



Visie op kwaliteit

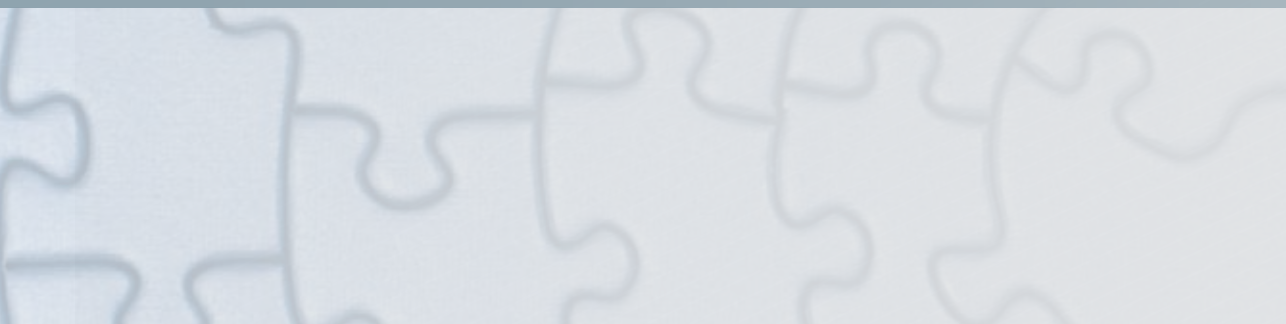
Samenwerken voor de verzekerde

juni 2011

Visie op kwaliteit

Samenwerken voor de verzekerde





Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Visie op kwaliteit	5
2.1 Waarom een gezamenlijke visie op kwaliteit?	5
2.2 De definitie en scope van kwaliteitsbeleid	8
2.3 De visie op kwaliteit van zorgverzekeraars	9
2.4 Doelstellingen	9
2.5 Mededinging	10
2.6 Totstandkoming visiedocument	11
3. Samenwerken aan kwaliteit	12
3.1 De verzekerde	12
3.2 De zorgprofessional	12
3.3 De zorgaanbieder	13
3.4 De overheid	13
3.5 De zorgverzekeraar	13
4. Best practices	14

1. Inleiding

In dit visiedocument presenteren de zorgverzekeraars hun gezamenlijke visie op de kwaliteit van de gezondheidszorg. De verzekerde staat daarbij centraal. Zorgverzekeraars willen hun verzekerden de beste zorg bieden zonder daarbij solidariteit en betaalbaarheid uit het oog te verliezen. In 2010 heeft het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland besloten om een visie op te stellen die duidelijk maakt hoe zorgverzekeraars willen bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg.

Dit visiedocument 'Visie op kwaliteit' geeft in hoofdstuk 2 een toelichting op de visie van zorgverzekeraars. In hoofdstuk 3 worden de rollen van de belangrijkste spelers geschetst. In hoofdstuk 4, tot slot, komen een aantal *best practices* aan bod die laten zien hoe zorgverzekeraars samen met andere partijen kwaliteitsverbeteringen in de praktijk brengen.



PIETER HASEKAMP
Algemeen Directeur Zorgverzekeraars Nederland

2. Visie op kwaliteit

2.1 WAAROM EEN GEZAMENLIJKE VISIE OP KWALITEIT?

Zorgverzekeraars willen nadrukkelijker zichtbaar maken op welke manier zij invulling geven aan de kwaliteitsverbetering van de zorg. Ook het voornemen om de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden te verzorgen, sluit aan bij de ambitie om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Er is meer afstemming en samenwerking nodig om een sterkere impact op de gewenste kwaliteitsverbeteringen bij zorgaanbieders te realiseren. Het is bovendien belangrijk dat verzekerden duidelijke informatie krijgen over de kwaliteit van de zorg en dat de administratieve belasting bij het meten van kwaliteit voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars afneemt. Door het inzichtelijk maken van verschillen tussen zorgaanbieders wordt de concurrentie op kwaliteit op de zorgaanbiedermarkt versterkt. De verzekerde geniet de voordelen doordat de kwaliteit toeneemt en de kosten aanvaardbaar blijven. Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan het vergroten van het vertrouwen van de verzekerden in de zorgverzekeraars en het verkleinen van de kloof tussen de zorgverzekeringsmarkt en zorginkoopmarkt.

Dat het verbeteren van de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg nodig is, wordt duidelijk in de 'Proeve Nationaal Programma Kwaliteit van Zorg' (2010) van ZonMW. Daaruit blijkt dat de kwaliteit van de zorg in Nederland onder druk staat:

- 1 op de 3 patiënten in de zorg krijgt niet de zorg die ze heeft nodig;
- Jaarlijks lopen 30.000 mensen onnodig schade op in het zorgproces;
- Jaarlijks zijn 1.700 onnodige doden te betreuren door het zorgproces.

Het werken aan de kwaliteitsverbetering van de zorg is nodig en biedt ook kansen. Kwaliteit en doelmatigheid gaan vaak hand-in-hand. In 80% van de 100 onderzochte kwaliteitsverbeteringsprojecten bleken kwaliteitsverhoging en kostenverlaging (doelmatigheidsbevordering) samen te gaan.

“Wanneer zorgverzekeraars zich actief met kwaliteit gaan bemoeien, is dat goed voor een stevig publiek debat. Maar dat mag hen niet tegenhouden. Verzekerden mogen de komende tijd meer van de zorgverzekeraars verwachten op het gebied van de kwaliteit van zorg.”



Wanneer zorgverzekeraars heldere en eenduidige afspraken maken over de gewenste kwaliteit van de zorg, is het mogelijk om samen met zorgaanbieders te werken aan het optimaliseren van gezondheidswinst. Randvoorwaarde daarbij is wel dat zorgverzekeraars inzicht hebben in de toegevoegde waarde van de geleverde zorgproducten.

Samenwerking tussen zorgverzekeraars is nodig om bestaande structuren te doorbreken en bijvoorbeeld meer ruimte te bieden aan innovatieve concepten van zorg die toegevoegde waarde bieden. Een voorbeeld is de gewenste substitutie van duurdere specialistische zorg naar goedkopere zorg dichtbij de verzekerden.

De gemeenschappelijke behoeften om tot een gezamenlijk kwaliteitsbeleid te komen zijn:

- Invulling geven aan de maatschappelijke rol van de zorgverzekeraar bij het stimuleren van kwaliteit en doelmatigheid van zorg voor verzekerden;
- Transparantie van kwaliteit bij zorgaanbieders voor zorgverzekeraars en verzekerden;
- Eenduidigheid over minimumnormen voor gecontracteerde zorg;
- Duidelijke informatieverstrekking naar verzekerden;
- Gezamenlijke definitie van kwaliteit met zorgaanbieders (professionals) en patiëntenorganisaties;
- Ontwikkeling van breed gedragen medische richtlijnen waar kwaliteit en doelmatigheid onderdeel van uit maken;
- Verrijking van informatie door koppelingen met beschikbare declaratiegegevens;
- Terugkoppeling van gegevens naar zorgaanbieders.

Het adagium voor het gezamenlijke kwaliteitsbeleid van zorgverzekeraars is: samenwerken waar moet en apart waar het kan. Beide bewegingen kunnen elkaar versterken en bijdragen aan de dynamiek van kwaliteitsverbetering in vraaggestuurde zorg.

2.2 DE DEFINITIE EN SCOPE VAN KWALITEITSBELEID

In dit visiedocument sluiten we voor de definitie van kwaliteit aan bij Zichtbare Zorg:

“Kwalitatief goede zorg is zorg die patiëntgericht, effectief, veilig en op tijd is en die toegesneden is op de behoeften van de individuele patiënt en cliënt. Het zichtbaar maken van de kwaliteit van de zorg en van verschillen in kwaliteit is essentieel voor de (markt)werking van het nieuwe zorgstelsel. De kern van het nieuwe zorgstelsel is dat de patiënt en consument in staat wordt gesteld om geïnformeerd te kiezen; kiezen op het niveau van de instelling(slocatie), behandelaar en/of aandoening. Daarvoor is vergelijkbare en betrouwbare informatie over de prestaties van zorgaanbieders een conditio sine qua non.” (Bron: Programma Zichtbare Zorg)

De visie op kwaliteit van zorg is **zorgbreed** van toepassing (cure en care).

Het gezamenlijke kwaliteitsbeleid van zorgverzekeraars berust op de drie pijlers:

1. Medisch inhoudelijke kwaliteit: Zorg moet voldoen aan de professionele standaard, is veilig en effectief, en wordt integraal geleverd. Zorgverzekeraars leggen de focus op uitkomsten van zorg en kwaliteit van leven.
2. Klantgerichtheid: De zorg is toegesneden op de wensen van de klant. De klant krijgt alle aandacht en informatie, ervaart geen gedoe en kan makkelijk terecht.
3. Doelmatigheid: De prijs/ kwaliteit verhouding van de zorg, gegeven de beperkte beschikbaarheid van middelen

Bovenstaande onderdelen worden door zorgverzekeraars zo objectief mogelijk vastgesteld, in overleg met verzekerden, patiënten en zorgaanbieders.

“Er worden nu flinke eerste stappen gezet als het gaat om transparantie en verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van zorg, maar we zijn er nog lang niet. Zorgverzekeraars hebben een verantwoordelijkheid voor het bevorderen van die kwaliteit en doelmatigheid van zorg, de druk op die rol neemt alleen maar toe en er is ook haast geboden.”

2.3 DE VISIE OP KWALITEIT VAN ZORGVERZEKERAARS

De gezamenlijke visie van zorgverzekeraars op kwaliteit luidt:

“Verzekerden hebben toegang tot goede, veilige en doelmatige zorg op basis van bewezen effectieve behandelmethoden. In het inkoopbeleid van zorgverzekeraars worden zorgaanbieders aangesproken op en gestimuleerd in hun intrinsieke motivatie om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dat inkoopbeleid is mede gebaseerd op inzichten in de kwaliteit en kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders en leidt tot een kwaliteitsverbetering voor de hele zorgsector. Zorgverzekeraars hebben het vertrouwen van verzekerden en verstrekken hen inzichtelijke informatie over kwaliteit(sverschillen) bij zorgaanbieders.”

2.4 DOELSTELLINGEN

1. Zorgverzekeraars hebben toegang tot informatie op basis waarvan ze kunnen sturen op kwaliteit en doelmatigheid in de zorginkoop. Deze informatie kan ook worden gebruikt voor advisering van verzekerden en publieksinformatie.
2. De beschikbare informatie over kwaliteit is relevant en betrouwbaar, en sluit naadloos aan op de wijze waarop de zorg wordt ingekocht. Onder relevant wordt verstaan dat de informatie betekenisvol is voor de patiënt, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.
3. Er is eenheid van taal over wat kwaliteit van zorg is.
4. Op afgesproken aandoeeningen werken zorgverzekeraars samen met patiëntenorganisaties en zorgaanbieders om kwaliteit van zorg te verbeteren.
5. Innovatieve ontwikkelingen worden op basis van kwaliteitsgegevens snel op hun merites beoordeeld.

WIM VAN DER MEEREN
bestuursvoorzitter CZ



Zorgverzekeraars stellen vooraf vast op welke onderwerpen zij werken met eenduidig kwaliteitsbeleid. Op die manier kunnen zorgverzekeraars de gewenste kwaliteitseffecten realiseren door middel van contractering van zorg. Hierbij kan gedacht worden aan de volgende effecten:

- Werken volgens de richtlijnen;
- Concentratie van zorg met aandacht voor toegankelijkheid en spreiding van zorg;
- Substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg.

2.5 MEDEDINGING

Uit de mededingingsrechtelijke toetsing is gebleken dat zorgverzekeraars kunnen samenwerken in het gezamenlijk definiëren van de behoefte aan kwaliteitsgegevens, de uitvraag van kwaliteitsgegevens en de normering voor minimale kwaliteitseisen voor de zorginkoop. Het gezamenlijk inkopen van zorg is niet mogelijk zonder een voorafgaande toetsing bij de NMa.

Tabel 1. Overzicht In welke fasen van het kwaliteitsbeleid zorgverzekeraars kunnen samenwerken

Onderdelen	Samenwerking
Definiëren informatiebehoefte en kwaliteitsindicatoren	Ja
Uitvragen gegevens	Ja
Verwerken gegevens (normeren minimum kwaliteitseisen)	Ja
Toepassen	Nee, advies NMa nodig

Vanuit het mededingingsrecht zijn er geen bezwaren voor zorgverzekeraars om gezamenlijk minimumvolumenormen voor risicovolle operaties toe te passen die door de beroepsgroepen zijn vastgesteld als een ondergrens voor contractering in de zorginkoop. De minimumnormen kunnen worden gezien als een soort standaard voor goede zorg. Sterker nog, als een beroepsgroep geen minimumnormen heeft opgesteld of als zorgverzekeraars van mening zijn dat de

door de beroepsgroep aangedragen minimumnormen onvoldoende zijn, dan kunnen zorgverzekeraars in gezamenlijkheid minimumnormen stellen voor de zorginkoop. Dit dient zorgvuldig te gebeuren en bij voorkeur op basis van (internationale) evidence based richtlijnen.

In alle gevallen geldt dat zorgverzekeraars er verantwoordelijk voor zijn dat de informatie over kwaliteit van zorg, bij advisering aan verzekerden, actueel, relevant, correct en transparant dient te zijn.

2.6 TOTSTANDKOMING VISIEDOCUMENT

De visie op kwaliteit is tot stand gekomen na een intensief traject waarbij alle zorgverzekeraars zijn geïnterviewd over hun visie op kwaliteit. Vervolgens heeft de werkgroep kwaliteit waarin alle zorgverzekeraars zijn vertegenwoordigd de gezamenlijke visie geformuleerd. Deze visie is op 4 april 2011 bekrachtigd door het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland.

3. Samenwerken aan kwaliteit

Het verbeteren van de kwaliteit van de zorg kan alleen door samen te werken. De verzekerde staat daarbij centraal. De zorg wordt georganiseerd voor en betaald door de Nederlandse burger. En met de uitdaging om de kwaliteit, solidariteit en betaalbaarheid van de zorg voor de toekomst te waarborgen, zullen alle partijen die betrokken zijn bij de zorg samen moeten blijven werken.

3.1 DE VERZEKERDE

De verzekerde staat centraal als het gaat om de kwaliteit van zorg. Verzekerden moeten toegang hebben tot goede, veilige en doelmatige zorg op basis van bewezen effectieve behandelmethoden. Op het moment dat een verzekerde gebruik maakt van de gezondheidszorg, dan heeft hij of zij het recht op goede keuze-informatie. Hoewel de zorg in Nederland over het algemeen goed is, zijn er toch soms duidelijke verschillen in kwaliteit. Verzekerden worden door zorgverzekeraars gestimuleerd om meer regie te nemen in het bevorderen van hun gezondheid. Verzekerden moeten in staat zijn om op basis van goede keuze-informatie de beste zorg te selecteren. De zorgverzekeraars willen de verzekerde zoveel mogelijk ondersteunen in het maken van keuzes in het zorgaanbod. Daarbij is bijvoorbeeld de samenwerking tussen patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars een belangrijke schakel.

3.2 DE ZORGPROFESSIONAL

De zorgprofessional is bijvoorbeeld medisch specialist, de huisarts, tandarts, de fysiotherapeut, etc. De zorgprofessionals zijn verenigd in verschillende beroepsgroepen en die zijn verantwoordelijk voor het vaststellen van behandelrichtlijnen en kwaliteitsnormen. Het is van belang dat bij het opstellen van kwaliteitsindicatoren de patiënt centraal staat. Zorgprofessionals moeten de intrinsieke motivatie hebben om transparant te zijn over hun kwaliteit. Wanneer zorgprofessionals op een open manier communiceren over kwaliteit, geven ze ruimte voor verbetering en samenwerking met andere zorgverleners. Zorgverzekeraars willen zorgprofessionals die zich actief bezighouden met kwaliteit en transparantie ondersteunen.



DIANA MONISSEN
bestuursvoorzitter De Friesland

3.3 DE ZORGAANBIEDER

Met de zorgaanbieder bedoelen we de organisatie waarbinnen de zorgprofessionals opereren, zoals ziekenhuizen, ggz-instellingen, praktijken en awbz-instellingen. De zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor een goede organisatie van de zorg, waarbij de kwaliteit van de zorg centraal staat. Zorgaanbieders kunnen de zorgprofessional stimuleren om transparant te zijn over de door hun geleverde kwaliteit van zorg. Daarnaast is er voor zorgaanbieders een rol weggelegd om de zorg efficiënt en doelmatig in te richten. Ook daarbij is goede kwaliteitsinformatie noodzakelijk. Zorgverzekeraars kunnen zorgaanbieders ondersteunen bij de organisatie van de zorg.

3.4 DE OVERHEID

De overheid heeft een belangrijke rol in het scheppen van kaders waarbinnen verzekerden, zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars optimaal kunnen werken aan kwaliteitsverbeteringen. Een belangrijk agendapunt voor de overheid is ten eerste het wegnemen van de schotten in de financiering van Zorgverzekeringwet, WMO en AWBZ. Daarnaast zou de overheid een rol kunnen spelen als doorzettingsmacht wanneer zorgprofessionals achterblijven in het opstellen van kwaliteitsnormen. Een derde rol voor de overheid is het zorgen voor een goede infrastructuur waarmee kwaliteitsgegevens worden uitgewisseld.

3.5 DE ZORGVERZEKERAAR

Van zorgverzekeraars mag worden verwacht dat zij de basiskwaliteit die door beroepsgroepen wordt vastgesteld, eenduidig hanteren. Zorgverzekeraars gaan samenwerken op het gebied van het definiëren, verzamelen en verwerken van kwaliteitsgegevens. De manier waarop zorgverzekeraars omgaan met kwaliteitsinformatie moet duidelijk en transparant zijn voor verzekerden en zorgprofessionals. Vanuit het visiedocument spreekt ook de ambitie van zorgverzekeraars om het gebruik van kwaliteitsgegevens te vergroten bij de contractering van zorgaanbieders. En dat betekent ook dat zorgverzekeraars zich daarbij willen onderscheiden.

“Als de kwaliteit van zorg verbetert, dalen de kosten. Die twee gaan hand in hand. Betere kwaliteit zorgt er voor dat de patiënt èn de beste zorg krijgt èn dat deze ook betaalbaar blijft, nu en in de toekomst.”

4. Best practices

De afgelopen jaren is er hard samengewerkt in de zorg om de kwaliteit te verbeteren. Zorgverzekeraars initiëren en ondersteunen initiatieven die de zorg beter maken. Onderstaande 'best practices' geven een blik op de vele goede voorbeelden van kwaliteitsverbetering zorgbreed. Deze initiatieven worden dan ook ondersteund door zorgverzekeraars. Juist de samenwerking met patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders en de overheid maken deze voorbeelden tot een succes.

PARKINSONNET ZET PATIËNT CENTRAAL

Het ParkinsonNet is een virtueel gezondheidscentrum waar alle betrokken zorgverleners zich gezamenlijk rond de parkinsonpatiënt organiseren. Een parkinsonpatiënt wordt doorgaans behandeld door diverse zorgverleners, zoals een neuroloog, parkinsonverpleegkundige, fysiotherapeut, logopedist, ergotherapeut, huisarts en diëtist. Dr. Marten Munneke was samen met prof. dr. Bas Bloem de initiatiefnemer van ParkinsonNet: "Wij zagen vanuit het ziekenhuis dat ook de zorg voor de patiënt buiten het ziekenhuis een grote invloed heeft op het succes van de behandeling. En dat de samenwerking tussen de zorgverleners de kwaliteit van zorg enorm kan verbeteren. Dat was voor ons de drijfveer om ParkinsonNet op te richten."

Het ParkinsonNet is ontstaan in de regio Arnhem-Nijmegen als samenwerking tussen zorgverleners in de eerste en tweede lijn. Inmiddels heeft het netwerk landelijke dekking en zijn er 65 regionale samenwerkingsverbanden. Deze worden ondersteund door de website www.mijnzorgnet.nl waar de patiënt en zijn of haar zorgverleners in een besloten ruimte informatie kunnen uitwisselen. De patiënt voert daarin zelf de regie. Daarnaast organiseert ParkinsonNet vele bijeenkomsten en scholingsactiviteiten voor zorgverleners. Munneke: "Er is veel behoefte aan informatie. Zorgverleners in de eerste lijn zien doorgaans te weinig parkinsonpatiënten waardoor specialisatie niet aan de orde is. Door ParkinsonNet kunnen zij heel snel kennis delen met anderen. Dat is de kracht van ParkinsonNet."



ParkinsonNet veroorzaakt een duidelijke verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Ook ervaren patiënten dat alle zorgverleners die hen omringen deskundiger zijn geworden. Inmiddels is er veel interesse om voor andere aandoeningen een soortgelijk netwerk op te starten. Sjoerd Terpstra, senior beleidsmedewerker bij Zorgverzekeraars Nederland: "Eigenlijk is het jammer dat ParkinsonNet een uniek voorbeeld is. Het zou mooi zijn als er veel meer van dit soort succesvolle voorbeelden in Nederland te vinden zijn." De snelheid en het succes waarmee ParkinsonNet schotten tussen verschillende zorgverleners heeft doorbroken, wordt door zorgverzekeraars met veel enthousiasme ondersteund.

GGZ WERKT AAN KWALITEIT EN TRANSPARANTIE

De Stichting Benchmark GGZ (SBG) is sinds januari 2011 actief. SBG maakt de kwaliteit van zorg in de GGZ zichtbaar door te benchmarken.

Edwin de Beurs, inhoudelijk directeur SBG: "We maken de kwaliteit in de GGZ-zorg zichtbaar en maken het effect van de behandeling transparant. Dat doen we door aan de GGZ-zorgverlener 'spiegelinformatie' aan te bieden over de effectiviteit van de instelling. Aan de hand van de gegevens die we van de zorgverlener ontvangen, laten we zien wat het gemiddelde effect van de behandelingen door de zorgverlener is en of dit verschilt van het behandelingseffect bij vergelijkbare andere zorgverleners. De spiegelinformatie komt ook beschikbaar voor de zorgverzekeraar. In de nabije toekomst gaan we ook het effect van het gehele zorgtraject inzichtelijk maken om zorgverleners meer van dienst te zijn met voor hen relevante informatie".

Het doel is om de kwaliteit van de zorg beter te maken. De Beurs: "De zorgverleners krijgen beter inzicht in hun effectiviteit en ze krijgen handvatten om eventuele verbeteringen door te voeren." Ronald Luijk, senior beleidsadviseur bij Zorgverzekeraars Nederland licht toe wat zorgverzekeraars kunnen doen met de informatie. "Zorgverzekeraars kunnen deze informatie gebruiken om afspraken te maken met de GGZ-zorgverleners over kwaliteit en doelmatigheid. Je krijgt duidelijkheid over het resultaat van de behandeling. Resultaat voor de patiënt die baat heeft bij goede kwaliteit maar ook resultaat uitgedrukt in kosten."

De Beurs: "GGZ Nederland heeft de afgelopen jaren een systeem ontwikkeld om het effect van behandelingen te meten: Routine Outcome Monitoring, kortweg ROM. GGZ is de eerste sector in de gezondheidszorg die zo gegevens vastlegt. Instellingen cq zorgverleners doen dit omdat ze het effect van de behandeling constant willen monitoren. SBG krijgt gegevens die afkomstig zijn van ROM. Dat wil zeggen: we krijgen de begin- en eindtoestand van de patiënt en enige achtergrondgegevens. Denk dan bijvoorbeeld aan leeftijd, geslacht, complexiteit van de aandoening en dergelijke." Hij benadrukt dat hierdoor de administratieve lastendruk voor instellingen beperkt is. "ROM hoort bij het primaire proces. Voor aanlevering van gegevens aan SBG moeten zorginstellingen eenmalig een extra inspanning leveren, maar daarna is het maandelijks een spreekwoordelijke druk op de knop."

Momenteel is men nog maar net begonnen met meten en zijn de benchmarkgegevens nog niet representatief genoeg. Luijk: "In 2011 ligt de focus volledig op aansluiting van zorgverleners bij SBG en aanlevering van beschikbare gegevens. In het inkoopgesprek is de hoeveelheid aangeleverde gegevens onderwerp van gesprek. Zorginkopers gaan pas in tweede instantie met aanbieders in gesprek over hun effectscores. Als blijkt dat deze scores afwijken van het gemiddelde in de benchmark, wordt samen met de zorgverlener gekeken waar de verschillen in effectiviteit vandaan komen. De complexiteit van de aandoeningen van de patiënt(en) kan bijvoorbeeld invloed hebben op het resultaat." De Beurs vult aan, dat mocht er een vermoeden bestaan van dit soort factoren, SBG ook dat kan uitzoeken. "Als onomstotelijk vast staat dat een zorgverlener meer effect sorteert met zijn behandelingen, dan kan een conclusie van de zorgverzekeraar zijn dat hij verzekerden suggereert om naar deze zogeheten 'voorkeursaanbieders' te gaan" vervolgt Luijk. "Dat is een beweging die momenteel op allerlei plaatsen in de zorg gaande is." Luijk en De Beurs benadrukken dat de genoemde consequenties in de GGZ voorlopig nog toekomstmuziek zijn.

Voor meer informatie over SBG, kijk op www.sbggz.nl.

ZORGVERLENER PROFITEERT VAN TRANSPARANTIE

Eensgezind praten medisch specialist Eric Hans Eddes, ziekenhuisbestuurder Tineke Hirschler en zorgverzekeraar Jorrit de Jong over de kwaliteit van de zorg. Wie niet aan tafel zit, maar om wie het allemaal draait, is de patiënt. En met de patiënt in gedachten zijn ze het snel eens dat zorgverleners zich het niet langer kunnen veroorloven om niet open te zijn over hun kwaliteit. De tijd dat bijvoorbeeld medisch specialisten hun kaarten op de borst houden als het gaat om kwaliteitsgegevens, is nu echt voorbij. En de verrassing is dat, naast de patiënt, juist de zorgverlener zelf de grootste voordelen kan halen uit transparantie.

Eric Hans Eddes is als darmkankerchirurg verbonden aan het Deventer Ziekenhuis en is daarnaast voorzitter van de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA). De DSCA is een samenwerkingsverband van beroepsverenigingen dat zich richt op kwaliteitsverbetering van de behandeling van darmkanker. De DSCA is een pionier op het gebied van de open en transparante benadering van kwaliteit. Hun inspanningen leveren een schat aan betrouwbare en gevalideerde kwaliteitsinformatie over de behandeling van darmkanker. Zorgverleners profiteren van de informatie van de DSCA doordat ze zich met hun collega's kunnen vergelijken. Die vergelijking geeft de zorgverlener inzicht in de verbeterpunten.

Cultuuromslag

Tineke Hirschler is voorzitter Raad van Bestuur van het Deventer Ziekenhuis en bestuurslid van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Hirschler is enthousiast over de DSCA en hoopt dat hun voorbeeld wordt gevolgd door andere specialisten. "Een ziekenhuis is veelal geen eigenaar van de kwaliteitsgegevens, dat zijn de medisch specialisten. De medisch specialist is tot nu toe terughoudend en laat niet snel iemand over de schouder meekijken. De angst om afgerekend te worden op fouten is onterecht. Het moet gaan over kansen op verbetering. De zorgverzekeraar kan zorgen voor wat externe druk om zorgverleners in beweging te krijgen. Maar ook de NVZ en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) zouden zich namens de ziekenhuizen sterk moeten maken voor meer transparantie", aldus Hirschler. Eric Hans Eddes vult aan: "Het gaat om een cultuuromslag. Met de DSCA was het in het begin ook



DR. ERIC HANS EDDES
voorzitter van de DSCA en gastro-intestinaal
chirurg in het Deventer Ziekenhuis

best spannend. Onder medisch specialisten heerst toch vaak het beeld van de 'boze buitenwereld' die opeens over je schouder wil meekijken. Maar in de praktijk blijkt dat ook patiënten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars hetzelfde willen. Je moet het samen doen."

Registratie onderdeel van DBC

Een veelgehoorde klacht op de werkvloer van een ziekenhuis is de registratiedruk. Volgens Eddes is het belangrijk dat kwaliteitsgegevens terugkomen op de werkvloer bij de verpleegkundige en de arts. Eddes: "Alleen maar transparantie heeft geen zin. Je moet er wat mee doen en door te benchmarken krijg je inzicht waar goed en minder goed gepresteerd wordt." Dat vraagt naast betrouwbare en consistente gegevens ook om vertrouwen en ruimte voor verbeteringen. Ook zijn er technische verbeterpunten. Zo zou volgens Eddes en Hirschler de registratie onderdeel moeten worden van de DBC. Op die manier maak je het kwaliteitsdenken onderdeel van de behandeling. Want hoe raar is het dat bijvoorbeeld een MRI scan wel verplicht is en gehonoreerd wordt terwijl er niets gezegd wordt over kwaliteitsborging?

DSCA als voorbeeld

Jorrit de Jong, algemeen directeur van zorgverzekeraar Salland, is van mening dat de energie die wordt gestoken in kwaliteitsverbeteringen vooral moet zitten in de resultaten voor de patiënt. Zoals de DSCA heeft gedaan. De zorgverzekeraar kan samen met de specialisten en het ziekenhuis afspraken maken over de kwaliteitsverbeteringen in bijvoorbeeld outcome en indicatiestelling. Dat kan op hoofdlijnen. Hirschler sluit zich hierbij aan en merkt op dat specialisten soms teveel energie steken in het schrijven van uitgebreide richtlijnen. "Uiteraard zijn richtlijnen nodig, maar het gaat vooral om de naleving ervan", volgens Hirschler. Eddes hoopt dat het voorbeeld van de DSCA 'besmettelijk' is en dat andere specialisten gaan inzien dat transparantie winst oplevert voor de patiënt, maar ook voor hun eigen beroepsuitoefening. Eddes: "Door meer transparantie ga je minder autonoom te werk. Je werkt samen met alle zorgprofessionals aan het verbeteren van de kwaliteit. Sommige darmkankerchirurgen zijn nu zo ver dat er ook wordt gekeken naar ondersteuning van de eerste lijn (indicatie) en de nazorg thuis na de behandeling. Je moet het samen doen."

**"Door meer transparantie ga je minder autonoom te werk.
Je werkt samen met alle zorgprofessionals aan het verbeteren
van de kwaliteit. Je moet het samen doen."**



SAMENWERKING DEMENTIE IN BOXTEL

In de gemeente Boxtel loopt sinds enige tijd het project Woon Wijs met Dementie, met als subtitel 'Houvast'. Eerst spande alleen het zorgkantoor zich in om de zorg aan dementerenden te verbeteren. Men maakte een gids van AWBZ-dementievoorzieningen, zette Alzheimercafé's op (overigens kent de regio inmiddels ook het eerste Alzheimer-theehuis in 's Hertogenbosch) en ontwikkelde de functie van casemanager bij een V&V-zorgaanbieder. Men concludeerde echter dat men met de AWBZ-benadering maar een deel van de keten bestreek – de welzijnscomponent en de signalering door professionals in andere domeinen werd gemist. Dat was aanleiding om contact te zoeken met de gemeente. Die werd ook op het belang van de materie gewezen door een presentatie van een vertegenwoordiger van Alzheimer Nederland voor wethouders in de regio. De aanwezigen werden getroffen door het grote aantal dementerenden in de regio, de hiaten in het zorgaanbod en de mogelijkheden om de zorg cliëntvriendelijker en doelmatiger te organiseren. "Toen werd duidelijk dat dementiezorg een vraagstuk is dat de komende tijd veel aandacht vraagt" zegt Arnold van den Broek, werkzaam bij de gemeente Boxtel en projectleider WMO aldaar.

In het kader van het project heeft men de gehele 'keten' van zorg aan dementerenden doorge-licht en bepaald welke elementen verbetering verdienen. Een belangrijk verbeterpunt was de signalering van dementie door professionals én vrijwilligers; zij moeten een zogeheten "niet-pluis"-gevoel ontwikkelen. Van den Broek: "We rekenen op signalering door personen die al over de vloer komen bij oudere burgers, zowel professionals, waaronder huishoudelijke hulpen, als vrijwilligers, zoals van de Zonnebloem of het Rode Kruis die in onze gemeente projecten uitvoeren om eenzaamheid tegen te gaan, ook onder de paraplu van het Woon Wijsconcept." Om die doelstelling te realiseren zijn voorlichtingen voor burgers en vrijwilligers georganiseerd en krijgen professionals cursussen, deels betaald uit de middelen die de gemeente heeft gekregen ter compensatie van de pakketmaatregel uit 2009. Als bij cliënten eenmaal een diagnose is vastgesteld krijgen ze een inhoudsdeskundige casemanager. Anne-Mieke Wensing van het zorgkantoor: "Er moet wel een onderscheid bestaan tussen een signaleerder en een inhoudsdeskundige; er is namelijk veel kennis voor nodig om goed met een dementerende om te gaan."

Bij de uiteindelijke hulpverlening is veel aandacht voor een brede benadering. Anne-Mieke Wensing van het zorgkantoor: "De vraag van de cliënt én zijn sociale omgeving moet centraal staan. Het is daarbij de opgave om die niet vanuit de koker van zorg of welzijn – toch twee verschillende werelden – te bezien maar breed." Een dementerende oudere heeft immers niet alleen behoefte aan sec zorg, maar ook aan steun, afleiding of frisse lucht. Het zorgkantoor heeft deze benadering opgenomen in haar inkoopkaders en bevraagt er ook zorgaanbieders op. Om dat te realiseren is samenhang in de zorgketen belangrijk. Om dit concreet te realiseren werden reeds in het veld opererende organisaties op het terrein van zorg en welzijn gestimuleerd zich tot elkaar te verstaan. De regie is daarmee bij het veld gelegd. Er is een projectgroep met alle betrokken organisaties, voorgezeten door de grootste zorgaanbieders. "Dat ligt ook op hun weg", zegt Van den Broek, "zij zijn deskundiger op deze materie dan wij. Bovendien leidt regie zonder zeggenschap, waar anders toch sprake van zou zijn, alleen maar tot frustraties." Wensing vertelt dat onderlinge communicatie niet vanzelf ging. "Ook huisartsen zijn langzaam betrokken geraakt. Hun vertrouwen is uiteindelijk gewonnen door te laten zien dat er resultaat wordt geboekt, dat mensen gewoon goed geholpen worden."

Zorgkantoor en gemeente proberen zo goed mogelijk de mogelijkheden uit de verschillende wettelijke regimes op elkaar aan te laten sluiten. Wensing: "De AWBZ is niet de gemakkelijkste financieringsbron, maar er is altijd wel een manier te vinden om een initiatief gefinancierd te krijgen. Dit wil je natuurlijk alleen als het initiatief bijdraagt aan de doelstellingen van de AWBZ en als het echt wat oplevert en dat is hier het geval. Daarnaast zetten we ons sturingsinstrumentarium, zoals ons inkoopbeleid, in om inhoudelijke voorwaarden aan bestaande en nieuwe aanbieders te stellen." Ook de gemeente financiert een belangrijk deel van de keten, te weten het domein van welzijn waar men toch al verantwoordelijk voor is. Maar het gezamenlijk tot initiatieven komen gaat niet vanzelf. Van den Broek: "We hebben ieder onze eigen cijfers en beelden bij hoe het gaat. Maar de gezamenlijke visieontwikkeling moet leidend zijn en dat is vooral te zien als een proces van loslaten: loslaten van eigen werkwijzen, loslaten van monopolies, loslaten van opvattingen over bijvoorbeeld zoets als de betekenis van professionals in relatie tot de inzet van vrijwilligers."

Inmiddels komen gemeente en zorgkantoor ook rondom andere thema's tot afstemming, bijvoorbeeld de planning van infrastructuur. Van den Broek: "we proberen aan het begin van het beleidsproces op het terrein van wonen, welzijn en zorg tot gezamenlijke afstemming te komen met partijen in het veld." Hoe vaak gebeurt het niet dat een AWBZ-gefinancierde zorgaanbieder bij de gemeente komt met een vergunningaanvraag die eigenlijk niet in de gemeentelijke plannen past maar die ook niet geweigerd kan worden, waarop de gemeente even later op eigen initiatief een paar honderd meter zelf met eigen voorzieningen aan de slag gaat? In Boxtel voorkomt men dat door vroegtijdig afstemming te bereiken over de uitgangspunten en intenties en dat geeft ook aanbieders houvast. Wensing: "Ik zeg altijd 'ik doe niks alleen', eerst overleg met de gemeente."

Dit is een uitgave van:

Zorgverzekeraars Nederland

Afdeling Communicatie

Sparrenheuvel 16

Postbus 520

3700 AM Zeist

T 030 - 6988225

E info@zn.nl

I www.zn.nl