen

Huisartsen

- staan niet boven de partijen.
- zijn te gefragmenteerd en meestal onvoldoende collectief georganiseerd om een overkoepelende rol te vervullen en gewicht in de schaal te leggen, en om het mandaat te krijgen voor een dergelijke rol.
- zijn zelf lokaal georganiseerd, waardoor deze centrale rol praktisch moeilijk in te vullen is (bijvoorbeeld het houden van overzicht en continuïteit bij patiënten die verhuizen).
- kunnen niet het overzicht (én het inzicht) hebben over het gehele zorgaanbod in brede zin, zeker niet naarmate de geografische scope toeneemt van lokaal of regionaal naar nationaal.
- hebben het nu al enorm druk met het leveren van zorg en deze druk neemt alleen maar toe, daarom moeten huisartsen vooral bezig zijn met het leveren van zorg en niet met het coördineren van zorg.

Ondanks dat de huisarts vanwege het directe en continue vertrouwenscontact met de patiënt de aangewezen partij lijkt voor een regierol, maken bovenstaande punten duidelijk dat dit scenario niet haalbaar of realistisch is. Hooguit als huisartsen zich organiseren op regionaal niveau en wellicht gaan samenwerken met wijkverpleegkundige organisaties, kan mogelijk voldoende kritische massa ontstaan en daarmee draagvlak om deze coördinatierol te vervullen. Maar dit is op grote schaal niet op afzienbare tijd te realiseren of te verwachten. Daarnaast blijven een aantal bezwaren overeind, waaronder het eenvoudig kunnen creëren van overzicht en inzicht in het totale zorgaanbod op landelijk niveau en de belangrijke zorgtaak en druk die er al bij huisartsen ligt.

6.3.3 SCENARIO 2: ZORGAANBIEDER ALS HOOFDAANNEMER (TWEEDE LIJN)

De zorgaanbieder zelf lijkt een logische partij om de zorg beter te organiseren. Zorgaanbieders zitten immers dicht bij het vuur, hebben kennis van de zorg en weten wat nodig is voor de patiënt.

De zorgaanbieder die het gehele zorgtraject organiseert wordt daarmee hoofdaannemer en neemt eigenaarschap over het patiëntresultaat. Dit kan goed gaan wanneer het één ziektebeeld betreft. De cases van Cardiologie Centra Nederland en Punt voor Parkinson zijn hier mooie en succesvolle voorbeelden van. Toch rijst hier al snel de kernvraag: welke zorgaanbieder is dan in de lead? Wie mag of moet de hoofdaannemer zijn?

Zodra we niet meer spreken van één ziektebeeld en/of co-morbiditeiten wordt het echt ingewikkeld, en leidt coördinatie door zorgaanbieders zelf eerder tot meer complexiteit dan dat er integraal overzicht ontstaat. Een situatie waarbij iedereen zijn eigen netwerk organiseert is uiterst inefficiënt en onoverzichtelijk. Een coördinatiepunt dat boven de partijen ligt, op basis van een hub-and-spoke-model, leidt daarentegen tot vereenvoudiging en inzicht (zie Figuur 21).

De vraag is of één enkele zorgaanbieder de aangewezen partij is om een centraal coördinatiepunt op meso- of macroniveau op te zetten en te besturen. Misschien lukt dit nog wel op lokaal niveau, maar zeker niet op regionaal of nationaal niveau. De zorgaanbieder als mogelijk scenario voor centrale zorgcoördinatie heeft uiteindelijk meer nadelen dan voordelen:

Voordelen

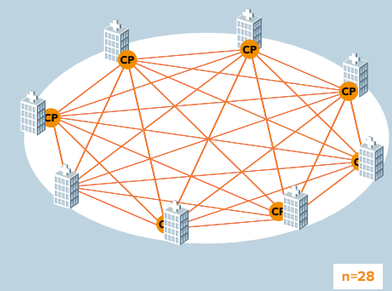
De zorgaanbieder:

- heeft kennis van het ziektebeeld (of ziektebeelden).
- is al onderdeel van het zorgsysteem en zit dicht bij het vuur.
- heeft al makkelijk toegang tot (een deel van de) informatie.

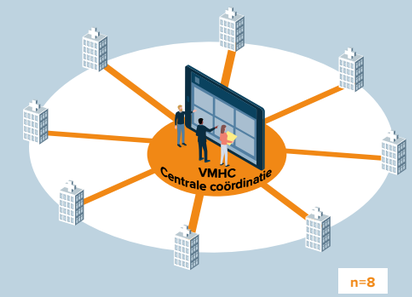
FIGUUR 21

COMPLEXITEIT VERSUS EENVOUD

Elke zorgaanbieder die zijn eigen coördinatie organiseert wat leidt tot complexiteit, gebrek aan transparantie en redundante interacties.



Een centraal coördinatiepunt wat leidt tot vereenvoudiging, overzicht en inzicht, en enkelvoudige interacties.



Nadelen

Zorgaanbieders:

- staan niet boven de partijen.
- Het is onduidelijk welke zorgaanbieder de coördinatie en regie moet voeren, niemand heeft of krijgt het mandaat.
- kunnen niet het overzicht (én inzicht) hebben over het gehele zorgaanbod in brede zin, zeker niet naarmate de geografische scope toeneemt van lokaal of regionaal naar nationaal.
- Zorgaanbieders zijn niet onafhankelijk en hebben snel de schijn tegen wanneer bijvoorbeeld bepaalde patiëntenstromen worden beïnvloed.
- De druk op het zorgaanbod zal door de groei in de zorgvraag alleen maar toenemen, daarom moeten zorgaanbieders vooral bezig zijn met het leveren van zorg en niet met het coördineren van zorg.

Deze fundamentele nadelen maken dat de zorgaanbieder als centrale coördinator of regisseur principieel afvalt. Het is niet waarschijnlijk dat een zorgaanbieder snel de positie kan verwerven en invullen om als onafhankelijke partij zorgprocessen te stroomlijnen en over verschillende zorgaanbieders te verdelen. In sommige landen zie je dat academische centra deze rol proberen in te vullen, maar dat gaat vaak schoorvoetend, en niet in de breedte (bijvoorbeeld alleen rond een specifiek ziektebeeld) en ook niet grootschalig (dat wil zeggen vrij regionaal).

6.3.4 SCENARIO 4: DERDE OVERKOEPELENDE PARTIJ

Als scenario 1, 2 en 3 voor VMHC afvallen, blijft er nog één optie over, althans op korte termijn: een derde onafhankelijke partij die boven de partijen staat en een regionale, liefst nationale, blik heeft. De coördinatierol zou in het publieke of private domein opgepakt kunnen worden door een zelfstandig bedrijf, een overheidsinstantie of een zorgverzekeraar. Waar de keuze op valt, hangt af van het zorgsysteem in het land, maar in Nederland zouden de zorgverzekeraars dé partij zijn om de zorg regionaal en landelijk te coördineren. Zorgverzekeraars hebben immers zicht op het zorgaanbod, staan in principe boven de partijen, hebben absoluut baat bij transparantie en optimale kwaliteit tegen acceptabele kosten, en vertegenwoordigen en handelen namens hun achterban: de verzekerden. Voor zorgverzekeraars is het een uitgelezen kans om de zorg duurzaam te veranderen en te verbeteren, en om zich positief te onderscheiden naar hun achterban. Maar dan moeten zorgverzekeraars deze centrale coördinatierol wel gegund krijgen en pakken, deze adequaat invullen, en hier proactief een visie en communicatiestrategie rond formuleren, om daarmee blijvend een mandaat te verwerven en de publieke opinie steeds in goede banen te leiden.

Maar dat geldt voor elke partij die deze centrale rol invult, of dit nu een private of publieke instantie is. Het invullen van deze rol vraagt om visie en moed. De invulling door een derde overkoepelende partij heeft meer fundamentele voordelen dan nadelen:

Voordelen

Een derde onafhankelijke partij:

- staat boven de zorg aanbiedende partijen.
- Het is voor iedereen duidelijk wie de coördinatie en regie voert.
- heeft het zicht op het hele zorgaanbod op regionaal of landelijk niveau.
- kan zich daadwerkelijk focussen op de integrale ervaring en uitkomst van de patiënt, en heeft niet ook nog specifieke zorgtaken daarbij.
- kan een brede achterban vertegenwoordigen en een breed belang dienen.

Nadelen

Een derde onafhankelijke partij:

- ontbeert potentieel specifieke kennis van het ziektebeeld (of ziektebeelden).
- brengt een nieuwe organisatie ten tonele binnen het zorglandschap, die zijn rol moet verwerven of afdwingen.
- Private partijen hebben potentieel de schijn tegen: winstmaximalisatie in plaats van zorgoptimalisatie.
- Toegang tot de juiste informatie moet gecreëerd worden, afhankelijk van welke partij de rol invult.

De nadelen van scenario 4: derde overkoepelende partij, zijn op te lossen met goede governance (bijvoorbeeld controle- en adviesorganen) en inrichting van bepaalde capaciteiten en vaardigheden. Deze capaciteiten en vaardigheden hoeven overigens niet allemaal zelf opgebouwd te worden. Specifieke kennis kan namelijk on demand opgehaald worden bij de zorgaanbieders of gespecialiseerde kenniscentra zelf. Hiermee wordt ook tweede lijn of derde lijn kennis en support via het centrale punt gecoördineerd, en tegelijkertijd daarbinnen over de tijd opgebouwd. Kortom, de bezwaren van scenario 4 zijn uiteindelijk praktisch op te lossen, in tegenstelling tot de nadelen van scenario 2 en 3. Hiermee lijkt een derde overkoepelende partij het beste korte termijn scenario voor VMHC. In Nederland zijn dat logischerwijs de zorgverzekeraars.

6.3.5 SCENARIO 5: VIRTUAL AI BUDDY

In de toekomst, als data-uitwisseling en transparantie optimaal zijn georganiseerd en artificiële intelligentie en algoritmen hun intrede hebben gedaan[23], zouden virtuele bots en patiëntvriendelijke applicaties bepaalde coördinatietaken en patiëntbegeleiding kunnen uitvoeren. Dergelijke oplossingen worden nu al op kleine schaal toegepast, maar het gaat nog een tijd duren voordat deze technologie zover is dat ze de co-morbide oudere patiënt effectief en veilig door de complexe ‘zorgjungle’ leidt. Artificiële intelligentie heeft zeker veel potentie, maar om dit te kunnen bereiken moet er sprake zijn van op veiligheid geteste algoritmen en moet ook de kwaliteit en integrale ontsluiting van patiëntdata geborgd zijn. Twee hordes die nog genomen moeten worden, waar de zorg niet op kan wachten! Om de toenemende uitdagingen in zorgvraag en zorgaanbod het hoofd te bieden, moeten organisaties nu beginnen met het opzetten van VMHC.

23 Ook de therapieën zelf worden natuurlijk steeds slimmer en gebruiksvriendelijker. Denk aan de onlangs verschenen kunstmatige alvleesklier voor diabetes type I patiënten die zorgt dat deze patiënten nog maar één keer per jaar naar het ziekenhuis hoeven. Technologie kan dus de coördinatie overnemen en of de behoefte aan coördinatie verminderen.

Het voordeel hiervan is dat de processen die nu op een traditionele manier worden ingeregeld en de centralisering van data en inzichten die daarbij ontstaat, kunnen worden gebruikt om elementen van VMHC straks eenvoudiger te digitaliseren en automatiseren.

Voorlopig is een alwetende virtuele AI-buddy toekomstmuziek (zie ook paragraaf 3.2, sturing op uitkomsten en IBM Watson), maar de verwachting is wel dat artificiële intelligentie een steeds belangrijkere ondersteunende rol zal spelen, ook in de eerdergenoemde scenario’s.

6.4 CONCLUSIE: VBHC GERICHT INZETTEN, VMHC BREED INZETTEN

In dit rapport zoomden we in op de toepasbaarheid van VBHC. We hopen dat dit rapport nieuwe inzichten heeft gegeven rond de vraag ‘VBHC: Het antwoord op onze toekomstige zorguitdagingen?’. We hopen daarnaast dat we erin geslaagd zijn om de ‘zin en onzin van VBHC vandaag’ te scheiden en dat we ‘aanbevelingen voor morgen’ hebben gedaan. Als het antwoord daarop ‘ja’ is zijn we in onze missie geslaagd. We zetten de belangrijkste inzichten nog even op een rij:

- De principes van VBHC zijn breed toepasbaar, alleen de specifieke invulling verschilt sterk per situatie/ziektebeeld.
- Uitkomstmeting vraagt om een grondige beschouwing van meetbaarheid, correlatie inzichten en beïnvloedbaarheid (checkvragen A t/m H in paragraaf 3.2).

- Sturing op uitkomstmeting vraagt om een eenduidig zorgpad (een routine-interventie of zorgstraat).

- Integratie en coördinatie van zorg is een pragmatische, en meestal snellere, benadering van VBHC, waarbij de zorg optimaler (rond de patiënt) wordt georganiseerd. Hiermee wordt naast efficiency meestal ook kwaliteitsverbetering gerealiseerd, bijvoorbeeld door betere communicatie en minder fouten.

- VBHC is in zijn pure vorm is alleen toepasbaar in een lijnmodel (zorgstraat) en is het optimale model om zorg te leveren als de zorgsetting dat toelaat.

- In heel veel situaties is sprake van een heterogene patiëntpopulatie met complexe aandoeningen die om multidisciplinaire zorg vragen, wat leidt tot zorgorganisatie volgens het job-shop-model. Door de vergrijzing en de toename van chronische ziekten en co-morbiditeiten neemt dit in de toekomst alleen maar toe.

- Een job-shop-model leent zich slecht voor uitkomstmeting op het eindresultaat en harde integratie, maar coördinatie kan zeer veel voordelen opleveren (hub-and-spoke-model)

- VMHC, een hub-and-spoke-model op verschillende niveaus (landelijk, regionaal, per patientgroep en ziektebeeld), is het model dat breed ingezet kan worden om zorgvraag en zorgaanbod duurzaam te organiseren en te verbeteren, nu en in de toekomst.

- Een derde onafhankelijke partij is het beste in staat om VMHC vorm te geven en de coördinatierol in te vullen.

We realiseren ons dat we in dit rapport niet uitgebreid zijn ingegaan op de randvoorwaarden voor VBHC en het belang van verandermanagement, zoals we die in ons VBHC-rapport van 2017 wel uiteen hebben gezet. Maar deze randvoorwaarden blijven onverminderd van kracht. Ook in het geval van VMHC blijven deze randvoorwaarden cruciaal om het zorgaanbod en de zorgvraag in de toekomst goed te kunnen coördineren, te weten:

- Integrale regionale en nationale data-infrastructuren
- Dataregistratie (aan de bron) en standaardisatie
- Transparantie en uitwisseling van data (het inrichten van specifieke privacywetgeving voor de zorg)
- Integrale budgetten en bekostiging per ziektebeeld of op populatieniveau (het wegnemen van de financieringssilo's)

Het ideale eindplaatje is dat alle betrokken partijen dezelfde datasnelweg gebruiken om gegevens uit te wisselen in de zorg om het proces tussen behandelaar en patiënt te optimaliseren en om efficiëntie, transparantie, vergelijkbaarheid van data en bekostiging op uitkomsten te realiseren (Zie Figuur 22). Veel landen in Europa zijn daar voorlopig nog niet, maar laten we beginnen, en laten we ook een lange termijnvisie voor ogen houden: *think big, start small, scale fast!* Vooral snel opschalen vraagt om bredere samenwerking tussen partijen en de bereidheid om voorbij de eigen agenda te kijken.

Voor digitalisering van de interactie met de patiënt geldt exact hetzelfde. E-health en telemonitoring kunnen veel efficiëntie en kwaliteitswinst opleveren, mits de verschillende spelers aan het grotere plaatje denken en de eigen agenda op de tweede plaats zetten. De huidige wildgroei aan eigen applicaties en puntoplossingen staat schaalbaarheid, en daarmee efficiëntie, in de weg. Daarbij moeten zorgaanbieders niet bang te zijn om patiëntvolume uit het ziekenhuis kwijt te raken door zorg op afstand. Er komt immers een niet te behappen golf aan zorgvraag aan[24]!

24 De COVID-19 crisis heeft laten zien dat digitale zorg-op-afstand toepassingen een enorme versnelling hebben gekregen vanwege de golf aan COVID-patiënten die de reguliere zorg verstopte. Het is belangrijk te beseffen dat er een gestaag opbouwende 'golf' aan reguliere zorg aankomt (zie Hoofdstuk 1), die deze toepassingen ook noodzakelijk maakt!

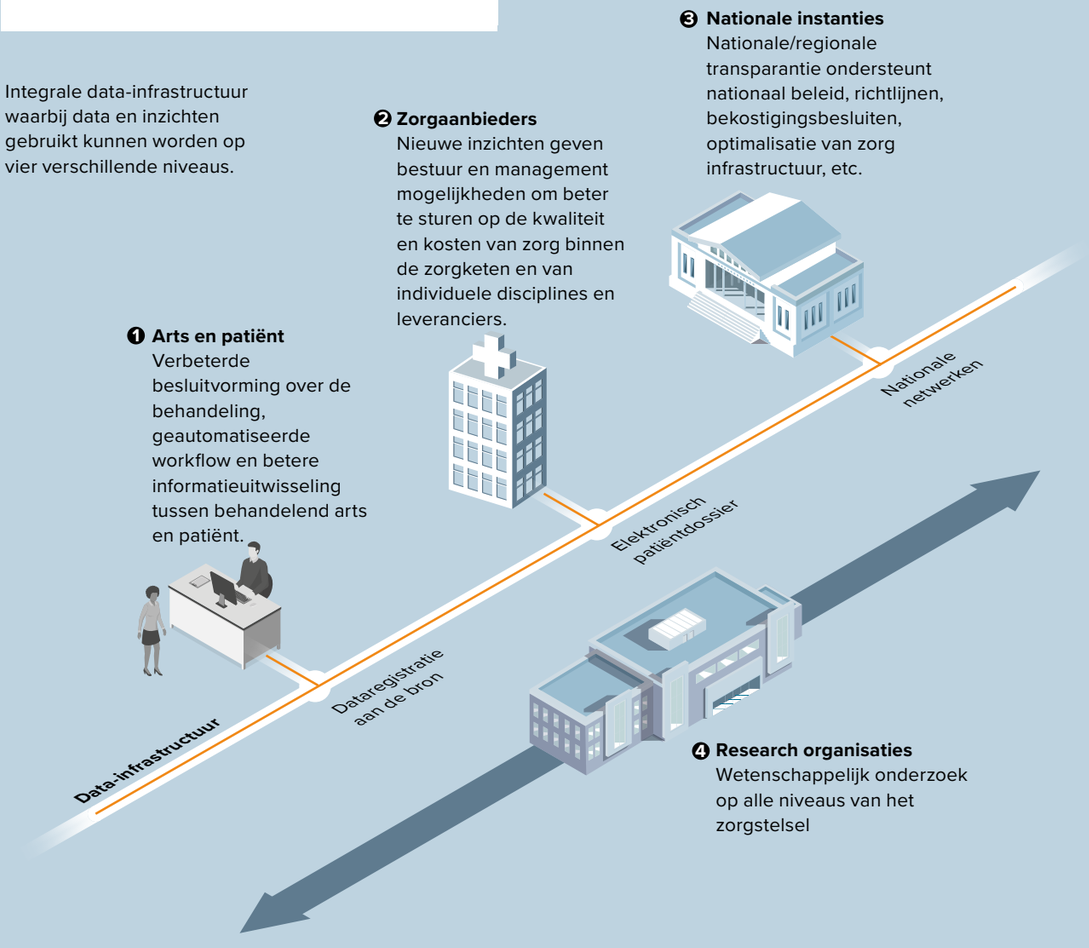
Daarnaast blijven bij de implementatie van VBHC én VMHC verandermanagement en communicatie belangrijke en vaak onderbelichte aandachtspunten. Bij VBHC gaat het om verandering binnen een organisatie of zorgketen, met betrokkenheid van zorgprofessionals. Bij VMHC gaat het meer om systeemverandering op regionaal of nationaal niveau. Dit moet dus meer top-down aangevlogen worden met zorgbestuurders.

Ondanks het ontbreken van de genoemde randvoorwaarden, moeten we toch beginnen met het gericht inzetten van VBHC en het breed inzetten van VMHC, juist om de inrichting van deze randvoorwaarden in een stroomversnelling te brengen. Al doende leert men, komen knelpunten aan het licht, en zien is geloven. Kortom, sturen door te bewegen!

It is time to act, now!

FIGUUR 22

DATA INFRASTRUCTUUR



TOT SLOT

Het vorige rapport deed het appel:
VBHC, samen aan de slag!

Dit rapport zegt nu: VBHC, gericht aan de slag! VMHC, breed aan de slag!

En daarmee zegt dit rapport helaas nog niet alles. VMHC organiseert weliswaar de zorgvraag waar VBHC dat niet doet, maar het voorkomt helaas geen zorgvraag.

De ultieme oplossing is geen VMHC, maar VMH: Value Managed Health, waarin ook preventie een plek krijgt. We komen over drie jaar bij u terug met ons Vintura VBHC rapport editie 3.

Dank voor uw aandacht en betrokkenheid!

Gérard Klop en Arno Rutte

DANKWOORD

We hadden dit rapport niet kunnen maken zonder de input van enkele vooruitstrevende zorgaanbieders in het veld. We willen daarom alle geïnterviewden hartelijk bedanken voor de open gesprekken die we hebben mogen voeren en voor de inbreng van hun case en ervaring met VBHC.

Aan de cases werkten mee, in volgorde van publicatie:

1. Igor Tulevski MD, cardioloog en medeoprichter, Cardiologie Centra Nederland (CCN)
2. Prof. Dr. Teus van Laar, directeur research, Punt voor Parkinson and Drs. Elien Steendam-Oldekamp, onderzoeker, Punt voor Parkinson
3. Dennis van Veghel, bestuurslid, Nederlandse Hart Registratie (NHR)
4. Jos Brinkmann, bestuurder, Volante
5. Rob van Huis, eigenaar Handtherapie Nederland, Xpert Clinics
6. Jan Engelen, ex-director of Leadership Development, Karolinska University Hospital
7. Janneke van der Kamp, Head Region Europe, Novartis

Daarnaast willen wij Max van Beek bedanken voor het uitvoeren en verwerken van alle interviews. Op zeer grondige wijze heeft hij de eerste opzet en uitwerking van alle case beschrijvingen gemaakt.

Als laatste willen we enkele Vintura-collega's noemen die geholpen hebben bij het reviewen van dit rapport. Wij bedanken onze collega's Johannes Engels, Lisette van Eyck, Koen Janssen en Lidewey Verbaas voor hun kritische blik, waardevolle feedback en nuttige suggesties.

Daarnaast willen wij onze collega's Koen Janssen en Laila Vernooij speciaal bedanken voor het coördineren van respectievelijk de case-interviews en de vormgeving.

VALUE-BASED HEALTHCARE (VBHC), HET ANTWOORD OP ONZE TOEKOMSTIGE ZORGUITDAGINGEN?

In 2006 verscheen het boek *'Redefining Health Care'* van Michael E. Porter en Elizabeth Olmsted Teisberg. Dit gaf een visie op de zorgmarkt en introduceerde een aantal uitgangspunten om de transparantie en focus op kwaliteit te vergroten, met als uiteindelijk doel het verhogen van de patiëntwaarde. Een mooie ambitie!

In 2017 publiceerde Vintura haar visie en inzichten op basis van het marktonderzoek 'Value-Based Healthcare: working together for real change', waarin we hebben uitgewerkt wat verschillende stakeholders van VBHC vinden, welke ervaring zij ermee hebben en welke rol het speelt binnen hun organisatie.

Nu zijn er meer dan drie jaar verstreken en is VBHC gevierd en belasterd, zijn er successen en tegenslagen geweest, en zijn er gelovigen en niet-gelovigen. In sommige gevallen heeft VBHC geleid tot wetenschappelijke en verhitte discussies zonder einde. Redenen genoeg dus om de zin en onzin van VBHC eens onder de loep te nemen. Waar werkt het wel en waar duidelijk niet? Hoe kan ik VBHC het beste benaderen en toepassen? Misschien zijn niet alle principes van toepassing, maar misschien kunnen enkele ervan het verschil maken voor de patiënt.

Het blijkt dat zowel gelovigen als niet-gelovigen deels gelijk hebben. VBHC is geen *one-story fits all*.

De VBHC-principes richten zich met name op het verbeteren van onze zorgverlening, d.w.z. geleverde patiëntresultaten versus gemaakte kosten, maar geven weinig indicatie over hoe om te gaan met een toenemende zorgvraag, specifiek de toenemende vraag naar zorg voor ouderen.

Binnen het deeldomein 'verbeteren van de zorgverlening' is VBHC helaas niet op alles het antwoord. We bespreken de toepasbaarheid van VBHC en onderscheiden zin van onzin door middel van case studies en een theoretisch model en kaders. Vervolgens zoomen we in op de toepassing van VBHC binnen twee specifieke zorguitdagingen: de toenemende zorg voor ouderen en de toenemende druk op de farma. Tot slot geven we enkele zeer praktische aanbevelingen voor de toekomst. We introduceren het concept Value-managed Healthcare (VMHC), uitgewerkt in een aantal mogelijke scenario's, met als resultaat meer afstemming en transparantie binnen de zorg.