



Yvonne van Riet, chirurg: 'Zelfs het tellen van aantallen dagbehandelingen bij borstoperaties zorgde voor vragen'

Guido Benschop

Bij elkaar in de leer

BIG DATA / Zeven ziekenhuizen, verenigd onder de naam Santeon, werken nauw samen aan de verbetering van de eigen zorg. Dokters vergelijken in een vaste verbetercyclus hun resultaten en kijken van elkaar de geneeskunst af.

Arthur van Leeuwen

'Wekijken naar behandeltrajecten, hoeveel tumorweefsel we wegnemen, de complicaties en heropnames, hoe we chemotherapie voorschrijven en hoeveel MRI-scans we doen,' somt Yvonne van Riet (52) op. Ze is chirurg in het Eindhovense Catharina Ziekenhuis en gespecialiseerd in borstkanker. Opgewekt: 'Daarover vergelijken we de harde data, en dan zie je verrassende verschillen. Terwijl je dacht dat je het als dokters wel zo'n beetje hetzelfde zou doen, met

al die landelijke richtlijnen.'

Resultaten van ingrepen en andere data delen, uitzoeken waar de verschillen zitten, en dan nagaan wat de beste behandeling is voor welke patiënt. Dat is de essentie van het programma dat zeven ziekenhuizen, verenigd onder de naam Santeon, met elkaar zijn aangegaan. Ze gaan te werk volgens het model van *Value-Based Health Care* dat Harvard-hoogleraar Michael Porter tien jaar geleden ontwierp. Centraal daarin staat de maximale 'waarde van de zorg voor de patiënt'. Dat kan alleen, volgens Porter, als dokters precies en in alle openheid meten wat het resultaat is van hun werk. Het is

tevens de weg naar een drastische verlaging van de kosten. Ofwel: de patiënt is beter af, en daarmee de rijksbegroting ook.

Rage

VBHC, zoals het model kortweg heet, is de laatste jaren internationaal uitgegroeid tot een rage in de ziekenhuiswereld. Congresbureaus, aanbieders van seminars en adviesbureaus verdienen inmiddels een dikke boterham aan de 'implementatie'. Van Riet: 'En als het iets met data en patiënten is, heet het al gauw *Value-Based Health Care*.'

De Santeon-ziekenhuizen zijn al enkele jaren aan de slag met een eigen, concrete

Douwe Biesma, voorzitter Santeon: 'We leggen cijfers op tafel en durven aan te wijzen waar het beter gaat of juist niet'

versie van het model en maken daarmee ook internationaal naam. 'Omdat we het daadwerkelijk doen,' zegt Douwe Biesma (55), voorzitter van Santeon en bestuursvoorzitter van het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht/Nieuwegein. 'Iedereen heeft de mond vol van kwaliteitsverbetering en dat je het zus of zo moet organiseren – wij zijn in de praktijk begonnen met zeven aandoe-ningen.'

Voor onder meer borst-, darm- en prostaat-kanker houden dokters en verpleegkundigen resultaten van ingrepen en operaties bij en ze kijken bij elkaar in de keuken om na te gaan wat beter kan. Daarover spreken ook patiënten mee. Wat soms simpele, maar waardevolle bevindingen oplevert. Van Riet: 'Zo merkten we dat patiënten het bijzonder vervelend vinden als ze na de diagnose lang op behandeling moeten wachten. Terwijl wij vooral waren gefocust op de snelle diagnose.'

Meten is weten, maar aan de hand van welke data? Biesma: 'We moeten in Nederland 150 tot 200 indicatoren per aandoening bijhouden, van de inspectie, het Zorginstituut, de verzekeraars, de verenigingen van medisch specialisten. Niemand ziet door de bomen het bos meer, met als resultaat dat iedereen maar wat aanvinkt en denkt: hè hè, dat zit erop. Maar vraag naar wat een dokter concreet heeft gedaan, en of je concreet resultaat ziet – en ze zijn enthousiast. Het Santeon-geheim luidt: werk in korte verbetercycli van een half jaar, en met een beperkte set indicatoren.'

Beperkt is ook echt beperkt. Om te vergelijken: het onderzoek *Beste ziekenhuizen* van *Elsevier Weekblad* is gebaseerd op een selectie uit ruim tweeduizend wettelijk verplichte, openbare indicatoren. De Santeon-ziekenhuizen hanteren per behandeling een *score card* met maximaal vijftien indicatoren – alleen wat volgens dokters, verpleegkundigen en patiënt essentieel is om de 'waarde' van de zorg voor de patiënt te beoordelen en te kunnen verbeteren.

Zo'n *score card* heeft drie rubrieken. De eerste bestaat uit de resultaten, dat wil zeggen de kwaliteit van leven en het welbevinden van de patiënt plus de medische kant, zoals complicaties, infecties of heroperaties. De tweede rubriek omvat een registratie van de kosten, zoals van onderzoeken, de duur van de operatie en de ligdagen. En de derde rubriek is voor de meting van 'processen', zoals de tijd tussen onderzoek en



Guido Bereschop

ingreep, en het wanneer en waarom van afgezegde operaties.

Biesma: 'We zijn nu anderhalf jaar verder en zien meteen overall verbetering. Dat is wel iets, in de wetenschap dat het minstens tien jaar duurt voordat nieuwe behandelingen en wetenschappelijke bevindingen in richtlijnen terechtkomen.'

Nederigheid

Biesma weet waarom het lang duurt: 'Mensen zijn niet overtuigd, het past niet in hun school, mitsen en maren bij de beroepsverenigingen – die verhalen ken ik nu wel. Binnen Santeon leggen we cijfers op tafel, durven aan te wijzen waar het beter gaat of juist niet, en wat we van elkaar kunnen leren. Dat vraagt om een zekere nederigheid.'

En vooral om een 'veilige' omgeving. De afspraak is dat van al die informatie in eer-

ste instantie niets naar buiten gaat over de afzonderlijke Santeon-ziekenhuizen. 'Daar hebben we bewust voor gekozen,' zegt Van Riet, 'anders krijg je niets boven water.'

Terwijl openbaarheid een van de pijlers zou moeten zijn van *Value-Based Health Care*. Komt het daar ooit van? Van Riet: 'Ja, zeker. Daar zijn we druk mee bezig. Maar het eerste wat we leerden, is dat je zo'n proces niet zomaar doet. Te beginnen bij de registraties. Zelfs het tellen van aantallen dagbehandelingen bij borstoperaties zorgde voor vragen.' En, zegt Biesma: 'Als je straks uitkomsten per chirurg gaat zien, is dat natuurlijk ook verduveld bedreigend.'

Keuze-informatie voorleggen voor een behandeling gebeurt al wel. Biesma noemt het voorbeeld van een darmkankerchirurg die patiëntendossiers lichtte van een aantal jaren. Hem bleek dat de sterfte onder tachtigplussers hoog was, terwijl ze volgens de laatste inzichten waren geopereerd. Toen is gekozen voor de 'suboptimale oplossing' van een stoma. 'De kans op overleven is veel groter – dat kun je patiënten vertellen.'

Derde pijler van VBHC is terugdringing van de kosten. Van Riet: 'Daarop sturen we niet. Primaire drijfveer is de zorg voor de patiënt.' Biesma: 'Typisch Nederlands, met een vragen of het iets oplevert. Daar zijn we de eerste vijf jaar niet aan toe. Toch, nu geven we ruim tien keer zo veel euro's uit aan onze afdeling financiën dan aan de afdeling kwaliteit. Dat zou ik graag anders zien.' **E**

SANTEON: ZEVEN TOP-KLINISCHE ZIEKENHUIZEN

- > **Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen**
- > **Catharina Ziekenhuis, Eindhoven**
- > **Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam**
- > **Martini Ziekenhuis, Groningen**
- > **Medisch Spectrum Twente, Enschede**
- > **Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam**
- > **St. Antonius Ziekenhuis, Utrecht/Nieuwegein**