



HET PATIËNTENPERSPECTIEF ALS UITGANGSPUNT VOOR KWALITEIT

Zorginkopers kopen nog teveel in op basis van prijs en volume, vindt Jan Kremer. Ze zouden juist moeten uitgaan van de zorg die de patiënt nodig heeft. Ab Klink deelt deze visie, maar vindt het toch nog wel 'een ontdekkingsreis' om de context van de patiënt als leidend uitgangspunt te nemen.

Jan Kremer en Ab Klink in gesprek.

“HET IS TIJD VOOR ZORGINKOOP 2.0, WAARBIJ DE ZORGAANBIEDERS EN ZORGVERZEKERAARS MEER IN TERMEN VAN EEN ALLIANTIE ONDERHANDELEN”



KWALITEIT EN DE PATIËNT

Jan Kremer doet de aftrap: “Als zorgaanbieders hebben we de verantwoordelijkheid om verantwoording af te leggen aan de patiënt over wat we doen. Zelf ben ik daarmee in 1996 begonnen met de verzameling en presentatie van de landelijke IVF-cijfers. Ik vond dat een plicht en ik vond het gek dat we niet wisten of de kwaliteit in het ene ziekenhuis beter was dan in het andere. De weerstand tegen deze gegevensverzameling verdween snel toen we als beroepsgenoten gingen discussiëren over de betekenis ervan. Die balans tussen verzamelen en discussiëren zie ik nog niet altijd, denk bijvoorbeeld aan de sterftecijfers.” Toch is Klink wel tevreden over de

ontwikkelingen binnen de wetenschappelijke verenigingen. “Zorgaanbieders erkennen dat ze in een aantal gevallen niet weten wat goede of minder goede zorg is”, zegt hij. “Die onwetendheid delen vergt lef. En ik zie dit niet alleen bij gynaecologie maar ook bij veel andere specialismen. Ook daar zijn mensen die beseffen dat de productieprikkel niet leidend mag zijn in hun werk, maar dat het patiëntperspectief meer bepalend moet zijn, en zij zijn agendabepalend.”

Maar Kremer plaatst wel een kanttekening: “Met de patiënt spreken op basis van kwaliteitsindicatoren werkt niet als we de verkeerde dingen meten. Behandelaars denken primair vanuit het medisch perspectief, vijfjaars overleving bij kanker bijvoorbeeld. Voor een ouder iemand kan goede begeleiding in de resterende tijd wel veel belangrijker zijn. Maar als we daarin stappen willen zetten, vereist dit ook van de zorgverzekeraars dat zij ons niet alleen blijven



Jan Kremer is gynaecoloog en hoogleraar patiëntgerichtheid Radboudumc.



Ab Klink voormalig minister van volksgezondheid en nu lid raad van bestuur van coöperatie VGZ.

afrekenen op uitkomstindicatoren die gebaseerd zijn op verrichtingen.” Vandaar de experimenten die VGZ in drie ziekenhuizen doet, in één geval samen met CZ, reageert Klink. “We schakelen daar voor een vastgestelde periode de productieprikkel uit om te leren wat voor de patiënt de beste zorg is. En we korten niet als de uitkomst daarvan is dat minder zorg wordt verleend, om te voorkomen dat het omzetverlies de vernieuwing in de weg gaat zitten.” Hard nodig, vindt Kremer. “We zien nog te vaak dat de zorgverzekeraars zich opstellen als schaduwziekenhuis dat alle registraties overdoet en de dokter vertelt wat goede zorg is.”

KWALITEIT EN ZORGINKOOP

Het ZN-programma kwaliteit biedt de leden informatie over de kwaliteit van zorg van veertien aandoeningen, te gebruiken bij het proces van zorginkoop. Hoe gaan de zorgverzekeraars met deze informatie om? “Niet als basis om zo selectief mogelijk te contracteren, maar om zo goed mogelijk te contracteren”, zegt Klink. “We willen niet bepalen wat kwaliteit is of haasje-over spelen over volumennormen, van dat beeld moeten we af.” Dat wordt ook tijd, vindt Kremer. “Zorginkoop 1.0 loopt tegen de grenzen van zijn legitimiteit aan. Het is tijd voor zorginkoop 2.0, waarbij de zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer in termen van een alliantie onderhandelen en waarbij ook de rol van de patiënt groter wordt. De patiënt is de expert in het hebben van zijn ziekte. Laat die dan ook meepraten over wat goede zorg is, waar die wordt geleverd en waar die dus moet worden ingekocht.

Alleen aan de patiënt uitleggen waarom je dit doet, is niet genoeg. Je moet patiënten echt meenemen en nieuwsgierig zijn naar hun context.”

Dat is wel een ontdekkingsreis, vindt Klink. “Het is lastig om bij alles een patiëntenorganisatie te betrekken. Maar we zoeken wel naar manieren om dit te doen. En ook met de huisartsen, want denken in termen van allianties vergt ook van hen een andere rol. Kijk bijvoorbeeld naar COPD-zorg, waarvoor een aantal ketensamenwerkingsverbanden tussen eerste- en tweedelijns zorgaanbieders ontstaat. In die ontwikkeling willen wij best een rol spelen, door de ziekenhuizen te contracteren die het best op de goede initiatieven van de eerste lijn aansluiten. Maar dan verwachten wij wel dat de huisartsen met hun eigen kwaliteitskaders rekening houden als ze mensen doorverwijzen.” Dit vraagt wel om veel meer verbinding tussen de silo's van eerste en

ZN
dialogoog

“WE WILLEN NIET BEPALEN WAT KWALITEIT IS OF HAASJE-OVER SPELEN OVER VOLUMENNORMEN”

tweede lijn dan nu bestaat, waarschuwt Kremer. “Daarvoor hebben de zorgverzekeraars nu nog verschillende inkopers, en een aantal van hen zit nog in de oude groef van wantrouwen en inkopen op prijs en volume.”

KWALITEIT EN DUURZAAMHEID

Steeds meer zorgaanbieders pleiten voor meerjarencontracten, die hen de tijd bieden om duurzame zorgnetwerken te ontwikkelen. “Die contracten zijn nodig om een veilige omgeving te creëren voor innovatie”, zegt Kremer. “Maar in die contracten schuilt wel het gevaar dat de zorgaanbieder denkt dat hij meerdere jaren niet hoeft te innoveren of naar de patiënt hoeft te luisteren”, zegt Kremer. “In dat geval wordt de patiënt er het slachtoffer van. Daaraan kun je wat doen door de dialoog gedurende de

contracttijd in stand te houden en tussentijds bij te sturen. En dan kan het zinvol zijn, ook om de partijen uit de loopgraven te halen waarin ze nu nog vaak zitten. Dan kan de patiënt juist de winnaar zijn, als diens perspectief centraal wordt gesteld.”

Aan zulke meerjarencontracten zullen altijd clausules vastzitten om allianties aan te gaan tussen de eerste en tweede lijn en de patiënten een rol te geven in de ontwikkeling van het zorgaanbod, stelt Klink. “In een concurrentieel veld is een dergelijke opzet beslist iets waarover de Autoriteit Consument en Markt een mening zal hebben, maar het is desondanks onontkoombaar dat het ervan gaat komen, als basis voor verbinding tussen de partijen en met het doel van verbetering van de zorgkwaliteit vanuit het perspectief van de patiënt.”

Wel is er één aspect om rekening mee te houden, stelt Kremer. “Het mag geen belemmering zijn voor nieuwkomers in de zorg. Daar staan zorgverzekeraars toch al argwanend tegenover, terwijl ze voor de patiënt van grote waarde kunnen zijn. Denk aan aanbieders zoals ParkinsonNet: de ziekte is niet te genezen dus de nadruk ligt meer op begeleiding dan behandeling. Ruimte bieden aan initiatieven die langs deze zelfde lijn werken voor specifieke patiëntengroepen is ook een aspect van duurzaamheid in de zorg creëren vanuit het patiëntenperspectief.” Klink kan het niet ontkennen. “Een van de risico’s van meerjarencontracten is dat monopolies ontstaan”, zegt hij. “Dan is het wel zuur als je marktaandeel als nieuwkomer op voorhand al verkaveld is. Dat is ook niet in het belang van de patiënt.”

