

LANDELIJKE AANPAK VOOR OPSCHALING VAN BEST PRACTICES

Meer kwaliteit, maar minder kosten? Het kan!

Er is in de curatieve zorg enorme winst te behalen in kwaliteit en veiligheid voor de patiënt, in meer aantrekkelijk werk voor de professionals en in aantoonbare verlaging van kosten. Maar dat gaat niet vanzelf. Wat is er nodig om dit te realiseren?

Het afgelopen jaar publiceerde Medisch Contact 56 artikelen over innovaties in de zorg. Zo meldde de zorgverzekeraar VGZ dat het verlengen van het consult bij de huisarts van tien naar vijftien minuten bij een groep huisartsen had geleid tot 20 procent minder verwijzingen naar de tweede lijn. En ziekenhuis Rijnstate in Arnhem publiceerde trots dat een pilot voor de opvang van verwarde personen op de SEH zeer succesvol was verlopen: 80 procent kon terug naar huis in plaats van een verblijf in een politiecel. Het project Zinnvolle Registratie op de intensive care van het Radboudumc in Nijmegen resulteerde erin dat ze nog maar zestien indicatoren hoeven te registreren om de kwaliteit te bewaken: een aanzienlijke vermindering van de registratielast.

Maar tegelijk vertelt de minister in de Kamer dat de zorg onbetaalbaar en (hard) ingrijpen onvermijdelijk wordt als het niet lukt om de kosten te beheersen. Hogere eigen bijdragen, pakketverkleining en premieverhoging zouden dan onafwendbaar zijn. Wij hebben hier grote moeite mee, omdat al deze ingrepen ten koste gaan van patiënten. En ook de waardevolle solidariteit tussen gezond en ziek, rijk en arm, jong en oud komt ermee onder druk te staan. Hebben we er alles aan gedaan om dit te voorkómen?

Grote variatie

Er zijn mogelijkheden om de zorg in Nederland beter, leuker en goedkoper te maken. Tussen artsen en tussen ziekenhuizen variëren de zorg en de zorgresultaten nog

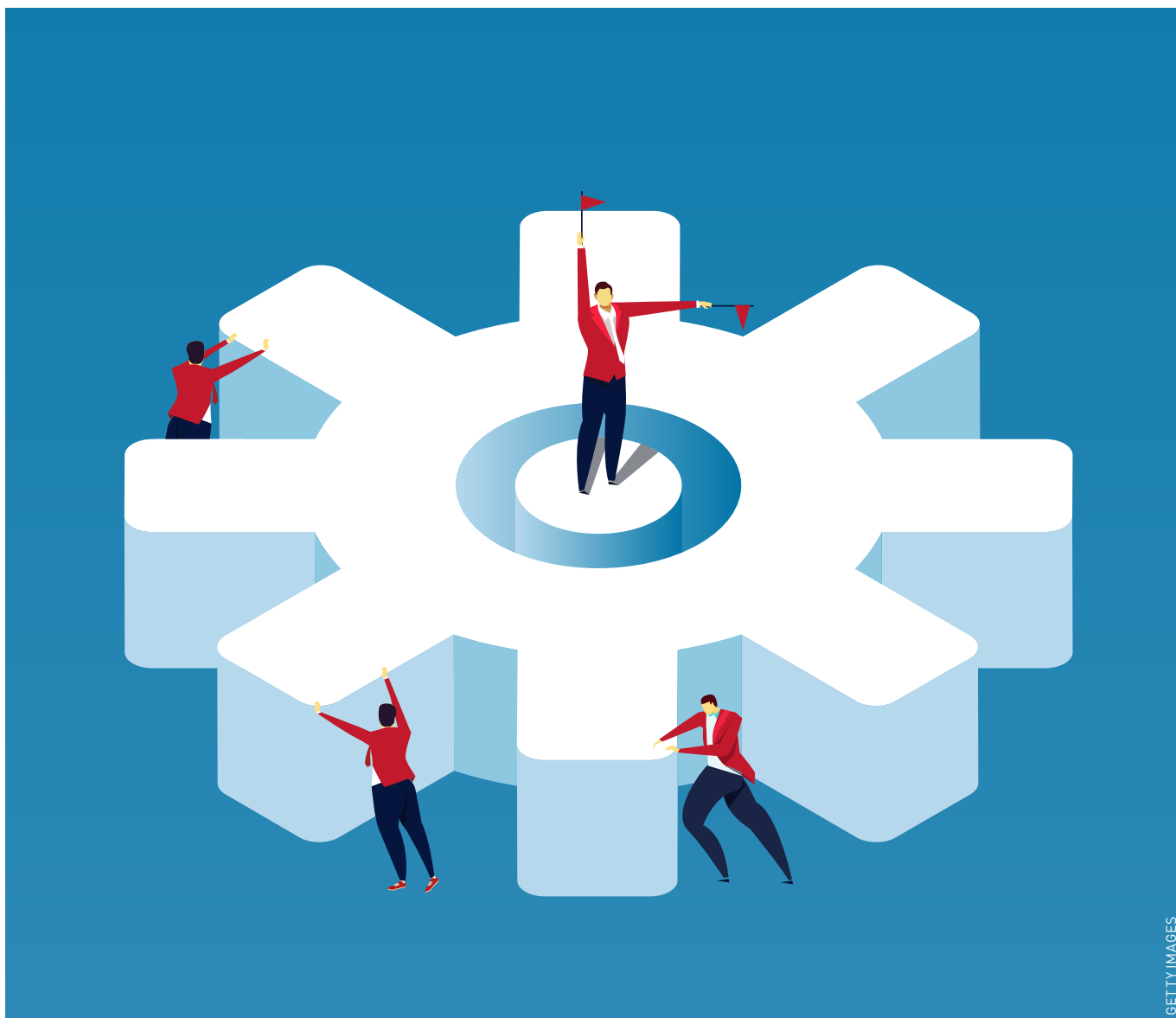
steeds aanmerkelijk. De kans op een galblaasverwijdering verschilt tussen regio's met een factor 7 en op een hysterectomie met een factor 4. Het aantal postoperatieve wondinfecties na heupoperatie varieert van 0,5 tot 4 procent. Er zijn grote verschillen in de aanpak en uitkomsten in de oncologie, bij hartfalen en bij CVA.

Er is veel 'winst' te boeken als we de zorg overal op het niveau van de 10 of 20 procent best presterenden zouden kunnen brengen. Adviesbureau SiRM berekende dat volledige implementatie van de resultaten van het DoelmatigheidsOnderzoek van ZonMw structureel 4,1 miljard euro per jaar zou opleveren.

Tussen ziekenhuizen variëren de zorgresultaten nog steeds aanmerkelijk

Een andere optie is het stopzetten van wat aantoonbaar geen toegevoegde waarde heeft. Wat ontbreekt is een gestructureerd proces om deze verworvenheden landelijk op te schalen: dat is ten nadele van de patiënt én van de kostenbeheersing.

Gelukkig worden er op landelijk niveau al initiatieven genomen. We noemen enkele voorbeelden. Zo zijn er afspraken gemaakt over 'Juiste Zorg Op de Juiste Plek' (JZOJP), omdat in 2022 de medisch-specialistische zorg niet meer mag groeien. Alle veldpartijen moeten zich inspannen om onnodige ziekenhuiszorg te vermijden. Hiervoor is in vier jaar 450 miljoen euro beschikbaar. Ook 'Juiste Medisch Specialistische zorg voor de Patiënt' (JuMP) van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) onder-



GETTY IMAGES

Elk ziekenhuis moet het wiel zelf uitvinden en op de meeste plaatsen zijn essentiële competenties onvoldoende aanwezig.

steunt programma's om dit te realiseren, evenals programma's als Citrien (NFU), Meetbaar Beter (Santeon) en Samen Beslissen (Patiëntenfederatie en Federatie Medisch Specialisten). Maar hoewel deze initiatieven beloftevol zijn, plaatsen wij er toch enkele kanttekeningen bij.

Zwak uitgewerkt

De nadruk ligt veelal op het formuleren van – vaak ambitieuze – intenties en het vergaren van kennis. Maar de daadwerkelijke implementatie is doorgaans zwak uitgewerkt en vindt alleen plaats bij de deelnemende ziekenhuizen en niet

bij andere centra. Umc's nemen maar beperkt hun academische verantwoordelijkheid om nieuwe ontwikkelingen te verspreiden. En ook zorgverzekeraars zijn tot nu toe nauwelijks bezig om (gezamenlijk) successen op te schalen. Zorgverzekeraars Nederland meldde onlangs wel aan de Tweede Kamer dat er per regio nog maar twee preferente zorgverzekeraars zullen komen.

Er is ook veel behoefte aan faciliteiten en competenties om kwaliteit succesvol en structureel te verbeteren. Denk aan projectmanagement, teamrollen, betrekken van professionals, in kaart brengen van processen, oorzaak-gevolgdia-

grammen, meten van processen, omgaan met weerstand tegen verandering, borging van resultaten en professioneel leiderschap. Elk ziekenhuis moet het wiel zelf uitvinden en op de meeste plaatsen zijn deze essentiële competenties onvoldoende aanwezig.

‘Juiste Zorg Op de Juiste Plek’ gaat niet vanzelf: integendeel. Veel bestuurders hebben – ondanks goede wil – een hard hoofd in het succes van het hoofdlijnenakkoord. Professor Wim van Harten (raad van bestuur van ziekenhuis Rijnstate) sprak zelfs van ‘politiek correct wensdenken.’ Het is volgens hem allerm minst bewezen dat verplaatsen van ziekenhuiszorg de zorg goedkoper maakt. JZOJP is niet in het belang van de ziekenhuizen en ook niet van de eerste lijn. De aandacht gaat veel meer uit naar problemen als volumegroei, concentratie van zorg, arbeidsmarktproblematiek, organisatie van de eerste lijn en de ervaren werkdruk in de eerste en tweede lijn. De beoogde volumegroei terugbrengen tot 0 procent in 2022 betekent volgens het ministerie dat de verwachte 7,3 procent financiële groei door het hoofdlijnenakkoord moet worden teruggebracht tot 5,4 procent: een structurele bezuinigingsopdracht van 1,9 miljard euro.

Meer nodig

Vanwege deze kanttekeningen vrezen wij dat over enkele jaren zal blijken dat het volume van de zorg niet is beheerst, de kosten onverantwoord blijven stijgen, er weer wachtlijsten ontstaan en de personeelstekorten nog groter zijn geworden. Er is daarom meer nodig dan wat in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken. Wij stellen de volgende maatregelen voor.

Maak succesvolle innovaties tot een landelijke aanpak

De basis voor goede zorg en voor voortdurende verbetering van zorg is en blijft de intrinsieke motivatie en inzet van professionals. Maar dat is toch niet genoeg. Professionals hebben ondersteuning nodig, belemmeringen – zoals negatieve financiële incentives en tijdsdruk – moeten worden weggenomen en verbeteringen moeten aansluiten bij wat professionals belangrijk vinden voor hun patiënt. Het is van belang dat professionals én leidinggevend en de noodzaak zien van maatregelen, een visie hebben op hoe optimale zorg eruit moet zien en een strategie hebben om dat te bereiken.

Er is evidence dat de beste wijze van implementatie en

opschaling de ‘Doorbraak-aanpak’ is. Deze door het Institute for Healthcare Improvement in Boston ontwikkelde aanpak is succesvol toegepast in veel landen, waarbij aan de lokale situatie aangepaste best practices met behulp van verbetercycli verder worden geoptimaliseerd. Nederlandse voorbeelden van deze aanpak zijn de Doorbraak-projecten van CBO, het ‘Sneller Beter’-programma en in de care ‘Zorg voor Beter’, ‘In voor zorg!’ en ‘Waardigheid en Trots’. In het kader staan de acht stappen van een Doorbraak-programma.

Bij de Doorbraak-aanpak in ons voorstel zijn verschillende partijen betrokken.

Professionals vormen samen met leidinggevend en met

BASISPRINCIPES VAN EEN DOORBRAAK-PROJECT

1. Op basis van strategische prioritering en de te behalen winst wordt een thema/onderwerp gekozen. Voorwaarde is dat vaststaat wat de optimale zorg is en dat er best practices zijn die dit aantonen.
2. Instellingen worden uitgenodigd om met een multidisciplinair team deel te nemen aan een Doorbraak-programma rond dit thema.
3. Een landelijk expertteam – bestaande uit wetenschappers, best-practice-experts, patiëntvertegenwoordigers en implementatiedeskundigen – destilleert uit richtlijnen en best practices de essentiële veranderprincipes.
4. De veranderprincipes worden in een landelijke werkconferentie aangeboden aan twintig tot honderd deelnemende multidisciplinaire teams uit ziekenhuizen. Zij ontvangen de benodigde training en maken een plan van aanpak.
5. In drie maanden werken de teams dit plan van aanpak lokaal uit, passen de veranderprincipes toe in hun eigen context en wisselen ervaringen en meetresultaten uit in een tweede landelijke werkconferentie. Daarbij worden ze toegerust voor de tweede werkperiode.
6. Dit proces wordt twee tot drie keer herhaald.
7. In de werkconferenties gaat het om training, het oefenen van korte verbetercycli, het uitwisselen, enige onderlinge concurrentie, borging, inspiratie en leiderschap. Het vasthouden van de winst op langere termijn en verdere opschaling is expliciet onderdeel van de aanpak. De nadruk ligt op het meten van resultaten.
8. Best practices worden dus niet gekopieerd, maar met behoud van de doelstellingen herontworpen en aangepast aan de eigen lokale context. Het is met nadruk geen ‘blauwdrukaanpak’.

ondersteuning door het ziekenhuis de multidisciplinaire (regionale) teams.

Bestuurders van ziekenhuizen en medische staf dragen de visie uit dat er grote winst is te behalen; zij zorgen voor deelname en bieden faciliteiten.

De Patiëntenfederatie omdat betrokkenheid van de patiënt vanzelfsprekend is bij de opzet en uitvoering van een landelijk programma.

Brancheorganisaties zetten met de kennisinstituten (Zorginstituut, Vilans, Nivel, IQ-Healthcare) en het ministerie van VWS een landelijk meerjarenprogramma op.

Zorgverzekeraars nemen dit programma op in hun zorgcontractering.

Het ministerie van VWS financiert de landelijke ondersteuningsstructuur, zoals ze dat destijds ook heeft gedaan bij Sneller Beter en het landelijk patiëntveiligheidsprogramma en zoals ze dat nog steeds doet in de care.

De inspectie ten slotte stimuleert via thematisch toezicht het bereiken van het beoogde prestatieniveau overal in de curatieve zorg.

Gezamenlijk ontwerpen zij een landelijk programma met thema's en onderwerpen: gepast gebruik, patiëntveiligheid, zorgpaden, JZOJP, (transmurale) zorglogistiek (lean), e-health, et cetera. Deze aanpak is een (onmisbare) aanvulling op de regio-insteek van het hoofdlijnenakkoord.

Gestructureerde aanpak

We hebben dit voorstel eerder via twee open brieven aan de minister voor Medische Zorg voorgelegd. Na aanvankelijke aarzeling lijkt het ministerie in tweede instantie wel te voelen voor een landelijke thematische aanpak, naast de initiatieven die op regionaal niveau worden uitgevoerd. Vraag is of het ministerie bereid is binnen het regeerakkoord de regie te nemen om te komen tot een gestructureerde aanpak van regionale implementatie en opschaling met landelijke ondersteuning, net zoals in de caresector met Vilans.

Wat is er dus nodig om (het werken in) de zorg effectiever, efficiënter, aangenamer én goedkoper te maken?

1. Maak implementatie en opschaling van succesvolle innovaties, bewezen verbeteringen en best practices tot een gestructureerde landelijke programmatische aanpak.
2. Doe dat via landelijke ondersteuning van lokale implementatie.
3. Gebruik daarbij de Doorbraak-aanpak. ■

contact

w.schellekens@tiscali.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Een lijst met referenties is bij de redactie beschikbaar.

VELDWERK

DE BESTUURDER



HUGO KEUZENKAMP

is bestuurslid van het
Westfriesgasthuis in Hoorn

Commedia

Als bestuurder moet je goed kunnen toneelspelen. Die wijze raad kreeg ik ooit van Adri Baan, die het (niet alleen daarmee) als oud-bestuurder van Philips ver had geschopt en voor mij een soort mentor was. Het was in de tijd dat ik ruzie had met mijn raad van toezicht, en ik mijn mengeling van boosheid en dedain niet kon verhullen. Dat toneelspel is bij mij dus nogal problematisch. Als ik iets stom of dom vind, dan laat mijn gezichtsuitdrukking weinig te raden over. Als iemand saai is, krijg ik niet te onderdrukken gaapaanvallen. Omgekeerd: als ik ergens door wordt geboeid, dan spreken mijn ogen boekdelen.

Om wat aan deze nare handicap te doen ging ik op toneelles. Althans, ik zocht een coach op die toneelspeelster was, sterker nog, een commedia dell'arte-gezelschap leidde. Lichaamstaal pur sang. Het is de beste hulp die ik ooit heb gehad. Niet omdat ik ben

gaan leren om toneel te spelen – talenten die je niet hebt, kun je ook niet ontwikkelen (tip: als u ooit in een functie komt waarin een bepaalde zwakte op uw 'persoonlijk ontwikkelprogramma' wordt geplaatst, luister dan niet, maar leer de zwakte te begrijpen en ontwikkel verder die

ALS IEMAND SAAI IS, KRIJG IK GAAPAAINVALLEN

dingen waar je al goed in bent). Nee, veel meer omdat ik het toneelspel om mij heen beter ging begrijpen. Het spel van toezichthouders, andere bestuurders, de dokters in ons huis. De archetypes, zoals *Il Capitano*, vol zelfoverschatting, of de pedante dokter, *Il Dottore*. Toneelspelen gaat me nog altijd slecht af. Maar ik ben steeds meer van het schouwspel gaan genieten.