

Waardegedreven organiseren: Veel meer dan uitkomsten!





Waardegedreven organiseren: Veel meer dan uitkomsten!

Een toenemend aantal Nederlandse ziekenhuizen start de transitie naar een waardegedreven zorgorganisatie. In een dergelijke organisatie staan zorguitkomsten centraal die voor de patiënt belangrijk zijn. Het werken met uitkomsten en uitkomstmaten is een belangrijk onderdeel van deze Value Based Health Care (VBHC)-transitie. Succesvolle verandering vraagt echter veel meer dan alleen meten en verbeteren op basis van uitkomsten. De omvang van het verandertraject dat ziekenhuisorganisaties moeten doorlopen wordt veelal onderschat. Het is van belang dat ziekenhuisorganisaties weten wat ze te wachten staat bij de implementatie van VBHC, zodat zij hier goed voorbereid mee kunnen starten. In deze whitepaper beschrijven we de uitdagingen die een VBHC-transitie met zich meebrengt. Vervolgens vertellen we over de nu al bestaande handvaten in het veranderproces naar waardegedreven organiseren.



VBHC: verdraaid goede zorg tegen acceptabele kosten

Michael Porter en Elisabeth Teisberg lanceerden in 2006 het concept VBHC.* Met VBHC legden Porter en Teisberg de focus op zorguitkomsten die ertoe doen voor de patiënt. Ze ontwikkelden een formule die **waarde** van zorg bepaalt door rekening te houden met voor de patiënt relevante uitkomsten van zorg in relatie tot de kosten die gemoeid

zijn met de totstandkoming van die uitkomsten. Het concept VBHC speelt goed in op de problematiek van de alsmaar stijgende zorgkosten en de toenemende wens van de patiënt voor eigen regie over het zorgproces. Om die reden is een toenemend aantal Nederlandse ziekenhuizen geïnteresseerd in waardegedreven organiseren.

$$\text{Patiëntwaarde} = \frac{\text{Gezondheidsuitkomsten die ertoe doen voor de patiënt}}{\text{Kosten van de totstandkoming van deze uitkomsten}}$$

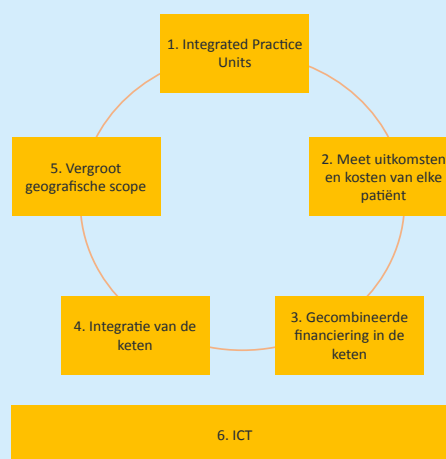
Wat houdt het concept VBHC in?

Het model van Porter en Lee gaat uit van zes gelijkwaardige onderdelen:**

- (1) Organiseer zorg in multidisciplinaire teams die georganiseerd zijn rondom specifieke patiëntengroepen (Integrated Practice Units - IPU).
- (2) Meet uitkomsten en kosten, zodat de ziekenhuisorganisatie weet wat de geleverde zorg voor de patiënt oplevert. Maak alle kosten vervolgens inzichtelijk.
- (3 en 4) De gehele zorgketen moet worden geïntegreerd in de nieuwe vorm van organiseren en de financiering moet hierop worden aangepast. Ofwel: iedere zorgverlener zou in het betreffende ketenproces en in de IPU een rol moeten spelen.
- (5) Vergroot de (geografische) schaal van de IPU's en ketens om expertise zoveel mogelijk te vergroten.
- (6) Ondersteun dit proces door fantastische ICT.

Een meer uitgebreide beschrijving van het concept VBHC en van dit model, is te lezen in onze eerdere whitepaper:

[Value Based Healthcare, het antwoord op de alsmaar stijgende zorgkosten?](#)



* Porter M.E., Olmsted Teisberg E. Redefining Health Care: creating value-based competition on results. Massachusetts: Harvard Business School Press Boston 2006.

** Porter M.E. and Lee T. H. The strategy that will fix healthcare. Harvard Business Review. October 2013.



De patiënt aan tafel in het Karolinska ziekenhuis in Zweden

Het Karolinska ziekenhuis in Zweden is een van de eerste ziekenhuizen wereldwijd die VBHC in de volle breedte toepast. Hiermee biedt het ziekenhuis een voorbeeldfunctie voor veel ziekenhuizen in Nederland.

Het Karolinska ziekenhuis gaf zelf invulling aan het concept van Porter. De organisatie ontwikkelde 'patientflows' die synoniem staan voor het volledige zorgpad van de patiënt: van binnenkomst tot verlaten van het ziekenhuis. Karolinska richtte deze patientflows in eerste instantie in rondom verschillende ziektebeelden. Om de patientflows optimaal te laten verlopen ontwikkelde Karolinska de 'ovale tafel' die symbool staat voor

het gesprek over de zorg (uitkomsten én proces) waaraan alle betrokkenen in het zorgpad deelnemen. Belangrijk hierbij is dat ook de patiënt aan tafel zit. De patiënt krijgt hiermee een stem in beslissingen omtrent de te verlenen zorg, de inrichting van het zorgpad, de uitkomsten en de verbetering daarvan. Het Karolinska ziekenhuis is verder in het verandertraject dan veel andere ziekenhuizen. Toch loopt ook dit ziekenhuis nog tegen verschillende uitdagingen aan bij de implementatie van VBHC. Over deze uitdagingen en voor meer inhoudelijke informatie over de implementatie van VBHC in het Karolinska is te lezen in het artikel:

[Blijft radicale verandering een terugkerend thema voor Karolinska?](#)



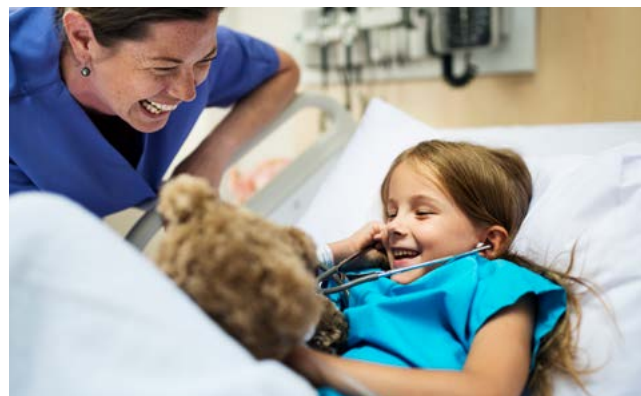
Meer dan alleen uitkomstmaten

Porter en Lee bieden een model met stappen om de transitie naar waardegedreven organiseren in te zetten. In de praktijk blijkt dat ziekenhuisorganisaties dit model op verschillende wijze in de praktijk brengen. Voor veel ziekenhuisorganisaties in Nederland ligt nu de focus met name op het meten van uitkomstmaten. Dit is onder andere terug te zien bij Santeon.

De focus op uitkomstmaten bij Santeon

In 2007 bundelden zeven Nederlandse ziekenhuizen hun krachten met het doel om gezamenlijk de kwaliteit van zorg te vergroten. De Santeon samenwerking werd in gang gezet zodat de aangesloten ziekenhuizen uitkomsten met elkaar kunnen vergelijken en van elkaar kunnen leren, gebaseerd op VBHC. Santeon is dan ook sterk in het onderling vergelijkbaar maken van uitkomstmaten. Hierbij worden verbeterpunten gesignaleerd en in gezamenlijkheid opgepakt. De uitkomstindicatoren worden vervolgens op een wetenschappelijke manier verwerkt. Hierdoor duurt het inzicht krijgen en vaststellen van de uitkomstmaten relatief lang. De focus op het perfectioneren van uitkomstmaten heeft als voordeel dat uitkomstmaten goed vergelijkbaar zijn tussen de ziekenhuizen. Dit neemt niet weg dat ook andere aspecten die van belang zijn bij waardegedreven organiseren aandacht nodig hebben.

Volgens een onderzoek van Steinmann et al.* wordt VBHC op verschillende manieren in de praktijk gebracht, afhankelijk van het referentiekader van een organisatie. Ziekenhuisorganisaties onderschatten vaak de omvang van het verandertraject dat de implementatie van VBHC met zich meebrengt. Het model van Porter gaat ervan uit dat ziekenhuizen een waardegedreven organisatie kunnen creëren. Echter, de aspecten in het model van Porter en Lee zijn onderdeel van een veranderproces dat om grote veranderingen vraagt in de organisatiestructuur en -cultuur binnen het ziekenhuis. Dit veranderproces is complex, duurt lang en is grillig. Er zijn geen vaste stappen die ziekenhuizen kunnen volgen. Dit wordt veroorzaakt door de verschillende uitgangssituaties van ziekenhuizen, die verschillend zijn in cultuur, in processen en structuur en in ambities. Als gevolg daarvan bestaat er ook een verschil in de mate waarin zij gemakkelijk een veranderproces kunnen doormaken.



* Steinmann, G., van de Bovenkamp, H., de Bont, A. et al. Redefining value: a discourse analysis on value-based health care. BMC Health Serv Res 20, 862 (2020).



Waar lopen ziekenhuisorganisaties tegenaan bij de implementatie van VBHC?

In het verandertraject naar een VBHC-gestuurde organisatie zijn er een aantal uitdagingen en problemen waar meerdere ziekenhuisorganisaties mee te maken (kunnen) krijgen. Sommige van deze problemen hebben te maken met de individuele situatie van het ziekenhuis. Tegen andere uitdagingen lopen meerdere ziekenhuizen aan. Wat zijn deze uitdagingen en welke vragen roepen deze uitdagingen op bij ziekenhuisorganisaties?

1. Een van de ingewikkelde uitdagingen in de transitie naar een waardegedreven organisatie is het bepalen van het **niveau van het zorgpad** (IPU's in het model van Porter) dat een ziekenhuis kiest als organisatorische basis. Hierin maken ziekenhuizen verschillende keuzes. Een ziekenhuisorganisatie kan ervoor kiezen om meerdere multidisciplinaire teams op te richten die allemaal verantwoordelijk zijn voor een specifiek ziektebeeld. Met deze aanpak is Karolinska gestart, wat resulteerde in maar liefst 196 patientflows. Een andere mogelijkheid is het bundelen van zorgpaden. Dit is de aanpak die het Isala hanteert in de centra: het Hartcentrum, het Isala Vrouw Kind Centrum (IVKC) en het Isala Oncologisch Centrum (IOC). In deze centra staat het organiseren in zorgketens centraal. Verschillende specialismen werken gericht samen in multidisciplinaire teams om waarde voor de patiënt te vergroten. Binnen dit organisatorische spectrum zijn er altijd lastige vraagstukken:

- Ten eerste: wat te doen met patiënten die meerdere ziektebeelden hebben. Waar kan een multimorbide patiënt terecht? Wie is er verantwoordelijk voor deze patiënt? Hoe realiseer je ook voor deze

patiënten efficiënte zorg? Hoe meer je organiseert op ziektebeeldniveau, hoe groter dit probleem zal zijn. Voor Karolinska is dit – naast andere redenen – aanleiding geweest om het organisatorische model na jaar één ingrijpend te veranderen door het bundelen van patientflows.

- Ten tweede ontstaan voor ziekenhuizen dilemma's in het creëren van een effectieve organisatiestructuur. Hoe meer nieuwe kleine multidisciplinaire teams, hoe meer management en coördinatie nodig is. Daarnaast moet een her-organisatie plaatsvinden van de groep medisch specialisten. Zij komen (ook) te werken in multidisciplinaire teams in plaats van of naast de vakgroepen per specialisme. Waarbij Karolinska bijvoorbeeld eerst dienstroosters werden ingevuld en verdeeld binnen de vakgroep, gebeurde dit na de transitie in de nieuwe patientflows. Dit leidde tot verschillende problemen rond de invulling van met name de nacht- en weekend- en spoeddiensten.
- Ten derde is het lastig om afdelingen die ziekenhuisbreed werken (lab, OK, IC etc) een plek te geven in de nieuwe structuur. Hoe verbinden zij zich aan een patientflow (bij Karolinska) of aan een centrum (zoals bij Isala).

Al met al creëert de verandering in organisatiestructuur een puzzel met uiteenlopende aspecten die mee moeten worden genomen. Alle afdelingen van het bestaande ziekenhuis moeten een nieuwe plek krijgen binnen de organisatie.



2. Steeds meer ziekenhuizen zien het belang van het **betrekken van de patiënt** in de transitie naar VBHC. Om zorg rondom de patiënt te kunnen organiseren, is het nodig dat de patiënt ook daadwerkelijk zijn stem kan laten horen. Lastig hierbij is het vraagstuk wie 'de patiënt' is. Hoe beslis je welke patiënt je betreft? Hoe zorg je dat die patiënt representatief is voor de groep patiënten die hij vertegenwoordigt? Hoe vaak ga je in gesprek met de patiënt? Moet je de patiënt hiervoor vergoeden, of levert dat juist verstrengeling van belangen op? Ziekenhuisorganisaties kampen met deze vraagstukken en hier blijkt dat er geen eenduidige uitkomst is. Iedere patiëntengroep is uniek en daarom zijn er verschillen in de manier waarop de patiëntengroepen kunnen en moeten worden betrokken bij waardegedreven organiseren in ziekenhuizen.

**Een patiënt met artrose:
uitkomsten die ertoe doen**

“Voor een patiënt spelen vaak andere belangen dan voor de ziekenhuisorganisatie. Waar de focus van de ziekenhuisorganisatie vaak ligt op het laten slagen van een behandeling, wil de patiënt vooral een verbeterde kwaliteit van leven. Een voorbeeld is een patiënt die ten gevolge van slijtage aan het kniegewricht een knieprothese heeft gekregen bij een operatie. Wanneer de operatie in het ziekenhuis geslaagd is, is de patiënt nog niet klaar met het zorgtraject. Deze moet opnieuw leren lopen en heeft in eerste instantie nog pijnklachten. Voor de patiënt is het meer van belang dat hij klachtenvrij kan lopen, dan dat de operatie geslaagd is.”





3. Om zorg echt rond de patiënt te organiseren is het van belang dat ziekenhuisorganisaties de **brede zorgketen** en ook de regionale partners actief betrekken bij waardegedreven organiseren. Dit levert voor de patiënt de beste kans op het vergroten van patiëntwaarde op. Echter, waar de ziekenhuisorganisatie veel tijd en energie nodig heeft voor de transitie binnen het ziekenhuis, kan het uitdagend zijn om ook nog eens veel focus bij de zorgketen buiten de organisatie te leggen. Daarnaast komen ook hier verschillende vraagstukken bij kijken. Op wat voor manier werkt de ziekenhuisorganisatie effectief samen met de keten en de regionale partners? Hoe werk je effectief samen met andere organisaties die zich niet richten op VBHC? Wie moeten er worden betrokken in het zorgpad en wat organiseert het ziekenhuis zelf? Het belang van samenwerking wordt door veel ziekenhuisorganisaties gezien, maar het actief betrekken van de keten is voor verbetering vatbaar.
4. De zorgketen moet niet alleen worden betrokken in het veranderproces, maar ook worden gefinancierd. Dit is in het huidige zorgstelsel in Nederland echt lastig. **Financierings-arrangementen** over de keten heen ontbreken. Hier hebben we zorgverzekeraars en de overheid nodig. Het belang van deze externe stakeholders ligt vooral bij het creëren van gezondheidswinst op de lange termijn en op het betaalbaar houden van zorg. Wanneer je daar aantoonbaar stappen kan zetten, wordt het voor deze stakeholders interessant om betrokken te zijn bij het waardegedreven organiseren.
5. Een laatste maar niet de minste uitdaging is het **veranderproces** an sich. De ziekenhuisorganisatie

moet bepalen hoe het veranderproces eruit gaat zien. Worden er kleine stapjes genomen, of moet er een big bang plaatsvinden? Welke situaties kan de organisatie voorzien en wat kan alleen maar 'along the way' ontdekt worden? Een succesvolle transitie vraagt om de betrokkenheid van alle mensen binnen het ziekenhuis. De huidige situatie laat zien dat er vaak nog veel onduidelijkheid is binnen het ziekenhuis over de inhoud van VBHC. Wat betekenen de verschillende begrippen eigenlijk? Wat is waarde? Wat houdt een transitie naar VBHC in? Hoe zorg je dat iedereen binnen de organisatie op de hoogte is van het veranderproces? Hoe zorg je dat iedereen zich verbonden voelt met het concept en zich daarom in wil zetten voor het veranderproces? Wij zien veel onduidelijkheid bij allerlei betrokkenen op juist deze aspecten.

“De gedachte van VBHC is heel logisch. Dat is ook waarom zoveel ziekenhuizen dit nu overnemen en gaan doen, omdat het zo voor de hand ligt. Alleen heeft nog niemand kunnen aantonen dat het echt werkt. Dit maakt het lastig om iedereen echt te betrekken in het veranderproces”

M. Koudstaal, Erasmus MC



Een blauwdruk is niet de oplossing

Na het lezen van verschillende uitdagingen die komen kijken bij de transitie naar waardegedreven organiseren kan de vraag ontstaan: Moet er niet een blauwdruk komen voor de transitie naar VBHC? Deze vraag werd ook gesteld door mensen die wij interviewden in een recent onderzoek [VBHC, de nieuwe manier van organiseren die overal anders is](#). Uit dit onderzoek kwam naar voren hoe verschillend ziekenhuizen de transitie naar waardegedreven organiseren aanpakken. Wij denken dat een blauwdruk opstellen niet wenselijk is, vanwege de grote individuele

verschillen tussen ziekenhuizen als het gaat om grootte, cultuur, structuur, kennis en ervaring en veranderbaarheid. Als gevolg van deze verschillen, lopen ziekenhuisorganisaties tegen individuele uitdagingen aan.

Ziekenhuisorganisaties zullen daarom weinig steun ervaren aan een stapsgewijze blauwdruk voor VBHC. Wel kunnen ze de meest voorkomende uitdagingen en de succesfactoren voor andere ziekenhuizen gebruiken als handvaten voor de transitie.





Vijf onderdelen voor een succesvolle VBHC-transitie

De implementatie van VBHC is een spannende en onbekende stap voor ziekenhuisorganisaties. Toch gaan ziekenhuisorganisaties het verandertraject aan en met een prachtig resultaat voor ogen. Het ideaalplaatje is een situatie met zorg van hoge kwaliteit die tevens betaalbaar is. Zoals gezegd doen ziekenhuizen dit op eigen wijze. Daarbij zijn er een aantal aspecten die ziekenhuisorganisaties mee moeten nemen om het verandertraject succesvol te doorlopen:

1. Wanneer een ziekenhuis waardegedreven wil organiseren kan het gebruikmaken van de handvaten die Porter met zijn model biedt en van ervaringen van andere organisaties. De Porter-aspecten gaan vooral over het 'wat', veel minder over het 'hoe'. Dat, in combinatie met het feit dat elk ziekenhuis een unieke uitgangssituatie kent, pleit wat ons betreft voor een **organisch veranderproces**. Lastig aan de organische vorm van veranderen is onduidelijkheid over het verloop van het verandertraject. Op zichzelf is de onduidelijkheid over de route niet erg, zo lang het ziekenhuis het veranderproces aangaat met een duidelijke **stip op de horizon**. Dit geeft betrokkenen helderheid over waar zij naar toe werken en met welk doel.
2. De basis van een succesvol verandertraject is de **urgentie om te veranderen**. Wanneer deze urgentie er niet is, zal er al snel weerstand ontstaan en zullen betrokkenen geen belang voelen om bij te dragen aan het veranderproces. Ziekenhuisbestuurders onderschatten vaak de noodzaak voor het uitdragen van de urgentie voor verandering binnen de organisatie. De uitdagende stip op de horizon en de bijbehorende visie dragen deze urgentie vaak al in zich.
3. Belangrijk in een organisch veranderproces is om een eerste fase in te gaan van **experimenteren, leren, oefenen en doen**. Daarmee krijgen betrokkenen in

het veranderproces de kans te wennen aan de nieuwe manier van werken met de daarbij behorende taal en terminologie. Een organisch veranderproces geeft ruimte om betrokkenen te laten ontdekken wat waardegedreven organiseren is. Daarnaast laat het zien dat er meer bij komt kijken dan enkel het meten van uitkomsten en dat waardegedreven een verstrekkend gedachtengoed is. In dit proces worden uiteraard uitkomsten gemeten, maar is het tevens belangrijk te experimenteren met andere manieren van organiseren (IPU). Daarnaast is het van belang om inzicht op te doen over (de mate van detaillering van) het zorgpad, het betrekken van patiënten aan 'ovale tafels', over hoe je inzichten van uitkomsten gebruikt (we herhalen nog eens: op langere termijn, uitkomsten die er voor de patiënt toe doen) en over het uitbreiden van het zorgpad naar de externe ketenpartners. Vervolgens kan de organisatie vanuit deze experimenten leren: wat betekent dit voor ons ziekenhuis? Hoe kunnen we dit verder brengen? Hoe kunnen we onze organisatie daarop aanpassen? Welke problemen gaan we tegenkomen? Wat lost VBHC niet op?

4. Leer binnen je eigen organisatie, maar leer ook van andere organisaties. Inmiddels zijn er in Nederland allerlei ziekenhuizen die ervaringen opgedaan hebben met VBHC die verder gaan dan alleen meten van uitkomsten. Daarin leren ziekenhuisorganisaties van de stappen die zij zetten. Deze lessen zijn waardevol om te delen. Wanneer ziekenhuizen **met andere ziekenhuisorganisaties samenwerken** hoeven veel aspecten van het veranderproces niet steeds opnieuw te worden uitgevonden. Daarmee kan het veranderproces efficiënter worden doorlopen.



5. Het **gebruik van een verandermodel** kan bijdragen aan een succesvolle verandering. Uit een studie van van der Nat et al.** bleek dat het gebruik van een verandermodel handvaten kan bieden en structuur kan geven aan een veranderproces met veel onduidelijkheden. Daarmee geeft een verandermodel

steunpunten in een organisch veranderproces. Een voorbeeld van een effectief verandermodel is het model van Kotter, bestaande uit acht cruciale aspecten voor succesvolle transities. Wanneer ziekenhuisorganisaties gebruik maken van de aspecten uit dit model, verhogen zij dus de kans op transitie met succesvol resultaat.

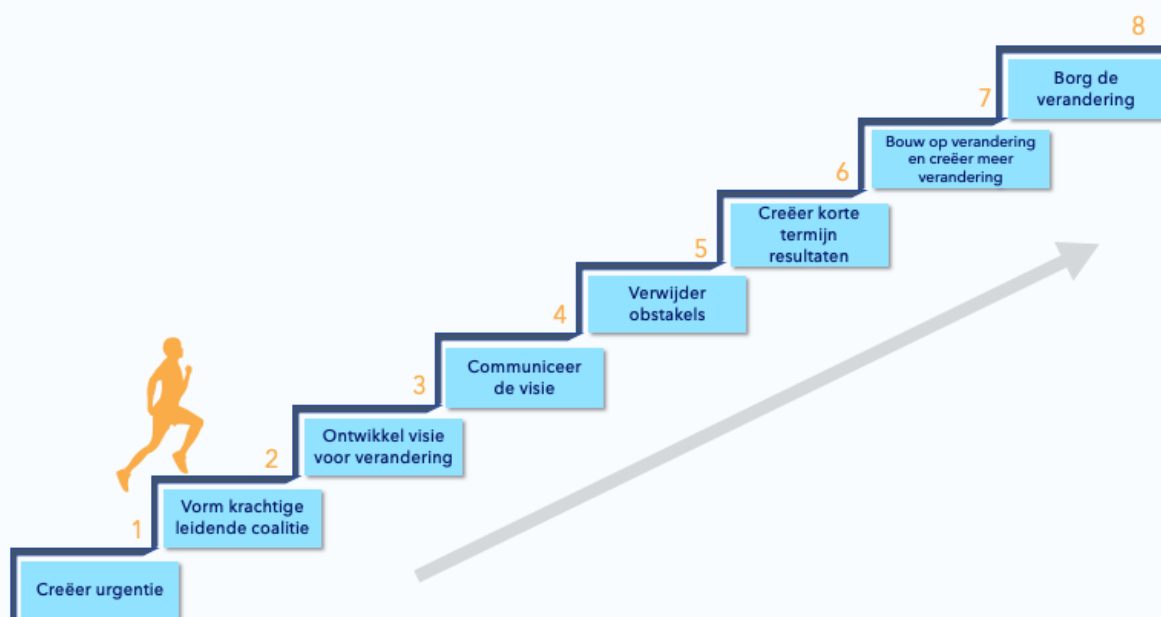


Figure 1: Verandermodel Kotter met acht cruciale aspecten voor succesvolle verandering
Kotter JP. Leading Change. Harvard Business School Press, Boston, MA; 1996.

** van der Nat P, van Veghel D, Daeter E, Crijns H, Koolen J, Houterman S, Soliman M, de Mol B, Meetbaar Beter Study Group: Insights on value-based healthcare implementation from Dutch heart care. International Journal of Healthcare Management 2017; :1-4.



Tot slot

Nederland is wereldwijd een van de voorlopende landen als het gaat om de implementatie van VBHC*. Het gevolg hiervan is dat er nog veel onbekend is over de effecten van VBHC. Ziekenhuisorganisaties moeten gaandeweg ontdekken hoe het verandertraject succesvol kan worden doorlopen. Om die reden is het van belang dat ziekenhuisorganisaties voorbereid beginnen aan de implementatie van VBHC. Er moet een bewustzijn worden gecreëerd van de omvang en de impact dat het verandertraject naar waardegedreven organiseren heeft. Hiervoor is geen blauwdruk beschikbaar en deze zal er vermoedelijk ook niet komen. Toch kunnen ziekenhuizen in Nederland straks een mooie voorbeeldfunctie bieden voor andere ziekenhuizen wereldwijd om de waarde van zorg voor de patiënt te verhogen.

*The economist Intelligence Unit. Value-Based healthcare: A global assessment. February 26, 2018.



**Interesse in meer informatie?
Of vragen over de implementatie van VBHC?**

V1

Neem contact op met Frank van Berkel of Iris Rienstra.

Frank van Berkel,
Partner bij Morgens
vanberkel@morgens.nl

Iris Rienstra,
Junior adviseur VBHC bij Morgens
rienstra@morgens.nl

Morgens

Kanaalpark 140
2321 JV LEIDEN
071 - 3313 640
www.morgens.nl

morgens