



SAMEN METEN, WETEN EN VERBETEREN

PROGRAMMA KWALITEIT VAN ZORG

06

Weten wat de
klant bezighoudt

08

Op zoek naar de
verbinding

10

Hoe kwaliteits-
metingen helpen

12

“Je kunt enorm
leren van elkaar”

INHOUD

03 **Samen meten, weten en verbeteren**

Met het programma Kwaliteit van Zorg heeft Achmea een beweging in gang gezet die ertoe leidt dat eind 2015 40 procent van de zorg transparant te maken is met uitkomstindicatoren. Maar daarbij zal het niet blijven, zegt initiatiefnemer Robbert Huijsman. "We gaan voor de volle honderd procent."

06 **Weten wat de klant bezighoudt**

Tijdig inspelen op de vraag van de klant en op basis daarvan inkopen en informatie verstrekken. Kwaliteit voor iedereen, ook in de toekomst; dat is belangrijk. Daarom doet Achmea er alles aan om te achterhalen wat de klant wil. En de klant, is die al klaar voor deze rol?

08 **Op zoek naar de verbinding**

Achmea heeft een duidelijk doel: de beste zorg voor de klant. Medisch specialisten zetten zich elke dag in om de beste zorg aan hun patiënten te leveren. Ondanks dat gemeenschappelijke doel ontbreekt het bij verzekeraars en specialisten soms nog aan onderling vertrouwen. Een tweegesprek tussen oud-chirurg Peter Dunki Jacobs en cardioloog Marcel Daniëls over verbinding.

10 **Hoe kwaliteitsmetingen helpen in de dagelijkse zorg**

Iedereen wil kunnen vertrouwen op de beste zorg. En zorgverleners willen de best mogelijke zorg leveren. Daarvoor moet je kunnen meten waar de beste resultaten worden bereikt. Want als transparant is welke organisaties en behandelaren de beste resultaten behalen, kunnen anderen succesvolle werkwijzen overnemen.

12 **Van elkaar leren**

Darmkanker voorkomen door potentieel kwaadaardige poliepen te verwijderen, dat kan als een inwendig kijkonderzoek goed gebeurt. Om de kwaliteit van deze coloscopieën te kunnen beoordelen, hebben zeven ziekenhuizen met Achmea maatstaven ontwikkeld. De eerste meting bood al aanknopingspunten voor verbetering, vertellen de artsen Ernst Kuipers en Peter Siersema.

14 **De beste uitkomstindicatoren voor CVA-zorg**

Verschillende partijen, waaronder de Nederlandse CVA-patiëntenvereniging, werken samen met Achmea aan uitkomstindicatoren op basis waarvan een kwaliteitsimpuls kan worden gegeven aan de zorg. Volgens de CVA-patiëntenvereniging is het vertrouwen er om hier samen mee aan de slag te gaan.



COLOFON

Deze door Achmea gesponsorde themabijlage is een uitgave van Cross Media Nederland 2014 Oplage 55.000.

Uitgeverij
Cross Media Nederland
Nieuwe haven 133
3116 AC
Schiedam

Hoofdredactie
Karin Kappers

Tekst

Eveline van Herwaarden, Robbert Huijsman, Krista Kroon, Frank van Wijck, Lynette Wijgengangs.

Projectmanagement
Yvette Polman, Schrijfwaer

Fotografie
Achmea en Roel Dijkstra

Vormgeving
Rimke Bartels,
Twinmedia bv

Auteursrecht en aansprakelijkheid

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgever, producent en auteurs verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld; evenwel kunnen uitgever en auteurs op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie. Gebruikers van deze uitgave wordt met nadruk aangeraden deze informatie niet geïsoleerd te gebruiken, maar af te gaan op hun professionele

kennis en ervaring en de te gebruiken informatie te controleren.

Algemene voorwaarden

Op alle aanbiedingen, offertes en overeenkomsten van Cross Media Nederland zijn de voorwaarden van toepassing die zijn gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Rotterdam.

SNELLE VOORTGANG IN PROGRAMMA KWALITEIT VAN ZORG:

SAMEN METEN, WETEN EN VERBETEREN

Met het programma Kwaliteit van Zorg heeft Achmea een beweging in gang gezet die ertoe leidt dat eind 2015 40 procent van de zorg transparant te maken is met uitkomstindicatoren. Maar daarbij zal het niet blijven, zegt programmamanager Robbert Huijsman. “We gaan voor de volle honderd procent.”

Door Robbert Huijsman

De zorg beter maken lukt alleen als alle betrokken partijen met elkaar samenwerken om de uitkomsten van die zorg helder te maken. Samen kunnen professionals en patiënten bepalen wat vanuit hun beider perspectieven goede kwaliteit van zorg is. Dit vraagt om uitkomstmetingen. Achmea introduceerde hiervoor in 2011 het programma Kwaliteit van Zorg, met de doelstelling om in vier jaar tijd 40 procent van de zorg transparant te maken met uitkomstindicatoren. Een ambitieuze doelstelling als je bedenkt dat bij de start van het programma nog slechts 6 of 7 procent van de zorg transparant was. Maar we zijn voortvarend van start gegaan, in samenwerking met alle partijen die we in dit proces nodig hebben: de zorgprofessionals, de wetenschappelijke verenigingen, de patiëntenorganisaties en het kwaliteitsinstituut.

Negen actiepunten

In 2012 zijn voor elf aandoeningen uitkomstindicatoren ontwikkeld en getest in een pilot. In 2013 zijn daar tien aandoeningen bijgekomen. Het doel van de uitkomstindicatoren voor al die aandoeningen is de kwaliteit van de behandeling verbeteren en bijdragen aan een betere kwaliteit van leven voor patiënten. Tijdens het Achmea congres ‘Zorguitkomsten’ in september 2013 hebben de aanwezigen een actieprogramma opgesteld met negen actiepunten op weg naar het einddoel (zie kader). Dat congres heeft heel veel positieve energie aan het proces gegeven. Het heeft de nodige reacties en vervolgesprekken opgeleverd.

Stappen zetten

Op basis van het actieprogramma zijn de samenwerkingspartners heel voortvarend aan de slag gegaan met een aantal actiepunten (zie kader). Voor de actiepunten 1 en 6 over meer inbreng van



Robbert Huijsman

patiënten organiseren we bijvoorbeeld klantpanels om te luisteren naar onze verzekerden. Welke uitkomstindicatoren helpen patiënten in hun zoektocht in en beoordeling van de zorg? En hoe willen ze die kwaliteitsinformatie aangereikt krijgen? Bijvoorbeeld in getal, ster, figuur of tekst.

Samen sturen op uitkomsten zorgt voor kwaliteitsverbetering én kostenbeheersing

Ook heeft Achmea een start gemaakt met het bieden van verhelderingsinformatie voor de patiënt: vragen die hij altijd aan de dokter zou moeten stellen, als basis voor de uitkomsten die we in beeld willen brengen. We zijn hiermee bijvoorbeeld al begonnen voor darmkanker, coronaire aandoeningen en cystic fibrosis. En voor verloskunde hebben we vanuit Amerika de 'Adverse Outcome Index' naar Nederland gehaald om de complicaties van kind én moeder in één index bij elkaar te brengen. Die combinatie van problemen, zoals inscheuring of bloeding bij de moeder of een slechte Apgarscore bij het kind, komt dermate vaak voor dat het gericht voorkómen ervan een constructieve bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de verloskundige zorg in de keten van verloskundige, gynaecoloog en kinderarts.

Eenheid creëren

Zo zijn veel meer stappen gezet. In 2013 is de Achmea Quality Award (voor nieuwe ideeën voor verbetering van kwaliteit van zorg) uitgereikt aan Pulse, dat methoden ontwikkelt voor realtime terugkoppeling aan patiënt en zorgverlener over de kwaliteit van de geleverde zorg. Dat heeft veel instellingen en klinische afdelingen ertoe aangespoord deze methode ook te gaan gebruiken. Ook dit jaar reikt Achmea – tijdens het Kwaliteitscongres – weer een Quality Award uit.

En om een gerichte stap te zetten naar enkelvoudige landelijke registratie, is het voorstel BETTER+F gelanceerd. Dit staat voor Beheer, Eindresultaat, Toegang, Taal, Eenvoud, Regie en Financiering. Registreren is een middel en mag geen doel op zich worden. Door er eenheid en eenvoud in te brengen, creëren we toegevoegde waarde. Dit voorstel is ontwikkeld om als zorgverzekeraars samen met VWS, Nictiz, het Kwaliteitsinstituut en NPCF gezamenlijke afspraken te maken op het gebied

van registratie en zo een einde te maken aan de wildgroei aan landelijke kwaliteitsregistraties. Het Kwaliteitsinstituut heeft dit inmiddels opgepakt.

Naar het einddoel toewerken

Het werk dat in het kader van het programma Kwaliteit van Zorg wordt ontwikkeld, kan worden gezien als tussenstapjes op weg naar het einddoel van eind 2015: 40 procent van de zorg transparant maken met uitkomstindicatoren. Het is een zoektocht, maar patiënten moeten kunnen beoordelen en kiezen op basis van uitkomsten. Daarvoor moeten uiteindelijk alle uitkomsten van alle behandelingen inzichtelijk worden. De inkoop van zorg wordt ook veel meer gericht op deze uitkomstindicatoren, om zo de best mogelijke toegevoegde waarde tegen de meest aantrekkelijke prijs te realiseren voor verzekerden.

Inmiddels is Achmea zover dat het de beschikbare gegevens kan gebruiken in het inkooptraject voor 2015. Wat bijvoorbeeld is geleerd op basis van depressiezorg was echt een doorbraak. Hiervoor waren op basis van ROM

(*routine outcome monitoring*) al wel gegevens beschikbaar, maar hierbij was nog geen rekening gehouden met de case-mixcorrectie. Nu dit proces is doorlopen, hebben we echt uitkomstverschillen in kaart kunnen brengen tussen behandelaren. Op basis hiervan zijn de aanbieders aan de slag gegaan met verbetertrajecten. Hetzelfde is inmiddels gaande op gebieden als dementie-, borstkanker- en darmkankers, plus in de geboorte- en gehandicaptenzorg. Aanvankelijk bestond de angst dat wij partijen direct zouden gaan 'afrekenen' op basis van de bestaande verschillen, maar we willen de aanbieders juist de tijd geven om hun processen te verbeteren. Daardoor is de bereidheid toegenomen om op basis van de verschillen, stappen te zetten in kwaliteitsverbetering en hiervoor ook hulp van elkaar te aanvaarden. Wel willen we de vaart erin houden. Zien we geen verbetering bij een aanbieder, dan staan we voor de overweging dat bij de inkoop van 2015 de groei naar een aanbieder gaat die het aantoonbaar beter doet wat ons betreft.

De successen vieren

Tijdens het komende congres in september (zie kader) presenteert Achmea de vorderingen van het programma en vooral de projecten waarin de patiënten een grote rol spelen. We benaderen niet zozeer de aanpak van het hele ontwikkelproces, maar laten vooral praktische voorbeelden en tussentijdse

De negen actiepunten uit het Achmea-congres 2013

1. Met patiënten samen beschikbare kwaliteitsinformatie vertalen naar voor hen bruikbare informatie.
2. Vanaf het begin ict'ers betrekken bij projecten voor het ontwikkelen en meten van uitkomstindicatoren.
3. Samenwerken voor eenheid van taal en rapportage om te voorkomen dat een woud aan indicatoren ontstaat, die niet te vergelijken zijn met elkaar.
4. Het leuk maken en resultaten laten zien: realtime terugkoppelen voor zorgverlener en patiënt.
5. Enkelvoudige registratie voor meervoudig gebruik.
6. Contactmomenten creëren tussen zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars om onderling begrip te kweken.
7. Samenwerken met de 80 procent die graag wil.
8. Toegevoegde waarde van registreren creëren door te waarborgen dat registraties een deel van de informatiebehoefte leveren.
9. Zorginkoop vooral richten op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, niet op het afrekenen.



Op dinsdag 23 september organiseert Achmea het congres 'Zorguitkomsten: Het gaat om de klant!' Tijdens dit congres wil Achmea bezoekers informeren over de voortgang van de projecten en hen inspireren om resultaten te gebruiken in hun eigen omgeving. Voor meer informatie: www.achmeacongres2014-zorguitkomsten.nl.

we behoorlijk voor de muziek uit door voor uitkomstindicatoren te kiezen en door samen met professionals en patiënten vier jaar lang op een zo grote schaal met elkaar samen te werken. Nu begint het ook meer te leven bij andere zorgverzekeraars, gebundeld in een gezamenlijke werkgroep Kwaliteit onder de vlag van Zorgverzekeraars Nederland. Daar is dan even geen concurrentie. Achmea is zich bewust van het feit dat dit werk een hoeveelheid data oplevert waarmee we zorgvuldig moeten omgaan. Op geaggregeerd niveau kunnen deze data de basis vormen voor veel slimme analyses. Data kunnen bijvoorbeeld antwoord geven op de vraag hoe het in 2015 gaat met de mensen die in 2010 een darmkankerscreening hebben ondergaan. Door uitkomst- en procesindicatoren aan elkaar te koppelen, kunnen we de zorg echt beter maken. ●

resultaten de revue passeren. We zien dat sturen op kwaliteit tegelijkertijd ook tot kostenbeheersing leidt, door vermindering van complicaties, doublures, herstelwerk en dergelijke. Dan moet je wel kunnen sturen op verbetering van de primaire processen. Daarom zien wij uitkomstindicatoren vooral als signaalindicatoren. We moeten blijven kijken naar de achterliggende structuren en processen die de uitkomsten genereren en die

moeten we optimaliseren. En we weten dat we daarmee eind 2015 niet klaar zijn. We hebben dan nog echt niet van alle aanbieders – in bijvoorbeeld de geboortezorg – alle uitkomsten in beeld. En voor de andere aandoeningen of zorgsoorten waarvoor we projecten doen, geldt hetzelfde. We gaan dus gewoon door op de ingeslagen weg, ook als de projectperiode eind 2015 is afgerond. Aan de start van dit project liepen

WETEN WAT DE KLANT BEZIGHOUDT

Tijdig inspelen op de vraag van de klant en op basis daarvan inkopen en informatie verstrekken. Kwaliteit voor iedereen, ook in de toekomst; dat is belangrijk. Daarom doet Achmea er alles aan om te achterhalen wat de klant wil. En de klant, is die al klaar voor deze rol?

Door Eveline van Herwaarden

“H et is mijn taak om overal de vraag te stellen: wat vindt de

klant hiervan, wordt de kwaliteit hier beter van, kunnen we dit uitleggen?” Aan het woord is Annemiek Heijer, directeur klant-contact bij de divisie Zorg & Gezondheid van Achmea. “Verzekeraars hebben lang gedacht dat ze wel wisten wat goed was voor de klant. Dat is niet meer van deze tijd. Wij vinden het als zorgverzekeraar belangrijk dat we ons beleid kunnen uitleggen. Doen we het alleen maar voor het geld, of doen we het omdat de kwaliteit er beter van wordt? Goede kwaliteit van zorg is goedkoper, je hebt minder nabehandelingen en complicaties. Maar de belangrijkste reden waarom we ons hiermee bezighouden, is dat we ook in 2020 nog goede zorg willen leveren die betaalbaar is voor iedereen. Om te weten wat onder goede kwaliteit wordt verstaan, gaan we niet alleen in gesprek met de zorgprofessionals maar ook met de klant. De ene verzekerde is de andere niet, ze hebben verschillende wensen. Hogeropgeleiden maken bijvoorbeeld vaker gebruik van alternatieve zorg, en jongere generaties willen meer keuze-informatie dan ouderen. Om de juiste zorg te kunnen inkopen moeten we dus wel luisteren naar wat de klant belangrijk vindt.”

Arena's en panels

“We doen dat op heel veel verschillende manieren”, licht Heijer toe. “We spreken



face-to-face met de klant, bijvoorbeeld in onze klantarena's. Op het moment dat er klachten zijn, nodigen we mensen uit om hier te komen praten over wat er beter kan. Er zijn ook klantpanels waarbij we ingaan op zorginhoudelijke wensen en de informatiebehoefte van de klant. Vorig jaar zijn alle 260 leidinggevendenden zelfs bij klanten thuis op bezoek gegaan om te vragen wat zij belangrijk vinden. Dat heeft ons enorm geholpen, het was voor sommigen echt een eyeopener. Er is een verzekerderraad aan wie we onze voornemens voorleggen en we hebben regelmatig contact met patiënten- en belangenverenigingen. Uit ons online forum halen we ook veel informatie. Wij poneren er stellingen, maar klanten beginnen hier inmiddels zelf

ook discussies; bijvoorbeeld over onze rol in Den Haag of over het eigen risico. En vergeet het callcenter niet. Elke dag zijn er ongeveer tienduizend mensen die ons bellen. Zij hebben vragen over vergoedingen, over onze pakketten of over de kwaliteit van zorg. We merken wanneer er een nieuwe vraag in de markt ontstaat of wanneer de informatiebehoefte verandert.”

Informatie delen

Diana de Gooijer (45 jaar) en John Stoker (61 jaar) werden via marktonderzoeksbureau GfK uitgenodigd voor een klantenpanel. “Het panel waar ik aan meedeelde, ging over borstkanker”, vertelt De Gooijer. “We kregen kaartjes met informatie. Bijvoorbeeld over het aantal operaties dat

in een ziekenhuis wordt gedaan en hoeveel daarvan waren gelukt of niet waren gelukt. Er werd gevraagd welke informatie we zouden willen weten. Soms was die informatie bijna banaal, bijvoorbeeld over sterftcijfers. Of hoe vaak er toch een borstafzetting volgt na een borstsparende operatie. Als patiënt schrik je daarvan. Iemand die net gehoord heeft dat hij kanker heeft, wil dat niet allemaal weten. Er komt op dat moment al zo veel op je af. Je kan er bovendien angst door krijgen terwijl die informatie misschien helemaal niet op jou van toepassing is. Je kan ook te ver gaan in het delen van informatie. Een beeld schetsen van het verloop van mijn ziekte vind ik bijvoorbeeld meer een taak voor mijn arts dan voor mijn verzekeraar.” John Stoker, die meedeelde aan het klantenpanel voor coronair lijden, is het daarmee eens. “Zo maar statistieken voorleggen zonder onderbouwing, daar heb ik helemaal niets mee. Ik wil er wel een goede uitleg bij. Dat kan bijvoorbeeld in een flyer of een informatiebulletin. Ze moeten wel uitkijken met al die informatie, mensen kunnen er emotioneel of afwijzend op reageren. Wie wil er nou op die manier horen hoe het ervoor staat. Ik denk trouwens dat veel informatie te moeilijk is voor de meeste mensen.”

Kiezen of sturen

Voor Diana de Gooijer is al die beschikbare informatie nog wat dubbel. “Je wil natuurlijk dat je een goede behandeling krijgt. Als de zorgverzekeraar over kwaliteitsinformatie beschikt, wil ik dat best weten. Een adviserend gesprek, op het juiste moment, zou nuttig kunnen zijn. Aan de andere kant, bij een verzekeraar heb ik toch altijd het idee dat ze me een bepaalde richting uit willen sturen. Zij kiezen het ziekenhuis dat het beste presteert, maar je hebt ook in je achterhoofd dat ze winst moeten maken. Als het gaat over ziekte blijft dat een rare gewaarwording. Voor mij spelen bovendien andere dingen mee, zoals afstand. Ik wil niet dat een verzekeraar voor mij gaat beslissen waar ik mijn behandeling moet ondergaan; ik wil zelf de regie in handen hou-

den. Andere vrouwen van mijn leeftijd hebben dat ook. Ik ben niet alleen patiënt, maar ook een klant die eisen mag stellen.” Binnen die eigen regie maakt De Gooijer wel gebruik van haar zorgverzekeraar. “Ik heb de zorgbemiddeling ingeschakeld toen ik nogal lang op een onderzoek moest wachten. Dan is de informatie die de zorgverzekeraar heeft zeker nuttig.” Ook John Stoker nam contact op met een zorgbemiddelaar. “Je moet om te beginnen wel weten dat die bestaat, dat kunnen ze nog veel beter communiceren. Het ging mij destijds om een bepaalde behandeling waarvan ik dacht: dat moet toch veel vlotter kunnen, waarom moet ik zes weken op een wachtlijst staan? Die zorgbemiddelaar is voor mij gaan shoppen zodat ik sneller geholpen kon worden. Dat vind ik wel een stap vooruit. Het gaat mij vooral om tijdswinst, in de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg heb ik meestal wel vertrouwen.”

Informatie gebruiken

Op grond van de klantenpanels raadt GfK aan om door te gaan met het aanbieden van keuze- en kwaliteitsinformatie. Hoevel nog niet iedereen de waarde ervan inziet, verwacht het bureau dat patiënten steeds meer belang gaan hechten aan dergelijke informatie. Annemiek Heijer merkt dat eveneens: “De klant wil transparantie. Niet alleen over de samenstelling van zijn verzekering, maar ook over de kwaliteit van zorg. We krijgen op de afdeling zorgbemiddeling inmiddels bijna 80.000 telefoontjes per jaar van mensen die willen weten waar de zorg goed is. Ze kijken ook steeds vaker op onze online zorgzoeker. Daar kunnen ze gecontracteerde hulpverleners in de buurt vinden en er staat vermeld wat we vergoeden.” Zo komt er dagelijks enorm veel informatie binnen over de wensen en het zorggebruik van de verzekerden. Wat doet Achmea met al die informatie? “Naast de input van klanten, hebben we een kenniscentrum en een database met alle declaraties. Deze declaratiegegevens worden bijvoorbeeld geanonimiseerd door de wetenschap gebruikt om de zorg waar

Inkopen voor de klant

Heijer: “Vóór 2020 moet iedereen kunnen vertrouwen op de beste zorg.”¹ Vanuit haar positie als marktleider wil Achmea vanuit haar zorgmerken, waaronder Zilveren Kruis, invulling geven aan de uitdaging om goede, betaalbare en toegankelijke zorg te realiseren en behouden. Wat de klant onder goede kwaliteit verstaat, speelt daarin een belangrijke rol. De rode draad in alle gekozen speerpunten is dat de zorg beter en goedkoper kan, vanuit het perspectief van patiënten en verzekerden. Achmea heeft bewust de draai gemaakt van het contracteren van zorgaanbieders naar het inkopen van zorg voor haar verzekerden. De keuze om door ‘de bril’ van de verzekerde te kijken, betekent ook dat de zorgverzekeraar moet weten wat er bij de klant leeft. De wens van de klant verandert: hij wordt mondiger, heeft behoefte aan inzicht en keuze-informatie, en wil zelf meebeslissen. Achmea stimuleert dit en wil de klant hierin ondersteunen. Om goed te kunnen beoordelen wat de klant wil, is Achmea dagelijks met haar verzekerden in gesprek.

mogelijk verder te verbeteren”, zegt Heijer. “Die informatie is voor ons heel nuttig. Ook uit alle klantcontacten, panels en dergelijke halen we veel informatie. Dat wordt gebruikt om per regio de juiste zorg te kunnen inkopen. De zorginkopers nemen de wensen van de klant mee naar de zorgaanbieders, zodat wij kunnen leveren wat de klant wil. We koppelen onze kennis ook terug aan de huisartsen door aan te geven wat onze verzekerden graag willen weten. De huisarts kan bij ons terecht voor die informatie, denk aan wachttijden en kwaliteit van – bijvoorbeeld – heupoperaties bij ziekenhuizen in de omgeving. Tachtig procent van onze klanten kijkt eerst op internet en belt pas daarna. Online informatie en contactmogelijkheden worden daarom steeds verder uitgebreid, bijvoorbeeld met het forum en het chatten buiten kantooruren. We begrijpen de vraag van de klant steeds beter. We kunnen de klant nu beter informeren en de juiste producten inkopen.” ●

Noot

¹ <http://www.zilverenkruis.nl/overons/Downloadlijst/Inkoopdocument-MSZ.pdf>.

.....
‘Wat vindt de klant hiervan, kunnen we dit uitleggen?’

OP ZOEK NAAR DE VERBINDING

Achmea heeft een duidelijk doel: de beste zorg voor de klant. Medisch specialisten zetten zich elke dag in om de beste zorg aan hun patiënten te leveren. Ondanks dat gemeenschappelijke doel ontbreekt het bij verzekeraars en specialisten soms nog aan onderling vertrouwen. Oud-chirurg Peter Dunki Jacobs, tegenwoordig medisch adviseur van het programma 'Kwaliteit van Zorg' van Achmea, zoekt in gesprek met cardioloog Marcel Daniëls, voorzitter van de Raad Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten naar verbinding: "We vinden elkaar in kwaliteit en doelmatigheid."

Door Lynette Wijgergangs

De wijziging van het zorgstelsel in 2006 heeft een herstructurering van de zorg teweeggebracht met nieuwe rollen en taken voor de betrokken partijen. De afgelopen jaren zijn nodig geweest om daar naartoe te groeien en te wennen aan andere verantwoordelijkheden. Dunki Jacobs: "De zorgverzekeraar is wettelijk verplicht meer regie te voeren op de kwaliteit en de uitgaven van de zorg." Daniëls vult aan: "De zorgverzekeraar heeft de grootste rolverandering gekregen, maar ook de rol van de dokter is aan het veranderen. Hij moet meer stilstaan bij wat nodig en wat zinvol is." Achmea wil graag de meest vertrouwde zorgverzekeraar zijn, zowel voor de klant als voor de zorgverlener. Dunki Jacobs vraagt zich af wat Achmea daarvoor moet doen in de ogen van de

dokters. Daniëls heeft als tegenvraag wat de dokters in de ogen van de zorgverzekeraar hiervoor zouden moeten doen, maar geeft ook een antwoord. "We moeten het samen doen. Dat geldt niet alleen voor de zorgverzekeraar en de dokter maar ook voor de patiënt, de ziekenhuizen en de overheid. We moeten gezamenlijk rond de tafel gaan zitten en de problemen adresseren. Die problemen zijn er, al moeten we niet uit het oog verliezen dat de zorg in Nederland van een hoog niveau is. We vinden dat de kwaliteit altijd nog wel beter kan en we willen met z'n allen letten op de kosten. En tot slot willen we dat patiënten beter zien en beter begrijpen wat er allemaal gebeurt. Dan zie je dat we elkaar allemaal nodig hebben. We zitten midden in het proces van met elkaar zoeken hoe we dit allemaal vorm gaan geven. Dat lukt soms goed en soms minder goed."

Kwaliteitsregistraties

Waar het volgens Daniëls al heel goed gelukt is, is op het gebied van de kwaliteitsregistraties. "Achmea heeft snel beseft dat je met registraties veel informatie kunt winnen voor de dokter, voor de patiënt en voor de zorginkoop. De weerstand tegen hoge registratielast wordt algemeen gedeeld. Dokters en ziekenhuizen willen niet dat er te veel en nutteloos wordt geregistreerd, maar dat willen de zorgverzekeraars ook niet. Het moet wel allemaal zinvol zijn. En daar zit ook meteen het spanningsveld: wat de één zinvol vindt, geldt niet altijd voor de ander. Maar ik vind dat we daarin de afgelopen jaren veel dichter naar elkaar toe gegroeid zijn."

Waarom er verschillen zijn tussen de beroepsgroepen, verklaart Daniëls als volgt. "De afgelopen jaren is het besef ontstaan dat je als medisch specialist onderdeel bent van de maatschappij en



Marcel Daniëls

dat je daarin je verantwoordelijkheden hebt. Alle wetenschappelijke verenigingen zijn aan het opschuiven. Maar je hebt altijd voorlopers en mensen die meer in de achterhoede zitten. De weerstand die je aanvankelijk hoorde tegen kwaliteitsregistraties wordt minder nu men ziet dat met een beperkte set aan goede indicatoren kwaliteitsverbetering mogelijk is. Sterker: iedereen wil wel een kwaliteitsregistratie beginnen. We hebben nu meer moeite om te bepalen waar we ons toe beperken.”

Auditing

Binnen het programma Kwaliteit van Zorg van Achmea worden, samen met dokters en patiënten, indicatoren ontwikkeld om de kwaliteit van zorg beter te kunnen meten. Dunki Jacobs: “In 2016 loopt dit programma af en hebben we voor ruim twintig aandoeningen allerlei uitkomsten van zorg vastgesteld. Waar ik heel benieuwd naar ben, is hoe jij de auditing daarvan ziet. Gaan straks alle zorgverzekeraars bij alle ziekenhuizen met die getalletjes scherpen? Of zou het zo kunnen zijn dat de zorgverzekeraars voldoende vertrouwen hebben in de beroepsgroep en in hun zelfreinigend vermogen en zij slechts nog hoeven te toetsen?”

Daniëls is ervan overtuigd – daarom is hij ook voorzitter van de Raad Kwaliteit geworden – dat de beroepsgroep zelf zijn verantwoordelijkheid moet nemen en dit ook moet laten zien. “Voor de medisch-inhoudelijke zaken is niemand beter in staat dan de beroepsgroep zelf om dit goed te organiseren. Natuurlijk helpt het als er van buitenaf een beetje druk op staat

vanuit patiënten, zorgverzekeraars, inspectie. We zitten met z’n allen in een veld waarin we elkaar scherp moeten houden.”

In gesprek

Om het vertrouwen in elkaar te verbeteren is het volgens Daniëls van groot belang dat de zorgverzekeraar in gesprek blijft met de beroepsgroep. “Dat doen ze op sommige punten al wel, maar op sommige ook niet. Bij de recente discussie over acute zorg is dat bijvoorbeeld wat minder goed verlopen. Een jaar geleden is de koepel van zorgverzekeraars met een document over acute zorg gekomen waarop door diverse wetenschappelijke verenigingen de nodige kritiek is geleverd. Daar is in mijn ogen te weinig mee gedaan waardoor we nu in een discussie zijn beland hoe het allemaal verder moet met de acute zorg. Dit had in overleg beter kunnen verlopen”, aldus Daniëls. “Vanuit een basisvertrouwen moeten we verder naar elkaar toe groeien. Dat vertrouwen is er bij een aantal dokters al wel, maar bij een aantal ook nog niet.”

Veranderingsbereidheid

Dunki Jacobs en Daniëls zijn het erover eens dat een goede definitie van kwaliteit van zorg lastig is te geven. We moeten toe naar een palet van indicatoren, zeker ook vanuit patiëntenperspectief (PROM), vindt Dunki Jacobs. Deze verschillende indicatoren en PROM's zijn pas grotendeels na 2016 beschikbaar. “Op dit moment kunnen verzekeraars zorgverleners alleen beoordelen op hun bereidheid tot transparantie. Hoe bereid is men om met ons over kwaliteit en veiligheid te praten?” Helaas gaan de inkoopgesprekken nog vaak over geld. Daniëls voegt daaraan toe: “Het gaat niet alleen over de bereidheid om te praten óver, maar ook om te leren ván. Dat is heel belangrijk. Is een organisatie bereid te leren en te veranderen? Dat zou voor mij een belangrijke maat zijn op basis waarvan ik keuzes zou maken naar welk ziekenhuis ik zou gaan. Veranderingsbereidheid is een belangrijk criterium. Een



Peter Dunki Jacobs

lerende organisatie is transparant, die is niet bang om met getallen naar buiten te komen en hoort graag van anderen wat er verbeterd kan worden.”

Transparantie

Transparantie van zorgaanbieders over kwaliteit van geleverde zorg wil Achmea beantwoorden door transparant te zijn over de manier waarop zij als zorgverzekeraar hierop acteert. Dunki Jacobs: “In eerste instantie gaat het om het verbeteren van de kwaliteit, daarna om de klant te kunnen informeren, en in laatste instantie kunnen uitkomsten aanleiding geven tot gedifferentieerde inkoop. Dat wil zeggen meer zorg inkopen bij de ‘best practices’. Bij goede audits van de professionals zelf, met aantoonbaar zelfreinigend vermogen, zal het niet contracteren van aanbieders op basis van ondermaatse kwaliteit, nauwelijks aan de orde zijn.” Achmea wil kwaliteit verzekeren voor zijn klanten, een betrouwbare partner zijn en verwacht van zorgaanbieders toegevoegde waarde. Dit begint onder andere met een juiste indicatiestelling. Daniëls en Dunki Jacobs verwachten een groeiend onderling vertrouwen dat moet resulteren in de beste zorg voor de klant. Achmea werkt dan ook graag samen met de OMS in het project ‘Verstandig Kiezen’, waarbij medisch specialisten en patiënten gezamenlijk beslissen over gepast gebruik van zorg. ●

‘Vanuit een basisvertrouwen moeten we verder naar elkaar toe groeien’

HOE KWALITEITSMETINGEN HELPEN IN DE DAGELIJKSE ZORG

“Iedereen wil kunnen vertrouwen op de beste zorg. En zorgverleners willen de best mogelijke zorg leveren. Daarvoor moet je kunnen meten waar de beste resultaten worden bereikt”, zegt Marleen van Oirsouw-Aangenendt, programmamanager oncologie bij Achmea. Als transparant is welke organisaties en behandelaren de beste resultaten behalen, kunnen anderen succesvolle werkwijzen overnemen. “Je kunt dan bijvoorbeeld bekijken: bij dit ziekenhuis blijven de minste tumorresten achter na operaties, hoe doen ze dat?”

Daarnaast is ook belangrijk wat de patiënt ervan vindt. Van Oirsouw noemt het voorbeeld van de *patient reported outcome measures* (PROM's). Dit zijn vragenlijsten die zijn samengesteld met patiëntenverenigingen. Zorgverleners vragen daarmee gestructureerd naar verbeteringen van aspecten die de patiënt belangrijk vindt. Voorheen gingen kwaliteitsmetingen alleen over het zorgproces, zoals doorlooptijd en naleving van protocollen. Processen vastleggen blijft volgens Van Oirsouw nuttig, met name om te zien wat toppers anders doen dan de rest. “Als je alleen processen meet, bevorder je dat mensen hetzelfde blijven doen en smoor je innovatie in de kiem. Door te focussen op de beste uitkomsten maakt het misschien niet uit of je een operatie uitvoert of een scoop gebruikt, als het resultaat voor de klant maar goed is.” Wat uitkomstmeting oplevert in de zorgpraktijk, blijkt uit onderstaande best practices. En uit het voorbeeld op de volgende pagina's over diagnostiek bij darmkanker.



DIABETES: “DE HUISARTS-PRAKTIJK HEEFT VEEL INVLOED OP UITKOMSTEN”

De Integrale Zorggroep Eerstelijn Rijnmond, kortweg IZER, verenigt huisartsenpraktijken in de regio Rotterdam. Zij registreren hun zorg voor mensen met diabetes. Jaarlijks bespreken ze hun resultaten om van elkaar te leren, vertelt beleidsadviseur Wilma Stolk.

“Wij meten allereerst het proces: of de controles zijn uitgevoerd die de richtlijn voorschrijft, zoals een glucosemeting. Daarnaast de praktijkorganisatie: hoeveel no-show is er, zijn er heldere werkafspraken? En ten slotte uitkomsten zoals bloeddruk, glucosewaarde en gewicht. Uitkomsten bij een indicator zeggen pas iets als je deze bij minimaal 70 procent van de patiënten hebt geregistreerd. Als de bloeddruk op praktijkniveau perfect is, maar je weet deze slechts van een op de vijf patiënten, kun je niet zeggen dat je proces op orde is. We proberen vervolgens relaties te leggen tussen verschillen in

uitkomsten en de praktijkorganisatie. Dat bespreken we in benchmarkbijeenkomsten, met elk jaar een thema. Neem de jaarlijkse voetcontrole. Praktijken die daarop goed scoren, hebben duidelijke afspraken. Zij plannen bijvoorbeeld altijd in de geboortemaand van de patiënt de jaarcontrole én de voetcontrole.

We komen erachter dat de praktijkorganisatie heel veel invloed heeft op de uitkomsten. Soms zelfs meer dan de sociaaleconomische status van patiënten. Wij verwachtten in wijken met een hogere sociale index minder overgewicht en no-show dan in achterstandswijken, maar dat klopt niet voor diabetespatiënten. Belangrijker blijkt de visie van de praktijk op het betrekken van patiënten. Je kunt zeggen: ‘Ik roep iemand twee keer op voor controle en als hij niet reageert, dan niet.’ Maar er zijn ook praktijken die de patiënt proberen te vangen als die voor iets anders langskomt. Dan discussiëren we: waar eindigt de verantwoordelijkheid van de arts?

Wij zien nu een stijging van de glucosewaarde en bloeddruk. Mijn eerste vraag is: hoe komt dat? Zijn er meer onregelde diabetespatiënten die wij beter moeten instellen? Of keren meer patiënten bij ons terug van de internist, met de boodschap dat ze niet beter in te stellen zijn? Vanuit IZER stimule-

ren wij de praktijken te onderzoeken om welke patiënten het gaat en wat er aan de hand is.”

DEMENTIE: “DIE SIMPELE VRAAG GEEFT VERRASSEND VEEL INFORMATIE”

Hoe meet je iemands welbevinden bij dementie? Vilans en Achmea ontwikkelden daarvoor met zorgorganisaties een instrument. Axion Continu, een van de organisaties in het dementienetwerk in de regio Lekstroom, nam deel aan het project en gebruikt de vragenlijst inmiddels ‘officieel’. Casemanager Lies Orthmann werkt er graag mee.

“We stellen vragen aan de cliënt zelf: basisgegevens als leeftijd, woonsituatie en opleiding, maar ook de stemming en lichamelijke gezondheid die dag. Wij als zorgverlener kunnen daarbij aangeven of we denken dat de antwoorden de werkelijkheid goed weergeven. Daarnaast zijn er vragen voor de mantelzorger. We vragen ze onder meer om woorden te noemen bij een rotdag en een topdag, en de situatie van hun naaste een rapportcijfer te geven. Als casemanager voerde ik altijd al gesprekken over hoe het met mensen ging, maar ik vroeg nooit een rapportcijfer. Het leuke is dat die simpele vraag verrassend veel informatie geeft. Soms geven mensen zichzelf een 4, terwijl dat uit de rest van het gesprek niet naar voren is gekomen. Dan denk je: oei, er moet wel iets gebeuren. De regievoerder – casemanager, huisarts of thuiszorgverpleegkundige – neemt de vragenlijst twee keer per jaar af. De resultaten worden per regio verzameld en anoniem geanalyseerd. Wat ik zelf interessant vind, is hoe dingen samenhangen. Wij denken dat mantelzorg zwaarder wordt als de gezondheid van de cliënt verslechtert, maar is dat ook echt zo? Het objectiviseert onze gedachtegangen.”

PALLIATIEVE ZORG: “JE PRAAT OVER DINGEN DIE JE ANDERS NIET ZOU WETEN”

Goede zorg voor mensen aan het einde van hun leven omvat ook aandacht voor hun geestelijk welbevinden. ‘Dagboekvragen’ geven zorgverleners daarvoor een handvat. Hospice ‘t Hofje van Coloriet werkt ermee sinds november 2013. Locatiedirecteur Hessielle van Dam en zorgverlener Aleida Duinen vertellen.

Aleida Duinen: “Naast de pijnmeting die we tweemaal daags doen, praat ik twee keer per week met mensen op basis van de



dagboekvragen. Zijn ze somber, benauwd, angstig? Daardoor kom je in gesprek over zaken waar je anders misschien niet, of pas veel later, achter zou komen. Een mevrouw was bijvoorbeeld bang dat haar man bij haar weg zou gaan vanwege haar langdurige ziekte. Ze durfde dat niet met hem te bespreken, want ze wilde hem niet op een idee brengen. Ik heb aangeboden met hem te praten. Haar man moest bijna huilen: ‘Dat zou ik toch nooit doen!’ Daardoor is een grote angst van die mevrouw afgevallen.

Mensen gaan soms gaandeweg tobben over de dood. Ook dat blijkt uit de dagboekvragen. Dan kunnen we bijvoorbeeld een pastoraal werker inschakelen. Wij bellen nabestaanden nu ook na vier weken om te vragen hoe zij alles hebben ervaren. Dat waarderen zij erg. Sommigen vragen of ze nog eens mogen langskomen, dat gebeurde voorheen nooit.”

Hessielle van Dam: “Dankzij de vragenlijst komt de nadruk te liggen op welbevinden en sterven op de eigen manier. Achmea wil met dit instrument ook onderzoeken of er werkwijzen zijn die het welbevinden vergroten. Zo registreren we bij de intake hoeveel transfers iemand achter de rug heeft, van huis naar ziekenhuis, enzovoorts. De verwachting is dat dit hun welbevinden beïnvloedt, straks kunnen we kijken of dat klopt.

Bij Coloriet denken wij dat regie door de cliënt erg belangrijk is. Mensen krijgen in ons hospice de keuze of zij zorg willen van hun eigen huisarts of de specialist van het verpleeghuis. Wij hopen hard te kunnen maken dat eigen regie de kwaliteit bepaalt.”

KWALITEITSMETINGEN DIAGNOSTIEK BIJ DARMKANKER: “JE KUNT ENORM VAN ELKAAR LEREN”

Darmkanker voorkomen door potentieel kwaadaardige poliepen te verwijderen, dat kan als een inwendig kijkonderzoek goed gebeuren. Om de kwaliteit van deze coloscopieën te kunnen beoordelen, hebben zeven ziekenhuizen met Achmea maatstaven ontwikkeld. De eerste meting bood al aanknopingspunten voor verbetering, vertellen de artsen Ernst Kuipers en Peter Siersema.

Door Krista Kroon

“Dankzij dit project kan de patiënt er in toenemende mate op vertrouwen dat dokters een coloscopie op een veilige en adequate manier verrichten”, zegt Peter Siersema, hoofd van de afdeling maag-, darm- en leverziekten van het UMC Utrecht. Een coloscopie moet voldoen aan een aantal voorwaarden, legt hij uit. “De darm moet goed schoon zijn en je moet de dikke darm tot en met het einde bekijken. En alle poliepen zien te vinden, ook als ze verstopt zitten achter plooiën.” Jaarlijks ondergaan 200.000 Nederlanders een coloscopie om hun dikke darm te laten onderzoeken. Naast mensen met klachten gaat het sinds dit jaar ook om deelnemers aan het nieuwe bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Mensen van 55 tot 75 jaar kunnen hun ontlasting laten onderzoeken en als daar bloed in zit, een kijkonderzoek ondergaan. Daarin kan de endoscopist poliepen, vaak het voorstadium van kanker, opsporen en verwijderen.

Opmerkelijke verschillen

De komst van het bevolkingsonderzoek was aanleiding om de kwaliteit van deze

kijkonderzoeken onder de loep te nemen. Zeven ziekenhuizen gingen met steun van Achmea op zoek naar maatstaven: wanneer is een coloscopie geslaagd? Met die indicatoren registreerden ze zes weken lang hun coloscopieën. Er bleken opmerkelijke verschillen te zijn tussen de zeven endoscopiecentra en tussen artsen. Dat leverde stof voor verbeteracties. “Wij kregen als feedback dat de voorbereiding van patiënten niet altijd goed ging”, zegt Siersema. Mensen moeten vóór het onderzoek vier liter spoelvloeistof drinken volgens een strikt schema. Gaat dit mis, dan wordt hun darm niet helemaal schoon. Dat maakt het lastig eventuele poliepen te zien. Het UMCU heeft daarom de voorlichting aan patiënten veranderd. “Vroeger gaven wij mensen een folder mee, maar dat blijkt voor sommigen lastig te begrijpen. Als mensen een coloscopie krijgen voorgeschreven, leggen we tegenwoordig al op de poli uit wat ze moeten doen en waarom dat zo belangrijk is. Daarnaast loopt sinds kort een project waarin we ze een dag voor het onderzoek opbellen. Zelf heb ik het idee dat wij nu vaker schone darmen zien, dus ik ben erg benieuwd naar de resultaten van de tweede meting die we hebben gedaan.” (Die resultaten waren bij het ter perse gaan van deze uitgave nog niet bekend, red.)

Bron van inspiratie

Naast de individuele feedback die de ziekenhuizen na de eerste meting kregen van Achmea, hebben ze met elkaar de resultaten besproken. Welke aanpak leidt tot de beste resultaten? Die besprekingen waren een bron van inspiratie, vertelt Siersema. “Toen we met het project begonnen, was er veel aarzeling bij mensen om zich kwetsbaar op te stellen. Maar toen de resultaten er waren, ontstonden leuke en belangrijke discussies. Deelnemers zeiden: ‘O, dit kunnen we anders doen!’” Met de proef is pionierswerk verricht. Er lag nog geen bruikbaar instrument om de kwaliteit van coloscopieën te meten.



Peter Siersema

De volgende ziekenhuizen werken samen met Achmea aan dit project:

Erasmus Medisch Centrum
Universitair Medisch Centrum Utrecht
St. Antonius ziekenhuis
Ikazia ziekenhuis
IJsselland Ziekenhuis
Deventer ziekenhuizen
Isala Klinieken

Uit de wetenschappelijke literatuur kozen de ziekenhuizen acht mogelijke parameters, waarvan er na de eerste meting zes zijn overgebleven. Twee indicatoren gaan over de patiëntveiligheid en -vriendelijkheid: het aantal complicaties en het rapportcijfer dat patiënten geven. De andere vier zijn indicaties voor de effectiviteit. Eén maatstaf is het percentage patiënten van wie de darm goed schoon is. Een tweede is het percentage van wie de hele darm is bekeken. Dat lukt namelijk niet altijd, bijvoorbeeld door een vernauwde darm, een tekortschietende verdoving of een minder bedreven endoscopist.

Aantal poliepen

Als de darm schoon is, en helemaal bekeken kan worden, rijst de derde vraag. De vraag waar het uiteindelijk om draait, zegt Ernst Kuipers, bestuursvoorzitter van het Erasmus MC en van origine maag-darm-leverarts. “Ben je daadwerkelijk in staat poliepen te detecteren?” De maatstaf daarvoor is het percentage patiënten bij wie een afwijking is gevonden, plus het totale aantal ontdekte poliepen. “Als ik maar bij 20 procent van de patiënten een poliep vind, en een collega bij 35 procent, moet ik mezelf achter de oren gaan krabben.” Voor de relevantie van deze indicator verwijst Kuipers naar een recente Amerikaanse studie. Onderzoekers becijferden hoeveel poliepen 136 artsen hadden opgespoord tijdens 330.000 coloscopieën, en hoeveel onderzochte mensen binnen tien jaar alsnog kanker kregen. De kans dat patiënten toch kanker kregen, verschilde sterk tussen artsen. Bij de dokters die de minste poliepen hadden gevonden, was die kans twee keer zo hoog als bij degenen die het hoogste aantal hadden ontdekt.

De laatste indicator ligt dan ook voor de hand: het aandeel patiënten dat binnen vijf jaar alsnog darmkanker krijgt. Deze is nog niet meegenomen in de huidige meting, omdat niet alle ziekenhuizen dit met terugwerkende kracht konden achterhalen. Vanaf nu houden ze dit percentage bij.

Afstemmen

De indicatoren mogen eenvoudig klinken, ze hebben tijdens het project veel hoofdbrekens gekost. Bijvoorbeeld: hoe score je het schoon-zijn van de darm, op een schaal van 0 tot en met 9? Wat de één matig noemt, vindt de ander misschien redelijk. Kuipers: “We hebben de schaal gezocht die de minste ruimte laat voor interpretatie. En uiteindelijk afgestemd aan de hand van foto's: hoe scoren we dit?” Sommige geteste indicatoren zijn na de eerste meting afgefallen, zoals het aantal minuten dat de endoscopist de darm bestudeert. Kuipers: “Een soort norm daarvoor is dat je minimaal zes minuten moet nemen. Maar uit ons onderzoek bleek dat er mensen zijn die kort kijken en toch relatief veel zien, en andersom.”

Afdelingsbeleid

Wat is nu het geheim van degenen die het beste presteren? “Voor een deel techniek, voor een deel de herkenning van poliepen, en voor een deel het vaak doen”, zegt Kuipers. “Er is een duidelijk verschil tussen dokters die vaak coloscopieën verrichten en dokters die het weinig doen. Je moet dus op de endoscopieafdeling afspreken hoeveel coloscopieën iemand jaarlijks minimaal moet doen.” Ook ander afdelingsbeleid speelt mee, zoals de voorlichting aan patiënten vooraf, maar ook de planning. “Als een coloscopie wat moeilijker is, kun je dan



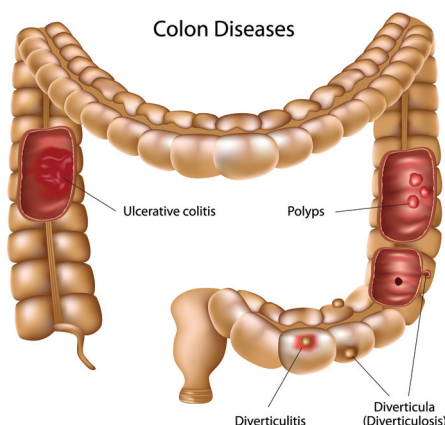
Ernst Kuipers

uitlopen of moet je halverwege afbreken?”

Hoewel de uitkomsten van de tweede meting er nog niet zijn, heeft het project wat hem betreft nu al veel opgeleverd. “Het heeft ons geleerd dat de kwaliteit van de coloscopie in Nederland onvoldoende werd gemonitord. En dat er grote verschillen zijn tussen endoscopisten onderling en tussen endoscopiecentra. Het is evident dat je enorm van elkaar kunt leren. Alleen al vergelijken leidt tot een kwaliteitsslag.”

Landelijk vervolg

De kwaliteitsmeting krijgt een landelijk vervolg. De Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen brengt de geleerde lessen onder de aandacht van haar leden en werkt aan een database voor coloscopieën, de Dutch Gastroenterology Endoscopy Audit (DGEA). Achmea gaat de meting in 2015 als doel stellen bij de inkoop van dit kijkonderzoek. Terecht, vinden de twee voortrekkers. “Je doet zo'n project niet voor niets samen met Achmea”, zegt Kuipers. “De kracht is dat je er samen in zit. Het is niet de verzekeraar die iets heeft bedacht, of de wetenschappelijke vereniging die zegt: wij hebben indicatoren. Achmea ziet door zo'n project ook dat het zelfs voor iets relatief simpels nog een worsteling is om goede parameters te maken.” Siersema noemt het “goed dat we verantwoording afleggen”. Wat hem betreft worden de resultaten – nu nog geanonimiseerd – met naam en toenaam openbaar. “Dan ga je nog meer met de billen bloot. Dat zal een stimulans zijn om het nog beter te doen.” •



OP ZOEK NAAR DE BESTE UITKOMSTINDICATOREN VOOR CVA-ZORG

Verschillende partijen, waaronder de Nederlandse CVA-patiëntenvereniging, werken samen met Achmea aan uitkomstindicatoren op basis waarvan een kwaliteitsimpuls kan worden gegeven aan de zorg. Het doel is de zorg voor patiënten te verbeteren. Volgens de CVA-patiëntenvereniging is het vertrouwen er om hier samen mee aan de slag te gaan. De uitdaging is nu om dit waar te maken.

Door Frank van Wijck

De Nederlandse CVA-patiëntenvereniging bestaat nu een kleine dertig jaar. Het doel dat bij de oprichting vooropstond, staat nog steeds overeind: de kwaliteit van zorg en leven van mensen met een CVA verbeteren. “Onze vereniging is vooral gericht op lotgenotencontact”, zegt voorzitter ad interim Elly van Gorp. “We zijn ontstaan vanuit een patiënteninitiatief en het heeft zich gaandeweg als een olievlek over het hele land verspreid. Inmiddels heeft een professionaliseringsslag plaatsgevonden, waarbij er een landelijk bestuur is gekomen en een indeling in regio’s. Onze primaire taak is patiënten en hun naasten van informatie te voorzien en te leren omgaan met de gevolgen van een CVA. Belangenbehartiging is een belangrijke taak, maar ook preventie staat zeker op onze agenda. Denk aan de jaarlijkse Europese dag van de beroerte.” In het contact met de zorgaanbieders staat de verbetering van zorg voor mensen met een CVA voorop. “Tegenwoordig worden we zeker ook betrokken bij

discussies en actieprogramma’s op dit gebied”, zegt Van Gorp. “Het programma ‘De patiënt centraal’ van het Ministerie van VWS heeft hier een goede bijdrage aan geleverd.”

Nu staat de vereniging dan ook sterk, stelt ze. De op handen zijnde fusie met de Afasie Vereniging Nederland en Vereniging Cerebraal moet die positie verder versterken. “De oorsprong van de verenigingen verschilt weliswaar,” zegt Van Gorp, “maar de gevolgen van de problematiek waarmee de patiënten worden geconfronteerd, zijn op hoofdlijnen bij alle drie hetzelfde.”

Uitgaan van maatwerk

Een paar jaar geleden al is de CVA-patiëntenvereniging benaderd door Achmea in het kader van haar programma Kwaliteit van Zorg, met de vraag hoe de zorg voor CVA-patiënten er nu uitziet en hoe die eruit zou moeten zien. “We hebben toen veel kritische noten gekraakt over wat naar onze mening beter kon, maar de terugkoppeling schoot wat tekort”, zegt Van Gorp. “We hebben toen ook aangegeven: als je gebruikmaakt van patiëntinformatie, moet je goed commu-



Elly van Gorp

niceren. Het is goed dat Achmea dit nu heeft opgepakt.”

De kern van de zorgverlening voor mensen met een CVA, zegt Van Gorp, is dat dit maatwerk moet zijn. Ze zegt: “Dit geeft ook meteen aan wat het grootste probleem is in het meten van de kwaliteit van deze zorg, omdat voor die zorg bij deze patiëntgroep geen blauwdruk bestaat. Het is een zeer complexe en diverse doelgroep, wat extra kritische aandacht vraagt voor casemixcorrectie.

Aan de uitkomstindicatoren CVA werken samen met Achmea:

- KennisNetwerk CVA Nederland (KNCN)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NvN)
- Verenso - specialisten Ouderengeneeskunde
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)

Verder zijn betrokken:

- Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Naast de stuurgroep is er een projectteam bestaande uit specialisten en onderzoekers die de indicatorenset en het casemixmodel ontwikkelen. Een adviescommissie van specialisten en patiëntenvereniging Samen Verder is klankbord voor het projectteam.

Neem bijvoorbeeld mensen die door een CVA problemen met hun motoriek ervaren. Deze patiënten komen in aanmerking voor een aantal keren fysiotherapie, waarna ze in staat moeten zijn tot zelfmanagement. Maar mensen met hersenletsel hebben niet altijd de juiste vaardigheden voor zelfmanagement, in een aantal gevallen ontbreekt het ook aan het hiervoor noodzakelijke ziekte-inzicht. Dan ontstaan problemen: de toestand van de patiënt gaat achteruit en de mantelzorger raakt overbelast.” Dit maakt het lastig om bij CVA-patiënten gebruik te maken van uitkomstindicatoren, concludeert Van Gorp. “Je kunt meten dat en hoeveel aandacht er is voor het probleem of je kunt het aantal behandelingen meten dat hier tegenover staat, maar je moet feitelijk meten hoe effectief behandeling is op individueel patiëntniveau. Kortom: je moet heel helder zicht hebben op de vraag welke patiënt je precies voor je hebt.”

Inzicht in de populatie nodig

In samenwerking met het Kennisnetwerk CVA NL is de zorgstandaard voor CVA-zorg ontwikkeld. “In het kader van de uitnodiging van Achmea om te komen tot uitkomstindicatoren, is in het verlengde hiervan gekeken welke vervolgstappen nu mogelijk zijn”, vertelt Van Gorp. “Het

Kennisnetwerk verricht benchmarks op het gebied van CVA-zorg en daarin moeten de onderwerpen patiënttevredenheid en kwaliteit van zorg worden meegenomen. Binnen de CQ-index bestaat een vragenlijst voor patiënttevredenheid maar die is voor onze doelgroep veel te uitgebreid. Je moet deze mensen de voor hen cruciale vragen stellen en je moet inhoudelijk ingaan op de antwoorden. Je moet zeker weten dat wat iemand zegt hetzelfde is als wat hij denkt of voelt. Dit vraagt om goed inzicht in de populatie. En misschien moeten we tot minder indicatoren komen, maar dan meer *to the point*. Ook is belangrijk dat de naasten het gevoel krijgen dat ze gehoord worden.” De CVA-patiëntenvereniging kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren, omdat ze weet wat er leeft onder de doelgroep en gevoel heeft voor hoe de patiënt en diens omgeving de gevolgen van CVA beleven. “Soms zegt de patiënt dat het goed met hem gaat, maar zie je vanuit je ooghoek de mantelzorger van ‘ja, ja’ knikken”, zegt Van Gorp. Voor dat soort signalen moet je oog hebben. Hoewel de menskracht van de vereniging gering is, is de bereidheid tot medewerking er zeker. “Leidend voor de kwaliteit zijn de richtlijnen en de zorgstandaarden”, zegt Van Gorp. “Op basis daarvan

moet je verder verfijnen.” De kwaliteitsindicatoren zijn inmiddels geïnventariseerd en door de adviescommissie (waarin de beroepsgroepen en de vereniging zitten) becommentarieerd. Na het vastleggen van de definitieve indicatoren is de pilot gestart. In deze pilot wordt de set uitkomst-, proces- en structuurindicatoren getest. Daarnaast worden er voldoende data verzameld om een gedegen casemixmodel te kunnen ontwikkelen.

Gelijkwaardig

Het is belangrijk om als zorgverzekeraar en vereniging op basis van gelijkwaardigheid tot een goede balans tussen kwaliteit van zorg en kostenbeheersing te komen, benadrukt Van Gorp. “Nogmaals: ook oog hebben voor de mantelzorger is hierin essentieel”, zegt ze. “Raakt die overbelast, dan moet de patiënt worden opgenomen en lopen de kosten dus weer snel op. Een extra fysiotherapiebehandeling of een extra uur ondersteuning kunnen dus veel problemen voorkomen.” Uiteindelijk moet vergelijkende informatie over de aanbieders van CVA-zorg op tafel komen op basis waarvan de zorgverzekeraar de CVA-zorg gericht kan inkopen en waarmee zorgaanbieders zich kunnen blijven verbeteren. “We zullen tijdens het project blijven benadrukken dat dit moet gaan over de beste zorg en niet de goedkoopste”, zegt Van Gorp. “En de zorgverzekeraar moet niet op de stoel van de arts gaan zitten. Het vertrouwen op dit gebied is aan het toenemen. De zorgverzekeraar kan dit versterken door goed naar de professionals en de patiënten te luisteren. Gelukkig ondersteunt Achmea de ketenzorggedachte, want CVA-zorg is bij uitstek ketenzorg. Achmea heeft tijdelijke financiële ondersteuning mogelijk gemaakt van een ketencoördinator, in afwachting van het moment waarop de partijen dit zelf structureel oppakken. Dat is positief, Achmea heeft dus wel oog voor de problematiek. Natuurlijk zal het vervolg ook Achmea iets moeten opleveren in termen van de zorginkoop, maar dat hoeft geen slechte zaak te zijn. Die inkoop is goed als ze faciliteert dat de zorg echt de mogelijkheden biedt die deze patiënten nodig hebben. Dat is de uitdaging voor Achmea, zeker met de huidige discussie over de acute zorg die hier dwars doorheen loopt.” ●

.....

‘Belangenbehartiging is een belangrijke taak, maar ook preventie staat zeker op onze agenda’

.....



Achmea Quality Award 2014



Voor het beste, meest innovatieve idee
ter verbetering van de uitkomsten van zorg.



Stuur uw innovatieve idee in en ding mee naar de Achmea Quality Award 2014.

De klant centraal in de zorg, daar zijn we het allemaal mee eens. Maar hoe kunnen we uitkomsten gebruiken om voor hem of haar de zorg te verbeteren? Hebt u het antwoord? Achmea daagt u uit om mee te dingen naar de **Achmea Quality Award 2014**.

Hebt u een creatief idee dat de kwaliteit van zorg verbetert met behulp van zorguitkomsten? Stuur het in voor de **Achmea Quality Award** en maak kans op **€ 10.000,-** voor uw project. De inzendingen worden door een vakkundige jury getoetst en de winnaar wordt bekend gemaakt op het Achmea Congres 2014 'Zorguitkomsten: Het gaat om de klant!' op 23 september 2014 in NBC te Nieuwegein.

Pulse, winnaar Achmea Quality Award 2013, over het project van Xpert Clinic en Erasmus MC: "Het winnen van de Achmea Quality Award heeft het Pulse-project van de Xpert Clinic en het Erasmus MC veel positieve reacties opgeleverd. Een groot aantal partijen heeft gevraagd om onze ervaringen te delen. Het enthousiasme om aan de slag te gaan met het inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg is groot."



Kijk voor meer informatie en criteria op:

www.achmeacongres2014-zorguitkomsten.nl/quality-award/652. Inzenden kan tot **15 juli 2014**.

Meer over het congres 2014: **www.achmeacongres2014-zorguitkomsten.nl**