

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Wat is nodig voor duurzame implementatie van Value Based Healthcare?

Relinde de Koeijer & Jan Hazelzet*

Dit artikel beschrijft een kwalitatief exploratief onderzoek naar de toepassing van Value Based Healthcare (VBHC) in de Nederlandse zorgpraktijk. Daarbij focussen we op randvoorwaarden van VBHC en het effect van de methodiek op de rol van zorgprofessionals (N = 22 interviews). De resultaten laten zien dat de definitie en de toepassing van VBHC verschilt per specifieke zorgcontext en dat vier randvoorwaarden cruciaal zijn voor een bredere en succesvolle implementatie van VBHC: een patiënt die in staat is om mee te beslissen over zijn of haar zorg, beschikbare en betrouwbare data, vertrouwen, en financiering op basis van uitkomsten (waarde). Daarnaast verandert de rol van de zorgprofessional, op basis van medische en patiënt gerapporteerde uitkomsten, over het behandeltraject. Ten eerste besluit de patiënt explicieter samen met de zorgprofessional, op basis van medische en patiënt gerapporteerde uitkomsten, over het behandeltraject. Ten tweede, samenwerken in een team rondom een aandoe-ning met gemeenschappelijke integrale verantwoordelijkheid voor elkaars functioneren is nieuw voor artsen. Om zorgprofessionals duurzaam te equiperen voor deze verandering is onze aanbeveling om de VBHC-aanpak te verbreden met zowel een specifieke set van Human Resource-praktijken, als een duidelijk op VBHC gericht organisatieklimaat. Met als gevolg dat VBHC duurzaam wordt geïmplementeerd en leidt tot positieve uitkomsten voor zowel patiënten als zorgprofessionals.

Inleiding

Zorgprofessionals streven ernaar dagelijks de beste zorg voor hun patiënten te leveren.

Om deze ambitie te realiseren moeten ze balanceren tussen de zich snel ontwikkelende medische kennis en technologische mogelijkheden, een toenemend aantal chronische ziekten, comorbiditeit, economische budgetten en verwachtingen en voorkeuren van de patiënt (Main et al., 2002; Smith et al., 2013). In het streven naar continu verbeteren omarmen zorgorganisaties managementmethodieken en -filosofieën. Zo wordt er sinds enkele jaren in Nederland geëxperimenteerd met het in het buitenland populaire Value Based Healthcare (VBHC), waarin waarde, namelijk de afweging tussen relevante uitkomsten voor de patiënt en de kosten om deze te bereiken, centraal staat (Porter & Teisberg, 2006). Het enthousiasme bij zorgorganisaties en professionals voor deze methodiek is groot. Echter, de definiëring en toepassing van VBHC in zorgorganisaties is divers en de bewijslast is beperkt (Arora et al., 2016). En hoewel het gedachtegoed van

* Relinde de Koeijer is verbonden aan het Institute of Health Policy and Management, Erasmus Universiteit Rotterdam en aan Turner Advies. E-mail: rkoeijer@gmail.com. Jan Hazelzet is verbonden aan het Erasmus Universitair Medisch Centrum, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg.

VBHC positief wordt ontvangen door zorgprofessionals, blijft het effect van VBHC op hun rol juist onderbelicht (Van Deen et al., 2017). Meer inzicht in het effect van VBHC op de rol van zorgprofessionals is van belang, omdat onderzoek (Miller & Thrall, 2010; Shanafelt et al., 2012) laat zien dat de meeste artsen op dit moment al op maximale capaciteit opereren. Harmon et al. (2003) geven aan dat uitkomsten van zorgorganisaties grotendeels afhankelijk zijn van de kennis, vaardigheden en motivatie van professionals die verantwoordelijk zijn voor het leveren van zorg. Om die reden is het voor een duurzame implementatie van VBHC noodzakelijk dat de methodiek leidt tot goede uitkomsten voor zowel patiënten als (het welzijn van) zorgprofessionals, door Peccei et al. (2013) aangeduid als een win-win-model. De probleemstelling die centraal staat in het onderzoek, is: wat is nodig voor een duurzame implementatie van VBHC in de Nederlandse zorgpraktijk?

Theoretisch kader

Value Based Healthcare betekent letterlijk ‘op waarde gebaseerde zorg’ en is in 2006 ontwikkeld door Harvard-professoren Michael Porter en Elizabeth Teisberg. *Value* wordt gedefinieerd als ‘patient health outcomes per dollar spent’. In de Nederlandse context is de betekenis ‘waardegedreven zorg’, waarmee wordt aangegeven dat het doel van zorgprocessen is om waarde te creëren voor belanghebbenden, in de eerste plaats de patiënt. Volgens Porter en Teisberg (2006) bestaat VBHC uit zes onderdelen, namelijk:

- 1 Organiseer zorg in ‘geïntegreerde zorgeenheden’ (IPU’s), rondom de medische aandoening van de patiënten.
 - a Stem eerstelijns- en preventieve zorg af op IPU’s ten behoeve van afzonderlijke patiëntsegmenten. IPU’s kunnen bijvoorbeeld ook ambulante en klinische zorg, diagnostiek, opleiding en coaching en revalidatie binnen dezelfde feitelijke of virtuele organisatie betekenen.
- 2 Meet uitkomsten en kosten per patiënt.
 - a Uitkomsten worden veelal meetbaar gemaakt via Patient Reported Outcome Measures (PROM’s) en ervaringen via Patient Reported Experience Measures (PREM’s).
- 3 Maak gebundelde betaling mogelijk.
- 4 Integreer het aanbod van zorgaanbieders.
- 5 Vergroot het geografische bereik van excellente aanbieders.
- 6 Bouw een geïntegreerd IT-platform.

Het International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), opgericht door de Harvard Business School in Boston, de Boston Consulting Group en het Karolinska Instituut in Stockholm, heeft zich tot doel gesteld om het zorgstelsel wereldwijd te transformeren door het op een gestandaardiseerde manier meten en rapporteren van patiëntuitkomsten per ziektebeeld. Op dit moment zijn er 21 standaard uitkomstensets gereed en negen in de maak. Deze sets zijn tot stand gekomen door wereldwijde werkgroepen, waarin ook een patiëntenvertegenwoordiging van het betreffende ziektebeeld participeerde.

In de Nederlandse zorgmarkt wordt er druk geëxperimenteerd met VBHC. Zo participeren zeven topklinische ziekenhuizen onder de paraplu van de ziekenhuisgroep Santeon in VBHC-initiatieven gericht op onder meer longkanker, prostaatkanker, darmkanker en borstkanker. In het programma 'Meetbaar Beter' participeren topklinische en academische ziekenhuizen in VBHC-initiatieven gericht op hartcentra. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) heeft VBHC als strategisch thema benoemd en binnen het Erasmus MC wordt door dertig teams rondom ziektebeelden aan dit concept gewerkt, waaronder CVA (herseneninfarct), schisis (lip- gehemeltespleet), blaaskanker en borstkanker. Op de sites van deelnemende organisaties wordt gerapporteerd over onder meer de volgende activiteiten als onderdeel van de VBHC-aanpak: het vaststellen van de initiële conditie van patiënten, patiënt- en arts-relevante indicatoren, proces-indicatoren en kosten per aandoening, het verzamelen van uitkomsten (kwalitatief en kwantitatief), het vergelijken van deze uitkomsten en achterliggende processen met behandelteams, het vaststellen van gewenste doelstellingen en het doorvoeren van gewenste verbeteringen. Daarbij wordt aangegeven dat deze aanpak heeft geleid tot aantoonbaar verbeterde kwaliteit en transparantie van zorg voor zowel patiënt als arts en verbeterde zorgprocessen.

VBHC is zeker niet de eerste managementmethodiek die wordt omarmd in de zorg. Vanaf 1980 is er druk geëxperimenteerd met Total Quality Management (TQM). TQM is gebaseerd op de filosofie van het Toyota Production System, ontwikkeld in Japan, met als belangrijkste uitgangspunt dat betere kwaliteit direct verband houdt met hogere klanttevredenheid en lagere kosten (Does et al., 2008). Vanaf 2000 is met name Lean Management steeds populairder geworden in de zorg. In deze methodiek staan de volgende vijf principes centraal: specificeer waarde voor de klant, identificeer de waarestroom, creëer 'flow', produceer op vraag van de klant ('pull') en streef naar perfectie (Womack & Jones, 1996). Waarde staat, evenals bij Lean Management, ook centraal in VBHC, de methodiek die sinds 2010 steeds meer wordt toegepast in de Nederlandse gezondheidszorg. Maar waar waarde binnen Lean wordt gedefinieerd als 'datgene waar de klant voor wil betalen', betekent waarde binnen VBHC 'het creëren van de beste (zorg)uitkomsten tegen de laagste kosten'. VBHC wordt gezien als meest recente ontwikkeling op het gebied van waardegedreven zorg, systeembeheersing en kwaliteitsverbetering. Echter, onderzoek naar de wijze waarop VBHC wordt toegepast in de breedte van de zorg, is nog beperkt (Van Deen et al., 2017). Om die reden richt dit onderzoek zich op het verkrijgen van inzicht in de toepassing en randvoorwaarden van VBHC in de Nederlandse zorgpraktijk. Daarnaast willen we met dit artikel inzicht geven in de rol van zorgprofessionals bij de toepassing van VBHC. Enerzijds, omdat de rol van zorgprofessionals binnen VBHC in onderzoek tot nu toe nog onderbelicht is gebleven (Van Deen et al., 2017). Anderzijds, omdat onderzoek naar eerder toegepaste managementmethodieken aanleiding geeft tot een kritische beschouwing. Want hoewel studies claimen dat bijvoorbeeld Lean Management leidt tot meer betrokken en tevreden zorgprofessionals (Graban, 2008; Bisgaard, 2009; Stamatis, 2011), wijzen anderen erop dat de invoering van Lean Management in de zorg juist leidt tot meer werkgerelateerde angst en depressie (Holden, 2011).

Internationaal onderzoek laat zien dat patiënten steeds hogere eisen stellen aan zorgprofessionals (Pryce et al., 2006; Schluter et al., 2011), 45,8% van de artsen

enkele eigenschappen ervaart die geclassificeerd kunnen worden als burn-out (Shanafelt et al., 2012) en 69% van de artsen aangeeft geen tijd en middelen te hebben om extra patiënten te zien met behoud van kwaliteit (Miller & Thrall, 2010). Ook in Nederland hebben verpleegkundigen, psychiaters, verloskundigen, arbo-artsen en huisartsen relatief hoge niveaus van burn-out (Taris et al., 2013). Eén op de acht medisch specialisten heeft last van burn-outklachten en een verhoogd risico op een burn-out (Drenth, 2016). Om die reden is het van belang inzicht te krijgen in hoe VBHC duurzaam geïmplementeerd kan worden in de Nederlandse zorgpraktijk, voor patiënt en zorgprofessional.

Methode en analyse

Dit artikel is gebaseerd op een kwalitatief onderzoek waarvoor 22 betrokkenen uit het zorgveld zijn geïnterviewd. Gelet op de doelstelling om de rol van zorgprofessionals bij de toepassing van VBHC en de randvoorwaarden voor VBHC in de zorgpraktijk breed te verkennen, is het onderzoek exploratief van aard. De respondenten (bestuurders, artsen en programmamanagers) vervullen binnen hun organisatie een sleutelrol in de toepassing van VBHC of zijn op dat gebied het best geïnformeerd. Drie respondenten zijn werkzaam binnen de care (verstandelijke gehandicaptenzorg (VG)), drie respondenten zijn werkzaam bij zorgverzekeraars, één respondent vertegenwoordigt de patiëntenfederatie en één respondent houdt zich bezig met vernieuwing van het opleidingscurriculum van verpleegkundigen, onder andere op het vlak van waardegedreven zorg (zie tabel 1). Daarnaast werken veertien respondenten in de cure, bij academische ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen (STZ) en in de anderhalvelijnszorg, namelijk samenwerkingsverbanden gericht op het verschuiven van zorg van met name het ziekenhuis naar de huisarts en andere hulpverleners in de eerste lijn (zie tabel 1).

De respondenten zijn geselecteerd op basis van VBHC-initiatieven die in de markt bekend zijn, echter we pretenderen niet daarin compleet te zijn. We verwachten wel dat onze dataset een afspiegeling is van de mate waarmee VBHC op dit moment in de deelsectoren van de zorg wordt toegepast.

De interviews namen gemiddeld zestig minuten in beslag en waren semigestructureerd, waarbij de volgende thema's aan bod zijn gekomen: de definitie en toepassing van VBHC, succesfactoren en belemmeringen voor de implementatie van VBHC en de effecten van VBHC. Alle interviews zijn – met toestemming – opgenomen en vervolgens uitgewerkt. Om de relevante data te identificeren hebben de auteurs apart van elkaar de interviews gelezen en codes gebruikt om de belangrijkste ideeën en thema's te markeren. Vervolgens zijn de data geclusterd in algemene categorieën met behulp van de codering (zie tabel 1) en zijn zorgvuldig de meest illustratieve quotes geselecteerd (Lyssens-Danneboom et al., 2013).

Tabel 1 Een overzicht van de effecten van VBHC op de rol van de zorgprofessional

Zorgorganisatie	Functie	Interview ronde 1	Interview ronde 2	Individueel bespreken van uitkomsten met de patiënt	Effect op de rol van de zorgprofessional	Herontwerp van zorgpro- cessen
				Samenwerking in teams rondom een aandoening	Integratie van zorg met ketenpartners	
Langdurige zorg (VG) A	Directeur	1			x	x
Zorgverzekeraar A	Senior manager	2			x	x
Ziekenhuis (STZ) A	Chirurg	3	19	x	x	x
Anderhalve lijnszorg	Directeur	4			x	x
Ziekenhuis (STZ) B	Directeur en cardioloog	5	20	x	x	x
Gezondheidscentrum	Directeur en arts	6		x	x	x
Ziekenhuis (STZ) C	Lid Raad van Bestuur en uroloog	7	21	x	x	x
Ziekenhuisgroep (STZ)	Programmadirecteur	8		x		
Zorgverzekeraar A	Programmamangers	9			x	
Patiëntenfederatie	Directeur	10		x		x
Langdurige zorg (VG) B	Lid Raad van Bestuur	11			x	x
Ziekenhuis (academisch) A	Lid Raad van Bestuur	12			x	x
Ziekenhuis (academisch) B	Gynaecoloog	13		x	x	x
Opleidingsinstituut verpleegkundigen	Directeur	14			x	x
Ziekenhuis (STZ) D	Lid Raad van Bestuur en internist	15		x	x	x
Langdurige zorg (VG) C	Lid Raad van Bestuur	16			x	x
Ziekenhuis (academisch) C	Manager	17		x		x
Ziekenhuis (STZ) E	Kinderarts	18		x	x	x
Ziekenhuis (STZ) F	Nefroloog		22	x	x	x

Op basis van de eerste analyses van de interviews (n = 18) zijn vervolgens aanvullend vier interviews gehouden van 30-60 minuten met artsen die een VBHC-initiatief hebben geïmplementeerd, gericht op een verdieping van de rol van zorgprofessionals.

Resultaten

We starten met het bespreken van de toepassing en randvoorwaarden van VBHC in de Nederlandse zorgpraktijk, waarna we de rol van zorgprofessionals bij de toepassing van VBHC belichten.

Toepassing van VBHC

Uit de interviews komt naar voren dat VBHC vooral gezien wordt als het verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënt en het leveren van passende zorg op het juiste moment en op de juiste manier. Daarbij wordt regelmatig gerefereerd aan het concept van positieve gezondheid (Huber, 2014), namelijk gezondheid als het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven.

‘Het idee achter VBHC gaat verder dan het “repareren” van de patiënt; het doel is de patiënt meer te betrekken bij zijn of haar eigen zorgproces.’ (Ziekenhuis (STZ) A, chirurg)

Respondenten geven aan dat waarde gezien wordt als een resultante van alle afzonderlijke zorgactiviteiten in de keten, waardoor ketensamenwerking een belangrijk thema is binnen VBHC.

‘Als je echt wil veranderen en de patiënt en zijn belangen voorop wilt zetten, dan (...) moet je van monopartij naar netwerk durven over te stappen. We moeten accepteren dat wij als organisatie niet de hele integrale zorg kunnen leveren.’ (Ziekenhuis (Academisch) B, gynaecoloog)

Tijdens de interviews worden accentverschillen duidelijk ten aanzien van de definitie van VBHC. Zo ligt in de *care* (chronische en langdurige zorg) de focus op zelfredzaamheid, participatie en deelname aan maatschappij. VBHC krijgt in de *care* vorm in het behandelplan waarin samen met de patiënt wordt vastgelegd wat zijn ambities zijn voor wonen, werken en vrije tijd. De zorg, vaak uitgedrukt in vergrote zelfredzaamheid, wordt achteraf kwalitatief gemeten door middel van observaties en vragenlijsten die samen met de patiënt worden ingevuld.

‘We hebben geen sterke focus op absolute uitkomsten, maar juist op de relatieve winst voor het leven van de cliënt.’ (Langdurige zorg B (VG), lid Raad van Bestuur)

‘Ons doel is mensen die het door hun psychische en/of verstandelijke beperking niet zelf kunnen, een zo volwaardig mogelijke plek in de samenleving te geven. Door ze te ondersteunen met wonen, met werken, met vrije tijd.’ (Langdurige zorg C (VG), lid Raad van Bestuur)

Binnen de *cure* (instellingen gericht op genezing/bevordering van herstel, zoals ziekenhuizen) wordt VBHC door de respondenten veelal gedefinieerd als het leveren van de zorg die de patiënt wenst. Daarbij is het luisteren naar de wensen van de patiënt en door de patiënt mee beslissen leidend voor de te kiezen behandelmethodes (*shared decision making*). Anders dan in de care zijn objectieve uitkomstmaten per curatief zorgpad vaak wel te definiëren. Multidisciplinaire teams, gekoppeld aan een zorgpad, bepalen uitkomstmaten en initiële condities, waarna het zorgpad wordt geoptimaliseerd. De input van de patiënt is een belangrijk criterium bij het selecteren van de uitkomstmaten.

‘De kwalitatieve input van de patiënt zelf is (...) zelfs een van de belangrijkste criteria bij het selecteren van die uitkomstmaat die je dan definieert als de teller.’ (Ziekenhuis (STZ) B, directeur en cardioloog)

‘De kern van VBHC is welke waarde je levert, gedeeld door de euro die je kunt spenderen. Die waarde definieer je in een paar outcomes. Zowel in wat de zorgverlener belangrijk vindt als wat de patiënt belangrijk vindt.’ (Ziekenhuis (Academisch) C, manager)

Samenvattend kunnen we stellen dat uit de interviews komt naar voren dat VBHC een multidimensionaal begrip is. Zowel definitie als toepassing verschilt per specifieke zorgcontext. De toepassing wordt bepaald door zorgtechnische, situationele en patiëntafhankelijke factoren. De kwalitatieve data laten ook duidelijke overeenkomsten tussen *cure* en *care* zien, die we hebben samengevat in de volgende definitie van VBHC: ‘Een filosofie voor de zorg, met een specifieke aanpak en een set praktische hulpmiddelen, die gericht is op het steeds weer vergroten van waarde voor patiënten door het verstevigen van de zorgverlener-patiënt-relatie, het vergroten van ketensamenwerking en het creëren van de beste (zorg)uitkomsten tegen de laagste kosten.’

Randvoorwaarden voor de toepassing van VBHC

Uit de interviews wordt duidelijk dat VBHC-initiatieven regelmatig beperkt blijven tot een afdeling of organisatie. Respondenten geven daarvoor als reden dat randvoorwaarden voor een brede implementatie van VBHC onvoldoende ingevuld zijn. Zo is een belangrijke randvoorwaarde dat een patiënt in staat is om zijn behoefte en situatie goed te beschrijven, om een aanjagende rol te kunnen spelen in het realiseren van waardegedreven zorg. Echter, respondenten geven aan dat niet alle patiënten in staat zijn om mee te beslissen over de uitvoering van hun zorgbehoefte.

‘Shared decision making is niet eenvoudig, omdat dit soms te veel van patiënten vraagt. Zo is het voor de oudere patiënt lastig en spelen culturele verschillen een rol.’ (Ziekenhuis (STZ) A, vaatchirurg)

Volgens de respondenten zijn betrouwbare uitkomsten randvoorwaardelijk om te bepalen hoe waardegedreven de zorg is. Echter, actuele uitkomsten zijn geregeld niet voorhanden en het definiëren van vergelijkbare betrouwbare uitkomstmaten tussen instellingen blijkt niet eenvoudig. Zo zijn patiëntgroepen met veel variatie nu eenmaal lastig vergelijkbaar. Bijvoorbeeld, patiënten met multi-morbiditeit zijn niet van een zorgpad, maar van meerdere zorgpaden tegelijk onderdeel. En denk aan psychiatrische behandelingen, waarvan de doorlooptijd en effecten onderling moeilijk meetbaar en vergelijkbaar lijken.

‘Er zijn vaak geen actuele data beschikbaar. Artsen willen de data van gisteren en vandaag, maar deze zijn er niet. Vaak zijn de data van twee jaar geleden de meest recente, beschikbare data. Zo blijf je achter de feiten aanlopen.’ (Ziekenhuis (Academisch) B, gynaecoloog)

Toch zijn er instellingen die tijdens hun zoektocht naar betrouwbare uitkomsten starten met VBHC. Afstemming, samenwerking en met name vertrouwen tussen verschillende disciplines blijkt dan essentieel. Maar ook vertrouwen in de patiënt en in jezelf als zorgprofessional dan wel bestuurder.

‘Hoe vertrouw je elkaar, dat is zo ontzettend belangrijk.’ (Ziekenhuisgroep (STZ), programmadirecteur)

Respondenten suggereren dat, om VBHC breed en succesvol te kunnen implementeren, ook zorgverzekeraars randvoorwaarden moeten creëren. De meeste respondenten vertellen dat de huidige financiering van zorg VBHC in de weg zit en dat het zorgsysteem perverse prikkels bevat. Het zorgsysteem is nu primair gericht op kostenbeheersing. Vergoedingen zijn gerelateerd aan ziekte, niet aan gezondheid, en aan zorgproducten en niet aan zorgketens. Daardoor zullen artsen, hoewel ze zich bewust zijn van het belang van VBHC, hun werkwijze niet aanpassen. Het is van belang dat zorgverzekeraars aan patiënten de zorgverleners met de beste track-record adviseren, en dus niet de goedkoopste. Daarnaast zien respondenten een rol voor zorgverzekeraars om verdere experimenten mogelijk te maken. Ten slotte geven respondenten aan dat lange-termijnafspraken met zorginstellingen VBHC mogelijk maakt, als er wordt gecontracteerd met een uitkomstgarantie en inspanningsverklaring.

‘Zorgverzekeraars kunnen veel moediger zijn in het veranderen van de zorg.’ (Patiëntenfederatie, directeur)

Dat VBHC vraagt om verandering van de zorg, daar zijn de respondenten het over eens. Waar sommige respondenten wijzen op de benodigde verandering die de patiënt zal moeten doormaken, gaan anderen in op benodigde aanpassingen in het systeem van de zorg, zoals de financiering van de zorg en de rol van de zorgverzekeraar. Uit de interviews komen vier randvoorwaarden naar voren voor

een succesvolle en brede implementatie van VBHC in de Nederlandse zorgmarkt: een patiënt die in staat is om mee te beslissen over zijn zorg, beschikbare en betrouwbare data, vertrouwen en financiering op basis van uitkomsten (waarde). Uit de interviews blijkt dat deze randvoorwaarden nog niet of beperkt zijn ingevuld.

De rol van de zorgprofessional

Uit de interviews blijkt een enthousiasme voor VBHC bij zorgprofessionals. Zij geven aan dat VBHC aansluit bij hun vak en passie.

‘Dit is de eerste echte benadering die werkt vanuit onze passie – namelijk de meerwaarde van onze zorg voor de kwaliteit van leven van de patiënt – en dat combineert met transparantie in kosten en uitkomsten.’ (Ziekenhuis (STZ) E, kinderarts)

‘We waren het zat dat er weinig aandacht is voor echte kwaliteit, dat kostenefficiëntie gelijk staat aan de kaasschaafmethode en de ongenueanceerde discussie over ziekenhuistarieven. Daarom dachten we, dan doen we het zelf maar.’ (Ziekenhuis (STZ) A, vaatchirurg)

Respondenten geven aan dat het bespreken van uitkomsten in de spreekkamer met de patiënt door VBHC de zorg verandert. Medische uitkomsten worden vertaald naar de individuele situatie van de patiënt. Daarbij geven grote getallen, gemiddelden en (inter)nationale studies wel lading aan medische uitkomsten, maar vindt de echte interpretatie van deze uitkomsten voor de patiënt in de spreekkamer plaats. Naast puur medische uitkomsten worden ook uitkomsten besproken over de effectiviteit van de behandeling voor de individuele patiënt en de consequenties voor zijn of haar individuele dagelijkse leven, door de patiënt zelf gerapporteerd (zogenaamde PROM's).

‘We krijgen een nieuw type informatie en het gaat erom hoe we die data gebruiken om betere beslissingen te nemen voor de patiënt en onze werkwijze te verbeteren, waarbij we minder zwaar vertrouwen op de traditionele wetenschap,’ (Ziekenhuis (STZ) B, directeur en cardioloog)

Het houvast, sinds jaar en dag de eenduidige rol en verantwoordelijkheid vanuit de medische kennis, is minder. De patiënt weet zelf veel over zijn eigen uitkomsten. Bovendien krijgt de zorgverlener door de PROM's directe terugkoppeling over de door hem verrichte behandeling, wat niet altijd even gemakkelijk te verteren is. De arts bevindt zich op onbekend terrein, geven respondenten aan.

‘(...) dit is niet eenvoudig voor de arts. Je bevindt je in een open veld van discussie met de patiënt.’ (Ziekenhuis (STZ) F, nefroloog)

‘Door VBHC komt dat wat besloten lag in de spreekkamer, in één keer open en bloot op tafel te liggen. Dit is een belangrijke tegenkracht die professionals dwingt om zichzelf te verbeteren.’ (Ziekenhuis (STZ) C, lid Raad van Bestuur en internist)

Respondenten geven aan dat uitkomsten ook lijken te conflicteren, bijvoorbeeld dat richtlijnen niet aansluiten bij de waarde voor de patiënt. Als er sprake is van verschillende of conflicterende uitkomsten en perspectieven, is het van belang om samen met de patiënt tot een goede beslissing te komen, ook wel aangeduid als *shared decision making*. Kortom, er is niet meer één waarheid: beslissingen worden gewogen en in samenspraak met de patiënt gemaakt.

‘VBHC nuanceert het belang van evidence based richtlijnen. De waarde van de patiënt kan potentieel in tegenspraak zijn met richtlijnen en getallen.’ (Ziekenhuis (STZ) F, nefroloog)

Een tweede aspect van de veranderende rol van zorgprofessionals is de nieuwe dimensies die VBHC toevoegt aan multidisciplinaire samenwerking. Samenwerken in multidisciplinaire teams is bekend terrein voor artsen, maar samenwerken in een team rondom een aandoening met gemeenschappelijke integrale verantwoordelijkheid voor elkaars functioneren is voor artsen nieuw. Door VBHC is het gesprek noodzakelijker en laagdrempeliger, waardoor naast medici ook andere disciplines, zoals maatschappelijk werk, gemakkelijker een bijdrage kunnen leveren in het team. Er is cultureel zeker nog sprake van ‘rangen en standen’, maar de noodzaak om aan tafel een gelijkwaardig gesprek te voeren in het belang van de patiënt neemt toe door toepassing van VBHC.

‘Tijdens het MDO [MultiDisciplinair Overleg] gaan disciplines gemakkelijker in gesprek met elkaar, omdat het gaat om dichtbij de patiënt staande en algemeen begrijpelijke onderwerpen. Daardoor kun je ieders meerwaarde ten opzichte van die patiënt beter benutten.’ (Ziekenhuis (STZ) F, nefroloog)

Respondenten geven aan dat het toerusten van zorgprofessionals, gelet op veranderingen in hun rol als gevolg van VBHC, een belangrijk aandachtspunt is.

‘Dit vraagt om bewustwording, scholing en een andere focus op de patiënt bij artsen.’ (Ziekenhuis (STZ) F, nefroloog)

‘Wij geloven dat dit voor jonge dokters belangrijk is om mee op te groeien. Je leert ook heel veel niet in je opleiding als dokter namelijk...’ (Ziekenhuis (STZ) B, directeur en cardioloog)

Samenvattend, door VBHC verandert de rol van de zorgprofessional op twee fronten. Ten eerste vindt er een ander gesprek plaats in de spreekkamer, namelijk een gesprek waarin de arts samen met de patiënt een beslissing neemt waarin medische en patiënt gerapporteerde uitkomsten en de individuele situatie en behoefte van de patiënt worden afgewogen. Ten tweede krijgt multidisciplinaire

samenwerking een extra dimensie, namelijk de gemeenschappelijke integrale verantwoordelijkheid voor elkaars functioneren. Hierbij spelen teamsamenwerking en klinisch leiderschap een belangrijke rol. VBHC vraagt om een goede toerusting van zorgprofessionals op hun veranderende rol.

Conclusie en aanbevelingen

De resultaten van ons onderzoek laten zien dat de definitie en de toepassing van VBHC verschilt per specifieke zorgcontext en dat vier randvoorwaarden cruciaal zijn voor een bredere en succesvolle implementatie van VBHC: een patiënt die in staat is om mee te beslissen over zijn zorg, beschikbare en betrouwbare data, vertrouwen, en financiering op basis van uitkomsten (waarde). Deze randvoorwaarden lijken op dit moment op basis van onze bevindingen onvoldoende ingevuld te zijn in de Nederlandse zorgpraktijk. In het nieuws zijn echter hoopgevende ontwikkelingen zichtbaar. Zo zetten patiëntenorganisaties vol in op een actieve en meebeslissende rol van de patiënt, heeft ICHOM als ambitie om in 2017 gestandaardiseerde uitkomstmaten te publiceren voor meer dan 50% van de wereldwijde ziektelast en hebben in Nederland meerdere zorgverzekeraars aangegeven in 2018 op waarde te zullen gaan inkopen (Kamerbrief over uitkomsttransparantie voor samen beslissen, 21 februari 2017).

Op basis van de resultaten concluderen wij dat met het creëren van deze randvoorwaarden een belangrijke stap zal worden gezet in de richting van een duurzame implementatie van VBHC in de Nederlandse zorgpraktijk. Maar uit ons onderzoek blijkt dat het goed toerusten van zorgprofessionals op hun veranderende rol ook van belang is. De zorgprofessional begeeft zich met VBHC namelijk op relatief nieuw terrein, zo blijkt uit de interviews. Niet alle zorgprofessionals zijn bijvoorbeeld even bedreven in het voeren van het gesprek waarbij de waarde voor de patiënt vooropstaat en medisch technische kennis en richtlijnen daaraan volgend zijn. Eerder onderzoek heeft laten zien dat als professionals niet goed worden toegerust, het negatieve gevolgen kan hebben voor hun welzijn. Zo wijzen bijvoorbeeld Carter et al. (2011, 2013) op de negatieve invloed van Lean Management op werknemers in de Britse publieke sector. Ze noemen een afgenomen vertrouwen van werknemers in hun managers, frustratie over veranderingen – en de impact daarvan op het vaardigheidsniveau voor functies en de kwaliteit van de dienstverlening –, stress en een hoge mate van ontevredenheid. Om VBHC duurzaam te implementeren, zullen zorgprofessionals moeten worden geëquipeerd in de communicatie met de patiënt en het team in zowel (gezondheids)technische als sociale zin.

Huidige studies naar VBHC bieden echter weinig handvatten voor de benodigde ontwikkeling van zorgprofessionals. Om die reden kijken we naar het vakgebied dat zich richt op de ontwikkeling van (zorg)professionals, namelijk Human Resource Management (HRM). Onderzoek vertelt ons dat het bundelen van bepaalde HR-praktijken een positief effect heeft op prestaties van zorgorganisaties (bijv. Rondeau & Wager, 2001, 2010; Harmon et al., 2003; Bartram et al., 2007; Scottie et al., 2007; Subramony, 2009; Gittel et al., 2010). Om die reden bevelen we aan om de VBHC-aanpak te verbreden met een op maat gesneden set aan HR-praktijken die de zorgprofessional duurzaam toerusten op veranderingen in

zijn rol. Denk bijvoorbeeld aan training met focus op intervisie, teamsamenwerking en communicatievaardigheden, en passende waardering van VBHC-teams die de zorg aantoonbaar verbeteren. Daarmee leren zorgprofessionals de stem van de patiënt in het situationele maatwerk goed te articuleren en voorop te zetten, respect en gelijkwaardigheid te betrachten in de onderlinge communicatie en samenwerking, standaarden te omarmen waar het kan, en gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen en af te leggen (over de disciplines heen).

Ook gedragsverandering bij zorgprofessionals is onderdeel van een duurzame implementatie van VBHC. Positieve verbanden tussen klimaat en houding en gedrag van medewerkers zijn in onderzoeken aangetoond (Schneider et al., 1998; Veld et al., 2010). Klimaat wordt daarbij opgevat als de gedeelde percepties van medewerkers van organisatorische gebeurtenissen, methoden en procedures (Patterson et al., 2005). Uit onderzoek blijkt dat klimaat tastbaar wordt door medewerkers te stimuleren zich op een bepaalde manier te gedragen die in overeenstemming is met gestelde doelen (Ostroff & Bowen, 2000; Schneider, 1975; Veld et al., 2010). Radnor et al. (2012) stellen dat, vanwege de smalle focus op de tools en technieken, het ontwikkelen van een klimaat van continu verbeteren tot dusver verwaarloosd is in de gezondheidszorg. Om ervoor te zorgen dat VBHC naast betere uitkomsten ook tot een duurzame gedragsverandering leidt bij zorgprofessionals, is onze aanbeveling om het gewenste VBHC-organisatieklimaat integraal onderdeel te maken van de aanpak. We kunnen ons voorstellen dat een organisatieklimaat met aandacht voor kwaliteit en innovatie aansluit bij de doelstellingen van VBHC.

Het bevorderen van het welzijn van zorgprofessionals is tevens van belang voor het duurzaam implementeren van VBHC. Gecombineerd onderzoek naar HRM en klimaat biedt daarvoor handvatten. Harley et al. (2007) rapporteren bijvoorbeeld over een duidelijk verband tussen de invoering van bepaalde HR-praktijken en 'overweldigende positieve' resultaten voor de werknemers in de gezondheidszorg (Hyde et al., 2009). Daarnaast heeft eerder onderzoek van Parker et al. (2003) een relatie tussen klimaat en onderdelen van medewerkerswelzijn aangetoond, zoals betrokkenheid en tevredenheid. Onze aanbeveling is om het welzijn van zorgprofessionals expliciet te maken binnen VBHC-initiatieven, het welzijn te meten en te monitoren, en het welzijn te bevorderen door HRM en klimaat integraal onderdeel te maken van VBHC. Zodat VBHC duurzaam kan worden geïmplementeerd en leidt tot zowel goede uitkomsten voor patiënten als zorgprofessionals.

Ten slotte vraagt het bestendigen van VBHC om borging van geoptimaliseerde en opnieuw ontworpen zorgprocessen. Door vanuit VBHC naar uitkomsten en kosten te kijken ligt het immers voor de hand dat het zorgproces als resultante daarvan aangepast moet worden. Een voorbeeld is verschuiving van taken naar verpleegkundig specialisten om medisch specialisten te ontlasten en tijd vrij te maken voor het gesprek met de patiënt, de vertaling van medische uitkomsten naar de individuele situatie van de patiënt en (keten)samenwerking. Nederlandse VBHC-initiatieven, zoals bij Santeon en 'Meetbaar Beter', vermelden een verbetercyclus, maar welke aanpak, tools en technieken daaraan ten grondslag liggen, wordt niet gespecificeerd. Lean Management is een beproefde methode voor procesverbetering die al jaren wordt toegepast in de Nederlandse zorgmarkt. Zo laten publicaties van onder andere Does et al. (2008), Niemeijer et al. (2010)

en Rouppe van der Voort & Benders (2012, 2014) zien dat de toepassing van Lean Management leidt tot efficiëntere en effectievere zorgprocessen. Om de implementatie van VBHC te versnellen is onze aanbeveling om de bestaande kennis en ervaring met Lean Management in de zorg te benutten bij de toepassing van VBHC.

Deze studie kent een aantal beperkingen. In de eerste plaats bevat onze studie een relatief klein aantal interviews (22 in totaal). Ten tweede hebben we artsen, programmamanagers en bestuurders geïnterviewd, en geen verpleegkundigen, huisartsen en andere ketenpartners. Echter, we verwachtten dat degenen die VBHC geïnitieerd hebben in zorgorganisaties ook het meest geschikt zijn om licht te werpen op de toepassing van VBHC, de randvoorwaarden en de rol van zorgprofessional. Ten slotte zijn de organisaties die hebben deelgenomen aan ons onderzoek divers, zowel in grootte, strategische focus als patiëntencategorieën, waardoor resultaten onderling lastig vergelijkbaar zijn. Omdat we respondenten geselecteerd hebben op basis van VBHC-initiatieven die in de markt bekend zijn, is in onze dataset bijvoorbeeld de cure sterker vertegenwoordigd dan de care. Daarnaast bevat onze dataset geen ouderenzorg en GGZ. Onze dataset is daarmee beperkt representatief voor de gehele zorgsector. Wij bevelen aan dat toekomstig onderzoek alle typen zorgorganisaties includeert, zoals thuiszorgorganisaties, GGZ, ouderenzorg en algemene ziekenhuizen. Want hoewel deze organisaties zich wellicht niet expliciet afficheren met VBHC, is het bevorderen van waardigheid van patiënt en cliënt vaak wel onderdeel van de strategische focus van deze organisaties. Daarnaast bevelen we aan dat toekomstig onderzoek zich richt op het effect van VBHC op patiënten-uitkomsten en zorgprofessionals (longitudinaal) en de gewenste rol en operationalisatie van HRM en klimaat binnen VBHC. Ook zou toekomstig onderzoek dieper in moeten gaan op specifieke vereisten en randvoorwaarden voor VBHC per deelsector in de zorg. Ten slotte bevelen we aan om in toekomstig onderzoek het effect van randvoorwaarden op een succesvolle implementatie van VBHC kwantitatief vast te stellen.

Literatuur

- Arora, J., Hazelzet, J. & Koudstaal, M. (2016). A blueprint for measuring health care outcomes. *Harvard Business Review*, <https://hbr.org/2016/12/a-blueprint-for-measuring-health-care-outcomes>.
- Bartram, T., Stanton, P., Leggat, S., Casimir, G. & Fraser, B. (2007). Lost in translation: Exploring the link between HRM and performance in healthcare. *Human Resource Management Journal*, 17(1), 21-41.
- Bisgaard, S. (2009). *Solutions to the healthcare quality crisis*. Milwaukee, WI: ASQ Quality Press.
- Carter, B., Danford, A., Howcroft, D., Richardson, H., Smith, A. & Taylor, P. (2011). Lean and mean in the civil service: The case of processing in HMRC. *Public Money and Management*, 31, 115-122.
- Carter, B., Danford, A., Howcroft, D., Richardson, H., Smith, A. & Taylor, P. (2013). Taxing times: Lean working and the creation of inefficiencies in HM revenue and customs. *Public Administration*, 91, 83-97.
- Does, R.J.M.M., De Koning, H. & De Mast, J. (2008). *Lean Six Sigma Stap voor Stap*. Alphen aan den Rijn: Beaumont Quality Publications.

- Drenth, E. (2016). *Burnout bij jonge medisch specialisten: een bijdrage aan het verminderen van patiëntveiligheidsrisico's als gevolg van burnout bij jonge medisch specialisten*. Afstudeeronderzoek Master Risicomanagement Universiteit Twente.
- Gittel, J.H., Seidner, R. & Wimbush, J. (2010). A relational model of how high performance work systems work. *Organizational Science*, 21(2), 490-506.
- Graban, M. (2008). *Lean hospitals: Improving quality, patient safety, and employee satisfaction*. New York, NY: Productivity Press.
- Harley, B., Allen, B.C. & Sargent, L.D. (2007). High performance work systems and employee experience of work in the service sector: The case of aged care. *British Journal of Industrial Relations*, 45(3), 607-633.
- Harmon, J., Scotti, D.J., Behson, S., Farias, G., Petzel, R., Neuman, J.H. & Keashly, L. (2003). Effects of high-involvement work systems on employee satisfaction and service costs in veterans healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 48(6), 393-406.
- Holden, R.J. (2011). Lean thinking in emergency departments: A critical review. *Annals of Emergency Medicine*, 57, 265-278.
- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, C. & Knottermus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed methods study. *BMJ Open*, 6:1.
- Hyde, P., Harris, C., Boaden, R. & Cortvriend, P. (2009). Human relations management, expectations and healthcare: A qualitative study. *Human Relations*, 62, 701-725.
- Lyssens-Danneboom, V., Eggermont, S. & Mortelmans, D. (2013). Living Apart Together (LAT) and law: Exploring legal expectations among LAT individuals in Belgium. *Social & Legal Studies*, 22(3), 357-376.
- Main, D.S., Tressler, C., Staudenmaier, A., Nearing, K.A., Westfall, J.M. & Silverstein, M. (2002). Patient perspectives on the doctor of the future. *Family Medicine*, 34(25), 1-7.
- Miller, P. & Thrall, T.H. (2010). *Health reform and the decline of physician private practice*. http://www.physiciansfoundation.org/uploads/default/Health_Reform_and_the_Decline_of_Physician_Private_Practice.pdf.
- Niemeijer, G.C., Trip, A., Ahaus, K.T., Does, R.J. & Wendt, K.W. (2010). Quality in trauma care: Improving the discharge procedure of patients by means of Lean Six Sigma. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 69(3), 614-619.
- Ostroff, C. & Bowen, D.E. (2000). Moving HR to a higher level. In K.J. Klein & S.W.J. Kozlowski (Eds.), *Multilevel theory, research and methods in organizations* (pp. 211-257). San Francisco: Jossey-Bass.
- Parker, S.K. (2003). Longitudinal effects of lean production on employee outcomes and the mediating role of work characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 88(4), 620-634.
- Patterson, M.G., West, M.A., Shackleton, V.J., Dawson, J.F., Lawthom, R., Maitlis, S., Robinson, D.L. & Wallace, A.M. (2005). Validating the organizational climate measure: Links to managerial practices, productivity and innovation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 379-408.
- Peccei, R., Van de Voorde, K. & Van Veldhoven, M. (2013). HRM, well-being and performance: A theoretical and empirical review. In J. Paauwe, D.E. Guest & P. Wright (Eds.), *HRM and performance: Achievements and challenges* (pp. 15-46). Chichester: Wiley.
- Porter, M.E. (2009). A strategy for health care reform – toward a value-based system. *The New England Journal of Medicine*, 361, 109-112.
- Porter, M.E. & Olmsted Teisberg, E. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Pryce, J., Albertsen, K. & Nielsen, K. (2006). Evaluation of an open rota system in a Danish psychiatric hospital: a mechanism for improving job satisfaction and work-life balance. *Journal of Nursing Management*, 14(4), 282-288.
- Radnor, Z.J., Holweg, M. & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science & Medicine*, 74(3), 364-371.
- Rondeau, K.V. & Wager, T.H. (2001). Impact of human resource management practices on nursing home performance. *Health Services Management Research*, 14(3), 192-202.

- Rondeau, K.V. & Wager, T.H. (2010). High-involvement work practices and social capital formation: Examining the role of strategic orientation in nursing homes. *Strategic human resource management in healthcare*, 9, 25-46.
- Roupe van der Voort, M. & Benders, J. (2012). *Lean in de zorg – de praktijk van continu verbeteren*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Roupe van der Voort, M. & Benders, J. (2014). *Verder met Lean in de zorg – naar de kern van de zaak*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Schluter, P.J., Turner, C., Huntington, A.D., Bain, C.J. & McClure, R.J. (2011). Work/life balance and health: the Nurses and Midwives e-cohort study. *International Nursing Review*, 58(1), 28-36.
- Schneider, B. (1975). Organizational climate: An essay. *Personnel Psychology*, 28, 447-479.
- Schneider, B., White, S.S. & Paul, M.C. (1998). Linking service climate and customer perceptions of service quality: Test of a causal model. *Journal of Applied Psychology*, 83, 150-163.
- Scotti, D.J., Harmon, J., Behson, S.J. & Messina, D.J. (2007). Links among high-performance work environment, service quality, and customer satisfaction: An extension to the healthcare sector. *Journal of Healthcare Management*, 52, 109-125.
- Shanafelt, T.D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L.N., Sotile, W., Satele, D. & Oreskovich, M.R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3199
- Smith, M., Saunders, R., Stuckhardt, L. & McGinnis, J.M. (2013). *Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America*. National Academies Press.
- Stamatis, D.H. (2011). *Essentials for the improvement of healthcare using lean & six sigma*. New York, NY: Productivity Press.
- Subramony, M. (2009). A meta-analytic investigation of the relationship between HRM bundles and firm performance. *Human Resource Management*, 48(5), 745-768.
- Taris, T.W., Houtman, I.L.D. & Schaufeli, W. (2013). Burnout: de stand van zaken. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 29(3), 241-257.
- Van Deen, W.K., Spiro, A., Burak Ozbay, A., Skup, M., Centeno, A., Duran, N.E., Lacey, P.N., Jatulis, D., Esrailian, E., van Oijen, M.G. & Hommes, D.W. (2017). The impact of value-based healthcare for inflammatory bowel diseases on healthcare utilization: A pilot study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27926663>.
- Veld, M., Paauwe, J. & Boselie, P. (2010). HRM and strategic climates in hospitals: does the message come across at the ward level? *Human Resource Management Journal*, 20(4), 339-356.
- Womack, J.P. & Jones, D.T. (1996). Beyond Toyota: how to root out waste and pursue perfection. *Harvard Business Review*, 74(5), 140.