

Op weg naar hoge kwaliteit en lage kosten in de medisch specialistische zorg

Evaluatie veranderprogramma's Rivas Zorggroep en Bernhoven

Simone van Dulmen

Niek Stadhouders

Gert Westert

Erik Wackers

Patrick Jeurissen

Nijmegen, 25 juni 2020

Op weg naar hoge kwaliteit en lage kosten in de medisch specialistische zorg

Evaluatie veranderprogramma's Rivas Zorggroep en Bernhoven

Simone van Dulmen

Niek Stadhouders

Gert Westert

Erik Wackers

Patrick Jeurissen

Nijmegen, 25 juni 2020

Dit project is uitgevoerd in samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Centraal Planbureau (CPB) en IQ healthcare. Dit rapport is een deelrapport en beschrijft het kwalitatieve onderzoek dat gericht is op de implementatie van de programma's Droom (Bernhoven) en Kwaliteit als Medicijn (Rivas). Citeren van delen uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding (Dulmen van SA, Stadhouders N, Westert G, Wackers E, Jeurissen P. Op weg naar meer doelmatigheid in de medisch specialistische zorg. Rapport evaluatie veranderprogramma's Rivas Zorggroep en Bernhoven. Nijmegen: IQ healthcare, juni 2020).

IQ healthcare Scientific Center for Quality of Healthcare

Instituut Het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) is een wetenschappelijk centrum voor onderzoek, onderwijs en ondersteuning van kwaliteit, veiligheid, innovatie en ethische aspecten van de gezondheidszorg. In de afgelopen jaren is een groot wetenschappelijk programma opgebouwd en uitgevoerd, met onderzoek op het terrein van onder meer kwaliteitsrichtlijnen, transparantie, implementatie van innovatie, inbreng van patiënten in de zorg, veiligheid, ketenzorg en professionele ontwikkeling. Ruim 70 promovendi werken aan een proefschrift; zij ontwikkelen belangrijke methoden en instrumenten voor toetsing en verbetering van kwaliteit. IQ healthcare is de laatste jaren uitgegroeid tot een van de grootste wetenschappelijke centra in Europa op het gebied van kwaliteit, veiligheid en innovatie van de gezondheidszorg.

Missie Verbeteren van de kwaliteit en de waarde van de gezondheidszorg voor patiënten, door middel van onderzoek, onderwijs en beleidsondersteuning.

Visie IQ healthcare vindt dat de kwaliteit en veiligheid van gezondheidszorg verbeterd kan worden als de toegevoegde waarde (value) van gezondheidszorg voor alle betrokkenen beter zichtbaar wordt gemaakt, de zorg met geringe baten achterwege wordt gelaten (deïmplementatie) en zorginnovaties - alsmede evidence-based interventies vakkundig worden geïmplementeerd en geëvalueerd.

De wetenschappelijke aanpak van IQ healthcare richt zich radicaal op waardebeoordeling en -vermeerdering van gezondheidszorg (value driven healthcare) voor patiënt, zorgverlener, verzekeraar en overheid, waardoor onnodige kosten afnemen en de houdbaarheid van de gezondheidszorg op systeemniveau verbetert. Waardebeoordeling vindt hierbij plaats vanuit verschillende wetenschappelijke perspectieven (medisch, economische, sociologisch, ethisch etc.) en vraagt om een multidisciplinaire aanpak. Hiertoe zullen:

1. Verschillen in (onnodige) kosten en kwaliteit van zorg beter zichtbaar moeten worden gemaakt
2. Resultaten van gezondheidszorg of uitkomsten van zorg systematisch gemeten en geanalyseerd moeten worden
3. Good practices en zorginnovaties vakkundig worden geïmplementeerd

Expertise

- Gezondheidszorgonderzoek
- Implementatieonderzoek
- Betaalbaarheid en doelmatigheid
- Kwaliteit van zorg voor infectie- en ontstekingsziekten
- Integrale zorg voor kwetsbare ouderen
- Paramedisch zorg
- Medische ethiek
- Verplegingswetenschap
- Patiënt empowerment
- Veiligheid
- Transparantie kwaliteit van zorg
- Toegepast onderzoek

Contact IQ healthcare
Radboudumc
Huispost 114
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen

W www.iqhealthcare.nl
T 024 36 15 305
F 024 35 40 166
E iqhealthcare@radboudumc.nl
Bezoekadres: Geert Grooteplein 21 Nijmegen

Inhoud

Managementsamenvatting	6
Voorwoord	8
1. Inleiding	9
1.1 Achtergrond.....	9
1.2 Centrale vraagstelling, deelvragen en leeswijzer	10
2. Integrale veranderprogramma's Droom en KAM en de literatuur	12
2.1 Inleiding	12
2.2 Hoe Bernhoven een 'Droom' realiseert	13
2.3 Hoe Rivas Zorggroep inzet op Kwaliteit Als Medicijn (KAM).....	15
2.4 Verkennend literatuuronderzoek vergelijkbare ziekenhuisstrategieën.....	19
2.5 Vergelijking internationale literatuur met de veranderprogramma's Droom en KAM	24
3. Evaluatie implementatie Droom en KAM.....	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Theoretisch kader kwalitatief implementatieonderzoek.....	26
3.3 Methode	28
3.4 Resultaten implementatie per invloedrijke factor	29
3.5 Werkingsmechanismen	48
4. Effecten veranderprogramma's op kwaliteit van zorg.....	51
4.1 Inleiding	51
4.2 Methode	52
4.3 Resultaten.....	54
4.4 Kwaliteitsinitiatieven binnen 'Droom' nader uitgelicht	57
4.5 Kwaliteitsinitiatieven binnen 'Kwaliteit Als Medicijn' nader uitgelicht.....	64
4.6 Conclusies.....	68
5. Effecten veranderprogramma's op zorgkosten	69
5.1 Inleiding	69
5.2 Methode.....	70
5.3 Werkingsmechanismen	70
5.4 Conclusies.....	87
6. Conclusies en reflecties	88
6.1 Inleiding	88
6.2 Beantwoording onderzoeksvragen	88
6.3 Meest relevante succesfactoren	91

6.4	Methodologische beperkingen	93
6.5	Reflectie op mogelijkheden voor verdere verspreiding en opschaling	93
Bijlage 1	Leden projectgroep en klankbordgroep.....	96
Bijlage 2	Overzicht van initiatieven Droom en KAM	97
Bijlage 3	Management strategieën uit de literatuur	101
Bijlage 4	Topiclijst interviewgide	104
Bijlage 5	Lijst van controleziekenhuizen	105
Bijlage 6	Sensitiviteitsanalyse alternatieve basisjaren.....	106
	Literatuurlijst	109

Managementsamenvatting

Doelstelling

Dit onderzoek brengt in kaart of en in welke mate Bernhoven en Rivas Zorggroep er in zijn geslaagd om betere kwaliteit van zorg tegen lagere kosten te leveren. Het betreft een evaluatie van de strategische verbeterprogramma's Droom van Bernhoven en Kwaliteit als Medicijn (KAM) van Rivas. Beide programma's hebben ingezet op een fundamentele cultuur- en organisatieverandering. De strategie wordt gedragen door een groot aantal verbeterinitiatieven die vanuit medisch specialisten zijn geïnitieerd. Om de financiële randvoorwaarden te creëren hebben zorgverzekeraars meerjarige contracten met een vast budget met de beide ziekenhuizen afgesloten. Beide ziekenhuizen hebben de productieprikkel voor de medische staf aangepast: Rivas Zorggroep door aanpassing van het verdeelmodel van het medisch-specialistische bedrijf, Bernhoven door het in loondienst nemen van de medische staf.

Methode

We hebben verschillende onderzoeksmethodes toegepast. Ten eerste zijn analyses uitgevoerd op primaire documentaire informatie: beleidsmatig, strategisch en inhoudelijk bronmateriaal. Ten tweede is ter ondersteuning van het analysekader de wetenschappelijke literatuur doorzocht op vergelijkbare strategieën en de lessen die daaruit te trekken zijn. Ten derde is een groot aantal betrokkenen geïnterviewd (n=63) om de werkzame elementen uit de veranderprogramma's te identificeren. Deze interviews zijn getranscribeerd en thematisch gecodeerd door het onderzoeksteam. Op de vierde plaats is zelfstandig empirisch onderzoek verricht naar de effecten van een aantal concrete verbeterinitiatieven. Op de vijfde plaats zijn tijdreeksanalyses uitgevoerd op openbaar beschikbare kwaliteitsregisters en financiële gegevens zoals jaarverslagen. De toepassing van deze verschillende methoden versterkt de validiteit en betrouwbaarheid van deze evaluatie op substantiële wijze. Tot slot zijn deze bevindingen voorgelegd aan de beide ziekenhuizen op onjuistheden.

Resultaten

Bernhoven en Rivas zijn er beide in geslaagd om een groot aantal onderdelen van de veranderprogramma's succesvol te implementeren: 1) Dit heeft bijgedragen aan de doelmatigheid van de medisch-specialistische zorg; 2) De beschrijvende analyse van beide programma's maakt duidelijk dat er context-specifieke en lokale omstandigheden van belang waren; 3) Openbare kwaliteitsgegevens laten zien dat de kwaliteit in het algemeen hoog is, maar er zijn geen substantiële verbeteringen zichtbaar; 4) Beide ziekenhuizen kennen na vier jaar een lagere groei van de omzet dan de controleziekenhuizen. Er is een indicatie dat op een aantal uitgavenposten besparingen zijn behaald. Het zorgvolume is gekrompen; en 5) De financiële resultaten van beide ziekenhuizen zijn achtergebleven bij de controlegroepen; de nettomarge van de beide ziekenhuizen staat onder druk.

Conclusies en aanbevelingen

Beide ziekenhuizen hebben de zorguitgaven beheerst terwijl de kwaliteit hoog bleef. Hiermee hebben ze bijgedragen aan doelmatigere medisch-specialistische zorg. Dat is een knappe prestatie in deze tijden van toenemende vergrijzing en zorgkosten. Een dergelijke fundamentele verandering binnen een complexe omgeving is mede afhankelijk van de inspanningen van 'leiders' en de motivatie van vele professionals. De positieve resultaten vragen om bredere verspreiding. De evaluatie laat zien dat

vermindering van volume en onnodige zorg een belangrijke kans is om de betaalbaarheid van zorg te garanderen in een vergrijzende samenleving.

Voorwoord

Innovaties om de zorg duurzaam betaalbaar te houden leeft in Bernhoven en bij Rivas Zorggroep. Dat blijkt ook uit het grote aantal betrokken mensen en organisaties bij dit onderzoek. Zonder hun deskundigheid in de materie en hun enthousiasme en openheid met ons mee te denken zou dit onderzoek lang niet zo goed zijn geworden. Alle eventuele onvolkomenheden blijven daarbij uiteraard voor onze rekening.

Allereerst willen we de vele direct betrokkenen bij veranderprogramma's Droom en KAM bedanken. De interviews met betrokkenen van het programma hebben ons veel informatie opgeleverd. De bereidheid om relevante documentatie aan te leveren en de openheid waarmee aan de interviews is meegewerkt waren groot. We willen Mieke Klerkx (Bernhoven) en Els van der Stelt (Rivas) in het bijzonder bedanken voor hun ondersteuning in dit proces.

Een speciaal woord van dank gaat voorts uit naar zorgverleners en patiënten(vertegenwoordigers), beleidsmakers en bestuurders van Bernhoven en het Beatrix Ziekenhuis, evenals van de betrokken organisaties in de eerste lijn en van zorgverzekeraars CZ en VGZ en Strategy&. Zij hebben openhartig met ons gesproken over hun persoonlijke achtergronden en professionele ervaringen met de beide programma's. Hierdoor zijn wij in staat geweest de implementatie van deze veranderprogramma's vanuit verschillende perspectieven goed in beeld te brengen.

Daarnaast bedanken wij onze collega's van het CPB en NZa voor de prettige samenwerking: Rudy Douven, Maaïke Diepstraten, Anita Kopányi-Peuker, Gustaaf Wijnker en prof. Misja Mikkers.

Tevens willen we de leden van de externe klankbordgroep bedanken: Els van der Stelt, Bert Blokland (Rivas Zorggroep), Mieke Klerckx (Bernhoven), Jan Derk Brilman, Arne Jeninga (VWS), Ronald van Breugel, Marcel Meijer (VGZ), Heleen Post (Patiënten federatie Nederland), Rien Peijnenburg (CZ), Evelien Schroen (Huisarts en Zorg), Annemiek Stoopendaal (Erasmus MC) en prof. Johan Polder (voorzitter, RIVM).

Tot slot willen wij een viertal stagiaires bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek: Anthony Heil, Bas Vreugdenhil, Berend de Bruijn en Marjon Eghuizen. In het kader van hun Bachelor/Masterstage hebben zij bijgedragen aan verschillende delen bijgedragen van dit onderzoek.

Dit onderzoek is uitgevoerd door een team van onderzoekers van IQ healthcare (Radboudumc), bestaande uit:

Dr. Simone van Dulmen
Dr. Niek Stadhouders
Prof. Gert Westert
Erik Wackers MSc
Prof. Patrick Jeurissen

1. Inleiding

Kernboodschap

Bernhoven en Rivas Zorggroep hebben integrale veranderprogramma's geïmplementeerd met als doel de kwaliteit van zorg te verhogen en de kosten te verlagen. Dit onderzoek brengt in kaart in hoeverre beide ziekenhuizen deze doelstelling hebben bereikt. Een separaat onderzoek door het CPB en de NZa beschrijft de consequenties op het gedeclareerde zorgvolume. Dit rapport bestaat uit: 1) Een beschrijving van de beide veranderprogramma's; 2) Een verkenning van de wetenschappelijke literatuur naar soortgelijke veranderingen en de daaruit te trekken lessen; 3) Een kwalitatieve analyse van de implementatie en de werkzame elementen van de beide veranderprogramma's; 4) Tijdreeksanalyses en kwalitatief onderzoek naar de effecten op de kwaliteit van zorg en de kosten op ziekenhuisniveau; 5) Een beschouwing van de resultaten, inclusief mogelijkheden voor verdere verspreiding.

1.1 Achtergrond

Twee ziekenhuizen zijn de uitdaging aangegaan om kwaliteit van zorg centraal te zetten en zo betere zorg te leveren.

De programma's 'Droom' van Bernhoven (regio Uden) en 'Kwaliteit als Medicijn' (KAM) van het Beatrixziekenhuis van de Rivas Zorggroep (regio Gorinchem) beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren en de kosten te verlagen. Hierbij ligt de focus op het verminderen van onnodige zorg en op zorg op de juiste plek. Bernhoven beschikt over een regionaal ziekenhuis in Uden en over een buitenpolikliniek in Oss. In 2014 is dit ziekenhuis gestart met het programma 'Droom'. Rivas Zorggroep heeft een regionaal ziekenhuis in Gorinchem, het Beatrixziekenhuis, en een buitenpolikliniek in Leerdam. Het verzorgingsgebied omvat de Alblasserwaard, Vijfherenlanden en het land van Heusden en Altena. In 2015 is Rivas Zorggroep gestart met het programma 'Kwaliteit als Medicijn'. Beide ziekenhuizen rapporteren dat de veranderprogramma's hebben geleid tot substantiële verlagingen van het zorgvolume, kostenbesparingen en meer doelmatigheid. Om die reden lijken beide initiatieven bij te dragen aan de betaalbaarheid van het zorgstelsel. De combinatie van goede en betaalbare kwaliteit van onze zorg is immers de cruciale randvoorwaarde voor een toekomstbestendig zorgstelsel.

Met de volledige medewerking van de beide ziekenhuizen hebben Radboudumc/IQ healthcare, het CPB en de NZa samen een onafhankelijk onderzoek uitgevoerd om na te gaan in hoeverre de beide ziekenhuizen de doelstelling voor een meer doelmatige zorg ook daadwerkelijk hebben bereikt. Het volledige onderzoek bestaat uit een policy brief (CPB/IQhealthcare/NZa, 2020) en twee achtergrondstudies: 1) een analyse van de gedeclareerde verrichtingen van de beide ziekenhuizen ten opzichte van een controlegroep (CPB/NZa, 2020); en 2) een analyse op ziekenhuisniveau, inclusief de beschikbare (openbare) data over kwaliteitsindicatoren en de jaarrekeningen (IQ healthcare). Dit laatste document ligt nu voor u.

Een studie van deze omvang en reikwijdte was niet mogelijk geweest zonder de actieve en positieve betrokkenheid van een groot aantal mensen. We zijn vaak te gast geweest bij beide ziekenhuizen. Op geen enkel moment hebben we de indruk gekregen dat men zaken rooskleuriger wilde voorstellen dan ze waren. Er is intensief en eerlijk gediscussieerd. We hebben daarnaast 63 betrokkenen uitgebreid

gesproken, hebben de steun gehad van een externe klankbordgroep en hebben intensief en productief samengewerkt met de collega's van het CPB en de NZa. Al deze mensen staan opgesomd in Bijlage 1.

1.2 Centrale vraagstelling, deelvragen en leeswijzer

De centrale vraag van dit onderzoek luidt:

“Heeft de implementatie van Droom en KAM geleid tot een hogere kwaliteit en een lagere kostenontwikkeling?”

In deze studie beantwoorden we een aantal deelvragen om inzicht te krijgen in onze centrale vraag. We geven ook aan waar u de betreffende analyse aantreft. Elk hoofdstuk start bovendien met de kernboodschappen.

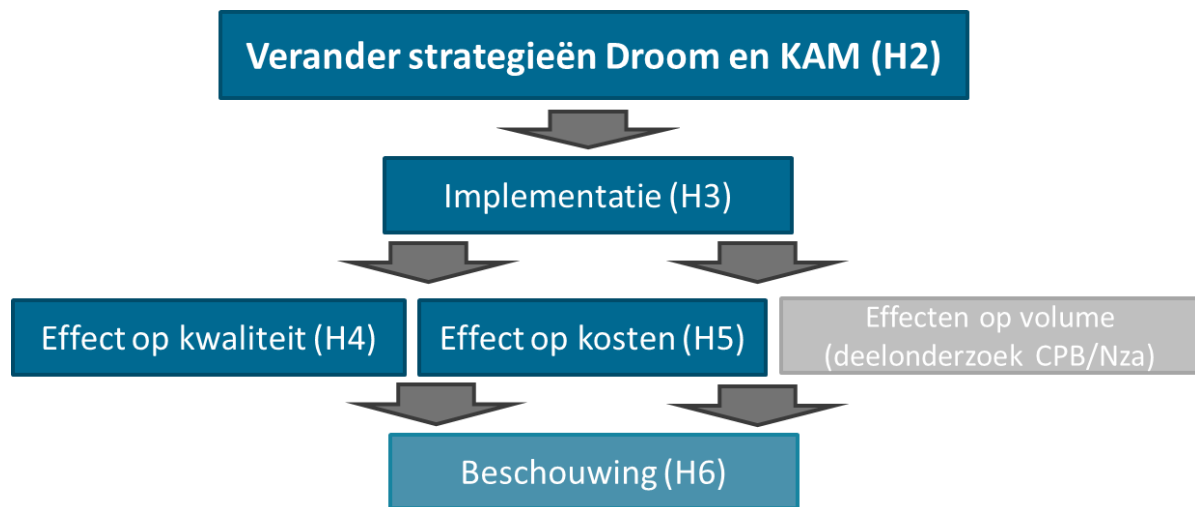
De verschillende deelvragen zijn:

1. Hoe zijn Droom (paragraaf 2.2) en KAM (paragraaf 2.3) vormgegeven? Wat is hun voorgeschiedenis?
2. Wat leren vergelijkbare pogingen van ziekenhuizen uit de internationale wetenschappelijke literatuur om de kwaliteit te verhogen en de kosten te verlagen ons? Welke lessen zijn daaruit te trekken? (paragraaf 2.4). Welke overeenkomsten en verschillen zien we bij Droom en KAM met de literatuur (paragraaf 2.5)?
3. Welke implementatietheorieën zijn te gebruiken om de veranderprogramma's te analyseren (paragraaf 3.2 en 3.3)?
4. Hoe ervaart men de implementatie van beide programma's en wat zijn de werkingsmechanismen (paragraaf 3.4 en 3.5)?
5. Wat is de invloed van Droom en KAM op de kwaliteitsindicatoren in de beide organisaties? Hoe percipiëren patiënten dat (paragraaf 4.3)? Hoe scoort een aantal individuele initiatieven (paragraaf 4.4 en 4.5)?
6. Zijn Droom en KAM er in geslaagd om de kosten van zorg te verlagen? Hoe was dit mogelijk (werkingsmechanisme) en wat zijn de consequenties voor de eigen financiële resultaten (paragraaf 5.3)?

We sluiten deze studie af met een beschouwing (hoofdstuk 6) waarin we de onderzoeksvragen beantwoorden (paragraaf 6.2), de meest relevante succesfactoren beschrijven (paragraaf 6.3), de beperkingen van het onderzoek beschrijven (paragraaf 6.4) en een aanzet doen of en hoe deze breder onder de ziekenhuizen zijn te verspreiden en op te schalen (paragraaf 6.5).

Figuur 1 geeft een overzicht van de opbouw van dit rapport op het niveau van de individuele hoofdstukken.

Figuur 1. Opbouw studie



2 Integrale veranderprogramma's Droom en KAM en de literatuur

Kernboodschap

Bernhoven (Droom) en Rivas Zorggroep (KAM), hebben beiden een veranderprogramma geïmplementeerd om de kwaliteit van zorg te verbeteren én de kostengroei te beperken. De onderdelen die in beide programma's zijn ingezet, zijn het initiëren van bottom-up kwaliteitsinitiatieven, het versterken van de samenwerking met de eerste lijn, een herziene financieringsstructuur middels een meerjarige aanneemsom en het wegnemen van de productieprikkel. Dit laatste is in beide regio's anders ingevuld. In Bernhoven zijn de medisch specialisten in loondienst gegaan en in het Beatrixziekenhuis is een aangepast verdeelmodel binnen het medisch specialistisch bedrijf ingevoerd. Daarnaast heeft Bernhoven organisatorische veranderingen doorgevoerd, zoals een overgang naar vier zorgmodellen en is er een cultuurprogramma uitgerold. Een literatuurstudie is uitgevoerd om inzicht te krijgen in werkzame elementen van integrale veranderstrategieën. We concluderen dat bij de opzet van Droom en KAM gebruik gemaakt is van een combinatie van verschillende theoretische modellen. In de internationale wetenschappelijke literatuur zijn 18 ziekenhuizen beschreven die met een veranderprogramma de kwaliteit van zorg willen verbeteren en tegelijkertijd de kosten willen verlagen. Uit deze casussen volgen elf factoren die van belang zijn bij de implementatie van kwaliteitsverhogende en kostenverlagende ziekenhuisstrategieën.

2.1 Inleiding

Bernhoven (Droom) en Rivas Zorggroep (KAM) hebben beiden een veranderprogramma geïmplementeerd om de kwaliteit van zorg te verbeteren én de kosten te beheersen. Het unieke van de beide programma's is de integrale wijze waarop een groot aantal concrete initiatieven worden gebundeld onder één overkoepelende en sturende strategie en visie. Deze overkoepelende visie van hogere kwaliteit én lagere kosten wordt vertaald naar 'alle' structuren, processen, rollen en activiteiten. De ziekenhuizen claimen hiermee succesvol te zijn.

Dit hoofdstuk beschrijft de programma's van beide ziekenhuizen. Het doel van dit deelonderzoek is een scherpe casusbeschrijving te krijgen. Op basis van interviews, deskresearch, gepubliceerde literatuur, rapporten en documenten wordt een analytische beschrijving gegeven van deze programma's. Paragraaf 2.2 beschrijft het Droom programma van Bernhoven en paragraaf 2.3 het programma KAM van Rivas Zorggroep. In paragraaf 2.4 beschrijven we een literatuurstudie die is uitgevoerd waarin internationale voorbeelden van ziekenhuizen zijn verzameld die een strategie hebben ingevoerd om de kosten te beperken en kwaliteit te verhogen, en de belangrijkste eigenschappen en succesfactoren van deze strategieën te verzamelen. Aan de hand van internationale casussen (Verenigde Staten, Zweden, Verenigd Koninkrijk en Nederland) worden verschillende strategieën beschreven die ziekenhuizen hanteren om de kwaliteit van zorg te verbeteren en kosten te reduceren. Op basis van deze casussen worden trends en beïnvloedende factoren ten aanzien van de organisatie van de ziekenhuiszorg geïdentificeerd. In paragraaf 2.5 presenteren we in hoeverre de programma's van Bernhoven en Rivas in lijn liggen met de bevindingen uit de literatuur.

2.2 Hoe Bernhoven een ‘Droom’ realiseert

2.2.1 Voorgeschiedenis Droom

Bernhoven is in 2000 ontstaan door de fusie van het Sint Anna Ziekenhuis in Oss en het Sint Joseph Ziekenhuis in Veghel¹. In 2013 is Bernhoven verhuisd naar een nieuwe locatie in Uden. Het nieuwe ziekenhuis biedt ruimte voor 380 bedden. Met circa 140 medisch specialisten en 2300 medewerkers levert Bernhoven zorg aan 115.000 unieke patiënten. De omzet is in 2012 circa 160 miljoen euro. Een aantal organisatorische veranderingen ging aan de verhuizing vooraf. Zo werd vanaf 2012 gewerkt met resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE): elke vakgroep was verantwoordelijk voor de eigen financiën. Dit werd ingevoerd om de financiële gelijkgerichtheid tussen het ziekenhuis en de medisch specialisten te vergroten. Hieraan gekoppeld werd ook een start gemaakt om de inkomens van medisch specialisten te harmoniseren. Ook werd in voorbereiding op de verhuizing een nieuwe algemeen directeur aangesteld: Peter Bennemeer; een directeur die zijn sporen had verdiend in de commerciële sector, onder andere bij Heinz en De Ruyter. De verhuizing vond plaats in de eerste helft van 2013. In de tweede helft van 2013 werd begonnen aan de ontwikkeling van de strategie die uiteindelijk Droom zou worden.

2.2.3 Start Droom

De exacte aanleiding om te starten met Droom is niet eenduidig; sommige respondenten geven aan dat de financiële noodzaak de belangrijkste drijfveer was, als ziekenhuis moest Bernhoven de kosten beheersen om te kunnen overleven als klein ziekenhuis in de regio. Andere respondenten geven een genuanceerder beeld, waarbij de financiële positie weliswaar weinig ruimte toeliet, maar de verhuizing aanleiding gaf om na te denken over de toekomst. Om de nieuwbouw te financieren dienden de medisch specialisten de productie op te hogen, en hier was weinig animo voor. Er werd gezocht naar een ander verdienmodel dat niet draaide om productie.

Er werd begonnen met een groene-weide-filosofie: bijeenkomsten waarin artsen spraken over hoe ze de zorg graag zouden zien. Een consultant werd gezocht om dit veranderproces te begeleiden. Er werd voor Booz&Co (nu PWC Strategy&) gekozen, omdat het strategiedocument Kwaliteit als Medicijn (Visser, Westendorp, Cools et al., 2012) goed aansloot bij de gedachte van Droom. Dit heeft geleid tot het ophalen van 200 ideeën om de zorg beter te maken. Dit is uiteindelijk teruggebracht tot 100 kansrijke initiatieven (zie bijlage 3). In 2013 sprak directeur Bennemeer met verzekeraar CZ over een alternatief verdienmodel: met een meerjarige aanneemsom kon een veilige omgeving worden gecreëerd om de veranderuitdaging aan te gaan, de verbeterinitiatieven te implementeren en om uiteindelijk de zorgkosten te beperken. Een belangrijke voorwaarde was dat zorgverzekeraar VGZ ook mee zou doen, om zo een voldoende groot deel van de omzet hierbij te betrekken (CZ en VGZ zijn ieder verantwoordelijk voor ongeveer 40% van de omzet van Bernhoven). Ook werd de ‘eis’ gesteld om de huisartsen hierbij te betrekken, omdat veel verbeterinitiatieven raakten aan de huisartsenzorg. In de regio was huisartsenvereniging Synchron goed georganiseerd en zij waren zelf al bezig met de organisatie van chronische zorg. Droom sloot hierbij goed aan, de huisartsenvereniging was enthousiast en zat vanaf toen bij alle relevante overleggen aan tafel. In 2014 werden met CZ, VGZ en Synchron meerjarenafspraken gemaakt en kon Droom van start.

¹ Initieel was Maasziekenhuis Pantein (Beugen) een fusiepartner, maar dit ziekenhuis besloot zelfstandig verder te gaan.

Droom bestaat uit een aantal belangrijke onderdelen. Tot de kern behoren de verbeterinitiatieven die de artsen zelf hebben aangedragen. In 2017 en 2018 is Droom aangevuld met de onderdelen “Verpleegkundige droom” en “Droom met de patiënt”, waarbij het ophalen van initiatieven werd verbreed naar verpleegkundigen en patiënten. Onder begeleiding van de consultant en het projectbureau Droom werden de meest kansrijke initiatieven in fases opgestart. Hiernaast volgden organisatorische wijzigingen. De structuur werd omgegooid van RVE’s naar vier zorgmodellen: acute zorg, chronische zorg, diagnose en indicatiestelling en zorgstraten. Deze vier modellen, gebaseerd op de zorgmodellen van Christensen (Christensen, Grossman & Whang, 2016) sluiten beter aan bij de patiëntpaden. Artsen werden medeverantwoordelijk voor het bestuur en management van de zorgmodellen, met de gedachte dat artsen betere inhoudelijke keuzes kunnen maken vanuit een managementrol, en deze keuzes goed uit kunnen leggen aan de medisch specialisten. Ook werd een cultuurprogramma gestart, de Silk-training, waarbij medewerkers werden getraind om het gesprek met elkaar en met de patiënt aan te gaan.

In 2015 zijn de medisch specialisten bij Bernhoven overgestapt op een loondienstmodel met participatie. Hierdoor waren de inkomens van medisch specialisten niet meer afhankelijk van de productie van het ziekenhuis, wat het makkelijker maakte om zich te richten op het verminderen van onnodige zorg. De goodwill van de maatschappen werd gestort in een goodwillfonds en deels geïnvesteerd in het ziekenhuis door aankoop van converteerbare obligaties. Hierdoor werden de medisch specialisten deels eigenaar van het ziekenhuis, met als doel de betrokkenheid bij het ziekenhuis te vergroten. De participatieregeling is later ook opengesteld voor de medewerkers en betrokken investeerders in de regio. Men kon bovendien gebruik maken van een subsidieregeling van het ministerie van VWS waarbij elke specialist in loondienst aanspraak kon maken op een geldbedrag.

Het participatiemodel beoogde op termijn ook winst uit te keren aan de aandeelhouders, door de obligaties naar aandelen te converteren zodra het wettelijk mogelijk zou worden om winst uit te keren. Om dit mogelijk te maken veranderde Bernhoven van een stichting in een B.V., en van een tweehoofdig bestuur naar een 5-koppige board of directors. In de board of directors zitten twee medisch specialisten op basis van een roulatiesysteem. Ook werd de raad van toezicht vervangen door een raad van aandeelhouders. Met de wetwijziging verbod op winstuitkering in de zorgsector is echter voorlopig een streep gezet door de mogelijkheid om op termijn participatie in de vorm van obligaties om te zetten naar aandelen. Het loondienstmodel was formeel geen onderdeel van Droom maar is wel in dezelfde periode gerealiseerd.

Bernhoven heeft initieel met CZ en VGZ vijfjarige aanneemsommen afgesproken, en later ook meerjaren-aanneemsommen met de andere zorgverzekeraars. Bij de initiële afspraken met CZ en VGZ wordt het budget voor vijf jaar overeengekomen, waarbij een daling in productie niet ten koste gaat van een daling in inkomsten. Aan de aanneemsommen zaten enkele voorwaarden verbonden; zo mochten de wachttijden niet te veel toenemen en mochten niet teveel mensen uit de regio naar een ander ziekenhuis gaan. Ook werden afspraken gemaakt over compensaties bij loonstijging en een stijging van het aantal unieke patiënten.

2.2.3 Kernelementen Droom

Tabel 1 beschrijft de belangrijkste onderdelen van Droom. Droom is gebaseerd op een aantal managementstrategieën. Zo is de organisatorische herindeling gebaseerd op de disruptieve

zorgmodellen van Christensen (Christensen, Grossman & Whang, 2016) waarbij een vierde zorgmodel (acute zorg, inclusief Acute Opname Afdeling [AOA]) is toegevoegd. Elementen van Value-based healthcare (VBHC) en integrated care komen eveneens terug, (van Leersum, Bennemeer, Otten et al., 2019) en ook Lean is in de interviews genoemd als onderdeel. Veel initiatieven richten zich op patiëntgerichte zorg en *shared decision making*. Als inspiratie voor Droom is contact gezocht met onder andere Fred Lee (If Disney ran your hospital).

Tabel 1. Onderdelen programma Droom

Onderdeel	Beschrijving programma Droom
Bottom-up kwaliteitsinitiatieven	Groot aantal initiatieven (50+) opgezet om kwaliteit te verbeteren en volume te beperken (zie bijlage 3), met begeleiding door het projectteam Droom, ondersteund door externe consultants tot 2018
Versterken samenwerking eerste lijn	Intensieve samenwerking huisartsenvereniging ‘Synchroon’
Herziene financieringsstructuur	Bernhoven heeft meerjarige aanneemsommen met de zorgverzekeraars afgesproken. Bij deze afspraak gaat een daling in productie niet ten koste van een daling in inkomsten
Wegnemen productieprikkels en bevorderen participatie	Medisch specialisten in loondienst (2015) Participatiemodel: Bij de overgang naar loondienst is de goodwill van medisch specialisten omgezet naar een goodwillfonds, dat deels is herinvesteerd in het ziekenhuis. Bernhoven geeft obligatieleningen uit, waardoor medisch specialisten, medewerkers en betrokkenen in de regio mede-eigenaar van Bernhoven kunnen worden.
Organisatorische verandering	Reorganisatie in vier zorgmodellen die beter aansluiten bij het patiënten pad: Acute zorg (inclusief AOA), Chronische zorg, Interventie zorgstraten en diagnose en indicatiestelling (D&I) Aanpassing governance met medisch specialisten als manager: Medisch specialisten managen de vakgroepen en zorgmodellen, ondersteund door een manager. Ook zijn twee medisch specialisten onderdeel van het ziekenhuisbestuur
Cultuurverandering	Cultuurprogramma: een Silk-training om relaties en dialogen binnen de organisatie te verbeteren

2.3 Hoe Rivas Zorggroep inzet op Kwaliteit Als Medicijn (KAM)

Rivas Zorggroep is een integrale organisatie van ruim 5.000 medewerkers en 1.600 vrijwilligers. Rivas biedt medisch-specialistische zorg in het Beatrixziekenhuis in Gorinchem, ouderenzorg in de regio Gorinchem en omstreken (18 locaties), kortdurende revalidatie en zorg thuis binnen de WMO in de omliggende regio's (27 gemeenten). Het ziekenhuis is een typisch wat kleiner streekziekenhuis zonder topklinische functies. In de regio is VGZ de grootste verzekeraar met een marktaandeel van ruim 50%, gevolgd door Zilveren kruis.

2.3.1 Voorgeschiedenis

Het huidige Beatrixziekenhuis is gebouwd in 1992. In 1999 vond een fusie plaats met Rivas Zorggroep, waardoor men zorg over de hele keten kan leveren: ziekenhuiszorg, thuiszorg, maatschappelijke ondersteuning, kraamzorg, wijkverpleging, langdurige zorg, paramedische zorg, geriatrische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf en jeugdgezondheidszorg². Vanaf het begin zette de Rivas Zorggroep

² Anno 2020 heeft Rivas Zorggroep een aantal activiteiten die niet tot de kernactiviteiten behoren afgestoten, zie 5.3

in op preventie en regionale samenwerking. In 2000 werd een eerste stap gezet met een transcompartimentaal experiment, een regiobudget. Dit bleek uiteindelijk te ingewikkeld om op te zetten, er was veel weerstand van buitenaf.

Rivas werkt volgens de Planetree visie: een persoonsgerichte aanpak met aandacht voor de mens achter de patiënt. Doel is alle locaties te voorzien van een Planetree label. Hiernaast heeft Rivas zich laten accrediteren door JCI, een internationaal keurmerk dat patiëntervaringen centraal zet. Vanaf juli 2016 is het ziekenhuis officieel geaccrediteerd.

Al in 2006 is Rivas samen met de verzekeraar en huisartsen naar Kaiser Permanente in de Verenigde Staten gaan kijken of het mogelijk was om een volledig geïntegreerde organisatie op te zetten. Dit is in Nederland echter niet toegestaan. Dit bezoek heeft wel geleid tot het opzetten van De Gezonde Regio in 2008, een samenwerkingsverband waarin primaire en secundaire preventie wordt vormgegeven. Dit is een samenwerkingsverband tussen GGD, VOH (HenZ), GGZ, VGZ en Rivas, waarin projecten lopen die als doel hebben de gezondheid in de regio verbeteren. Van ziekte en zorg (ZZ) naar gezondheid en gedrag (GG). Uiteindelijk is dit project stukgelopen op de verschillende schotten tussen gemeenten, zorgkantoren en verzekeraars.

Landelijk kwam de betaalbaarheid van de zorg steeds meer op de agenda. Rivas had het idee dat het beter was om deze trends voor te blijven en hier proactief op in te spelen. Dit stimuleerde Rivas om een visie te ontwikkelen om toekomstbestendig goede zorg te leveren aan cliënten en het werk voor de medewerkers uitdagend te houden. De roep om een nieuwe strategie zat meer in de onzekerheid over de lange termijn en de positie als streekziekenhuis met een beperkte portfolio dan in een urgente financiële crisissituatie. Rivas is eind 2011 gestart met een Lean Six Sigma project om de kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren. Toch was er in 2013 nog geen sprake van een strategie waarin werd ingezet op omzetsdaling. In het jaarverslag werd de doelstelling geformuleerd om groei in omzet en marges te realiseren, zodat ruimte zou ontstaan om te innoveren. Rivas zet in op basiszorg, en stoot hoog-complexe zorg af, in nauwe samenwerking met het dichtbijgelegen Albert Schweitzer Ziekenhuis (ASZ) in Dordrecht. In 2013 zijn stappen genomen voor een bestuurlijke fusie tussen Rivas en het ASZ. Dit is voorgelegd aan het ACM, die in 2015 geen toestemming voor de fusie verleende op basis van het wegvallen van concurrentiedruk in de regio.

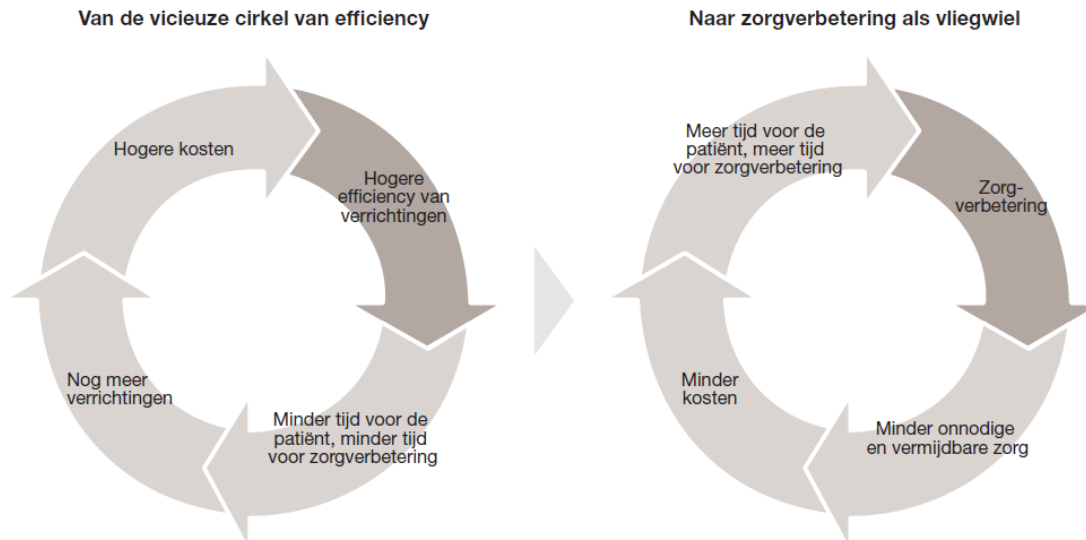
2.3.2 Kwaliteit als Medicijn (KAM)

Rivas was op zoek naar een bedrijfsstrategie die toekomstgericht was, maar die zich niet primair op kostenbeheersing richtte. De toenmalige bestuurder van Rivas, Pieter de Kort, zat in de klankbordgroep van strategisch consultancybureau Booz&co, die op dat moment bezig was met de ontwikkeling van een visiedocument: Kwaliteit als Medicijn (box 1) (Visser, Westendorp, Cools et al., 2012). Deze visie sprak aan, omdat hier een betere kwaliteit leidend was om uiteindelijk ook kosten te beheersen.

Box 1: Visiedocument Booz&Co: Kwaliteit Als Medicijn

Het visiedocument beschrijft hoe zorg een kanteling moet maken van productie-gedreven zorg naar kwaliteits-gedreven zorg waardoor onnodige zorgvolumes, en daarmee ook de uitgaven, zouden afnemen. De ziekenhuizen zitten vast in een 'vliegwiél' van efficiency, waarbij de verrichtingen steeds efficiënter worden uitgevoerd en de tijd per patiënt steeds minder wordt. Dit geeft vervolgens ruimte voor nog meer verrichtingen en patiënten, en leidt uiteindelijk tot hogere kosten. Dit dwingt het ziekenhuis vervolgens weer

om efficiëntieslagen te maken, en daarmee het onnodig zorgvolume nog weer verder op te drijven. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet is zo de efficiëntie enorm toegenomen: er worden steeds meer verrichtingen en operaties op een dag uitgevoerd; consulten duren steeds korter. De totale zorguitgaven nemen echter steeds verder toe. Dit model pleit voor het verbreken van deze vicieuze cirkel, door in te zetten op kwaliteit: door meer tijd te nemen voor de patiënt, kan beter worden ingespeeld op de zorgvraag, waardoor de zorg 'gepaster' wordt. Dit leidt in veel gevallen tot minder onnodige en vermijdbare zorg en daardoor lagere kosten en geeft ruimte om meer tijd te nemen voor de patiënt en voor verbeterinitiatieven.



Bron: Strategy&

De winst is te behalen op drie pijlers: het verminderen van overbehandeling en praktijkvariatie, samen beslissen met de patiënt en het verbeteren van de organisatie van zorg, bijvoorbeeld een betere samenwerking met de eerste lijn.



Bron: Strategy&

Om dit vliegwiel op gang te krijgen gelden een aantal randvoorwaarden:

- Medisch specialisten worden niet meer per verrichting betaald
- Fragmentatie in betalingssystemen moet worden overbrugd
- Medisch specialisten ontwerpen bottom-up initiatieven die zichzelf terugverdienen
- De opbrengsten worden samen met verzekeraars doorgerekend over de hele keten
- Een constructieve samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Strategy& schat dat met deze aanpak een potentiële besparing van €4 tot €8 miljard mogelijk is.

In 2013 besloot Rivas op basis van dit visiedocument het strategisch programma KAM te ontwikkelen in samenwerking met verzekeraar VGZ. In 2013 is gestart met het voeren van gesprekken met VGZ en intern met medisch specialisten en huisartsen. Bij de opstartfase van KAM waren de goede persoonlijke relaties tussen bestuurders van belang. De Kort was betrokken bij de totstandkoming van Booz&Co in samenwerking met onder andere oud-minister van VWS, Ab Klink. Met de overstap van Klink naar VGZ kwamen de ontwikkelingen in een stroomversnelling. De gesprekken met VGZ liepen parallel aan de ontwikkelingen in Bernhoven.

Na twee jaar overleg ging KAM in 2015 van start. In een vroeg stadium werden de huisartsen in de regio betrokken. De huisartsen zijn goed georganiseerd in één overkoepelende organisatie: Huisarts en Zorg (HenZ), dit is een samenwerkingsverband van 75 huisartsen in de regio rond Gorinchem. Rivas had traditioneel al een goede samenwerking met HenZ, wat was gestimuleerd door een geïntegreerde HAP/SEH, de samenwerking in De Gezonde Regio, en de invoering van het programma Wijkgericht Werken. Er was altijd al een goede relatie, maar die is met KAM nog verder verbeterd. In oktober 2016 is vervolgens met zeven praktijken van HenZ de pilot ‘meer tijd voor de patiënt’ gestart waarin een langere consultduur centraal staat. Na een succesvol eerste jaar zijn hier vijf praktijken aan toegevoegd.

De doelstellingen van KAM zijn initieel beschreven als het verbeteren van zorgkwaliteit om onnodige en vermijdbare zorg te voorkomen door het opstarten van concrete projecten in samenwerking met huisartsen. De doelen van KAM zijn verder het opzetten van een continue verbetercyclus van steeds nieuwe initiatieven die de kwaliteit van zorg verbeteren en tegelijkertijd tot kostenbesparingen leiden. Deze manier van werken moet onderdeel worden van het DNA van alle medewerkers van Rivas en Huisarts en Zorg. Dit zou moeten leiden tot een kostenbesparingspotentieel van 20% over de hele lijn ten opzichte van 2014.

2.3.3 Kernelementen KAM

Tabel 2 beschrijft de belangrijkste onderdelen van het programma KAM. Het strategiedocument KAM lijkt vooral gebaseerd op managementstrategieën zoals patiëntgerichte zorg en continuous quality improvement (CQI). Binnen Rivas wordt ook aandacht besteed aan Lean Six Sigma, VBHC, persoonsgerichte zorg (Planetree) en Integrated care.

Tabel 2. Onderdelen van het programma KAM

Onderdeel	Beschrijving programma KAM
Bottom-up kwaliteitsinitiatieven	Groot aantal initiatieven (50+) opgezet om kwaliteit te verbeteren en volume te beperken (zie bijlage 3), met begeleiding door het projectteam KAM, ondersteund door externe consultants
Versterken samenwerking eerste lijn	Intensieve samenwerking huisartsenvereniging ‘HenZ’
Herziene financieringsstructuur	Het Beatrix ziekenhuis heeft meerjarige aanneemsommen met de zorgverzekeraars afgesproken. Bij deze afspraak gaat een daling in productie niet ten koste van een daling in inkomsten
Wegnemen productieprikkel	Aangepast verdeelmodel binnen het medisch specialistisch bedrijf (LOGEX). 10% van het inkomen per vakgroep wordt vastgesteld op basis van deelname aan KAM. De overige 90% bestaat uit een basisinkomen, waarbij een daling in volume wordt toegestaan bij voldoende deelname aan KAM, gelijkblijvende wachtlijsten en geen uitstroom naar andere ziekenhuizen. Groei in productie

Onderdeel	Beschrijving programma KAM
	wordt gehonoreerd bij voldoende deelname aan KAM en een toename in instroom van nieuwe patiënten.

2.4 Verkennend literatuuronderzoek vergelijkbare ziekenhuisstrategieën

Veel ziekenhuizen hebben als primair doel om de kwaliteit te verhogen, maar dit gaat doorgaans ook gepaard met hogere uitgaven. Het kan ook gebeuren dat een ziekenhuis moet bezuinigen, vaak onder druk van de zorginkoper of overheid, waarbij een daling in kwaliteit op de loer ligt. Ziekenhuizen hebben een belangrijke maatschappelijke functie, die ook een verantwoordelijkheid voor de houdbaarheid van zorguitgaven bevat. Dit vraagt om een proactieve strategie die zich zoveel mogelijk richt op verhogen van de kwaliteit én beperken van de zorguitgaven. Daarmee neemt dus ook de doelmatigheid van de in de zorg geïnvesteerde euro's toe. De afgelopen decennia is een aantal strategieën verschenen die ziekenhuizen kunnen toepassen om gelijktijdig de kwaliteit te verbeteren en de kosten te beheersen (Colldén, Gremyr, Hellström et al., 2017). Deze strategieën zijn vooral gericht op het verhogen van de efficiëntie, verminderen van verspilling en onnodige zorg en het creëren van toegevoegde waarde. De belangrijkste strategieën zijn samengevat in bijlage 3.

We hebben de literatuur verkend om internationale voorbeelden te verzamelen van ziekenhuizen die een strategie hebben ingevoerd om de kosten te beperken en kwaliteit te verhogen, om de belangrijkste eigenschappen en succesfactoren van deze strategieën in kaart te brengen. Aan de hand van internationale casussen (Verenigde Staten, Zweden, Verenigd Koninkrijk en Nederland) worden verschillende strategieën beschreven die ziekenhuizen hanteren om de kwaliteit van zorg te verbeteren en kosten te reduceren (paragraaf 2.4). Op basis van deze casussen worden trends en beïnvloedende factoren ten aanzien van de implementatie gesignaleerd.

2.4.1 Selectie van casussen voor kwaliteitsverbetering en uitgavenbeheersing

We hebben middels een zogenaamde *scoping review* van de literatuur gekeken in hoeverre ziekenhuizen strategieën hanteren die proberen om de kwaliteit te verhogen en de kosten te beperken. Bij de selectie van de casussen zijn de volgende drie stappen doorlopen:

1. Doorzoeken van digitale databases, referentielijsten en websites
2. Selectie van artikelen op basis van inclusie- en exclusiecriteria
3. Consultatie van experts om aanvullende bronnen te vinden.

In eerste instantie zijn wetenschappelijke databases doorzocht op relevante resultaten. Vervolgens zijn deze resultaten aangevuld met grijze literatuur, omdat de verwachting is dat niet alle casussen wetenschappelijk geëvalueerd en gepubliceerd zijn. Grijze literatuur bestaat uit "alle teksten geproduceerd door de overheid, academici, bedrijven en industrie, zowel geprint als digitaal, waarbij het publiceren van literatuur niet de primaire bezigheid is van de institutie" (Godin, Stapleton, Kirkpatrick et al., 2015). Voorbeelden van grijze literatuur zijn rapporten, nieuwsartikelen, websites, beleidsdocumenten en scripties. Twee onderzoekers hebben de potentiële artikelen gescreend op basis van inclusie- en exclusiecriteria (Tabel 3).

Tabel 3. Overzicht inclusie-/ exclusiecriteria literatuur

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Gericht op kostenbesparingen én kwaliteitsverbeteringen	Enkel gericht op kostenbesparingen
	Enkel gericht op kwaliteitsverbeteringen
Organisatie brede strategie, meer dan losse interventies	Ziekte specifieke interventie/ interventies op een enkele afdeling
Eén ziekenhuisorganisatie	Samenwerkingsverband meerdere organisaties/ integratie ziekenhuis en verzekeraar
Organisatie in OECD-land	Organisatie niet in OECD-land
Bron beschikbaar in het Engels/ Nederlands	Bron niet beschikbaar in Engels/ Nederlands

2.4.2 Casusbeschrijvingen van ziekenhuizen uit vijf landen

In totaal werden 2100 artikelen in wetenschappelijke databases en 1800 artikelen in de grijze literatuur gevonden. Na toevoeging van *expert opinions* en *snowballing*, en exclusie van duplicaten kwam het aantal uit op 3353. Op basis van titel en abstract werden 68 potentiële casussen gevonden, waarvan 18 unieke casussen voldeden aan onze inclusiecriteria. De belangrijkste exclusieredenen waren dat het ziekenhuis geen strategie had die zich richtte op kostenverlaging, dat het geen ziekenhuisorganisatie betrof en dat er een casusbeschrijving miste. Eén casus werd twee keer geïncludeerd, namelijk Banner Health: zowel in 2001 als in 2011 werd hier een strategie organisatie-breed geïmplementeerd. Tabel 4 geeft een overzicht van de bevindingen.

Tabel 4: Overzicht van casussen: integrale ziekenhuisstrategieën die zich richten op kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering

	Jaar	Type strategie	Gerapporteerd effect op kosten	Gerapporteerd effect op kwaliteit
University of Massachusetts Medical Center, USA	1989	CQI	Besparing van \$6 miljoen	Klinische uitkomsten zijn verbeterd
Duke Children's Hospital, USA	1996	Balanced Scorecard	Tussen 1996 en 2000 een kostenbesparing van \$29 miljoen.	Kortere ligduur, patiënttevredenheid stijgt met 18%
Rady Children's Hospital, USA	1997	Clinical pathways	50% lagere kosten per behandeling, betere prijsafspraken, toename marktaandeel	Daling van sterfte en complicaties met 30%
Rode Kruis ziekenhuis, NL	2001	Six Sigma	Geschatte jaarlijkse besparingen van €3.6 miljoen.	Verkorte wachttijden en kortere verblijftijd
Banner Health, USA	2001	Integrated care	Geen uitkomsten gerapporteerd	Geen uitkomsten gerapporteerd
Virginia Mason, USA	2002	TPS	\$13.5 miljoen jaarlijkse besparingen	Meer tijd met verpleegkundige, kortere wachttijden
Medical University of South Carolina (MUSC), USA	2006	VBHC	17% afname in kosten per behandeling	11% afname in ligduur
Lawrence & Memorial Hospital, USA	2006	TPS	Kortere verblijfsduur	Hogere patiënttevredenheid, minder complicaties
UMCG, NL	2007	Lean Six Sigma	14%-30% minder tests en een kostenreductie van €50.000	Kortere ligduur, minder onnodige ziekenhuisopnames

	Jaar	Type strategie	Gerapporteerd effect op kosten	Gerapporteerd effect op kwaliteit
Banner Health, USA	2011	integrated care/ VBHC	\$19, \$15, \$29 miljoen aan besparingen in 2011, 2012, 2013.	Gemiddelde ligduur met 14.4% afgenomen, onnodige opnames met 6% afgenomen
Health First, Florida, USA	2012	Lean	Concrete kostenbesparingen zijn niet genoemd in deze studie	Wachttijden zijn afgenomen, verblijfsduur op SEH afgenomen met 37%
Royal Bolton Hospital, Engeland	2012	Lean/ VBHC / integrated care	Betere financiële positie	Lagere wachttijden
University Utah Healthcare, USA	2012	VBHC	7-11% kostenbesparingen op 2 projecten	Hogere kwaliteit op <i>composite quality index</i> , kortere doorlooptijd
Sahlgrenska University Hospital, Sweden	2013	VBHC	Geen uitkomsten gerapporteerd	Kortere opnameduur na heropname, meer patiëntenregistraties in nationale registers
NYU Langone Health, USA	2014	VBHC	Sinds 2017 zijn de kosten afgenomen met 7.7% ten opzichte van de verwachting	Afname van de ligduur, geen verandering kwaliteit, hoge kwaliteitsscore
Royal Free London Group, Engeland	2017	VBHC	Geen uitkomsten gerapporteerd	Geen uitkomsten gerapporteerd
Bradford Teaching Hospitals, Engeland	n.b.	CQI	Minder verrichtingen, lagere omzet ziekenhuis	Kortere verblijfsduur

Trends

De meeste voorbeelden komen uit de Verenigde Staten. Enkele grote landen, zoals Canada, Duitsland en Frankrijk ontbreken in het overzicht. Bijna alle studies rapporteren positieve uitkomsten. Enkele studies rapporteren (nog) geen uitkomsten. Veel casusbeschrijvingen zijn enkele jaren na implementatie opgesteld, waardoor de langetermijneffecten niet zijn meegenomen. Kwaliteitsuitkomsten die het meest zijn gerapporteerd, zijn:

- 1) afname in ligduur (8x),
- 2) afname wachttijden (4x),
- 3) stijging patiënttevredenheid (5x),
- 4) meer tijd voor de patiënt (3x),
- 5) hogere zorginhoudelijke kwaliteit (3x)
- 6) minder onnodige opnames (2x).

Aan de kostenkant is er:

- 1) daling van de omzet (9x),
- 2) daling van de kosten per patiënt (4x)
- 3) daling van het zorgvolume (4x).

De kostenbesparingen variëren tussen 7% en 50%, of tussen €50.000 en \$54 miljoen. Eén casus, Rady Children's Hospital, rapporteert een stijging van hun marktaandeel. De casussen verschillen sterk in het aantal verbeterinitiatieven (projecten). Slechts 9 casussen rapporteren het aantal verbeterinitiatieven, variërend van 4 tot 260.

2.4.3 Beïnvloedende factoren

Een gemeenschappelijke factor in een aantal casussen is een noodzaak tot verandering. Zo noemt het bestuur van het Bolton NHS Foundation Trust één oorzaak voor het streven naar kwaliteitsverbetering: "Crisis" (Jabbal & Lewis, 2018). Het ziekenhuis kende in het jaar 2011/2012 een financieel tekort van £1.9 miljoen, terwijl een overschot van £1.7 miljoen verwacht werd. Ook bij andere ziekenhuizen wordt de financiële situatie genoemd als een belangrijke oorzaak voor het wijzigen van de organisatiestrategie (Duke Children's Hospital, MUSC, NYU Langone & Health First).

Financiële problemen creëren dus in een aantal gevallen urgentie om te veranderen. Tegelijkertijd zijn extra investeringen nodig. In een aantal ziekenhuizen wordt bijvoorbeeld geïnvesteerd in trainingen voor personeel om de organisatie te veranderen, bijvoorbeeld een training in *Six Sigma* (Heuvel, Does & Bisgaard, 2005; Niemeijer, Trip, de Jong et al., 2012). In andere casussen worden investeringen gedaan in de informatievoorziening (Rady Children's Hospital, Health First, Banner Health). Veel casussen stellen een ondersteunend team samen, o.a. in het University of Massachusetts Medical Center (UMMC). Het UMMC spreekt van "Seed money", investeringen die later worden teruggewonnen. De investeringen hebben op korte termijn vaak een grote negatieve impact op de financiële positie van de zorginstelling (Kaiser & Lee, 2015). Bij gebrek aan de juiste investeringen blijkt de implementatie minder effectief te verlopen (Nilsson, Bååthe, Erichsen Andersson et al., 2017). Het verschaffen van financiële zekerheid kan daarom een belangrijke factor zijn in het slagen van een organisatiestrategie. Verschillende ziekenhuizen maken om die reden gebruik van *shared savings*-afspraken, zoals het Rady Children's Hospital en het NYU Langone Health (Chatfield, Volpicelli, Adler et al., 2019; Reynolds & Roble, 2006).

Een duidelijke visie wordt verder regelmatig genoemd als één van de belangrijke succesfactoren voor een integrale ziekenhuisstrategie. Het is van belang om de strategie duidelijk te formuleren, zodat alle leden van de organisatie zich bewust zijn van de rol van deze strategie in hun dagelijkse werkzaamheden (Jabbal & Lewis, 2018). Medisch specialisten, leidinggevenden en externe partijen hebben een gedeelde ambitie: het verbeteren van zorguitkomsten tegen gelijkblijvende of lagere kosten. Wanneer dit duidelijk uitgesproken wordt, ontstaat er een grotere toewijding en bereidheid om de strategie te realiseren.

Daarnaast wordt aangeraden om de bottom-up strategieën te initiëren en te implementeren. Klinisch leiderschap wordt in verschillende casussen genoemd als belangrijke factor (o.a. UMMC, Duke CH, Banner Health). Vanuit het bestuur moet de organisatiestrategie uiteraard gesteund worden, maar het is van belang te erkennen dat een grote strategische transformatie niet kan slagen zonder voldoende decentrale autonomie. Wanneer de clinici de vrijheid krijgen nieuwe initiatieven te implementeren is de kans op een effectieve organisatiestrategie groter (Jabbal & Lewis, 2018). Waar klinische professionals de interventies initiëren, heeft het bestuur een meer steunende rol (Birk, 2010). De toewijding om de beoogde veranderingen te realiseren moet derhalve binnen de gehele organisatie bestaan (Kuhn & Lehn, 2015).

Het is onduidelijk in hoeverre externe consultants van toegevoegde waarde zijn. Bij het Rode Kruis-ziekenhuis wordt een externe *Six Sigma* expert ingehuurd om de nieuwe strategie te verspreiden binnen de organisatie (Heuvel, Does & Bisgaard, 2005). Het Massachusetts Medical Center, daarentegen, kiest er bewust voor om het *Care Management Program* zonder externe consultants te ontwikkelen. Door gezamenlijk te werken aan een nieuwe strategie, raken mensen over de hele

organisatie beter betrokken bij het succes van het programma. De komst van externe consultants levert weerstand op omdat dit het interne proces belemmert (Strongwater, 1996). Ook bij het Royal Bolton Hospital is de keuze gemaakt om geen externe consultants in te huren. De gedachte is dat men beter kan investeren in de permanente personeelsleden die het idee van continue verbetering intern verspreiden (Jabbal & Lewis, 2018).

Een aantal ziekenhuizen start met kleine initiatieven, pilots of demo's (o.a. Duke CH, NYU Langone, Health First). Deze handelwijze kan leiden tot snelle successen, hetgeen zorgt voor momentum voor andere initiatieven. Op deze manier ontstaat een sneeuwbaaleffect van de strategie over de organisatie (BCG, 2018; American Hospital Association, 2011). In het Duke Children's Hospital hebben ze bijvoorbeeld succes gehad met een kleine pilot op één afdeling. Vervolgens stond de rest van de organisatie meer open voor verandering. Om kleine successen te kunnen boeken, dienen ook conservatieve doelen gesteld te worden. Na verloop van tijd groeit het vertrouwen om te veranderen, waarop de doelen ook weer bijgesteld kunnen worden (Meliones, 2000).

Tot slot speelt het meten van gezondheidsuitkomsten een grote rol in het implementeren en evalueren van nieuwe organisatiestrategieën en verbeterinitiatieven. Een aantal ziekenhuizen investeert om de verbeterinitiatieven te monitoren, bijvoorbeeld bij Health First, University Utah Healthcare en Banner Health. *Value-based reimbursement* van Banner Health is volledig afhankelijk van het genereren van data. De betalingen worden immers vastgesteld op basis van de uitkomsten en kosten voor de patiënt. Om deze strategie te kunnen faciliteren dienen voldoende middelen vrijgemaakt te worden voor adequate datasystemen (Kuhn & Lehn, 2015).

Tabel 5 toont een thematische indeling van beïnvloedende factoren, gevonden in beschreven strategieën.

Tabel 5. Beïnvloedende factoren die van invloed zijn op de implementatie van ziekenhuisstrategie gericht op hoge kwaliteit/ lage kosten

Factor	Beschrijving
Betrokkenheid	Gedeelde ambitie van alle partijen, betrekken van het personeel bij de veranderagenda
Cultuur	De gedachte achter de strategie wordt onderdeel van de organisatie, organisatieverandering gaat verder dan de implementatie zelf
Communicatie	Informatievoorziening vanuit bestuur naar de rest van de organisatie, delen van successen, feedback
Data en IT	Centraal informatiesysteem, meten van uitkomsten
Ondersteuning	Projectondersteuning is vereist, maar de vorm is wisselend: ofwel door een intern projectbureau op te zetten, ofwel door externe consultants, of beiden.
Ontwikkeling vaardigheden	Werken met nieuwe informatiesystemen, managementtrainingen (bijv. Lean)
Organisatie	Herdefiniëren van professionele rollen, wegnemen van silo's of schotten in de organisatiestructuur, coördinatie
Leiderschap	Aanstelling van " <i>champions</i> ", zowel bedrijfskundige als medische leiders, gedeelde verantwoordelijkheid
Financiën	Urgentie door financiële positie, benodigde investeringen voor verandering, <i>shared savings</i> programma
Projecten/ initiatieven	Kleine, haalbare doelen stellen in projecten om beweging op gang te krijgen
Strategie	Langetermijnvisie, duidelijke formulering van de strategie

2.4.4 Conclusie literatuurstudie

Strategieën om de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen te verbeteren en dit doelmatig of misschien wel goedkoper te doen, lijken grotendeels op dezelfde gemene delers te berusten: 1) extra investeringen op de korte termijn; 2) het arrangeren van een bottom-up proces waarbij de professionals zelf initiatieven voor verbetering aandragen en zich zo committeren, bestuur en management bieden actieve steun; 3) starten met enkele kleine pilots om snel successen te boeken en zo een vliegwieleffect te creëren; 4) een adequaat centraal informatiesysteem om de voortgang van de programma's te monitoren en bij te sturen; en 5) een bekostiging waarbij alle betrokken partijen baat hebben bij verbetering van kwaliteit en verlaging van kosten.

Het is tot slot opvallend dat veel strategieën zelfstandig binnen de ziekenhuizen zijn ontwikkeld. Alleen het UMCG heeft expliciet een strategie overgenomen van een ander ziekenhuis (het Rode Kruisziekenhuis Beverwijk). Dit was tevens een relatief onsuccesvolle casus. Mogelijk draagt de doorleefde ontwikkeling van een eigen strategie en visie bij aan het succes van een interventie.

2.5 Vergelijking internationale literatuur met de veranderprogramma's Droom en KAM

De gevonden casussen zoals beschreven in hoofdstuk 2 geven een overzicht van de ontwikkelingen op het gebied van ziekenhuisstrategieën in de afgelopen 30 jaar. Uit de literatuur blijkt dat er een groot aantal gemene delers in de strategieën zijn: 1) extra investeringen op de korte termijn; 2) bottom-up initiatieven, 3) starten met enkele kleine pilots; 4) een adequaat centraal informatiesysteem om de voortgang van de programma's te monitoren; en 5) een aangepast bekostigingssysteem. Zowel Bernhoven als Rivas hebben deze gemene delers ook grotendeels geïncorporeerd. Daarmee hebben zij de succeskans voor hun verandertrajecten waarschijnlijk vergroot. Bernhoven heeft zich daarnaast bovendien sterk gespiegeld aan de theoretische propositie om een scheiding te maken tussen acute, electieve en chronische zorg. (Christensen, Grossman & Whang, 2016) Rivas heeft de strategie niet gericht op een soortgelijke organisatieverandering.

Toch zijn er opvallende verschillen met de casussen uit de literatuur. Het afgelopen decennium is de opkomst van *value-based healthcare* duidelijk zichtbaar in de gerapporteerde strategieën. Hoewel de programma's van Bernhoven en Rivas kenmerken hebben van *value-based healthcare*, is dit niet de kern van de strategie. Beide ziekenhuizen sluiten aan bij persoons- of patiëntgerichte zorg, met kenmerkende eigenschappen als *shared decision-making* en meer tijd voor de patiënt. Tevens is de samenwerking met zorgverzekeraars een belangrijke onderscheidende factor. In andere casussen worden weliswaar ook programma's ingericht op *shared-savings*, bijvoorbeeld tussen het ziekenhuis en de artsen of het ziekenhuis en de zorginkoper, maar de ontwikkeling van een gezamenlijke visie is niet beschreven in de overige casussen.

In vergelijking met de overige ziekenhuizen uit de verkennende literatuurstudie wordt bij Droom en KAM minder nadruk gelegd op data en IT en het ontwikkelen van vaardigheden. Daarnaast is een cultuurprogramma een expliciet onderdeel van de Droomstrategie, maar bij KAM maakt dit geen onderdeel uit van het programma. Ook is er bij KAM geen sprake van een grote organisatieverandering, zoals bij de Droomstrategie wel het geval is met de zorgmodellen.

3 Evaluatie implementatie Droom en KAM

Kernboodschap

Middels interviews met 63 personen is inzicht verkregen in de implementatie van het programma en de werkzame elementen. Het bottom-up ophalen van kwaliteitsinitiatieven in ziekenhuizen bij professionals kweekt eigenaarschap en draagvlak voor de strategie. De kwaliteitsinitiatieven zijn verschillend in beide ziekenhuizen, maar zowel Bernhoven als Rivas Zorggroep beogen om de zorg beter aan te sluiten bij de behoefte van de patiënt. Patiënten worden vaker in de eerste lijn behandeld en de samenwerking tussen huisarts en specialist is verbeterd. Dit gaf de ziekenhuizen tijd en financiële ruimte om de strategie door te voeren. Bij beide ziekenhuizen bleek strategische ondersteuning vanuit een externe partij belangrijk om de beweging op gang te helpen, voor transparantie en verbetering van de samenwerking met de verzekeraar. In beide ziekenhuizen is de financiële prikkel doorgevoerd maar op verschillende manieren. Beide hebben geleid tot financiële zekerheid ondanks een vermindering in productie. Bovendien is het wegnemen van de productieprikkels een bevorderende factor geweest bij de implementatie van een aantal kwaliteitsinitiatieven. Dit heeft bijgedragen aan een cultuurverandering van productie-gedreven naar kwaliteit-gedreven werken.

3.1 Inleiding

De implementatie van de veranderprogramma's Droom en KAM is diepgaand onderzocht om kennis te verkrijgen hoe deze hebben plaatsgevonden, wat bevorderende en belemmerende factoren waren bij de implementaties en welke lessen daaruit zijn te trekken voor opschaling naar andere ziekenhuizen. Doordat beide veranderprogramma's bij aanvang van dit onderzoek al waren gestart, was het niet mogelijk een nulmeting te doen. Kwantitatief onderzoek naar de *mate* van implementatie van beide programma's was daarom niet mogelijk. Kwalitatief evaluatieonderzoek kan wel en is ook geschikt om de ervaringen over de implementatie van de verschillende onderdelen van de veranderprogramma's in kaart te brengen. Kwalitatief evaluatieonderzoek levert geen gekwantificeerde 'meting' van de effecten van de veranderprogramma's op, maar geeft wel inzichten in de achtergrond, in de implementatie, in de beïnvloedende factoren en werkingsmechanismen en in de som van alle onderdelen van de beide programma's. Een kwalitatieve evaluatie biedt daarmee ook mogelijkheden voor aanbevelingen ten aanzien van het borgen en uitrollen van dergelijke veranderprogramma's.

Droom en KAM kenmerken zich door een co-creërend proces met verschillende stakeholders. Het zijn complexe interventies. Een complexe interventie wordt gedefinieerd als een interventie waarin verschillende componenten met elkaar interacteren en meerdere zorgverleners betrokken zijn (Moore, Audrey, Barker et al., 2015). De evaluatie zal daarom ook goed zicht moeten geven op dit proces zelf. Het gaat daarbij vooral om het leerproces in de bredere context. Dus om de vraag welke veranderingen er hebben plaatsgevonden die naar alle waarschijnlijkheid het gevolg zijn van de interventie.

De doelstelling van het kwalitatieve onderzoek is het evalueren van de implementatie van de veranderprogramma's om inzicht te krijgen in de werkzame elementen van de programma's. De onderzoeksvraag luidt: Hoe is de implementatie van de veranderprogramma's verlopen en wat zijn de werkingsmechanismen?

3.2 Theoretisch kader kwalitatief implementatieonderzoek

Dit onderzoek betreft een procesevaluatie. In dit theoretisch kader worden begrippen en inzichten vanuit de literatuur beschreven die worden gebruikt om de empirische bevindingen vervolgens op een verantwoorde wijze te kunnen analyseren en beschrijven. Het gaat hierbij om het verhelderen van de begrippen implementeren en evalueren, en om het beschrijven van theorieën aangaande het implementeren van innovaties en het evalueren van dergelijke implementaties.

3.2.1 Implementatie

Implementatie kan worden gedefinieerd als 'een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg' (Grol R, 2006). In de definitie van implementatie worden de volgende elementen gehanteerd:

- Procesmatige en planmatige invoering: Er worden strategieën en activiteiten gekozen en uitgevoerd om de invoering van een bepaalde innovatie te bereiken. Deze strategieën leiden echter vaak niet tot vanzelfsprekend ander handelen in de praktijk. Daarom vereist effectieve implementatie een procesmatige aanpak. Bij het opzetten van het implementatieplan zal sprake zijn van een iteratieve benadering, waarin door opgedane ervaringen de volgende stappen worden gezet en de aanpak wordt verbeterd.
- Vernieuwingen en/of verbeteringen: Het gaat om het invoeren van nieuwe, betere of andere werkwijzen, technieken of organisatievormen.
- Structurele plaats krijgen (borgen): De implementatie moet leiden tot een blijvende verandering.

Het implementeren van zorgvernieuwingen brengt vele struikelblokken met zich mee. Succesvolle implementatie hangt van meerdere factoren af; het kader waarin de implementatie plaatsvindt, de omgeving/context van de innovatie en de operationalisering ofwel hoe de implementatie van de innovatie vorm krijgt. Het implementatieproces is belangrijk omdat het grote invloed heeft op de uiteindelijke effectiviteit van de interventies.

3.2.2 Procesevaluatie/evaluatie van complexe interventies

De programma's die worden geëvalueerd zijn gestart in 2014-2015 en lopen nog op het moment van onderzoek. Gezien de onderzoeksvraag evalueren we het proces van de implementatie om inzicht te krijgen in de werkingsmechanismen, bijvoorbeeld waarom een interventie niet werkt of onverwachte uitkomsten laat zien. Maar ook waarom het wel werkt en hoe de interventie eventueel verbeterd kan worden. Het evalueren van interventies wordt complexer als de zich ontwikkelende stakeholders in hun (veranderende context) gezamenlijk invloed hebben op de effectiviteit van de interventie. Context en interventie interacteren en bepalen gezamenlijk het uiteindelijke effect. (van Scheppingen A, 2012)

Consolidated Framework for Implementation (CFIR)

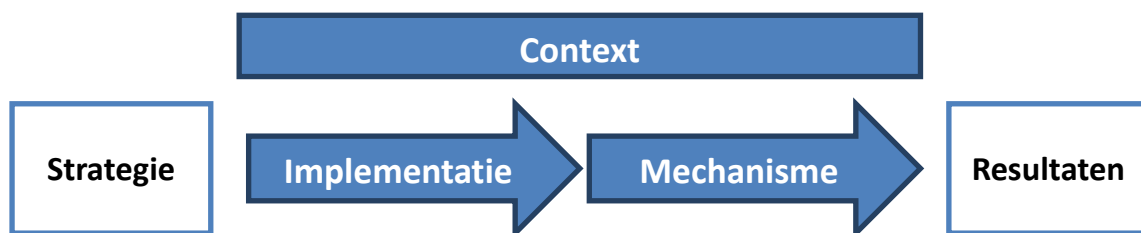
Uit onderzoek naar verschillende implementatietheorieën is het Consolidated Framework for Implementation Research ontwikkeld (Keith, Crosson, O'Malley et al., 2017). Dit framework onderscheidt vijf domeinen:

1. De interventie zelf
2. De 'inner' setting: de economische, culturele en politieke invloeden van binnenuit
3. De 'outer' setting: de economische, culturele en politieke invloeden van buitenaf
4. De betrokken individuen
5. Het implementatieproces

De domeinen interacteren met elkaar en bepalen gezamenlijk de effectiviteit van het implementatieproces.

Medical Research Council (MRC) framework

Een procesevaluatie van een interventie moet gebaseerd zijn op drie kernfuncties: 1) de implementatie, 2) de mechanismen waardoor verandering ontstaat en 3) de context (Moore, Audrey, Barker et al., 2015). Het MRC model is ontwikkeld voor de evaluatie van complexe interventies, zie figuur 2. Bij de implementatie bekijken we hoe de strategie eruitzag. Bij mechanismen bekijken we hoe de strategie heeft gewerkt, zijn er bijvoorbeeld ongewenste effecten? Of is de strategie anders dan dat de doelgroep denkt? Bij context bekijken we hoe de omgeving invloed heeft gehad. Waren er bevorderende en/of belemmerende contextuele factoren voor de strategie en/of het effect?



Figuur 2. Model voor evaluatie van complexe interventies

Voor de interviewgide hebben we een topiclijst opgesteld op basis van een combinatie van het CFIR framework en het MRC framework.

3.2.3 Factoren

In het implementatieproces spelen veel bevorderende en belemmerende factoren. Deze factoren, ook wel determinanten genoemd, zijn deels ook te beïnvloeden via interactie met de implementatiestrategieën. Hierdoor kan de effectiviteit van bevorderende determinanten verder worden vergroot en de impact van belemmerende determinanten juist verlaagd (Fleuren, Wiefferink & Paulussen, 2004). Determinantenanalyse wordt vaak ingezet om bij de evaluatie van de implementatie de faal- en succesfactoren te categoriseren.

Beïnvloedende factoren bij complexe integrale interventies

Er is veel onderzoek naar beïnvloedende factoren uitgevoerd voorafgaand aan de invoering van een strategie of onderzoek dat zich richt op determinanten bij enkelvoudige interventies. Omdat de veranderprogramma's van Bernhoven en Rivas Zorggroep complexe en organisatiebrede interventies zijn, is in de literatuur gezocht naar determinanten bij integrale strategieën. De gevonden beïnvloedende factoren zijn ingedeeld in 11 hoofdthema's, te weten: Betrokkenheid, cultuur, leiderschap, data en IT, ondersteuning, financiën, communicatie, organisatie, ontwikkeling

vaardigheden, projecten en strategie. Dit is uitgebreider beschreven in paragraaf 2.4.3 (tabel 5) en waar nodig zijn nog aanvullende thema's toegevoegd.

3.3 Methode

De kwalitatieve data die zijn verzameld en geanalyseerd, zijn verkregen door open, semi-gestructureerde interactie met de participanten. Deze semigestructureerde interviews zijn afgenomen aan de hand van een topiclijst. Deze topiclijst is opgesteld aan de hand van de onderzoeksvragen, het theoretisch kader en de verkenning op basis van de casusbeschrijvingen. Zie bijlage 4 voor de topiclijst van de interviews.

De deelnemers hebben schriftelijk toestemming gegeven voor deelname aan het interview en alle interviews zijn met instemming van de deelnemers opgenomen.

De analyse van deze kwalitatieve data heeft plaatsgevonden op basis van integraal uitgeschreven transcripten van de opgenomen interviews. De data zijn geïmporteerd in Atlas.ti (software om kwalitatieve onderzoeksdata te analyseren) en vervolgens gecodeerd. De data zijn zowel inductief als deductief gecodeerd. De eerste 10 interviews zijn met meerdere onderzoekers gecodeerd om grip te krijgen op de codes en thema's. Vervolgens zijn de overige transcripten geanalyseerd door één onderzoeker.

Er is gestart met een deductieve analyse, gebaseerd op het theoretisch kader. Vervolgens is er gekeken naar nieuwe codes en concepten. Hier was sprake van een inductieve analyse, waarin nieuwe begrippen naar voren komen. Daar waar in dit rapport gebruik is gemaakt van quotes dienen deze vooral ter illustratie of als voorbeeld van een analytisch punt. Hierin is vaak een selectie gemaakt uit vele quotes en/of observaties die de analyse ondersteunen.

In totaal zijn interviews gehouden met 63 respondenten. 59 interviews zijn face-to-face afgenomen, de overige 4 interviews zijn telefonisch afgenomen. Een vijftal respondenten heeft een dubbele functie (arts en bestuurder/manager), waardoor het totaal aan stakeholders op 67 komt. Van de respondenten waren er 33 betrokken bij de Droomstrategie, 25 betrokken bij Kwaliteit als Medicijn en 7 waren bij beide programma's betrokken (tabel 6). De lengte van de interviews varieerde van 5 tot 118 minuten en de interviews hebben plaatsgevonden tussen mei 2019 en april 2020.

Tabel 6. Overzicht respondenten interviews

Achtergrond	Aantal	Geslacht	Droom	KAM	Beide
Medisch specialisten/artsen	19	M: 15 V: 4	13	6	-
Verpleegkundigen	5	M: 0 V: 5	3	2	-
Bestuurders/ managers ziekenhuis	15	M: 12 V: 3	7	8	-
Huisartsen	7	M: 5 V: 2	4	3	-
Managers eerste lijn	3	M: 1 V: 2	1	2	
Externe consultants	4	M: 3 V: 1	-	-	4
Patiënten	9	M: 4 V: 5	5	4	-

Achtergrond	Aantal	Geslacht	Droom	KAM	Beide
Managers/bestuurders zorgverzekeraars	5	M: 4 V: 1	2	-	3
Totaal	67*	M: 44 V: 23	33	25	9

* totaal is meer dan 63 omdat sommige respondenten in meerdere categorieën vallen

3.4 Resultaten implementatie per invloedrijke factor

In deze paragraaf beschrijven we de resultaten van de implementatie aan de hand van de geïdentificeerde factoren. Tabel 7 beschrijft de factoren die volgens de respondenten invloed hebben gehad op de implementatie en de resultaten. Dit zijn de 11 domeinen die zijn geïdentificeerd uit de literatuurstudie zoals beschreven in paragraaf 2.4.3 (tabel 5). Daarnaast is op basis van de inductieve analyse nog een factor toegevoegd: 'tijd en middelen'. De factoren worden hieronder besproken.

Tabel 7: Beïnvloedende factoren van de veranderprogramma's Bernhoven en Rivas

Implementatie binnen Bernhoven en Rivas		
1	Betrokkenheid	<ul style="list-style-type: none"> De meeste partijen voelen zich goed betrokken bij de implementatie van de strategieën. Ervaring over eigenaarschap in Bernhoven is beperkt toegenomen
2	Cultuur	<ul style="list-style-type: none"> Cultuurverandering is meer dan de som van de initiatieven Droom en KAM hebben bijgedragen aan bewustwording over onnodige zorg Binnen Rivas was al een sterke cultuur van streven naar verbetering Meningen over de toegevoegde waarde van het cultuurprogramma voor de implementatie van de veranderstrategie in Bernhoven lopen uiteen
3	Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> Veel tijd en energie voor interne communicatie is een belangrijke facilitator geweest Communicatie met externe partijen vraagt een aanpak op maat en externe ondersteuning
4	Data en IT	<ul style="list-style-type: none"> Er is nog ruimte voor verbetering wat betreft het meten van uitkomsten van de initiatieven Samenwerking ziekenhuis en eerste lijn vraagt een betere digitale communicatie uitwisseling
5	Ondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> Laagdrempelige interne projectondersteuning is essentieel om een idee tot uitvoer te kunnen brengen Strategische externe projectondersteuning is met name bij de start van belang voor de vertaalslag van resultaten naar zorgverzekeraars Extra ondersteuning van zorgprofessionals of inzet van andere typen zorgprofessionals is soms nodig bij de implementatie van de kwaliteitsinitiatieven
6	Ontwikkeling vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> Er is aandacht voor het ontwikkelen van vaardigheden voor zorgverlener en patiënt
7	Organisatie	<ul style="list-style-type: none"> De veranderprogramma's leiden in het algemeen tot minder schotten tussen vakgroepen en met de eerste lijn Samenwerking ziekenhuis en eerstelijns zorgaanbieders is beter, maar druk op de eerste lijn is toegenomen De implementatie van zorgmodellen is overwegend positief verlopen, de acute as in Bernhoven is niet helemaal volgens plan geïmplementeerd Capaciteitsplanning acute opname en ondersteunend personeel bij Bernhoven is nog niet optimaal Schaalgrootte kan een verdere efficiëntieslag belemmeren

Implementatie binnen Bernhoven en Rivas		
8	Leiderschap	<ul style="list-style-type: none"> • Kartrekkers zijn de drijvende kracht geweest voor de ontwikkeling en implementatie van de strategie • Een goed bestuurlijk netwerk en innovatieve bestuurders met lef zijn belangrijke randvoorwaarden voor de ontwikkeling en implementatie van de veranderprogramma's • Dokters als managers zijn van toegevoegde waarde, maar vraagt specifieke competenties
9	Financiën	<ul style="list-style-type: none"> • Meerjarige aanneemsommen bieden kansen voor win-winsituaties • Kostenafbouw in ziekenhuizen vergt organisatieverandering en een lange adem • Ziekenhuizen en huisartsen ervaren vooral een focus op kosten door zorgverzekeraars • Huisartsen hebben adequate bekostiging voor extra werkzaamheden nodig • Bekostiging van het systeem is remmend bij transmurale zorgverlening
10	Projecten/ initiatieven	<ul style="list-style-type: none"> • Bottom-up ontwikkeling van de initiatieven verhoogt betrokkenheid en commitment van zorgprofessionals maar wordt soms ook als tijdrovend ervaren
11	Strategie	<ul style="list-style-type: none"> • Langetermijnvisie van de programma's zijn helder • Ontwikkeling van de strategie is een geleidelijk proces waarbij een sense of urgency in beide regio's werd gevoeld • Veranderprogramma's worden ervaren als een onomkeerbaar proces
12	Tijd en middelen	<ul style="list-style-type: none"> • Juiste capaciteitsniveau van specialismen lastig te sturen

1. Betrokkenheid

De meeste partijen voelen zich goed betrokken bij de implementatie van de strategieën.

Betrokkenheid heeft volgens de geïnterviewden op verschillende manieren invloed op de implementatie van de programma's. Veel respondenten voelen dat de implementatie van de veranderprogramma's een gedeelde verantwoordelijkheid is. Dit blijkt uit een actieve betrokkenheid van zowel zorgprofessionals in het ziekenhuis als ook bij de huisartsen. Daarnaast is er een brede stuurgroep van beide programma's waarin verschillende stakeholdergroepen vertegenwoordigd zijn. Zo hebben patiënten inspraak via de klankbordgroep en via de cliëntenraad.

Bij de initiatieven is de betrokkenheid van alle vakgroepen gestimuleerd door het bottom-up indienen van de initiatieven. Door vakgroepen zelf mee te laten denken aan verbeterinitiatieven worden de initiatieven gedragen door de betrokken vakgroepen. Desondanks lijken er verschillen te zijn tussen de betrokkenheid van vakgroepen. Er zijn enkele specialismen minder betrokken bij de verschillende programma's.

Hoewel de huisartsenverenigingen van beide programma's vanaf het begin meegenomen zijn bij de strategie, voelden huisartsen zich toch niet altijd even goed betrokken. Sommigen voelden de programma's vooral als een ziekenhuisinitiatief, waarbij er minder inspraak is voor huisartsen. Anderen ervoeren in de transitie van zorg naar de eerste lijn vooral dat er zorg naar de huisarts kwam waar zij financieel niet voor werden gecompenseerd.

Verpleegkundigen voelen zich minder betrokken bij het programma. Zij waren niet vertegenwoordigd in de stuurgroep van de programma's en zij werden beperkt gestimuleerd om initiatieven in te dienen. Dit gebeurde pas in een laat stadium van het programma Droom en op dat moment waren er beperkte of geen middelen meer beschikbaar om de initiatieven uit te voeren. Bij Rivas werden verpleegkundigen betrokken bij de ontwikkeling van initiatieven, maar werd een barrière ervaren in de hiërarchische positie ten opzichte van de artsen.

“We hebben ook wel geprobeerd bijeenkomsten met verpleegkundige specialisten of met verpleegkundigen die echt een specifiek vakgebied onder hun hoede hebben, om daar het gedachtengoed meer te laten leven. Ook ideeën daar op te halen. Ja, en zij zeggen: "Wij ondersteunen heel erg wat hier gebeurt, maar vaak is de dokter toch in the lead". Dus ik kan wel heel erg gaan besluiten van zo is het het beste. Maar ja, dan moet je uiteindelijk toch weer bij de internist zijn, want die besluiten. Op de afdeling daar leven veel meer de onderwerpen als bijvoorbeeld ligduurverkorting, waar de verpleegkundigen natuurlijk een hele rol in hebben. Dus al die initiatieven hebben we ook met de verpleegkundigen van de afdelingen besproken. Ja, en die hebben dan inderdaad goede ideeën over hoe kunnen we dat nog beter doen. Maar echt de kern van de ideeën komt wel van de dokters vandaan.” (I13)

De programma's hebben het vertrouwen en de onderlinge relaties binnen het ziekenhuis en met de eerste lijn versterkt

Een belangrijk deel van de veranderprogramma's was het versterken van de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Bij Rivas bestond voor de start van het programma KAM al een intensieve samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Betrokkenen ervaren dat deze samenwerking is versterkt door de programma's. Belangrijk onderdeel van de initiatieven zijn de kortere lijnen voor overleg tussen huisarts en specialist. Hierdoor ervaren geïnterviewden een meer gelijkwaardige samenwerking tussen specialist en huisarts. Door deze toegenomen interactie tussen zorgprofessionals in het ziekenhuis en huisartsen is het ervaren vertrouwen toegenomen.

Geïnterviewden geven aan dat de veranderprogramma's het onderlinge vertrouwen hebben versterkt. Bij de programma's zijn verschillende stakeholdergroepen betrokken en door de programmatische opzet kwamen de stakeholders vaker samen. Vooral de samenwerking met de zorgverzekeraars wordt door veel geïnterviewden genoemd. Zorgverzekeraars worden van oudsher als vijand gezien. Door de meerjarenafpraak kwam er ruimte voor innovatie waarbij er meer tijd is om de resultaten zichtbaar te maken. Dit werd gezien als een blijk van vertrouwen.

Anderzijds kwam daar bij sommigen ook een gevoel van een ander soort verantwoording voor terug. De effecten van de initiatieven moesten worden gerapporteerd en er moest een businesscase worden opgesteld. Strategy& werd gezien als neutrale partij die een positieve rol kon spelen in deze vertrouwensband.

Eigenaarschap in Bernhoven is beperkt toegenomen

In Bernhoven is het loondienstmodel ingevoerd met het participatiemodel. De betrokkenheid en ondersteuning van veel specialisten bij de Droomstrategie is door specialisten gezien als een argument om te kiezen voor loondienst met participatiemodel. Bijna alle geïnterviewden geven aan dat de toenmalige algemeen directeur een belangrijke rol heeft gespeeld in de ontwikkeling en invoering van loondienst met participatiemodel, evenals de toenmalige medisch directeurs. Zij hebben veel tijd en energie geïnvesteerd in het meenemen van de medisch specialisten in de voordelen van loondienst en participatiemodel. Daarnaast was er goede ondersteuning vanuit het management van de stafmaatschap en het ziekenhuis om alle doorberekeningen uit te voeren en waren er enkele andere medisch specialisten in de stafmaatschap die proactief voorstander waren van loondienst met participatiemodel.

Een ander onderdeel van de Droomstrategie behelst het concept 'doctor in de lead'. Hoewel dit al ingevoerd was voordat binnen Bernhoven de uiteindelijke keuze voor loondienst met participatiemodel gemaakt werd, dacht men dat hierdoor de zeggenschap in het ziekenhuis door

dokters behouden zou blijven. De ervaringen hierover lopen echter uiteen. Sommige geïnterviewden vinden dat de medisch leiders en medisch directeuren meer manager zijn geworden dan dokter en te weinig ruggenspraak houden met de achterban. Er zijn zelfs enkele geluiden dat men achteraf gezien liever alsnog een MSB had gehad, met name vanwege het verlies aan invloed in het ziekenhuis. Als tegenbeweging voor het gevoel van te weinig zeggenschap is de kernstaf opgericht, een orgaan waarbinnen alle medisch specialisten weer samenkomen om te vergaderen en er in ieder geval een gezamenlijk geluid afgegeven kan worden aan directie en medisch leiderschap.

2. Cultuur

Cultuurverandering is meer dan de som van de initiatieven

Door Droom en KAM is er op veel plekken, zowel in het ziekenhuis als daarbuiten, een ander denkpatroon ontstaan waardoor men meer patiëntgericht is gaan kijken en een meer gezamenlijke verantwoordelijkheid ziet om de patiënt te helpen. Dit gaat verder dan de losse initiatieven.

“Wat ik denk is dat iedereen aan beide kanten, zowel de eerste als de tweede lijn, veel meer nu met het gevoel leeft: Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid die we hebben naar de gezondheid toe van onze patiënten...”“Het is veel minder dat we denken nou we schuiven het maar door naar de tweede lijn en andersom. Het gaat maar weer terug. Nee, het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid en die zorg wordt gegeven op de plek waar het het beste is. Dat zit bij iedereen toch wel een beetje nu erin. En dat is wel mooi om te merken af en toe.” (I47)

“Ik denk dat initiatieven daar ook heel erg aan bijgedragen hebben, doordat toch iedereen daarmee bezig was en ook positieve ervaringen daarmee op te doen. Dat motiveert om verder te gaan. Dat is ook wel een belangrijke cultuurbouwer geweest én het nieuwe organisatie-model, waardoor je ook op een andere manier met elkaar gaat samenwerken en daar de balans in zoekt.”(I17)

Binnen Rivas was al een sterke cultuur van streven naar verbetering

Binnen Rivas was voordat KAM startte al een sterke cultuur van het streven naar verbetering en een laagdrempelige manier van contact tussen vakgroepen in de eerste lijn.

“En toen was de overtuiging er wel bij het bestuur in de zin van dit is een ontwikkeling die goed is voor de gezondheidszorg, ook past bij de cultuur en het streven van verbetering van gezonde zorg van de Rivas Zorggroep. (I12)“

“En de empathie zit een beetje in de organisatie gebakken vind ik. Ik denk dat we hier heel gauw dingen samen doen. Het is hier niet eng om bij een medisch specialist binnen te lopen of hem aan te spreken.” (I22)

Droom en Kam hebben bijgedragen aan bewustwording over onnodige zorg

Door het verminderen van de productieprikkel en de initiatieven zijn sommige vakgroepen bewuster gaan nadenken over onnodige zorg. Een financieel veilige omgeving is volgens geïnterviewden randvoorwaardelijk om een andere manier van denken te creëren.

“Onnodige zorg inderdaad dat gebeurt ook hier. “Weet je wie dat doen? Dat zijn de KNO-artsen met al die buisjes, maar wij niet.” Tot het moment dat er gewoon mensen waren die zeiden: “Jeetje, we moeten onszelf eens recht in de ogen kijken, want we doen dat allemaal. We worden allemaal gestuurd door dat systeem wat drukt op prikkels of waar die prikkels in zitten om meer te doen.” Op een gegeven moment zat er al een beetje een kritieke massa met ook een paar specialisten die gewoon aanzien hebben, die dat dan durven zeggen.” (I33)

Meningen over de toegevoegde waarde van het cultuurprogramma voor de implementatie van de veranderstrategie in Bernhoven lopen uiteen

Het cultuurprogramma 'Silk' is door Bernhoven aan zorgprofessionals aangeboden. De meeste geïnterviewden stonden positief tegenover dit programma en er is meerwaarde ondervonden in het spreken van eenduidige taal en het versterken van de onderlinge verbinding. Er waren echter ook geluiden dat het tijdrovend en is en dat het vrijmaken van zorgprofessionals voor een driedaagse cursus een praktische barrière bleek. Tevens bleek dat het programma niet bij iedereen bekend was.

"Ik vind het echt wel iets heel moois en ik denk dat het juist ook heel veel meerwaarde heeft als je dat dus met elkaar vanuit verschillende afdelingen en vanuit de verschillende professies kunt doen, omdat je elkaar daar toch ook echt anders leert kennen. Dat merk je ook hè, mensen waar je mee in zo'n groep gezeten hebt, ja, daar heb je toch een andere band mee, in ieder geval met een deel van die mensen, dan met mensen die je gewoon alleen maar in het dagdagelijkse tegenkomt. Het helpt soms ook echt wel inderdaad in de communicatie, in het gezamenlijke beeld van hoe je, ja, naar met elkaar omgaan kijkt en daar zit een soort gezamenlijke taal, bijvoorbeeld die je soms ook kan helpen om dingen te benoemen." (I30)

3. Communicatie

Veel tijd en energie voor interne communicatie is een belangrijke facilitator geweest

Hoewel er veel tijd en energie is gestoken om de betrokkenen mee te nemen bij de ontwikkeling en implementatie van Droom, zijn de meningen verdeeld over de timing van de informatievoorziening en de inhoud. De verschillende vormen (verschillende soorten bijeenkomsten, nieuwsbrieven, vakgroep vergaderingen, congressen ed.) die zijn gebruikt worden positief ervaren door de geïnterviewden. De onvrede over de communicatie hing bij de medisch specialisten deels samen met de onduidelijkheid en soms grotere behoefte aan betrokkenheid bij besluitvorming.

"Dus in die zin was de informatievoorziening denk ik niet goed genoeg, in ieder geval niet voldoende om de medisch specialismen aan boord te houden. Of dat dan komt omdat de veranderingen sneller gingen dan dat de medisch specialisten konden bijhouden, dat kan." (I7)

"Ik denk dat we over het idee en de achterliggende zaken wel voldoende zijn voorgelicht, alleen ik denk dat onze rol in de richting bepalen dat die relatief beperkt is geweest." (I5)

Klinische 'leiders' die de collega's meenemen in de strategie is als bevorderend ervaren om anderen te overtuigen.

"Bij dokter in de lead: En die hoorden dus vanuit ons, vanuit het hart vertellen dat wij dachten dat dit voor Bernhoven, ook vanuit hun belang, ook voor de patiënten, de meeste dokters kan je wel aanspreken op betere zorg... Wij konden een gepassioneerd verhaal vertellen dat dit echt beter was voor de patiënt. Dat we ook daardoor het ziekenhuis in de vaart der volkeren omhoog konden brengen. Nou, ja, dat klinkt allemaal wel redelijk, dat klinkt wel goed" (I4)

Communicatie met externe partijen vraagt een aanpak op maat en externe ondersteuning

Communicatie met de omgeving heeft plaatsgevonden via verschillende kanalen. Zo zijn huisartsen via de vele kwaliteitsinitiatieven meegenomen in de communicatie. De huisartsengroepen Synchron (Bernhoven) en HenZ (Rivas) waren vertegenwoordigd in de stuurgroep van de beide programma's,

waardoor vertegenwoordigers van de huisartsen mee konden denken en zij een rol hadden in het overbrengen van de informatie naar de huisartsen in de regio.

Gedurende het hele programma werd gekeken naar de informatiebehoefte op dat moment voor de verschillende stakeholdergroepen. Hier werd veel tijd en energie in gestoken.

“Bernhoven heeft natuurlijk wel de perfecte regio daarvoor als je bijvoorbeeld naar huisartsen kijkt, hier is één zorggroep. Alle huisartsen zijn hier verenigd in een aanspreekpunt.” (19)

“Nou, we hebben daar een soort reguliere communicatie, overlegkanalen en nieuwsbrieven naar medewerkers. Informatiemails naar huisartsen, vaste agendapunten op overleggen met zorgverzekeraars enzovoorts. Ja en soms naar gelang van behoefte of naar gelang van resultaten hebben we ook, heb ik ook de rol gehad om initiatief te tonen om dat anders of groters of wat ludieker te organiseren. Dus we hebben ook themabijeenkomsten gehad, symposiums ook voor externen. Op een gegeven moment was er best wel veel interesse om werkbezoeken te doen. We hebben gekeken van hoe kunnen we dat het beste bundelen. Dus dat zijn allemaal voorbeelden om dat te doen, maar vooral, dat is wel de rode draad, getracht om het een beetje in de reguliere communicatie en uitingsvormen te doen.” (113)

Strategy& had een belangrijke rol in de communicatie naar de zorgverzekeraar. Hoewel de ervaringen verdeeld lijken over de toegevoegde waarde van Strategy&, zien betrokkenen wel dat zij konden bijdragen aan de vertaalslag van de behaalde resultaten naar de zorgverzekeraar. Met name de strategische ondersteuning in de vertaling van de resultaten naar de zorgverzekeraar werden positief ervaren.

“Weet je, wij vonden eigenlijk de toegevoegde waarde niet zo erg groot, van Strategy&, niet zo veel toevoegen bij ons eigen projectbureau of bedrijfskunde, maar uiteindelijk gaven zij natuurlijk wel, spraken zij beter de taal van de verzekeraars met name. Je moet een vertrouwensachterstand overbruggen tussen zorgverlener en verzekeraar. Er zit gewoon een natuurlijk wantrouwen tussen. Dus als je dan een partij kunt vinden die het vertrouwen heeft van beide, en dat had Strategy&, nou, dan helpt dat gigantisch.” (142)

4. Data en IT

Er is nog ruimte voor verbetering wat betreft het meten van uitkomsten van de initiatieven

De meeste geïnterviewden zijn zich bewust van het belang van het meten van uitkomsten. In de praktijk ervaren zij dat het tijdrovend is en dat de IT hen hierin niet faciliteert. Sommige geïnterviewden vinden dat er veel te weinig op een goede systematische manier wordt gemeten, waardoor het niet goed te beoordelen is of het resultaat toe te schrijven is aan het initiatief.

“Er heeft veel energie gezeten in het zichtbaar kunnen maken van de resultaten. Maar dit heeft wel heel erg geholpen bij de implementatie. Op het moment dat je ziet, hoe een initiatief echt loopt krijgen deelnemers energie: dan denkt iemand: “Dit gaat super” en wordt heel gelukkig of als een initiatief niet goed gaat wordt dit zichtbaar en zet iedereen een tandje bij.”(117)

“Dus ja, dat geldt voor de drie goede vragen om eens wat te noemen hè, shared decision making. Dan komen ze met kaartjes, briefkaartjes die je dan mee moet geven aan alle patiënten en er zijn cursussen geweest om te vertellen wat dan shared decision making is en dat soort dingen. Maar dan wordt er, vind ik, niet goed nagedacht van ja, zou dat nou wel werken of valueer je na een periode of het werkt, pas je het dan eventueel aan. Dat, dat gebeurt allemaal wel maar veel te traag zeg maar. Hè, dan is er al heel veel energie verspild zeg ik maar, en had, had beter gekund zeg maar. Maar dat hangt ook weer samen met wat ik in het begin zei, ja, de meeste specialisten daar zijn dat helemaal niet gewend.”(126)

Daar waar procesmaten wel inzichtelijk kunnen worden gemaakt blijven resultaten van patientenuitkomsten volgens geïnterviewden vaak achter.

“Ik kan wel zeggen: er zijn metingen gedaan van hoeveel patiënten zitten in deze projecten? Hoeveel brieven zijn er gestuurd? Dat is er allemaal wel. Maar net dat stukje van de controle van: gaat het dan ook nog goed met die mensen? Dat heb ik niet echt gezien.” (I20)

“Maar het meten daarvan van wat bereik je, dat heb ik niet. We kunnen wel tellen hoe vaak we een huisarts aan de lijn krijgen voor dit soort dingen. Dan maken wij een bepaalde notitie in NX, in chip soft. Maar ja, echt de ultieme resultaten weten we niet.” (I46)

Samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn vraagt een betere digitale communicatie uitwisseling
Veel initiatieven betreffen het verplaatsten van zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn. Een betere digitale gegevensuitwisseling kan de zorg voor de patient veiliger maken en resultaten kunnen beter worden gemonitord. En de administratieve lasten kunnen volgens geïnterviewden verminderd worden.

“Nou de elementen die daar in zitten is dat als je een patiënt bijvoorbeeld in de eerste lijn hebt en die gaat naar de tweede lijn, dat je dus ook in één dossier werkt, één patiëntendossier. En dat gaat dan heen en weer. En dat je dan ook als een patiënt weer terug gaat dat je dan weer dat dossier, dat je dus samen ook eigenlijk een dossiervorming doet.” (I40)

5. Ondersteuning

Laagdrempelige interne projectondersteuning is essentieel om een idee tot uitvoer te kunnen brengen
De interne projectondersteuning is van belang om het programma te evalueren en om werk uit handen te nemen van medische professionals. Bij Bernhoven is veel bureaucratie ervaren bij de indiening van initiatieven. Na afloop wordt projectondersteuning vaak weer afgeschaald, maar volgens betrokkenen blijft ondersteuning nodig. De programmaleider fungeert als spin in het web tussen bestuurders en medisch specialisten.

“Iets wat ons enorm kan gaan helpen is wat meer geld om een goed projectbureau op te zetten. Bernhoven is van oudsher niet zo heel goed in het implementeren zal ik maar zeggen. Misschien geldt dat voor elk ziekenhuis wel, maar in ieder geval wij hebben vaak de middelen niet hiervoor. In tijden van Droom hadden we dat wel, toen hadden we dat programmabureau, maar nu is die subsidie natuurlijk voorbij. Dus nu proberen we nog iets dergelijks in stand te houden.” (I35)

Verpleegkundigen geven aan dat het gebrek aan middelen voor projectondersteuning demotiverend werkt bij het indienen van initiatieven. Enkele initiatieven zijn om deze reden niet geïmplementeerd.

Bij Rivas heeft de interne projectondersteuning wel een structurele plaats in de organisatie. Ook hier wordt een coördinerende rol toegedicht aan de programmaleider. Projectondersteuning en medische professionals weten elkaar goed te vinden.

Strategische externe projectondersteuning is met name bij de start van belang voor de vertaalslag van resultaten naar zorgverzekeraars

Strategy& is bij beide ziekenhuizen betrokken geweest om de implementatie te ondersteunen. De ondersteuning van Strategy& werd deels door de zorgverzekeraar en deels door het ziekenhuis gefinancierd.

“Nou wij betalen meestal gezamenlijk. En je ziet op het moment dat je inderdaad bij het ziekenhuis zegt je betaalt een deel van de rekening dat dan het enthousiasme al snel minder wordt. Dus ja, het zijn allemaal van dat soort factoren.”(I41)

De rol van deze externe ondersteuning was voornamelijk faciliterend: het op gang brengen van gesprekken, het uitwerken van rapportages, het presenteren van cijfers. De verdere ontwikkeling van het ‘gedachtegoed’ heeft ook in samenwerking met Strategy& plaatsgevonden. Ook geven respondenten aan dat de externe ondersteuning in het begin geholpen heeft bij het enthousiasmeren en inspireren van professionals. Daarentegen werd de toegevoegde waarde niet door iedereen ervaren, terwijl de kosten hoog waren.

Dus dan heb je best veel tijd geïnvesteerd in bepaalde plannen, we hebben een heel plan geschreven om inderdaad... een academisch medisch netwerk... om meer regiozorg te gaan leveren... heel uitgebreid plan geworden en daar hoor je dan uiteindelijk niks meer van. En dan op een gegeven moment is Strategy& ook weg... of... ja dat is een beetje vaak... heb je dan adviseurs van buiten die doen dan een analyse en die geven een advies en ja... dan belandt dat advies ergens in een la zullen we maar zeggen en dan zijn er dus heel mooie dingen bedacht maar de vraag is altijd wat komt er van terecht. En ik heb... in ieder geval in hoeverre ik ben betrokken geweest bij Strategy& en dat zegt misschien niks over Strategy&, dat weet ik niet, maar is er ooit... ja... dat is... heb ik nooit de resultaten van gezien. Er is wat bedacht, er is tijd geïnvesteerd en uiteindelijk is het nooit denk ik uitgevoerd.” (I7)

Extra ondersteuning van zorgprofessionals of inzet van andere typen zorgprofessionals is soms nodig bij de implementatie van de kwaliteitsinitiatieven

Verplaatsing van zorg naar de eerste lijn vergt meer expertise en capaciteit van huisartsen. Een belangrijke randvoorwaarde is dat huisartsen hierover beschikken. In sommige gevallen zijn bijscholing en/ of extra middelen voor praktijkondersteuning vereist.

Bij Bernhoven is behoefte aan extra ondersteunende zorgprofessionals, omdat er te veel afgebouwd is. Verpleegkundigen geven aan dat de afbouw van het aantal afdelingshulpenden heeft geleid tot een lagere efficiëntie.

“Kijk, in de staf is er fors bezuinigd. Er zijn 130 fte, dat is 8%, 9%, die zijn ook afgebouwd in kosten. Daarvan is gezegd 12% van de verpleegkundigen zijn weg, maar dat had 8% moeten zijn met de kennis van nu. Dus heb je dan kosten afgebouwd in de strategie? Ja, heb je zeker afgebouwd. Maar je merkt dat het op de verpleegkundigen iets te veel was. Nou met een krapte in de arbeidsmarkt zorgt dat voor druk op het model” (I9)

6. Ontwikkelen vaardigheden

Er is aandacht voor het ontwikkelen van vaardigheden voor zorgverlener en patiënt

Door de toenemende verplaatsing van zorg naar de huisarts ontstaat er meer differentiatie onder huisartsen. Om deze patiëntenstromen goed op te vangen is aanvullende expertise bij de huisartsen vereist. Binnen praktijken leggen huisartsen verschillende accenten. Daarnaast ervaren huisartsen dat door een aantal kwaliteitsinitiatieven de taken zijn veranderd. Hoewel dit in sommige gevallen andere vaardigheden vraagt, ervaren zij voldoende steun en laagdrempelig contact van de specialisten om te overleggen. Diverse nascholingen worden aangeboden om de huisartsen verder te bekwamen in het behandelen van patiënten die voorheen in het ziekenhuis werden behandeld. Sommige initiatieven kunnen niet goed worden geïmplementeerd omdat er een gebrek is aan vaardigheden bij thuiszorg om deze zorg thuis over te nemen.

“Het is natuurlijk leuk, want je krijgt natuurlijk een breder pakket waarbij in ieder geval, en dat is dus wel belangrijk, als je dus al die dingen zeg maar over de schutting krijgt, dat je ook wel laagdrempelig weer hulp moet kunnen inroepen als je denkt: Hé, dit weet ik niet of dit snap ik niet, of dit gaat toch anders” (I45)

“Alleen nu zoals het nu ingericht is kan dat niet want de verpleegkundige in de thuiszorg, die nu bijvoorbeeld bij kinderthuiszorg werken, die hebben toch niet de expertise om die zorg te leveren.” (I38)

Beide programma's zetten in op een grotere verantwoordelijkheid van patiënten. Zij worden in het besluitvormingsproces rondom behandeling betrokken. Ook wordt in sommige gevallen ingezet op zelfmanagement, waarbij educatie en bewustwording van patiënten een rol speelt. Hiervoor worden patiënten op verschillende manieren ondersteund.

“En rond dat zelfmanagement daar zitten allerlei subprojecten, want je kunt alleen maar zelfmanagement doen als die patiënt ook geschoold wordt zeg maar. Dus we hebben allerlei educatieprogramma's en vragenlijsten die de patiënten invullen en waar wij in kunnen vervolgen of hun kennis toeneemt.” (I26)

“Ik zei wat is dat fijn dat er zoveel tijd wordt genomen om, dat je ook niet de dingen vergeet...Ik had wel een paar dingen op papier geschreven. Dan weet ik het zeker. Maar ik ervaarde dat als heel prettig dat er wat tijd voor uitgetrokken werd en... Dat je ook serieus genomen wordt en dat er even naar je geluisterd wordt.” (I59)

7. Organisatie

De veranderprogramma's leiden in het algemeen tot minder schotten tussen vakgroepen en met de eerste lijn

Tussen vakgroepen zijn er schotten die samenwerking belemmeren. Bij Bernhoven heeft volgens geïnterviewden de komst van loondienst geleid tot minder discussie over welke vakgroep nu de hoofdbehandelaar is. Toch zien geïnterviewden hier nog verbetermogelijkheden.

“Wat ik zelf daarvan merkte was dat je op bepaalde momenten toch minder discussie kreeg over bijvoorbeeld van wie de patiënt nu is hè, dus wie is de hoofdbehandelaar en ja, je merkte toch wel dat daarin een bepaald belang wegviel van inderdaad de diverse maatschappen en dat dat meer een gezamenlijk belang werd.” (I30)

“Ik denk dat we nog niet uitgeïnnoveerd zijn. De schotten tussen de vakgroepen moeten nog verder weg. De patiënt heeft daar last van. De nieuwe patiënt is de multimorbide oudere die geen behoefte heeft aan nog meer superspecialisten. Die worden wel opgeleid. We moeten nog meer superspecialisten kwijt en we hebben nog meer generalisten nodig.” (I4)

Bij Rivas zijn de schotten tussen de eerste lijn en het ziekenhuis verminderd in de loop van het programma. Bij aanvang werd door sommige vakgroepen weerstand ervaren in de verplaatsing van zorg naar de huisarts:

“Maar ook van specialismen die wantrouwen wat de huisartsen konden doen”...“Ik merk dat de professionele autonomie en eigen status gevoelige onderwerpen zijn voor een specialist. Je mag zeggen wat een lelijk T-shirt heb je vandaag aan. Dat mag je zeggen, maar je mag niet zeggen ik zou toch op een andere manier die operatie uitgevoerd hebben.” (I46)

Samenwerking ziekenhuis en eerstelijns zorgaanbieders is beter, maar druk op de eerste lijn is toegenomen

Een belangrijk element in zowel KAM als de Droomstrategie is de verplaatsing van zorg naar de huisarts. De waarborging van kwaliteit is hierbij randvoorwaardelijk. Huisartsen geven aan dat er meer druk op de eerste lijn is. Zij dragen een grotere verantwoordelijkheid in de patiëntenzorg. Medisch specialisten geven aan dat zij ervaren dat de patiënten die nog in het ziekenhuis komen vaker complexere aandoeningen hebben dan voorheen.

Beide ziekenhuizen werken samen met één huisartsengroep. Het adherentiegebied van de huisartsengroep en het ziekenhuis komt grotendeels overeen. Dit bevordert de samenwerking tussen het ziekenhuis en de huisartsengroep. De intensieve samenwerking tussen de huisartsen en de ziekenhuizen wordt bij beide programma's als een belangrijke succesfactor genoemd. Tegelijkertijd belemmeren personeelstekorten in de eerstelijns zorg een optimale (na)behandeling van patiënten thuis.

“Nou omdat je een intensievere samenwerking moet hebben. En soms heb je maar heel even die tweede lijn nodig. En die moeten dan niet alles opnieuw moeten doen. En die moet ook kunnen zeggen van nou dan neem jij het weer over maar dan kan je het daar weer doen. Dus ik denk dat je gewoon veel beter samenwerking krijgt. Dat we nu heel veel dingen dubbel doen. Heel veel dingen hè daarom ook onnodig doen en voor de patiënt ook te veel belasten.” (I40)

De implementatie van zorgmodellen is overwegend positief verlopen, de acute as in Bernhoven is niet helemaal volgens plan geïmplementeerd

Bernhoven is vanuit een RVE-structuur ontwikkeld naar de zorgmodellen. Sommige geïnterviewden gaven aan dat deze RVE-structuur leidde tot eilandjes binnen het ziekenhuis, waardoor besluitvorming bemoeilijkt werd.

“Omdat daar iedereen toch ook weer op zijn eigen budget zat, men weinig geneigd was om over de grenzen van zijn eigen RVE te kijken en dan met name ook op personeel gebied, hoe kan je makkelijker met personeel omgaan? Aan elkaar uitwisselen? Nee, die hoort bij mijn poli, en daar was er geen werk voor zo iemand, bij een andere RVE bijvoorbeeld zaten ze nog te springen om een doktersassistente. Dat...heeft er toen toe geleid om te gaan bedenken van: wat is eigenlijk hier het meest logische? Het handigste wat je zou kunnen doen om die hele ingewikkelde RVE-structuur logischer te maken, welk bedrijfsonderdeel moet je dan bij elkaar zetten waardoor dat logische groepen zijn die goed bij mekaar passen. En veel minder dan...25-30 RVE's dan of wat dan ook, ja dat was een vergadering van hier tot ginder...iedere vergadering waar minstens 50 mensen bij zaten. Dat belemmerde ook weer de besluitvorming” (I3)

De overgang naar zorgmodellen is overwegend positief ontvangen. Zo is er betere aansluiting tussen de verpleegafdelingen, omdat het zorgproces ingericht is langs het zorgpad van de patiënt. Ook wordt het aangemoedigd om vakgroepoverstijgend te denken, waardoor er mindere sprake is van eilandjes binnen de organisatie. Enkele respondenten ervaren ook nadelen van de zorgmodellen. De afstemming tussen leiding van verschillende zorgmodellen is door respondenten als onduidelijk ervaren. Sommige specialismen hebben te maken met meerdere zorgmodellen, waardoor coördinatie lastiger is dan voorheen, zoals bij cardiologie.

“Met dit model wordt ons eigen vak gesplitst in verschillende soort modellen. Dus ze vallen deels in het acute zorgmodel en deels in het chronische zorgmodel. Wat krijg je dan, dan krijg je dus dat je te maken hebt met heel veel teamleiders”... “Waarbij het soms lastig voor ons wordt om te kijken van wie heeft nou waar de regie.

Als wij eens een keer iets willen veranderen kost het ook soms even tijd totdat we de juiste persoon hebben en het ook doordringt van wie gaat wat doen.” (i11)

Door ervaren medisch specialisten in te zetten op de spoedeisende hulp worden minder patiënten opgenomen. De praktijk bleek soms weerbarstig, omdat veel inzet werd gevraagd van verschillende specialisten en dat was in de praktijk praktisch niet altijd haalbaar. Een strikte scheiding in werkzaamheden is niet altijd mogelijk. Een belangrijk speerpunt van de zorgmodellen is de acute as. In eerste instantie werd ingezet op de aanwezigheid van een internist, chirurg en cardioloog op de SEH, maar in de praktijk bleek dit lastig te realiseren. Bij cardiologie was onvoldoende capaciteit om ook diensten op de SEH te draaien. Bij sommige specialisten is sprake van weerstand om op de SEH te werken. In de acute as wordt nu niet meer ingezet op de aanwezigheid van specialisten, maar om af en toe advies in te roepen. Bij de zorgmodellen wordt ook een behoefte ervaren aan meer generalisten. De generalist is in staat om schotten tussen vakgroepen te doorbreken.

“En daar zijn we nu uiteindelijk ook een beetje van af aan het stappen. Wat we nu vinden is dat, want je leert ook in de loop der jaren, is dat we nu inzetten op de SEH-arts, maar wel dat de specialist kan komen. Dus ik heb van de grote vakgroepen dan iemand vrij in het rooster nodig die ingedeeld staat voor de acute zorg “...” die dus ook geen poli doet op dat moment. Dus op het moment dat ik een vraag heb op de SEH dat hij dan ook meteen kan komen.” (i39)

“Nou ja, er is een strikte scheiding tussen de vier assen dus je kunt eigenlijk niet goed binnen vier assen werken, terwijl in de praktijk het erop neerkomt dat je wel in vier of drie assen werkt, maar dan moet het in de verschillende blokjes. Anders kun je niet in het ene blokje van een half dagdeel of van een dagdeel in verschillende assen werken. Dan komt in het kaderdenken van de manager de gewone workflow in het gedrang. Ja, terwijl er gewoon een beschikbaarheidsdienst moet zijn, bijvoorbeeld voor een dialyse wat een chronisch ding is, dus in een tijd dat jij iets anders aan het doen bent dan zul je ook bereikbaar moeten zijn voor die dialyse, dus dan zit je te veel in modellen en dat stoort dan de praktijk” (i5)

Capaciteitsplanning acute opname en ondersteunend personeel bij Bernhoven nog niet optimaal

Om de doorstroom in Bernhoven te bevorderen is bij de start van het programma ingezet op capaciteitssturing van het beddenhuis. De invoering van de zorgmodellen en verplaatsing van zorg naar de huisarts hebben geleid tot behoefte aan herijking van de capaciteit per vakgroep. De wachttijd mag hierbij niet te hoog oplopen, maar anderzijds is overbezetting ook ongewenst. Geïnterviewden gaven aan dat het ondersteunend medisch personeel verder afgeschaald is dan de medisch specialisten, waardoor de ondersteuningscapaciteit nu te laag is.

De opening van een Acute Opname Afdeling (AOA) heeft bijgedragen aan betere capaciteitsplanning. De acute opnames gaan niet direct naar een afdeling, maar verblijven tot maximaal 48 uur op de AOA. Op de overige afdelingen is dan minder vrije capaciteit nodig om acute opnames op te vangen. Het opnameproces kan dan efficiënter ingericht worden. Tegelijkertijd geven geïnterviewden aan dat door personeelstekorten de maximale capaciteit nog niet benut wordt.

“Normaal heb je op elke afdeling wel één of twee bedden (in de avond) die vrij moeten zijn voor capaciteit voor patiënten die nog opgenomen moeten worden. Als je dat poelt naar een AOA heb je gemiddeld minder bedden nodig om toch die opnames te kunnen opvangen. De ander, één van de andere redenen, is dat je minder procesverstoring hebt in de vervolgafdelingen omdat die geen acute opnames hebben. Alle opnames die ze krijgen komen via de AOA, dus dat zijn voor hun planbare opnames. Dat maakt het hun procesinrichting op de afdeling veel efficiënter, veel rustiger, minder werkdruk”. (i39)

Schaalgrootte kan een verdere efficiëntieslag belemmeren

Zowel betrokkenen bij Bernhoven als Rivas geven aan dat de relatief kleine omvang van beide ziekenhuizen bijdraagt aan een goede implementatie van een breed veranderprogramma, omdat de lijnen kort zijn. De keerzijde van de medaille is dat medisch specialisten zich zorgen maken over de (beoogde) krimp van vakgroepen, omdat de capaciteit al redelijk klein is. Een afbouw van capaciteit, als gevolg van de strategie, brengt daardoor gevoelens van angst en onzekerheid met zich mee. Een gedeeld sentiment is dat het ziekenhuis verantwoordelijk moet blijven voor de basiszorg in de regio.

“Daar loop je als klein ziekenhuis wel tegenaan, je hebt je hebt een aantal vaste kosten die je bijna niet terug kunt brengen. En een klein ziekenhuis heeft op een bepaald moment ook een aantal dingen die op het niveau van de grootte van de vakgroep niet terug kunnen. Je kunt niet met minder dan vier urologen nog een continue dienstbezetting hebben. Je hebt met het aantal chirurgen wat je hebt, met de verschillende deelspecialismen, ook bezetting nodig. Ergens ontstaat er bij ons ook hoe ver zijn de kosten nog samen drukbaar, maar in de eerste fase hebben we ja toch echt de doelen bereikt die we dachten te bereiken.” (I12)

8. Leiderschap

Kartrekkers zijn de drijvende kracht geweest voor de ontwikkeling en implementatie van de strategie

Voor het slagen van de strategieën worden kartrekkers genoemd, die verantwoordelijk zijn voor het aanjagen en op gang houden van de beweging. De voorzitters van de raden van bestuur ten tijde van de implementatie, Peter Bennemeer (Bernhoven) en Pieter de Kort (Rivas), worden veelvuldig genoemd in de interviews. Zij zijn betrokken geweest bij zowel de ontwikkeling als de implementatie van de strategie. De beide huisartsenorganisaties, Synchroon (Regio Bernhoven) en HenZ (Regio Rivas), zijn van invloed geweest op het meenemen van de huisartsen bij de strategieën.

Naast bestuurlijke kartrekkers, die ook als boegbeeld voor de strategieën fungeren, is intern ook een belangrijke rol weggelegd voor medische professionals. Bij de implementatie van de initiatieven nemen de medische professionals nadrukkelijk het voortouw. Zowel bij de Droomstrategie als Kwaliteit als Medicijn worden medische professionals aangespoord om initiatief te nemen.

“Ja, dat zijn wel dokters, collega’s die heel erg in het gedachtegoed geloofden. Dus die echt daar enthousiast van worden, en werden, en die ook echt zichzelf de rol toebedeelden en die wij ook heel erg nodig hebben om anderen te enthousiasmeren om voorbeelden te delen om soms even dat zetje te geven om verder te gaan.” (I13)

Een goed bestuurlijk netwerk en innovatieve bestuurders met lef zijn belangrijke randvoorwaarden voor de ontwikkeling en implementatie van de veranderprogramma’s

Persoonlijke eigenschappen van bestuurders beïnvloeden het implementatieproces. Om een grootschalig veranderprogramma te implementeren is lef vereist. Daarnaast dragen de bestuurders passie en enthousiasme uit, hetgeen een motiverend effect heeft op het personeel. De betrokkenheid en ondersteuning van het bestuur wordt door respondenten ervaren als een factor voor het slagen van het programma.

“Met de toenmalige voorzitter Raad van Bestuur met Pieter de Kort en dat was ook wel een type voorzitter die heel erg open stond voor nieuwe ideeën en nieuwe concepten” (I13)

Het bestuurlijk netwerk heeft bijgedragen aan de samenwerking tussen de ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraar CZ is betrokken geraakt door persoonlijke contacten met Peter Bennemeer en met CZ zijn de eerste gesprekken gevoerd. Ab Klink in was eerste instantie werkzaam bij Booz&Co, voorloper van Strategy&. Het visiedocument 'Kwaliteit als Medicijn' is hier ontwikkeld. Later heeft hij als bestuurder bij VGZ met Pieter de Kort (Rivas) en Peter Bennemeer (Bernhoven) de mogelijkheden verkend om deze visie uit te voeren.

Dokters als managers zijn van toegevoegde waarde, maar vraagt specifieke competenties

Zoals eerder beschreven is een kenmerkend element van de Droomstrategie het medisch leiderschap, ofwel 'doctor in the lead'. De ervaringen met dit onderdeel van het programma lopen echter uiteen. Enerzijds helpt de kennis van medische professionals over het zorgproces bij het besturen van de organisatie. Anderzijds geven sommige respondenten aan dat medische professionals niet opgeleid zijn als managers en daardoor belemmerd worden. Tussen medische professionals wordt meer hiërarchie ervaren door de dubbele rol van enkele medisch specialisten. Medische professionals die geen 'doctor in the lead' zijn, voelen zich minder betrokken bij het beleid van het ziekenhuis.

“Dus daar komt weer dat volgens mij als je dokters managers maakt je daarmee niet de mening van de dokters gehoord hebt, dan heb je alleen maar dokters managers gemaakt die vervolgens hun eigen dingen doen. Je hebt dus niet de dokters op de werkvloer die daar echt iets mee moeten, omdat die dokter-managers steeds minder dokter worden, nog steeds voldoende meegenomen. Dus je moet nog steeds bedenken hoe je die voldoende hoort.” 15)

Bij KAM is medisch leiderschap minder een kernelement van het programma, maar door dual management hebben medisch specialisten wel meer verantwoordelijkheden gekregen voor de aansturing van het ziekenhuis. Sommige medische professionals die ook bestuursfuncties hebben, ervaren voordelen van deze werkwijze.

“Nou dat is eigenlijk heel natuurlijk omdat je veel beter op de hoogte bent van alle ontwikkelingen in het land, maar ook voor de organisatie, in het ziekenhuis, op financieel niveau, organisatieniveau... dus je bent... Je kan veel overtuigender, inhoudelijker je eigen staf aansturen.” (123)

9. Financiën

Meerjarige aanneemsommen bieden kansen voor win-winsituaties

Meerjarige aanneemsommen bieden de ruimte om zorgvolume te verlagen. Door de aanneemsommen wordt financiële veiligheid bewerkstelligd, waardoor de zorgverlening structureel kan veranderen. Daarnaast biedt de aanneemsom ook ruimte om vooraf te investeren in het ziekenhuis. De wisselwerking tussen de meerjarenafspraken op ziekenhuisniveau en de productieprikkel op niveau van de zorgverlening wordt hier beschreven:

“Dus waren we het eerste ziekenhuis dat een vijfjaarscontract kreeg, waarbij we dus ook de zekerheid hadden dat als we de transformatie in gingen, dat we daardoor niet om zouden vallen. Want op het moment dat we mensen gaan terugverwijzen naar de huisarts, dan zakt je inkomen en Peter zegt van: ja, dat krijg ik nooit verkocht aan die dokters, dus we moeten wel garanderen dat ze hun inkomen kunnen houden. Dus dan moet je mij steunen dat ook als ik minder ga declareren dat ik toch geld van je krijg. Dan moet je me niet laten vallen. En als je dat dan doet, dan zorg ik dat jij er ook op gaat verdienen. Toen

hebben we dus die vijfjaars business case gemaakt..... Dat comfort dat je laat maar zeggen niet gelijk gestraft wordt voor laat maar zeggen dat je anders gaat handelen". (I4)

Het kernelement van de meerjarige aanneemsommen zijn shared savings, zowel de ziekenhuizen als de zorgverzekeraars profiteren van de besparingen. Een gedeelte van de besparingen vertaalt zich in een lagere premie voor de verzekerden en een ander gedeelte kan door het ziekenhuis geïnvesteerd worden om de kwaliteit verder te verbeteren. Deze win-winsituatie heeft ervoor gezorgd dat de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen de samenwerking aangegaan zijn.

"Maar het programma kreeg echt schwing toen wij ons samen met CZ hadden gecommitteerd op zo'n afspraak waarbij je afsprekt: de kosten die je bespaart beschouwen we als shared savings waar we het over hebben, een deel voor de verzekerde en een deel blijft achter in het ziekenhuis om te herinvesteren of om te gebuiken om de verandering te financieren. Daarom is het ook interessant. Je merkte doordat dat het construct was, dat je echt partners werd, dat we samen aan de lat stonden van de verandering, dat het niet een soort van: het ziekenhuis doet een reuze inspanning en uiteindelijk blijven de revenuen bij de verzekeraar plakken. Juist de gezamenlijke drive om de zorg inhoudelijk beter te maken icm een partnership dat ook in het contract zichtbaar was zorgde ervoor dat het ook in het ziekenhuis uitgelegd kon worden." (I36)

Een keerzijde van de meerjarige aanneemsommen is de onzekerheid die ontstaat over de periode na de contracten. Bij Bernhoven zijn de onderhandelingen over een nieuwe contractperiode moeizaam verlopen. De vooraf opgestelde businesscase werd niet behaald op het gebied van kostenbesparingen. Daarnaast zijn niet alle kostenbesparingen te herleiden uit de initiatieven.

"Nu kom je toch op een punt: vijf jaar zijn voorbij, waar staan we in die businesscase? We hebben wel de schadelast gereduceerd, maar hebben we dan ook de beoogde kostendaling gerealiseerd? En dan zeggen zorgverzekeraars: "Ja, jullie zijn nog te duur, want je hebt de kostenreductie niet gehaald." Ja, dat is natuurlijk wel een lastig gesprek." (I35)

"Je hebt je besparingen voor een deel in nieuwe projecten gestopt met de intentie dat ook die weer een succes zouden zijn en een besparing zouden opleveren. Nou, dat maakt de discussie vandaag wel heel lastig bij de verlenging, want de buitenwereld zegt: Ja, maar je hebt helemaal geen besparing of je hebt weinig besparingen." (I9)

Bij Rivas verliepen de onderhandelingen voor de nieuwe contractperiode sneller. In de nieuwe contracten worden naast financiële afspraken ook inhoudelijke afspraken gemaakt.

"We hebben nu weer een meerjarenafpraak met VGZ voor 2020 tot en met 2024, waarin we ook heel belangrijk buiten het financiële stuk ook weer een inhoudelijk stuk gekoppeld hebben. Dus dat we een aantal nieuwe projecten gaan starten die weer KAM gaan verbreden. Dus dan hebben we het over de wijkverpleging waarmee we samen willen gaan werken. Dan hebben we het over een regionaal formularium wat we willen gaan neerzetten." (I18)

Toch bestaat er zowel bij Rivas als bij Bernhoven onzekerheid over de periode na de contractperiode. Een mogelijke terugkeer naar jaarlijkse contractonderhandelingen kan het voortbestaan van de ziekenhuizen in gevaar brengen, omdat het zorgvolume gereduceerd is.

"Dus dat is een punt van zorg. Hè dat is hetzelfde punt van zorg... Dat ziekenhuis is natuurlijk heerlijk dat die 5 jaar niet naar hun centen hoeven te kijken, maar hoe ziet het er over 5 jaar uit? Want dan hebben ze een afgeslankte versie van het ziekenhuis. En als die zorgverzekeraar dan zegt van, ja, we gaan toch weer gewoon loon naar werk doen, ja, dan kan je misschien niet eens je boterham rond krijgen." (I43)

Daarnaast wordt aangegeven door een respondent dat het effect van de meerjarige aanneemsommen tijdelijk is. De ruimte voor verbetering en volumeverlaging wordt steeds kleiner naarmate de tijd vordert:

“Ik vind dat nu hebben we als financiering zeg maar dat gegarandeerde plafond als oplossing, maar eigenlijk is dat ook maar een soort tijdelijk, ja, alles is tijdelijk natuurlijk, maar het is een tijdelijke methode om even die volumeprikkel eruit te krijgen. Maar als het te lang duurt zo’n gegarandeerd plafond, ja, dan word je op een gegeven moment als aanbieder ook weer een beetje lui. Dan denk je ja, ik heb toch een gegarandeerd plafond, waarom zou ik harder gaan lopen en andere dingen anders gaan doen en dan word je lui, krijg je wachttijden, krijg je een gebrek aan innovatie, dus ik denk zo’n plafond werkt 4, 5 jaar en dan moet je weer iets anders gaan doen.” (I29)

Kostenafbouw in ziekenhuizen vergt organisatieverandering en een lange adem

Een vermindering van volume leidt niet tot dezelfde vermindering in kosten, omdat de overheadkosten (personeel, gebouw, apparatuur etc.) gelijk blijven. Om kostenbesparingen te realiseren moet de organisatie structureel veranderen. Bij Rivas is bijvoorbeeld een verpleegafdeling gesloten:

“Dat is best ingewikkeld. Dat voorbeeld wat ik geef dat ik als gevolg van die enorm verlaagde bedbezetting een afdeling heb kunnen sluiten. Nou, dat heeft opgeleverd. Maar ook daarvoor moet je dan dus je kliniek anders gaan organiseren. Dus daar moet je wel echt wat voor doen.” (I18)

Ook de afbouw van personeel lijkt moeilijk te realiseren in de praktijk.

“En die hebben daar geen, die hebben daar dus geen probleem mee. Maar ja, dit soort dingen wat wel een probleem kan zijn, als er ineens overformatie is of hè, dat men niet zo snel van die dokter af komt en dat is een probleem want dat kan wel, dat kan misschien wel 5 jaar duren of 10 jaar duren, voordat je een bepaalde formatie omlaag hebt gebracht.” (I26)

Kosten voor de verandering van de interne organisatiestructuur zijn niet meegenomen in de aanneemsom. De zorgverzekeraars willen volgens respondenten echter op korte termijn resultaten zien, waardoor de verwachtingen niet overeenkomen met de realiteit. CZ heeft in de meerjarencontracten een component opgenomen met de verwachte kostenbesparingen:

“We hadden, destijds, een mooi plan. We zien: die omzet daalt, maar wat betekent het voor de kosten?”... “Toen zijn er plannen aangeleverd, op welke onderdelen de organisatiestructuur veranderd moest worden en welke impact dat zou hebben op de kostenopbouw. We hebben, denk ik, onze eerste drie jaar gefocust, zestig procent zijn personeelskosten. Daar hebben wij ons op gefocust. Focussen: “Wat betekent dat, als je het anders organiseert en hoe ga je ook daadwerkelijk afscheid nemen van mensen en hoe past het in je opbouw van het personeelsbestand? Gaat het via een natuurlijke weg? Is er nog ergens ontslagdwang nodig? Hoe gaan wij ermee om?” Daar zijn afspraken over gemaakt.” (I50)

“Het idee dat DBC reductie per definitie leidt tot een navenante vermindering van de kosten en met in acht nemen van de variabiliteit en de vaste kosten, dat is wel iets wat wij gaandeweg geleerd hebben ja. Het kost heel veel om een ziekenhuizen daadwerkelijk een kostenreductie te laten ondergaan.” (I41)

Ziekenhuizen en huisartsen ervaren vooral een focus op kosten door zorgverzekeraars

Meerdere respondenten ervaren nadruk op kosten door verzekeraar. Zorgverzekeraars lijken vooral naar schadelast en efficiëntie te kijken, waardoor er minder aandacht lijkt te zijn voor andere doelen van het programma. En dit botst met de primaire focus op kwaliteit van zorg door huisartsen en professionals in de ziekenhuizen.

“Omdat wat er ook aan kwaliteitsverbetering zit in de presentaties en terugkoppelingen ik het idee heb, hoewel ik nooit zelf persoonlijk contact heb met de zorgverzekering, dat het er toch om gaat van of het nou inderdaad iets oplevert. Dus als een Droomproject wel verbeterde kwaliteit oplevert, maar er zijn niet zoveel minder verwezen patiënten of zoveel minder kosten heb ik het idee dat het als minder geslaagd beschouwd wordt.” (I5)

“Uiteindelijk zie je dat verzekeraars nog steeds die schadelast heel erg essentieel blijven vinden in de afspraak. Dat maakt natuurlijk, hoe langer je met KAM doorgaat, hoe moeilijker het wordt om nog je afspraken te maken, dus dat is nog wel even zoeken en hoe gaan we dit nu doen. Ook al vinden verzekeraars dit goed en zo, het blijft toch van ja de schadelast blijft toch een beetje bepalend in de afspraak, terwijl we dat natuurlijk eigenlijk proberen een beetje los te laten. En zelfs met VGZ zie je heb je dat weer even een twee, drie maanden nodig gehad in de afgelopen tijd om dat weer even te corrigeren bij ze.” (I14)

Huisartsen hebben adequate bekostiging voor extra werkzaamheden nodig

Huisartsen merken op dat de werkdruk toeneemt in de eerste lijn. Om voldoende capaciteit in de eerste lijn te realiseren zijn investeringen nodig, maar enkele huisartsen geven aan dat deze investeringen achterblijven bij het toegenomen werk:

“Dus die investeringen zijn vaak lastig. En daar is wel iets waar we niet alleen in deze regio, maar door in den lande, een beetje last van hebben. Er komt nog steeds meer naar ons toe. Willen we dat weer goed gaan aanpakken, dan moeten we soms onze panden gaan uitbreiden. Dan moet er veel geïnvesteerd worden. De inkomsten die volgen niet.” (I47)

Huisartsen worden deels gecompenseerd per patiënt die door kwaliteitsinitiatieven van het programma bij de huisarts terecht komt, maar volgens huisartsen blijft deze vergoeding achter bij de extra werkzaamheden die zij moeten verrichten. Daarnaast wordt opgemerkt dat de huisartsen weinig profiteren van de afspraken tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis. Zij zijn niet betrokken in de afspraken die zijn gemaakt tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar.

“Kijk, wat wij niet goed gedaan hebben – daar hebben we het nog niet over gehad – is: Bernhoven heeft destijds vijfjarige afspraken gemaakt. Ook voor een vorm van shared savings. Hebben wij niet gedaan. Ja, dat is het domste wat we hebben kunnen laten, zal ik maar zeggen. We hebben het nooit afgesproken – en op zich zijn we er wel uitgekomen – maar toen wij ingestapt zijn, hebben we het vooral gehad over draagvlak, over betrokkenheid, over vertrouwen. Nou, CZ, VGZ beide aanwezig maar niet over: en wat levert ons dit nou eigenlijk op? Ja, dat is niet zo handig. Dus je zult ook moeten zorgen dat je in een regio – en daar kan het ministerie ook iets in betekenen – ik bedoel, als wij hier 1,1 miljoen bezuinigen, zou het ook aardig zijn als er van die 1,1 miljoen nog een stukje teruggaat naar de huisartsen, op wat voor manier dan ook. Hoeft niet per se in financiën, maar wel ook in middelen om innovaties of om organisatiestructuren van de praktijk te verbeteren.” (I34)

Bekostiging systeem remmend bij transmurale zorgverlening

Met name bij de transmurale zorgverlening lopen betrokkenen aan tegen de beperkingen van het bekostigingssysteem. De betaaltitels zijn nog ingericht op de traditionele schotten tussen de eerste en tweede lijn.

“Ons palliatief advies team is een team dat al een aantal jaren transmuraal werkt, want je moet ook je voorstellen hoe kwetsbaar het is. En dat is wel een lastige. Dat is een team dat bemenst wordt door twee VTT-organisaties: Bernhoven en Synchron. Dat betekent dat wij op vier plaatsen hier onderhandelingen over moeten doen. Wij met onze inkopers, Bernhoven met hun inkopers, de VTT met hun inkopers. Als een van die

inkopers zegt van: "Ja, ik vind het toch even niet zo belangrijk dit jaar, want mijn prioriteit ligt ergens anders." En dat kan dus echt gebeuren, dan hebben we onmiddellijk een regioprobleem." (I34)

10. Initiatieven

Bottom-up ontwikkeling van de initiatieven verhoogt betrokkenheid en commitment van zorgprofessionals maar wordt soms ook als tijdrovend ervaren

In beide programma's zijn de initiatieven ontwikkeld samen met de zorgprofessionals. De zorgprofessionals werden in de gelegenheid gesteld om per vakgroep enkele initiatieven in te dienen. Een barrière bij het ontwikkelingsproces is het gebrek aan tijd bij het personeel.

"We doen net te veel met net te weinig mensen. Altijd. Dus je draait gewoon echt op vol vermogen van alle mensen altijd en dat is leuk en dat is ook de reden denk ik waarom er nog meer kan, want er zit super veel energie, maar is ook weleens dat je merkt van nou ja, we zijn gewoon tegen het plafond aan het draaien. Dus dan moet je oppassen." (I22)

Door meerdere respondenten wordt aangegeven dat het veel tijd kost om een initiatief in te dienen. Een vast traject moet doorlopen worden, voordat het initiatief geïmplementeerd kan worden. Bij de medisch specialisten had dit soms een demotiverend effect. Verpleegkundigen ervaren een ondergeschikte rol bij de indiening van initiatieven.

"Het is begonnen bij de cardiologie en de neurologie. Daar hebben ze eerst eens het net opgehaald van: "Wat zou je nou kunnen doen als je je zorg anders gaat organiseren?" Daar zijn we mee begonnen. Klein begonnen. Vanuit de inhoud. Dat is steeds verder uitgerold door het te delen met anderen. Nu hebben wij iedere maand voor de medische stafvergadering een ambassadeuroverleg en daarin vertelt altijd één van de vakgroepen wat zij aan KAM-initiatieven heeft. Dat is dan weer voor andere vakgroepen ... die denken dan ook: "Nou, dat kunnen wij misschien ook wel een keer doen." Dus, die kunnen dat dan weer kopiëren, overnemen enzovoort. Het is echt de kracht dat het vanuit de inhoud klein begint en dan als een olievlek steeds verder." (I18)

De initiatieven zijn niet allemaal tegelijk van start gegaan, maar er is een prioritering in aangebracht op basis van verwacht rendement. Hierbij werd gewerkt in 'waves', waarin de meest veelbelovende initiatieven eerst geïmplementeerd zijn, het zogenaamde laaghangend fruit. Ook is gekeken naar de aansluiting met de missie en visie van de strategie. Een barrière bij de selectie en implementatie van initiatieven bij Bernhoven is het gebrek aan beslisbevoegdheid bij de initiatiefwerkgroepen.

"En de status van de verschillende werkgroepen was ook niet helemaal duidelijk, waardoor degene die die groep dan leidde niet het groene licht kon geven. Dan was het in ieder geval wel duidelijk waar het beslissingsniveau lag." (I5)

Ook bij de implementatie van initiatieven is het gebrek aan tijd een belemmerende factor voor medisch personeel. In beide programma's is er een intensieve samenwerking tussen de ziekenhuizen en de huisartsen bij de implementatie van initiatieven. De initiatieven van verpleegkundigen zijn hier niet van de grond gekomen door een gebrek aan middelen. Daarnaast geeft de cliëntenraad van Rivas aan dat zij onvoldoende betrokken is geweest bij de selectie en implementatie van de initiatieven.

Bij beide ziekenhuizen wordt opgemerkt dat het aantal nieuwe initiatieven afneemt richting het einde van het programma. Bij enkele respondenten bestaat daardoor de angst om het momentum te verliezen.

“De initiatieven lopen nog wel een beetje, maar niet zo veel meer. We hebben nog wel een paar grote initiatieven die we willen gaan doen, zoals de chronische zorg. Maar, het is vooral nu een andere manier van denken en dat is nu denk ik ook wel meteen het gevaar. Die initiatieven houden het ook wel vast. Doordat je bezig blijft met het veranderen van dingen, anders te doen, houd je dat in gang. Het gevaar is dat je op een gegeven moment daarmee ophoudt en dan val je stil en dan val je terug in oud gedrag”. (I35)

11. Strategie

Langetermijnvisie van de programma's zijn helder

Beide programma's worden door geïnterviewden beschouwd als een stap in de juiste richting. Op de lange termijn zijn er nog doelen te behalen. Zo hebben beide ziekenhuizen de ambitie om chronische zorg op termijn buiten het ziekenhuis te organiseren, op regionaal niveau. De multidisciplinaire aanpak in netwerkzorg kan vooral bij ouderenzorg van meerwaarde zijn. Bij Bernhoven wordt beoogd om op lange termijn onnodige zorg nog verder te verminderen. Hieraan wordt een verdere krimp van het ziekenhuis gerelateerd, maar volgens een enkele geïnterviewde kan dit op de langere termijn ook weer leiden tot groei van het marktaandeel.

“Als je nu eerst laat zien dat je het goedkoper doet, dus door te krimpen, dan zou je daarna weer moeten kunnen groeien, omdat het dan zo evident voor verzekeraars zou moeten zijn, maar dat is echt het langetermijn spel. Dat die verzekeraars patiënten daar naar het ziekenhuis moeten sturen.” (I33)

Ontwikkeling van de strategie is een geleidelijk proces waarbij een sense of urgency in beide regio's werd gevoeld

De ontwikkeling van de strategieën is een geleidelijke evolutie geweest. Voorafgaand aan de programma's Droom en KAM zijn er verschillende stappen gezet die geen onderdeel uitmaken van de strategie, maar hier wel op van invloed geweest zijn, zoals de fusie van de ziekenhuizen Oss en Veghel bij Bernhoven en de ontwikkeling van de Gezonde Regio bij Rivas.

“Dat gaat er aan vooraf natuurlijk, zoals ik zeg: het is een geleide ontwikkeling, een evolutie eigenlijk.” (I3)

Een belemmerende factor die werd ervaren bij de ontwikkeling van de strategie is het schrijven van een businesscase. Het is lastig gebleken om de gevolgen van een complexe interventie goed te overzien in een businesscase. De programma's zijn gebaseerd op initiatieven uit de praktijk en ontwikkeld in samenwerking met Strategy&. Het visiedocument Kwaliteit als Medicijn heeft hierin een belangrijke rol gespeeld. De afstemming tussen de ziekenhuizen, zorgverzekeraars en consultants is belangrijk gebleken in de ontwikkeling en realisatie van de strategieën. De doelen zijn aan de start van het programma open geformuleerd en zijn gaandeweg concreter geworden.

De programma's worden gekenmerkt door een pakket aan veranderingen. De invulling van het programma wordt per vakgroep op een andere manier opgepakt. De initiatieven vormen voor respondenten een belangrijk kenmerk van de programma's, omdat ze een concretisering van het gedachtegoed zijn. Het gedachtegoed wordt op verschillende manieren ten uitvoer gebracht, zowel tussen beide ziekenhuizen, maar ook tussen vakgroepen in de ziekenhuizen. Een belangrijk kenmerk van de strategie is het idee van een gezamenlijk kompas.

“Door niet dingen te gaan implementeren met een duidelijk doel, dus niet die ouderwetse methode van veranderen, van je verzint wat en je brengt het in de praktijk. Maar dus veel meer, ja, dan is een complex

veranderingsproces te zien waarbij je dus op basis van een gezamenlijk kompas op reis gaat hè, en zeggen wij gaan voor betere zorg van de patiënt, betaalbaar voor de samenleving en we respecteren elkaars rollen.” (I29)

Verschillende factoren hebben geleid tot de ontwikkeling en implementatie van de programma's. Bij Bernhoven wordt aangegeven dat het behoud van het ziekenhuis in de regio een rol heeft gespeeld in de koerswijziging. Als regionaal ziekenhuis tussen grotere ziekenhuizen bestond er twijfel over het bestaansrecht. Door de fusie en de nieuwbouw van het ziekenhuis ging de organisatie op de schop, en daardoor ontstond ook ruimte om zaken te veranderen:

“Onze sense of urgency was overigens de nieuwbouw. Dus wij wilden naar deze nieuwbouw toe, vanuit de twee locaties. En de enige manier om daar te komen is samen op te trekken met het ziekenhuis en een strategie te bedenken die niet alleen gebaseerd was op elk jaar twee procent groeien en de strijd aangaan met een Catharinaziekenhuis, een Jeroen Bosch en Canisius. Maar, proberen te komen tot iets wat onderscheidend is. Dan kun je iedereen wel meekrijgen, want dan is er een soort drive om dingen anders te doen.” (I35)

Ook de huisartsen geven aan belang te hebben bij het behoud van Bernhoven in de regio. Anderzijds werd de strategie zeker niet vanaf het begin omarmd door alle professionals en huisartsen. De noodzaak was voor artsen niet altijd duidelijk. De beweging op gang krijgen was hierdoor soms lastig. Een aantal 'early adopters' heeft geholpen in het overtuigen van collega's.

Bij Rivas stond het behoud en de positionering van het ziekenhuis in de regio ook hoog op de agenda. Anders dan bij Bernhoven was hier echter geen sprake van urgentie door nieuwbouw. Het bestuur heeft het besef van stijgende zorgkosten wel uitgedragen over de organisatie. Het programma gaat niet alleen over kwaliteit van zorg, maar ook over betaalbare zorg. De timing met verschillende partijen (ziekenhuis, zorgverzekeraar, huisartsen, consultants) wordt ook beschouwd als een belangrijke factor in de ontvankelijkheid voor de strategie. Alle partijen waren aangehaakt en hadden min of meer besef van de noodzaak van verandering.

Veranderprogramma's worden ervaren als een onomkeerbaar proces

De betrokkenen ervaren druk naar het einde van het programma. Er is een gevoel van onomkeerbaarheid van de ingeslagen weg. Hier horen bijpassende contractuele afspraken bij met de zorgverzekeraars. Hier zijn respondenten nog niet van overtuigd en hierdoor ontstaat onrust en onzekerheid.

“Dus dat is een punt van zorg. Hè dat is hetzelfde punt van zorg... Dat ziekenhuis is natuurlijk heerlijk dat die 5 jaar niet naar hun centen hoeven te kijken, maar hoe ziet het er over 5 jaar uit? Want dan hebben ze een afgeslankte versie van het ziekenhuis. En als die zorgverzekeraar dan zegt van, ja, we gaan toch weer gewoon loon naar werk doen, ja, dan kan je misschien niet eens je boterham rond krijgen.” (I43)

12. Tijd en middelen

De implementatie van een strategisch verbeterprogramma kost op meerdere fronten tijd om goed uit voeren. De ontwikkeling, besluitvorming en ondersteuning van initiatieven kwam langzaam op gang. Tijd en middelen zijn belangrijke beïnvloedende factoren in de implementatie van een strategisch verbeterprogramma. Het faciliteren hiervan blijkt in de praktijk lastig, omdat externe factoren ook van invloed kunnen zijn, zoals personeelstekorten in de zorg.

Juiste capaciteitsniveau van specialismen lastig te sturen

Zowel bij Droom als KAM zijn voor sommige specialismen de wachttijden toegenomen. Volgens geïnterviewden bestaat er discussie tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis over deze wachttijden. De zorgverzekeraar wil voorkomen dat patiënten naar andere ziekenhuizen gaan als gevolg van de langere wachttijden. Het ziekenhuis streeft ernaar hetzelfde adherentiegebied te bedienen met een verminderde capaciteit.

Bij enkele specialismen speelt een landelijk tekort aan personeel een rol, zoals bij de specialismen cardiologie en oogheelkunde. Ook een tekort aan verpleegkundigen speelt een belemmerende rol in de implementatie van de kwaliteitsinitiatieven.

“Maar dat plaatsen wordt wel steeds lastiger. Zelfs de revalidatie is een periode geweest, omdat het hier vlakbij is dat je daar met een paar dagen naartoe kon en ook daar zie je het nu opstropen. Maar die kampen ook met problemen als personeelstekort, artsen die er dan niet bij kunnen zijn, een zorgregisseur die niet op kan nemen. Dus moeten er ook gewoon een soort bedden, ja, dicht mag je dan niet zeggen, maar waar niet opgenomen kan worden omdat het personeel er gewoon niet is. Ja, dat is gewoon ontzettend jammer.” (I49)

Bij Rivas ligt de nadruk op meer tijd voor de patiënt. Bij huisartsen is deze pilot gedraaid, maar medisch specialisten geven aan dat zij ook meer tijd voor patiënten nodig hebben. De overgebleven patiëntenpopulatie in het ziekenhuis is complexer geworden, omdat de overige patiënten naar de huisarts verplaatst zijn. Daarnaast is er door de toegenomen initiatieven over gezamenlijke besluitvorming meer tijd nodig voor een goed gesprek.

“Mijn patiënten op mijn poli hebben allemaal veel meer dingen. Vroeger had ik gewoon een paar patiënten en die zag ik heel even tussendoor en dan waren ze weer weg. Die zie ik al een stuk minder, dat doe ik allemaal telefonisch. Dus mijn patiëntenload is verlegd naar wat zwaardere patiënten, waardoor je eigenlijk meer tijd nodig hebt. Patiënten, en ook meer shared decision making. Je gaat meer praten over patiënten, wel of niet een operatie, wel of niet bepaalde onderzoeken doen. Je neemt veel tijd, moet je daar voor uittrekken. Dat levert ook wat op, want daardoor doe je soms minder onderzoeken wat net zo goed is misschien omdat je gewoon meer de tijd hebt genomen”...“dat zie je niet terug in de aantallen want die lopen een klein beetje terug.” (I53)

“Nou ja, wat daarmee gebeurt, is op de poli bijvoorbeeld, in het ziekenhuis, maar op de poli vooral, toch een selectie krijgen van complexere zaken. Dus de patiënt heeft ook wat meer tijd nodig. Dus minder routine, meer individuele casussen. Maar dat is ook wat de patiënt wil”...“Als je rekening wil houden met wat de patiënt zelf wil en de noodzaak van een operatie bespreken, samen een beslissing nemen, shared decision making. Dat kost heel veel tijd” (I46)

Een geïnterviewde gaf aan discussies over het inrichten en het controleren moeizaam verliepen, omdat de controle op naleving van het initiatief binnen de eigen vakgroep moet gebeuren.

“Dus het was gewoon moeizaam. Kijk, in elke maatschap zit ook wel weer iemand die zegt van ja, hallo, of die heel slim calculerend denkt van nou, ik steek het geld wel in mijn zak, maar er is toch niemand die mij controleert. En dus dat, en dat leidt dan weer onderling tot fricties want die jongens weten natuurlijk, die meisjes weten natuurlijk prima van elkaar hoe ze werken.” (I42)

3.5 Werkingsmechanismen

Kwaliteitsinitiatieven zijn een belangrijke motor voor verandering en commitment

Het bottom-up ophalen bij professionals van kwaliteitsinitiatieven in ziekenhuizen kweekt eigenaarschap en draagvlak voor de strategie. De kwaliteitsinitiatieven zijn verschillend in beide

ziekenhuizen, maar zowel Bernhoven als Rivas Zorggroep beoogt om de zorg beter aan te sluiten bij de behoefte van de patiënt, zoals bijvoorbeeld keuzehulpen, én de zorg op de juiste plek plaats te laten vinden, zoals het verplaatsen van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. Daarnaast bleek dat het goed uitdragen van succesvolle strategieën stimulerend werkte. Mede hierdoor werd de strategie meer dan een optelsom van de losse initiatieven. Belangrijke randvoorwaarde bleek een goed projectteam en voldoende middelen om het werk van de zorgverleners uit handen te nemen.

Versterking van de samenwerking met huisartsen en zorgverzekeraars is een voorwaarde voor het slagen van het programma

In beide programma's was de samenwerking met huisartsen een belangrijk onderdeel van de strategie, mede omdat een deel van de initiatieven gericht was op intensievere samenwerking tussen huisarts en specialist en het verplaatsen van zorg naar de eerste lijn. Huisartsen werden vanaf het begin intensief betrokken bij de strategie waardoor laagdrempelig contact tussen huisarts en medisch specialist werd gecreëerd. Kortere lijnen tussen de huisarts en medisch specialist zorgen ervoor dat patiënten vaker in de eerste lijn behandeld kunnen worden. Door substitutie van zorg naar de eerste lijn is er wel meer werkdruk ontstaan en is het voor het welslagen van de strategie belangrijk om huisartsen hiervoor voldoende te compenseren.

Een belangrijk onderdeel van de strategie zijn de meerjarencontracten met de grootste zorgverzekeraars van beide ziekenhuizen. Dit vraagt om een intensieve samenwerking en vertrouwen tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Bij beide ziekenhuizen bleek strategische ondersteuning vanuit een externe partij belangrijk om de beweging op gang te helpen, voor transparantie en verbetering van de samenwerking met de verzekeraar.

De meerjarige aanneemsommen geven ruimte voor verandering

Beide ziekenhuizen hebben een vijfjaren contract met de belangrijkste zorgverzekeraars in de regio. Dit gaf de ziekenhuizen tijd en financiële ruimte om de strategie door te voeren, de productieprikkel weg te halen, en de personeelskosten en gebouw gebonden kosten op termijn af te bouwen.

De belangrijke randvoorwaarde van financiële zekerheid voor medisch specialisten vraagt om verandering in de bekostiging

Dit is in beide ziekenhuizen op een verschillende manier bereikt: door een loondienstmodel voor medisch specialisten (Bernhoven) of door een wijziging van het verdelingsmodel binnen het medisch specialistisch bedrijf (Rivas). Beide hebben geleid tot financiële zekerheid ondanks een vermindering in productie. Bovendien is het wegnemen van de productieprikkel een bevorderende factor geweest bij de implementatie van een aantal kwaliteitsinitiatieven. Binnen (sommige) vakgroepen ontstond hierdoor ruimte om minder te behandelen en onnodige zorg te verminderen. Dit heeft bijgedragen aan een cultuurverandering van productie-gedreven naar kwaliteit-gedreven werken.

De organisatiestructuur in zorgmodellen bij Bernhoven heeft potentie, maar uitvoering blijkt in de praktijk lastig

Het ziekenhuis is ingericht naar vier typen zorgverlening: acute zorg, diagnose en indicatiestelling, interventie zorgstraten en chronische zorg. Zorgprofessionals geven aan hierdoor meer vakgroep

overstijgend te denken, hetgeen leidt tot een gestroomlijnder zorgproces voor de patiënt. Anderzijds zijn niet alle onderdelen volledig ingevoerd. Met name op de acute afdeling zijn sommige onderdelen niet volgens plan geïmplementeerd en zijn de ervaringen over de zorgmodellen verdeeld.

Een cultuurverandering wordt gerealiseerd door een samenspel van onderdelen van het programma. Het cultuurprogramma van Bernhoven heeft hier een beperkte rol in gespeeld

Een deel van het personeel bij Bernhoven heeft deelgenomen aan deze zogenoemde Silk-training, gericht op het gedachtegoed van de Droomstrategie. Het programma is positief ervaren, maar lijkt niet essentieel voor het slagen van het programma. Een cultuurverandering lijkt ook te hebben plaatsgevonden bij Rivas.

Belemmerende factoren: gebrekkig draagvlak, onvoldoende middelen en ondersteuning voor het uitvoeren van de strategie en voor het meten van de resultaten

Om medisch specialisten aan boord te krijgen en te houden is continu aandacht nodig. Er is variatie in de betrokkenheid van de verschillende vakgroepen. Verpleegkundigen zijn laat aangehaakt (Bernhoven), waardoor hun betrokkenheid laag is. Mede hierdoor liepen de beelden over de doelen en inhoud van de programma's sterk uiteen. Daarnaast ervaren huisartsen onvoldoende ondersteuning om de toegenomen werkdruk door het programma op te vangen. Door substitutie naar de eerste lijn is het takenpakket van huisartsen evenals het aantal consulten toegenomen. In veel huisartspraktijken is er behoefte aan uitbreiding van capaciteit en aan specialisatie onder huisartsen om én meer volume én meer gespecialiseerde zorg te kunnen leveren.

Het meten van de effecten van de strategie vergt veel tijd en ook middelen. Hoewel dit wel belangrijk werd geacht, werden belemmeringen ervaren door gebrek aan een goede infrastructuur voor data uitwisseling tussen de eerste en de tweede lijn. Daarnaast hadden beide ziekenhuizen intern onvoldoende capaciteit om uitgebreide effectevaluaties uit te voeren.

Bij een aantal medisch specialisten en bestuurders leeft er onzekerheid over de verlenging van de meerjarencontracten. De ontwikkeling van beide ziekenhuizen ervaren ze als onomkeerbaar: terug naar het oude financieringsmodel lijkt geen optie te zijn. Er waren verschillende percepties over de doelen en de te verwachten resultaten. Het is van belang om de verwachtingen goed af te stemmen voor toekomstige contracten en samenwerking.

Cultuur- en context-gebonden strategieën maken betere verspreiding uitdagend

Het implementeren van dergelijke omvangrijke programma's vraagt tijd en energie/leiderschap om draagvlak te creëren bij alle betrokkenen. Bij het doorvoeren van dergelijke programma's in andere ziekenhuizen is het essentieel om de onderdelen van de strategie aan te passen aan de lokale context. Alleen verandering van financiële prikkels is niet voldoende om de doelmatigheid te verbeteren. Kansen voor besparingen liggen voornamelijk in een andere organisatie van de zorg. Goede afstemming en financiële ondersteuning bij substitutie van zorg is ook van belang. Contextfactoren zoals een sterke huisartsvereniging werken bevorderend, maar maken opschaling niet vanzelfsprekend. Een succesvolle implementatie lijkt het beste te werken als deze vanuit het ziekenhuis wordt geïnitieerd en vereist breed draagvlak onder medisch specialisten. Dit maakt het lastig om de beweging vanuit een overheid of zorgverzekeraar af te dwingen.

4 Effecten veranderprogramma's op kwaliteit van zorg

Kernboodschap

In dit hoofdstuk beschrijven we de effecten van de veranderstrategieën op de kwaliteit van zorg. Kwaliteit kent veel verschillende dimensies, en sommige dimensies van kwaliteit, zoals persoonsgerichte zorg, worden niet routinematig gemeten. Op de structuur-, proces- en uitkomstindicatoren die zijn geanalyseerd scoren de beide ziekenhuizen gemiddeld tot bovengemiddeld. Er is geen duidelijke opwaartse of neerwaartse trend zichtbaar in kwaliteit na 2015. De ziekenhuizen hebben daarmee de gemeten kwaliteit minstens op peil gehouden gedurende de transitie. Een verdiepende analyse van een aantal kwaliteitsinitiatieven laat zien dat de ervaren kwaliteit bij de ziekenhuizen hoog is, maar dat kwaliteit-verbeterinitiatieven naast positieve effecten op bepaalde domeinen van kwaliteit ook soms onbedoelde effecten kunnen hebben.

4.1 Inleiding

Bernhoven en Rivas hebben als expliciet doel om met hun veranderprogramma's de kwaliteit van zorg minimaal te behouden, maar eigenlijk te verbeteren: kwaliteit als medicijn. Bernhoven en Rivas streven beide nadrukkelijk naar hogere kwaliteit en lagere kosten. Die combinatie is uniek. Doorgaans streven ziekenhuizen naar kwaliteitsverbetering, maar dit gaat veelal gepaard met hogere kosten. Bij kostenbeheersing ligt juist kwaliteitsverlies op de loer. Om de effecten van de beide programma's te spiegelen aan de kwaliteit van zorg, vergelijken we de beschikbare kwaliteitsmetingen. Een belangrijke kanttekening is dat de kwaliteit van zorg maar beperkt wordt gemeten. Bovendien kent kwaliteit van zorg veel dimensies en aspecten. Hierdoor kan geen robuust causaal effect op de algemene 'kwaliteit' worden geschat. Dit hoofdstuk beschrijft daarom veranderingen in de beschikbare kwaliteitsindicatoren en plaatst deze in de context van de strategieën, om zo enig inzicht te geven in hoe deze mogelijk uitpakken op bepaalde aspecten van kwaliteit.

“Wij hebben bij een aantal initiatieven daar wel pogingen toe gedaan door middel van bijvoorbeeld focusgroepen of patiënten ook echt actief te bevragen. Patiënten of cliënten vinden het best wel moeilijk om te begrijpen van wat verandert er nu daadwerkelijk voor mij, terwijl zorgverleners daadwerkelijk wel zien van er zijn minder bezoeken of het zorgpad van de patiënt verandert echt. Patiënten zien dat niet zo altijd.” (I13)

Wat is kwaliteit binnen Droom en KAM?

In de interviews is gevraagd wat kwaliteit precies inhoudt, en waar mogelijk effecten te verwachten zijn. Een overzicht van 65 antwoorden uit de interviews is gegeven in figuur 3. Ons valt daarin met name op dat het verminderen van onnodige zorg, belangrijk onderdeel bij beide strategieën, relatief weinig wordt genoemd. De antwoorden focussen zich op het perspectief van professionals (multidisciplinaire samenwerking (6x), meer professionaliteit (4x) en patiënten (eigen regie (4x), zorg dichterbij huis (5x), meer tijd voor patiënten (5x) en shared decision making (5x)).

Figuur 3: thema's die respondenten noemen onder kwaliteit



4.2 Methode

Om de effecten van de programma's op de kwaliteit van zorg te analyseren wordt gebruik gemaakt van verschillende bronnen (interviews) en waar mogelijk ondersteund met kwantitatieve gegevens (tabel 8). Om te toetsen of de strategie effect heeft gehad op de kwaliteit van zorg, zijn indicatoren nodig die aan de volgende vier voorwaarden voldoen:

- Retrospectief: Meerjarige tijdsreeks die de periode voor en na de interventie omspannt
- Vergelijkbaar: Gemeten in de interventie- en in de controleziekenhuizen
- Valide: meet het kwaliteitsaspect wat je wil meten en waar je effect verwacht
- Generaliseerbaar: betrouwbare metingen van een voldoende grote steekproef

Geen van de beschikbare indicatorensets voldoet aan al deze vier eisen, waardoor de resultaten een behoorlijke mate van onzekerheid kennen. Gezien het beperkte aantal jaren en ziekenhuizen in de controlegroepen worden alleen de gemiddelde waarden gerapporteerd, en worden geen statistische toetsen uitgevoerd. De controleziekenhuizen zijn gekozen in overeenstemming met het CPB achtergronddocument (CPB/NZa, 2020) en zijn weergegeven in bijlage 5.

Tabel 8. databronnen kwaliteit

Naam	Meting	Bron	Kenmerken
Zorginzicht/ Transparantiekalender/ Zichtbare Zorg	Zorginhoudelijke indicatoren	Kwaliteitsinstituut	Retrospectief, vergelijkbaar, generaliseerbaar
Patiëntervaringen	Patiëntwaardering van het ziekenhuis	Zorgkaart Nederland	Retrospectief, vergelijkbaar, valide
Eigen metingen ziekenhuizen	Evaluaties initiatieven	Bernhoven en Rivas	Retrospectief, valide

Naam	Meting	Bron	Kenmerken
Eigen onderzoek SDM Bernhoven en zorg naar huisarts Rivas	Shared-decision making index, Zorginhoudelijke indicatoren en patiëntervaringen	IQ healthcare	Generaliseerbaar, valide
Interviews	Kwalitatieve analyse	Eigen metingen	Generaliseerbaar

Indicatoren Zorginzicht

In het kader van de transparantiekalender (Zorginzicht, voorheen zichtbare zorg) moeten ziekenhuizen een groot aantal kwaliteitsindicatoren aanleveren op een breed spectrum aandoeningen. Dit zijn voornamelijk structuurindicatoren, met enkele procesindicatoren, uitkomstindicatoren en patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROMS). We onderzoeken de scores tussen 2012 en 2018. Een nadeel is dat de indicatorensets in samenstelling veranderen in de jaren, waardoor niet overal een volledige tijdreeks voor beschikbaar is. De volledige indicatorenset bestaat uit bijna 2.000 verschillende indicatoren. Hierover zijn de gemiddelde scores berekend. In overleg met Rivas en Bernhoven zijn enkele aandoeningen uitgelicht, waarvan men denkt dat deze ‘succesvol’ zijn.

Binnen de dataset is gekeken naar vijf soorten indicatoren (indien beschikbaar): structuurindicatoren, procesindicatoren, uitkomstindicatoren, patiënt-gerapporteerde uitkomstindicatoren (PROMS) en zorgvolume. Indien meerdere indicatoren beschikbaar waren, is een composiet gemaakt (Box 2).

Box 2. constructie van composietindicatoren

Sommige kwaliteitsaspecten kennen meerdere indicatoren. Om de informatie van de indicatoren samen te vatten worden composietindicatoren gemaakt. De waarden van de indicatoren worden getransformeerd van een kwaliteitsscore naar een benchmarkscore, op basis van een standaardnormale verdeling. De benchmarkscore is de z-score (standaardnormale score) en wordt als volgt berekend:

$$Indicator_i = \frac{x_i - \bar{x}_i}{\sigma_i}$$

Subscript i staat voor de kwaliteitsvariabele per ziekenhuis, \bar{x}_i is het gemiddelde van de populatie i en σ is de standaardafwijking. Deze formule geeft voor elke variabele een waarde met als gemiddelde 0 en een standaardafwijking van 1 (z-waarde). De methode die hier is toegepast, meet dus de mate waarin instellingen beter scores of slechter scores dan het gemiddelde, maar zegt dus niets over de hoogte van de kwaliteit *séc*. Een ziekenhuis met een lage benchmarkscore levert dus niet noodzakelijk slechte kwaliteit. Deze methode heeft als voordeel dat vergelijkbare getallen worden opgeteld. Om te komen tot één composietscore wordt het gemiddelde van de z-scores van verschillende variabelen genomen. Als een ziekenhuis op verschillende structuurindicatoren bovengemiddeld scoort, zal ook de composietscore positief zijn. Indien sommige variabelen belangrijker zijn dan andere variabelen, kan hier een hoger gewicht aan worden gegeven, maar dat is hier niet gebeurd. Er is dus sprake van een ongewogen gemiddelde. Het kan voorkomen dat een instelling goed scoort op een kwaliteitspunt maar slechter op een ander. Bij het optellen van de z-scores vallen deze punten voor deze instelling tegen elkaar weg. Op zich is dit geen probleem indien een goede score en een slechte score in de praktijk een gemiddelde kwaliteit opleveren. Veel structuurindicatoren hebben een dichotome uitkomst (ja/nee). Hier wordt naast de z-score ook het percentage ‘ja’ weergegeven. Bij de berekeningen van z-scores zijn alle ziekenhuizen meegenomen. De uitkomst wordt vergeleken met de gemiddelde waarde van de controleziekenhuizen.

Net Promotor Scores (NPS)

De Net promotor score is de score op de aanbevelingsvraag, waarbij een patiënt de vraag gesteld wordt: 'Op een schaal van 0 tot 10, hoe waarschijnlijk zou je de zorgverlener aanbevelen aan een vriend of familielid met dezelfde klacht?' De NPS wordt berekend door het percentage patiënten dat een 6 of lager geeft af te trekken van het percentage dat een 9 of 10 geeft. In Nederland wordt ook wel een aangepaste NPS gebruikt, waarbij een 8 of hoger als promotor wordt beschouwd, en een 5 of lager als detractor. Dit geeft doorgaans hogere scores. Waar toepasselijk wordt aangegeven of de meting de internationale definitie van de NPS betreft (iNPS) of de Nederlandse definitie (nNPS).

Patiëntervaringen

Voor de patiëntervaringen zijn data gebruikt van Zorgkaart Nederland. Zorgkaart Nederland is een website waarop patiënten vrijwillig hun ervaringen over ziekenhuizen kunnen delen. Patiënten geven een cijfer van 1 tot 10. Het gemiddelde cijfer wordt tussen 2008 en 2019 gerapporteerd en vergeleken met de groep controleziekenhuizen.

Eigen metingen ziekenhuizen

In het kader van de contractafspraken met de verzekeraars leggen de ziekenhuizen verantwoording af. De ziekenhuizen meten uitkomsten van verschillende initiatieven en rapporteren deze in openbare rapportages. De onderzoekers hebben deze rapportages doorgenomen en geëvalueerd, en kwaliteitsuitkomsten die valide en relevant worden geacht, zijn meegenomen in deze rapportage. Deze kwaliteitsuitkomsten kunnen niet vergeleken worden met uitkomsten in andere ziekenhuizen.

Onderzoek van IQ healthcare

IQ healthcare heeft, mede in het kader van deze evaluatie, onderzoek gedaan naar één specifiek project van de beide ziekenhuizen. Deze onderzoeken zijn alleen binnen de beide ziekenhuizen uitgevoerd, en kunnen daarom niet worden vergeleken met andere ziekenhuizen.

4.3 Resultaten

De trends in kwaliteitsindicatoren zijn samengevat in tabel 9. De verschillende indicatorensets laten zien dat beide ziekenhuizen op het niveau van het ziekenhuis 'gemiddeld' of 'bovengemiddeld' scoren. Hier is geen duidelijke trendbreuk zichtbaar sinds de start van de verbeterprogramma's. Op het niveau van de individuele initiatieven lijkt sprake van een relatief hoge kwaliteit op bepaalde domeinen. Hierbij worden wisselende resultaten gevonden: op bepaalde domeinen neemt de kwaliteit toe, terwijl de kwaliteit op andere domeinen afneemt. Op basis van de verschillende metingen kan worden geconcludeerd dat sinds de start van de beide veranderprogramma's, de kwaliteit van zorg niet wezenlijk lijkt te zijn toegenomen of juist afgenomen. Dit met inachtneming van de eerdergenoemde methodologische beperkingen.

Tabel 9. Uitkomsten kwaliteitsindicatoren

Niveau	Bron	Bernhoven	Rivas
Ziekenhuisniveau	Zorgkaartnederland, NvZ, analyse Zichtbare Zorg indicatoren	Beneden-gemiddeld tot bovengemiddeld, geen duidelijke trend na 2015	Gemiddeld tot bovengemiddeld, licht stijgende trend na 2015
Niveau individuele initiatieven	Eigen onderzoek, bestaande bronnen, analyse Zichtbare Zorg indicatoren	Bovengemiddeld, wisselende uitkomsten	Bovengemiddeld, wisselende uitkomsten

Resultaten op ziekenhuisniveau

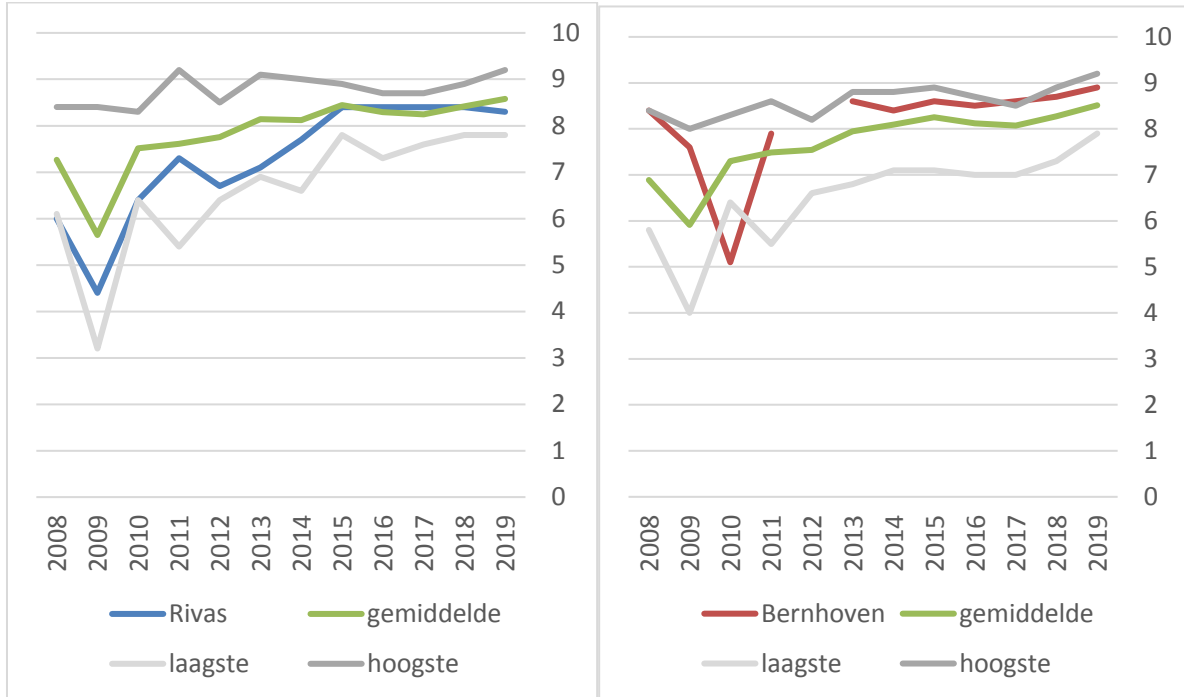
Op www.zorgkaartnederland.nl kunnen patiënten een beoordeling geven van het ziekenhuis. Dit gebeurt op vrijwillige basis, waardoor de aantallen laag zijn (enkele procenten van de totale patiëntenpopulatie). De laatste jaren is het gebruik echter toegenomen, waardoor een voldoende grote steekproef ontstaat om onderscheidend te zijn. Figuur 4a en 4b geven de scores van de twee ziekenhuizen weer ten opzichte van hun controlegroepen. Bernhoven wordt iets bovengemiddeld gewaardeerd, terwijl de waardering voor Rivas gemiddeld is. Bij Rivas is er wel een lichte verbetering zichtbaar sinds 2012. Bernhoven wordt vanaf 2013 consistent hoger dan gemiddeld gewaardeerd.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NvZ) publiceert rapportcijfers van de ziekenhuizen via de openbare website www.ziekenhuischeck.nl. Volgens het NvZ geven deze cijfers een algemene indruk van de kwaliteit van het ziekenhuis, waarbij zowel patiëntervaringen als zorginhoudelijke uitkomstindicatoren worden meegenomen. Het kan daarom worden gezien als een alternatief voor www.zorgkaartnederland.nl. De rapportcijfers zijn alleen over 2019 beschikbaar. We kunnen de rapportcijfers gebruikt worden om te toetsen of er verschillen zijn tussen de beide ziekenhuizen en hun beide controlegroepen. Bernhoven krijgt een gemiddeld rapportcijfer van een 7,6 en Rivas van een 8,1 (2019). De controlegroep van Bernhoven scoort gemiddeld een 7,7 en de controlegroep van Rivas een 7,8.

Op basis van de transparantiekalender (zorginzicht) is een gemiddelde score over alle indicatoren berekend volgens de methode in box 2. De gemiddelde scores op structuur, proces en uitkomstindicatoren van de ziekenhuizen en controlegroepen zijn weergegeven in figuur 5. Ook hier zijn wisselende uitkomsten zichtbaar, waarbij Rivas op sommige onderdelen een licht stijgende trend in kwaliteit laat zien.

Samenvattend zien we dat patiënten de beide ziekenhuizen voorzien van een gemiddelde of bovengemiddelde score, die niet sterk afwijkt van de controlegroep. Bij Rivas is een lichte stijging te zien op de kwaliteitsindicatoren zoals gemeten in het kader van de transparantiekalender. De bij patiënten gemeten kwaliteit van zorg is niet significant gedaald, maar is ook niet significante gestegen. We zien de effecten van de beide programma's dus niet goed terug in de verschillende patiëntbeoordelingen.

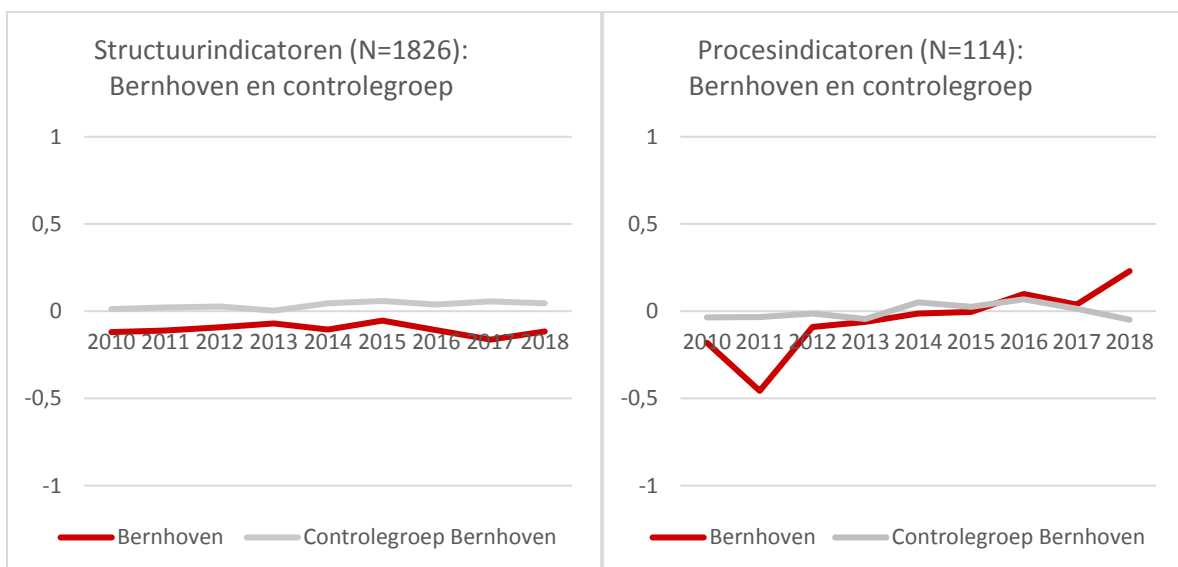
Figuur 4. Gemiddeld cijfer op Zorgkaart Nederland

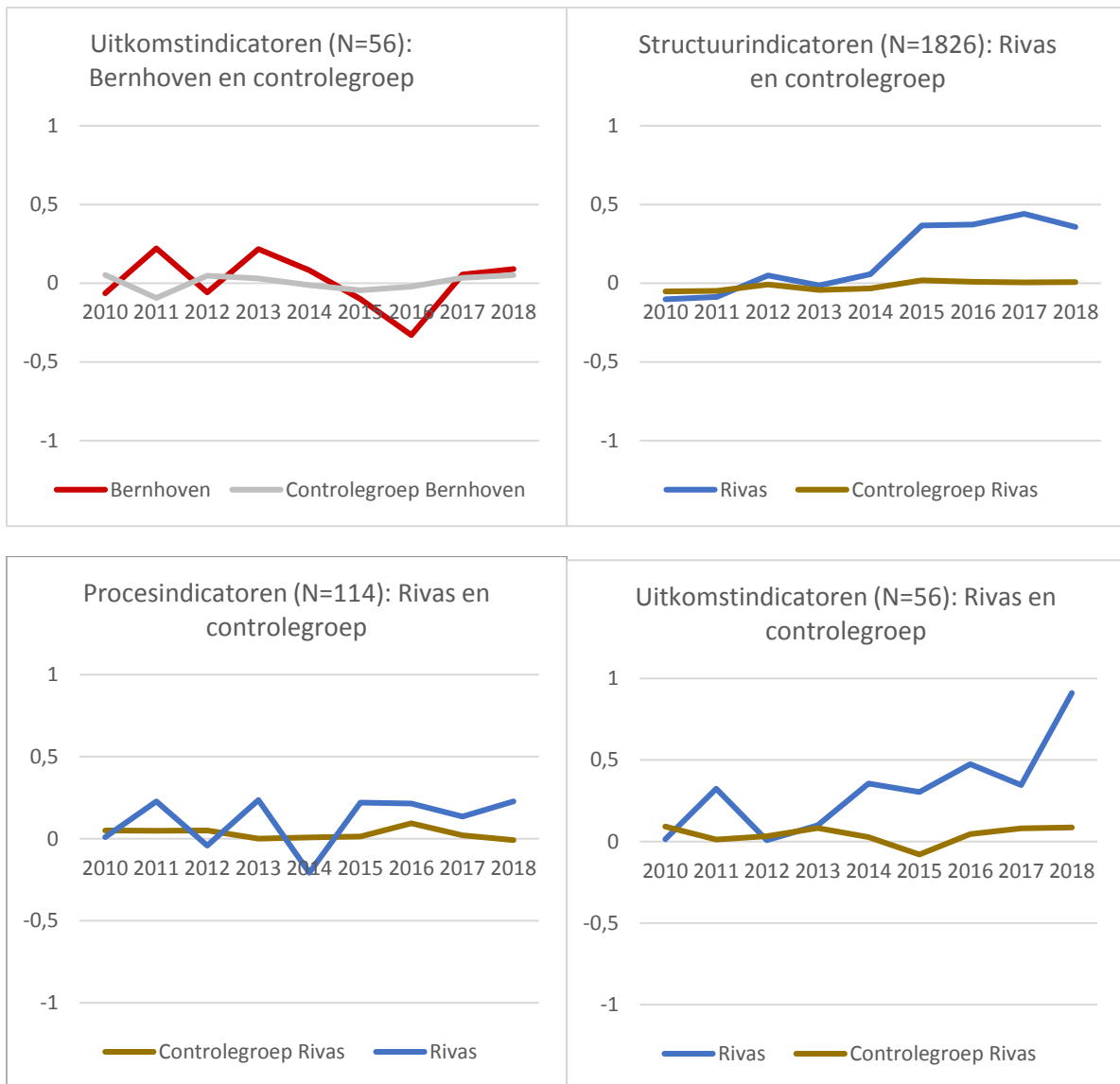


4a: Rivas Zorggroep

4b: Bernhoven

Figuur 5: Gemiddelde z-scores op structuur- proces- en uitkomstindicatoren (Zorginzicht)





4.4 Kwaliteitsinitiatieven binnen ‘Droom’ nader uitgelicht

Binnen Droom zijn de nodige initiatieven opgezet met als specifiek doel om de kosten te beheersen en de kwaliteit van zorg te verbeteren (zie bijlage 2). Juist bij deze initiatieven mogen we dus op voorhand effecten verwachten. Om die reden bespreken we hier een aantal van deze initiatieven:

- Samen beslissen: keuzehulpen voor galblaas en liesbreuk
- Interventies orthopedie: zorgstraten, keuzehulpen en 1,5-lijns poli
- Oogmetingen bij de optometrist (1,5-lijnszorg)

De initiatieven worden eerst kort geïntroduceerd, en vervolgens wordt het effect op kwaliteit van zorg beschreven aan de hand van interviews, openbare kwaliteitsmetingen en eigen onderzoeken.

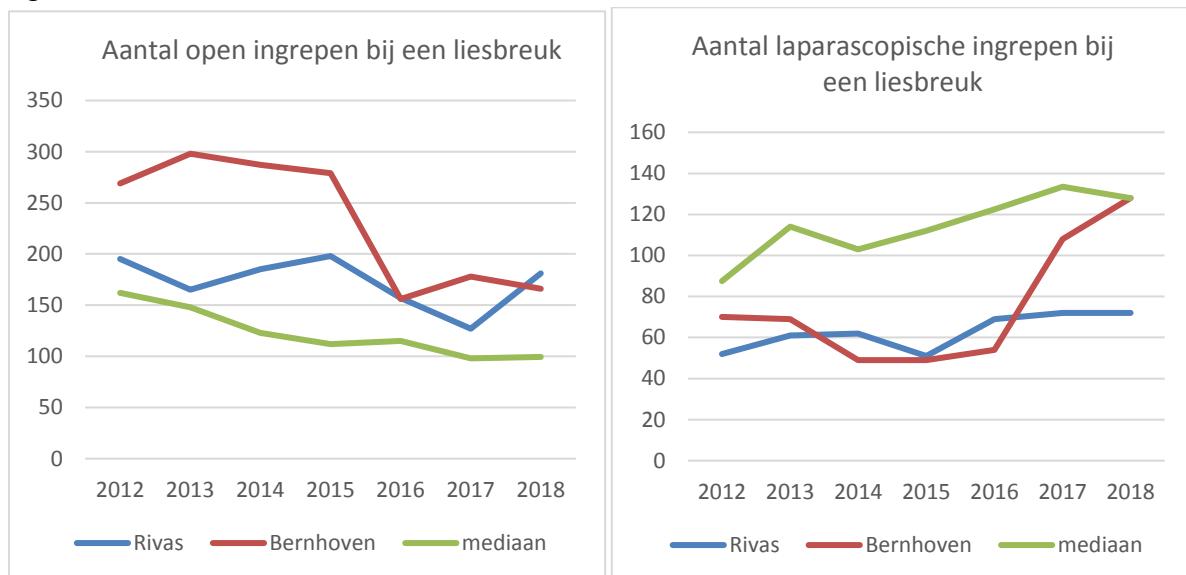
4.4.1 Samen beslissen: Keuzehulpen bij galblaas en liesbreuk

Bernhoven zet veel in op samen beslissen. Patiënten met nierinsufficiëntie waarbij dialyse een optie is, bespreken bijvoorbeeld de verschillende keuzemogelijkheden met een geriatr. Dit heeft bijgedragen aan een daling van keuze voor dialyse van 31% naar 17% (bron: kwartaalrapportage

Bernhoven). Bij patiënten die in aanmerking komen voor een operatie aan galblaas en liesbreuk is ingezet op samen beslissen door middel van keuzehulpen.

Ongeveer 500 patiënten met een indicatie voor een galblaasoperatie en ook zo'n 500 patiënten met een indicatie voor een liesbreukoperatie hebben gebruik gemaakt van een keuzehulp. Het percentage patiënten dat deze keuzehulp heeft gebruikt is 66% bij galblaas en 46% bij liesbreuk. Tussen 2015 en 2018 is het aantal patiënten dat voor een operatie kiest sterk gedaald, bij galblaas met 15,5% (39 patiënten) en bij liesbreuk met zelfs 22,3% (63 patiënten). Dit heeft een waarde in DBC-declaraties van € 300,000 per jaar (bron: kwartaalrapportage Bernhoven). Deze bevindingen zijn terug te zien in de dataset van Zichtbare Zorg. Hier daalt het aantal liesbreuken in de periode 2016-2018 ten opzichte van 2012 met gemiddeld 76 patiënten. De daling in de controlegroep ligt veel lager: gemiddeld 13 operaties minder (figuur 6). Ook het percentage patiënten dat wordt geopereerd aan galblaas en liesbreuk neemt af (CPB/NZa, 2020). Bij Bernhoven is verder een verschuiving zichtbaar naar laparoscopische operaties. Rivas heeft hier niet in deze mate op ingezet en hier is ook geen trend in volumes zichtbaar³.

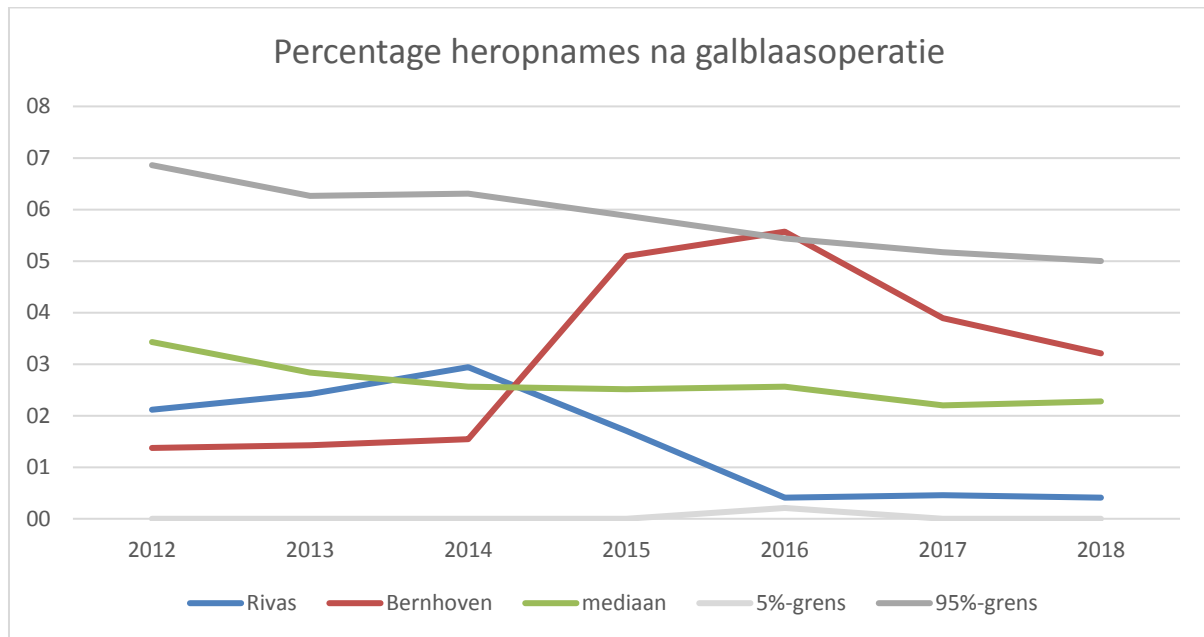
Figuur 6. Initiatief liesbreuk Bernhoven



Indien de lichtere patiënten niet meer kiezen voor een galblaasoperatie, dan stijgt de zorgzwaarte van zij die wel aan de galblaas worden geopereerd. Dat zou kunnen verklaren dat het percentage heropnames na galblaasoperatie bij Bernhoven na 2016 stijgt (figuur 7). Bij Bernhoven betreft dit tussen 2012 en 2014 5 á 6 patiënten die vanwege een complicatie opnieuw geopereerd moesten worden. In 2015 en 2016 stijgt dit naar 17-18 patiënten, en in 2017-2018 naar 11 patiënten.

³ De volumes zijn weergegeven in absolute aantallen, en niet gecorrigeerd voor casemix of patiëntaantallen. Bernhoven is een relatief groter ziekenhuis dan Rivas of controlegroepen, vandaar de hogere initiële aantallen

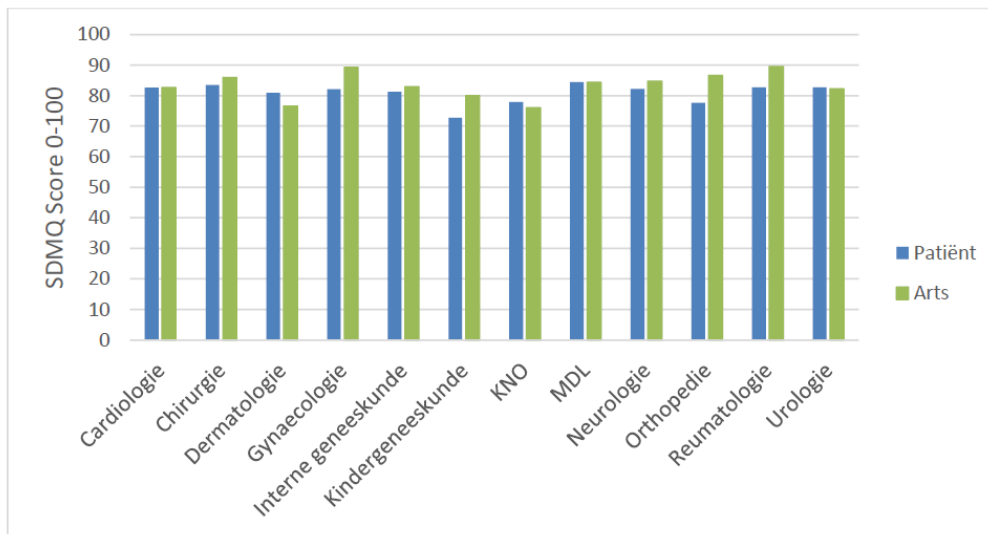
Figuur 7. Initiatief galblaas Bernhoven



Op het gebied van samen beslissen in Bernhoven en de inzet van keuzehulpen heeft een onafhankelijk onderzoek plaatsgevonden: “De implementatie van Samen Beslissen in Bernhoven, Evaluatie 2018”, uitgevoerd door Pauline de Best, stagiaire IQ healthcare, onder begeleiding van Marjan Faber, Inge Blokzijl, Sanne van der Schoor en Mieke Klerkx. Dit onderzoek meet aan de hand van de gevalideerde vragenlijst SDM-Q9 de mate van gezamenlijke besluitvorming onder 5.715 patiënten en 59 artsen op de verschillende poliklinieken in Bernhoven. Op een schaal van 0 tot 100 scoren patiënten gemiddeld 81.4 punten en artsen gemiddeld 83.9 (figuur 8). Ter vergelijking, een onderzoek naar samen beslissen bij 15 huisartsenpraktijken vindt een aanzienlijk lagere gemiddelde score van 65 punten (Van Esch, Brabers, Hek et al., 2019). De gemiddelde score op de afdeling gynaecologie (Radboudumc) lag in een pilot-studie tussen de 63.2 en 65.5 (Baijens, Huppelschoten, Van Dillen et al., 2018). Dit onderzoek laat dus zien dat de mate van samen beslissen bij Bernhoven in 2018 als relatief goed werd ervaren door patiënten en artsen. Het is echter onbekend of dit altijd al zo was, of dat dit positief is beïnvloed door Droom.

“We hebben de galblaas keuzehulp ook gestart”..“het werkt ontzettend goed in patiëntenvoorlichting. Dus mensen die dat doorlezen vinden dat stuk voor stuk prettig, een aantal zeggen: ik heb het doorgenomen, maar het verandert mijn plan niet. Dat is de insteek. Maar vooral de mensen zonder klachten, dan heb ik over de liesbreuk bijvoorbeeld die zijn ongelofelijk blij, dan komen ze misschien na 4 jaar terug, die alsnog geopereerd moeten worden. Ik zeg: Vindt u dat vervelend dat u 3 jaar geleden die keuze hebt gemaakt? Nee, hartstikke tevreden. ...Dus het fenomeen keuzehulp, ik noem het in mijn hoofd meer een informatiehulp, gesprekshulp...is, mits goed geschreven, heel prettig.” (I2)

Figuur 8. Score SDMQ Bernhoven (Bron: De Best et al, 2018)

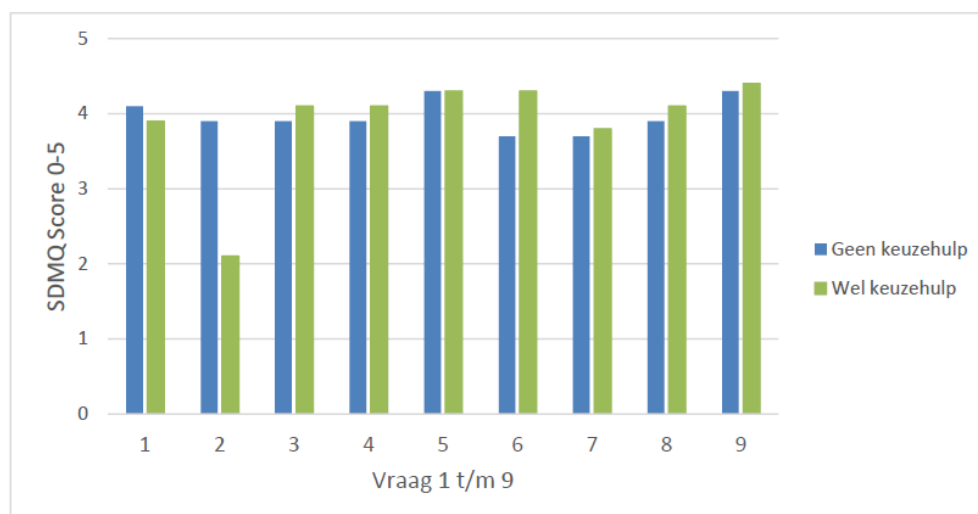


Figuur 8. Mate van samen beslissen zoals ervaren door patiënten en artsen tijdens poliklinische consulten, weergegeven per vakgroep (SDMQ-scores, range 0-100).*

**Shared Decision Making Questionnaire, hogere scores corresponderen met een hogere mate van samen beslissen. MDL= Maag, Darm, Lever; KNO: Keel, Neus, Oor*

Het gebruik van een keuzehulp was echter significant geassocieerd met een lagere score op de SDMQ9. Een uitsplitsing laat zien dat de patiënten net zo tevreden of iets meer tevreden zijn over samen beslissen als patiënten in Bernhoven die geen keuzehulp hebben gehad, maar dat er significant lager wordt gescoord op de vraag of de patiënten mee konden beslissen over de inzet van een keuzehulp (vraag 2 van de SDMQ9, zie figuur 9). Dit is een indicatie dat een keuzehulp leidt tot stijging van bepaalde domeinen van kwaliteit, maar ook kan leiden tot een daling op andere domeinen van kwaliteit. Door patiënten goed mee te nemen in het beslissingsproces kan de interventie nog succesvoller worden geïmplementeerd.

Figuur 9. Samen beslissen keuzehulp Bernhoven (Bron: De Best et al, 2018)



Figuur 9: Mate van samen beslissen zoals ervaren door patiënten met een keuzehulp (n=167) en patiënten zonder keuzehulp (n=1.348) (SDMQ-scores, range 0-100).*

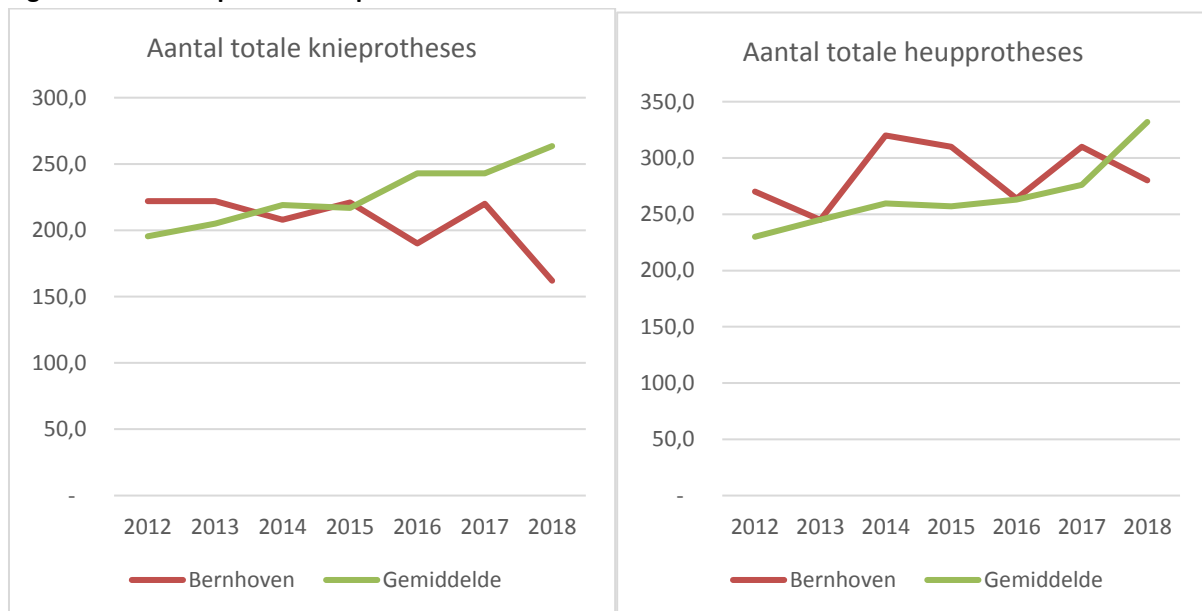
*Shared Decision Making Questionnaire, hogere scores corresponderen met een hogere mate van samen beslissen.

“We zijn een beetje de voorloper van de keuzehulp, het samen beslissen. We krijgen natuurlijk op onze donder dat we niet samen beslissen, want wij eisen dat de keuzehulp wordt ingevuld, dus dat is niet samen beslissen. Ja, wij scoren heel slecht op die SDQ test op vraag 2: Heeft u samen het besluit genomen om keuzehulp te nemen? Ja, nee. Dat verplichten we ze om ook goed voor te lichten. We gebruiken dat formulier ook als een informed consent naar de patiënten toe, maar daar blijkt dus uit dat 25% onlangs bij een operatie-indicatie gewoon 'nee' zegt. Het leuke is gewoon, we zijn er nu al 2,5 jaar mee bezig geweest, we zien die cijfers gewoon komen, we zien af en toe een patiënt erop terugkomen, maar van die 25% die 'nee' heeft gezegd, zijn ook niet elders geopereerd en misschien is 5%, 6% nu alsnog geopereerd in die drie jaar tijd.”(16)

4.4.2 Interventies orthopedie laten een daling in volumes zien

Bernhoven heeft relatief veel interventies opgestart bij de orthopedie: 1) een zorgstraat heup- en knieoperaties is ingericht om de opnameduur te verkorten, 2) er is een 1,5-lijnspoli orthopedie ingericht om meer klachten vroegtijdig af te vangen, 3) er zijn keuzehulpen voor heupprothesen in gebruik genomen, 4) Bernhoven faciliteert een digitaal consult tussen huisartsen en medisch specialisten. Evaluatie van dit laatste initiatief bij orthopedie en regionaal pijncentrum laat zien dat 50% van de patiënten waarover een digitaal consult is gehouden, niet binnen 6 maanden zijn doorverwezen naar de medisch specialist. 73% van de huisartsen geeft aan tevreden te zijn over deze dienst (bron: kwartaalrapportage Bernhoven). We constateren dat het volume bij de vakgroep orthopedie afneemt: Bernhoven voert minder knieoperaties uit. Het aantal heupoperaties blijft stabiel (figuur 10). Wel neemt het percentage patiënten dat kiest voor een heupoperatie af (CPB/NZa, 2020). Dit duidt op een toename van het aantal patiënten, waarvan een kleiner percentage kiest voor een operatie.

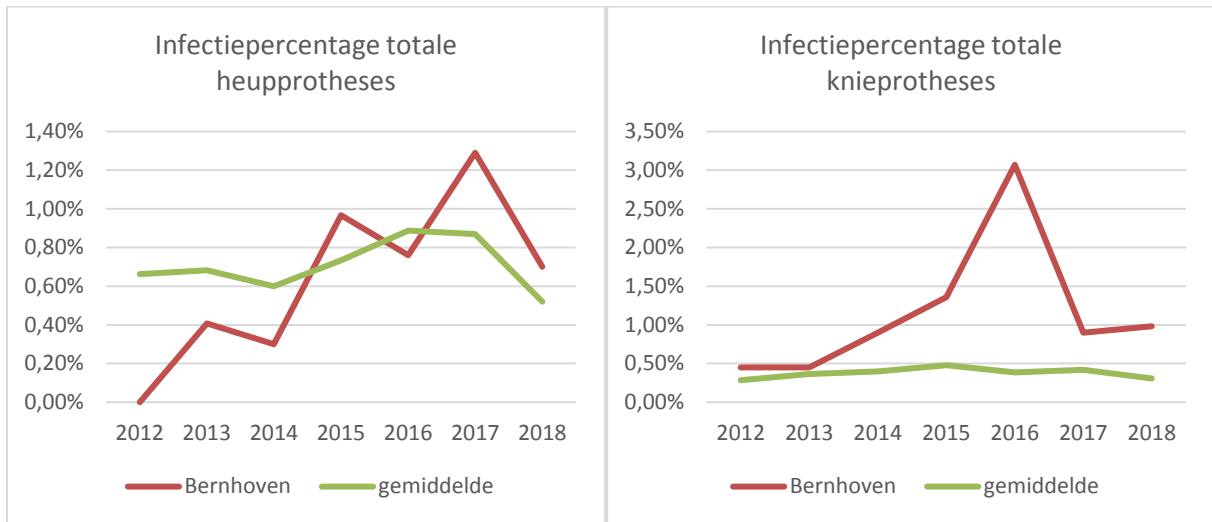
Figuur 10. Aantal operaties heup en knie Bernhoven



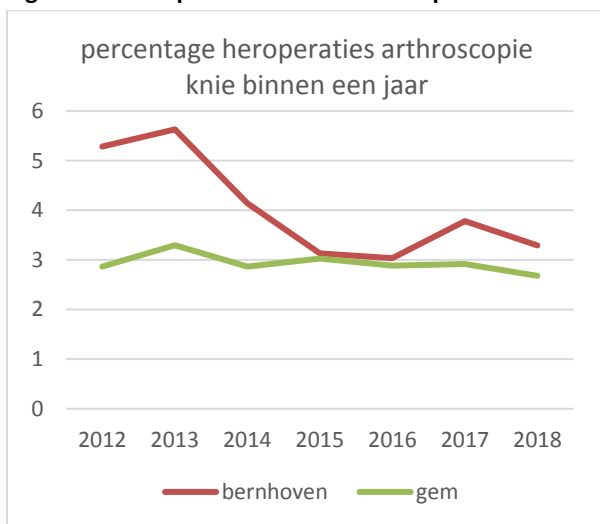
Op de beschikbare uitkomstindicatoren scoort Bernhoven lager dan gemiddeld en dan met name op het infectiepercentage bij totale knieprothesen (figuur 11). Ook het percentage heroperaties binnen een jaar bij arthroscopie van de knie ligt er iets hoger dan gemiddeld (figuur 12), maar hier is wel een

dalende trend zichtbaar. Op de door patiënten gerapporteerde uitkomsten (PROMs) scoort Bernhoven juist iets boven het gemiddelde (figuur 13).

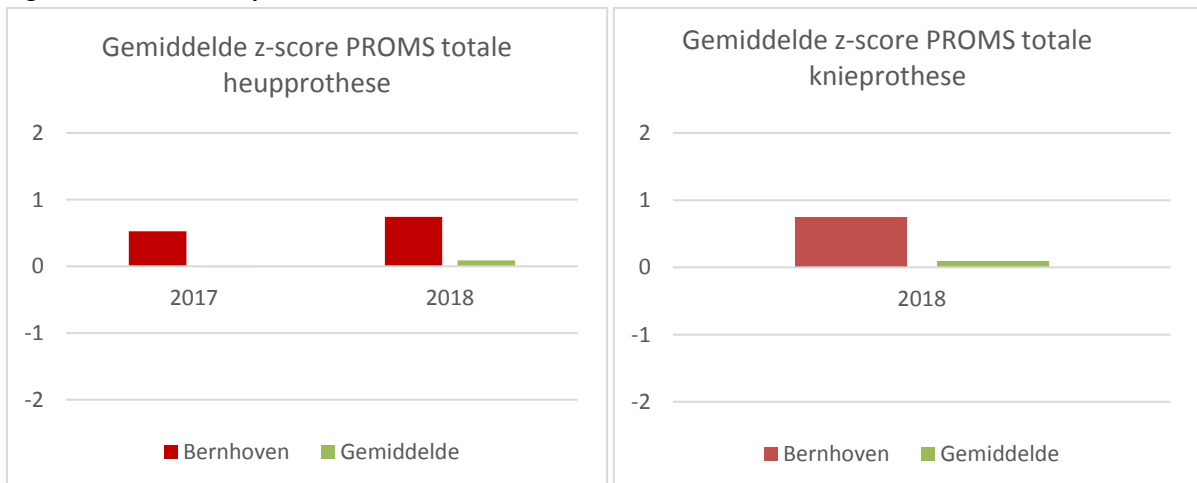
Figuur 11. Infecties na heup- en knieoperaties Bernhoven



Figuur 12. Heroperaties knie arthroscopie Bernhoven



Figuur 13. PROMs heup en knie Bernhoven



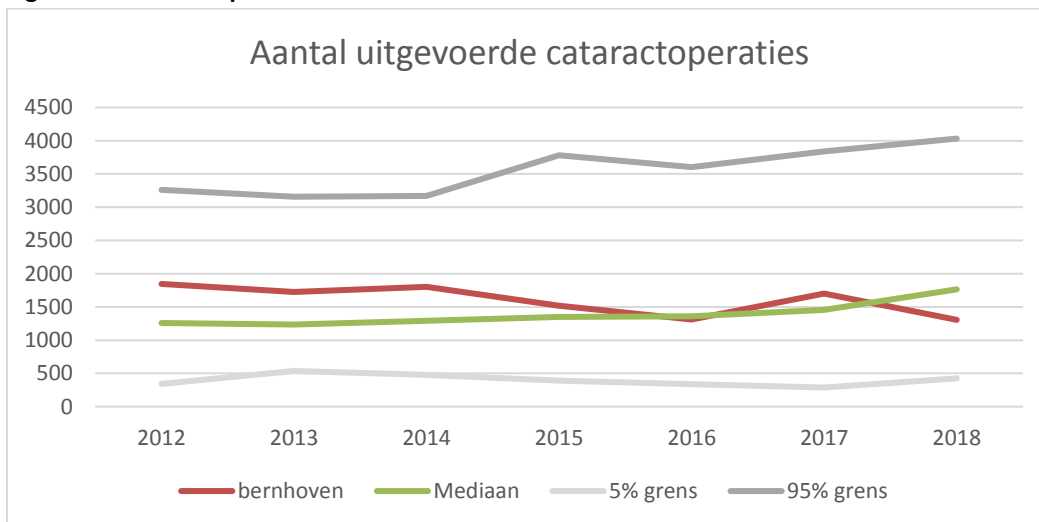
4.4.3 Oogscreening door de optometrist: zorg dichtbij

Bernhoven is gestart met een interventie op het gebied van oogheelkunde, waarbij optometristen een eerste triage uitvoeren voordat doorverwijzing naar een oogarts plaatsvindt. Dit beperkt het aantal consulten bij de oogarts en daarmee de kosten (taakherschikking). In een pilot rapporteert Bernhoven dat maar liefst 83% van de patiënten na de optometrie onder controle bij de huisarts blijft, waardoor het aantal doorverwijzingen naar de oogarts met 38% is afgenomen (Bron: kwartaalrapportage Bernhoven). Voor patiënten betekent dit dat de zorg dicht bij huis plaatsvindt en dat patiënten wellicht geen eigen risico hoeven te betalen. Geïnterviewde patiënten geven aan dat met name de goede dienstverlening en tijd die de optometrist neemt wordt gewaardeerd. Bij Bernhoven is een sterke volumedaling zichtbaar in de transparantiekalender, van 1700 naar 1300 operaties per jaar (figuur 14).

*“Interviewer: “Heeft u ook het gevoel dat u vragen heeft kunnen stellen tijdens het consult bij de optometrist?”
Respondent: “Ja. Genoeg. Hij was heel rustig. Dus ik kon eigenlijk zo lang als ik wou vragen stellen.”...“Respondent: “En toen zeiden ze van: nou, ik kan je op korte termijn naar een optometrist in Volkel naar toe sturen en dan kunnen we kijken of er echt iets mis is met die ogen. Dan ben je op dat punt alvast gerustgesteld of er niet actie ondernomen moet worden. Nou, toen ben ik binnen een week naar de optometrist in Volkel gegaan. Een heel aardige meneer die mij ook heel erg meteen op mijn gemak stelde.” (I59)*

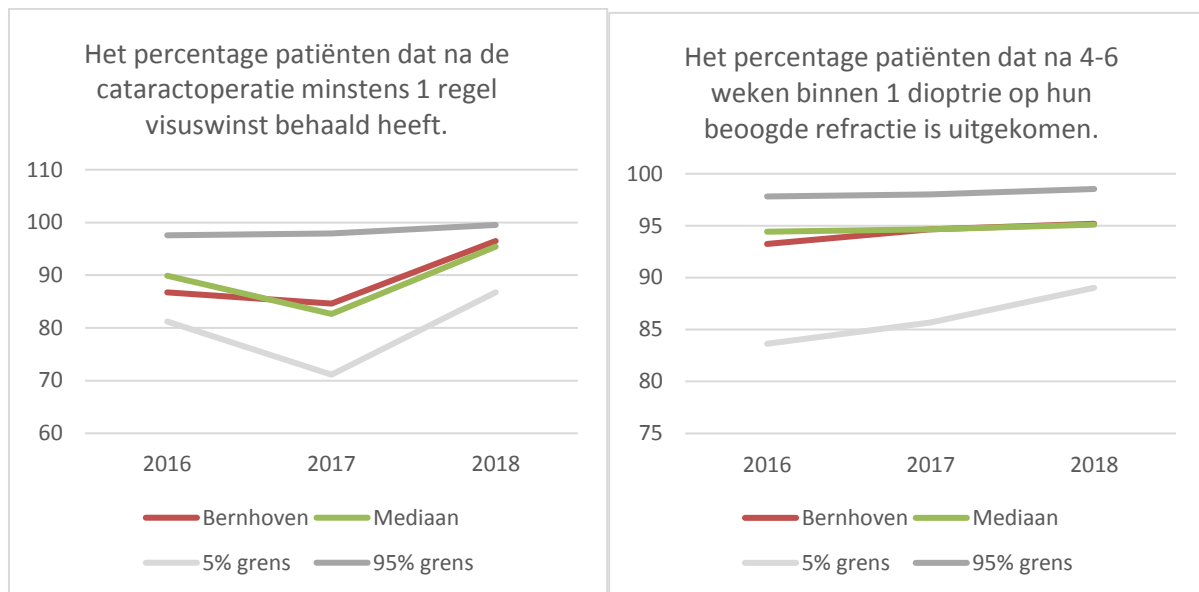
“Interviewer: “En hoe heeft u de zorg ervaren bij de optometrist?” Respondent: “Daar ben ik tevreden over. Ik ben ook supertevreden dat die eigenlijk meteen zelf het initiatief heeft genomen om de afspraak in het ziekenhuis te maken. Want voor hetzelfde geld had die natuurlijk gezegd van: goh, dan moet je zelf een afspraak maken.” (I57)

Figuur 14. Cataractoperaties



De openbare kwaliteitsindicatoren op het gebied van oogheelkunde gaan over staaroperaties; dit heeft maar een beperkte relatie met het initiatief. We presenteren ze desalniettemin. Qua gemeten uitkomsten van de cataractoperaties scoort Bernhoven gemiddeld (figuur 15).

Figuur 15: Uitkomstindicatoren cataractoperaties



4.5 Kwaliteitsinitiatieven binnen 'Kwaliteit Als Medicijn' nader uitgelicht

Binnen KAM is een aantal initiatieven opgezet met als specifiek doel om de kosten te beheersen en de kwaliteit van zorg te verbeteren (zie Bijlage 2). We bespreken drie initiatieven waarbij op voorhand positieve resultaten zijn verwacht:

- Polireview: terugverwijzen naar de huisarts
- Fasttrack orthopedie
- KNO in Dagbehandeling

De initiatieven worden kort geïntroduceerd, en vervolgens wordt het effect op kwaliteit beschreven aan de hand van interviews, openbare kwaliteitsmetingen en eigen onderzoeken.

4.5.1 Terugverwijzen naar de huisarts verbetert de doelmatigheid van zorg

Rivas zet nadrukkelijk in op de samenwerking met huisartsen. Onderdelen hiervan zijn het creëren van laagdrempelige contacten tussen huisarts en specialist, bijvoorbeeld door telefonische consulten. Dit leidde tot een daling in doorverwijzingen van 50% volgens de eigen metingen van het ziekenhuis (Bron: tussenevaluatie KAM, Rivas Zorggroep). Hieraan gekoppeld loopt bij 12 huisartsenpraktijken de pilot meer tijd voor de patiënt (langere consulten), waardoor verderop in de keten (onnodige) zorg kan worden voorkomen. Dit heeft geresulteerd in een daling van het aantal verwijzingen naar het ziekenhuis met 19% en 9% minder diagnostieaanvragen. Bovendien is de patiënttevredenheid met 15 procentpunt gestegen op de nNPS (Bron: tussenevaluatie KAM, Rivas Zorggroep). Ook de werkbeleving van huisartsen is gestegen.

Rivas heeft ook ingezet op het actief terugverwijzen van patiënten naar de huisarts, onder meer door het opstellen van behandelprotocollen en het geven van trainingen aan huisartsen. Bij zeven specialismen⁴ zijn in totaal 2.560 patiënten terugverwezen naar de huisarts voor vervolgbehandeling.

⁴ Cardiologie, Gynaecologie, Neurologie, KNO, Urologie, Interne en MDL

Het ziekenhuis rapporteert een daling in het aantal herhaalbezoeken bij deze zeven specialismen van tussen de 8% en 41%.

IQ healthcare heeft een onderzoek opgestart om dit terugverwijzen naar de huisarts te evalueren: ‘De evaluatie van het verplaatsen van ziekenhuiszorg terug naar de huisarts bij stabiele patiënten met hypothyreoïdie of diabetes mellitus type 2’, door Marjon Eghuizen, Bsc, onder begeleiding van Dr. Niek Stadhouders, Dr. Simone van Dulmen, Dr. Matthijs Eefting en Dr. Ineke van der Zee. Het onderzoek evalueert de verschuiving van 1) behandeling van Diabetes Mellitus type 2 (DM2) en 2) Hypothyreoïdie van de medisch specialist naar de huisarts. Dit onderzoek laat zien dat de bloedwaarden bij de huisarts niet significant veranderen in de tijd. Vanuit zorginhoudelijk perspectief lijken de patiënten terugverwezen te kunnen worden met behoud van zorginhoudelijke kwaliteit. Wel zijn patiënten op sommige punten wat minder tevreden over de geleverde zorg. Zo was het rapportcijfer (aanbevelingsvraag) van patiënten onder behandeling bij de specialist bij zowel DM2 (8,7) als Hypothyreoïdie (7,7) hoger dan bij de huisarts (7,6 bij DM2; en 6,4 bij Hypothyreoïdie). De medisch specialisten hebben ook een relatief hoge iNPS: tussen de +29 en +46⁵. Dit is een indicatie van hoge kwaliteit van medische-specialistische dienstverlening bij deze twee aandoeningen, met name bij DM2. De gemiddelde iNPS van huisartsen is niet beschreven in de literatuur, maar enkele bronnen suggereren dat de iNPS van de huisartsen bij DM2 (+4) iets boven het gemiddelde en bij Hypothyreoïdie (-10) iets onder het gemiddelde ligt. Dit onderzoek toont dus aan dat de kwaliteit van specialistische zorg bij Rivas als zeer goed werd ervaren door patiënten met DM2 en Hypothyreoïdie. Met name bij DM2 wordt de zorgverlening door het team van artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis zeer goed gewaardeerd. Deze relatief hoge patiëntwaardering betekent dat de door patiënten ervaren kwaliteit mogelijk daalt bij verplaatsing van zorg van de medisch specialist naar de huisarts. De medisch inhoudelijk gegevens (bloedwaardes) lieten zo’n daling echter niet zien.

“Ja, de patiënttevredenheid is gewoon omhoog gegaan. Zij merken, zij zien van wacht even, ik word serieus genomen, want mijn huisarts overlegt zelfs met de specialist of met zijn collega huisarts. Zij hebben meer tijd voor mij, er is overleg geweest. Dus dat merken ze ook. Er is een goede overdracht geweest. Er is een uitgebreide brief waarin staat van: We gaan u helpen om uw bloeddruk naar die waarde terug te brengen of uw cholesterol naar die waarde of iemand die veel migraine heeft die merkt gewoon dat de huisarts het advies nauwgezet volgt. Ja, zo zijn er tal van voorbeelden dat de patiënt het ook echt merkt.”(I15)

“Het contact met de diabetesverpleegkundige is gewoon veel persoonlijker. En ze kunnen ook meer tijd voor je nemen. Heb je iets, een probleem, dan kunnen ze rustig een kwartier of 20 minuten met je praten. De internist heeft daar toch vaak iets minder tijd voor.” (I55)

4.5.2 Fasttrack orthopedie

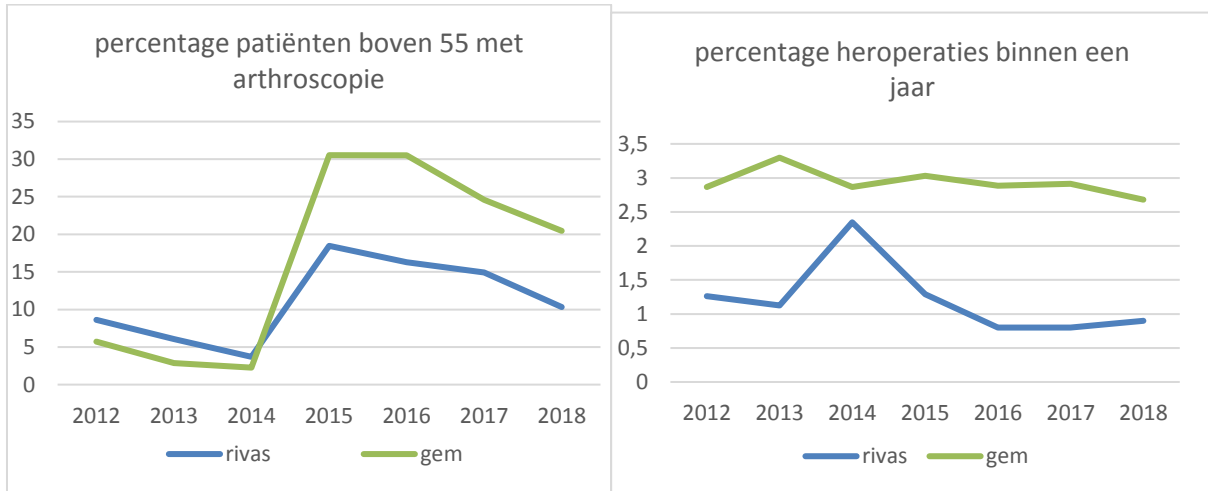
Rivas heeft net als Bernhoven relatief sterkt ingezet op de orthopedie. Dit om de ligduur van patiënten te verkorten en om de uitkomsten te verbeteren. De indicatoren laten zien dat het percentage patiënten boven 55 jaar met een arthroscopie sterk lager is dan gemiddeld, en ook het percentage heroperaties binnen een jaar ligt onder gemiddeld (figuur 16). Infectiepercentages na operatie liggen op het gemiddelde (figuur 17). Het aantal operaties is vergelijkbaar gebleven met de controlegroepen. Op de patiëntgerapporteerde uitkomsten wordt iets bovengemiddeld gescoord (figuur 18).

“De patiënttevredenheid is enorm gestegen. En ook met een aantal projecten is ook nagebeld van: hoe heeft u dat ervaren? Alleen ja, het is vaak heel moeilijk om een nulmeting... Je hebt niet mensen die hebben eerst

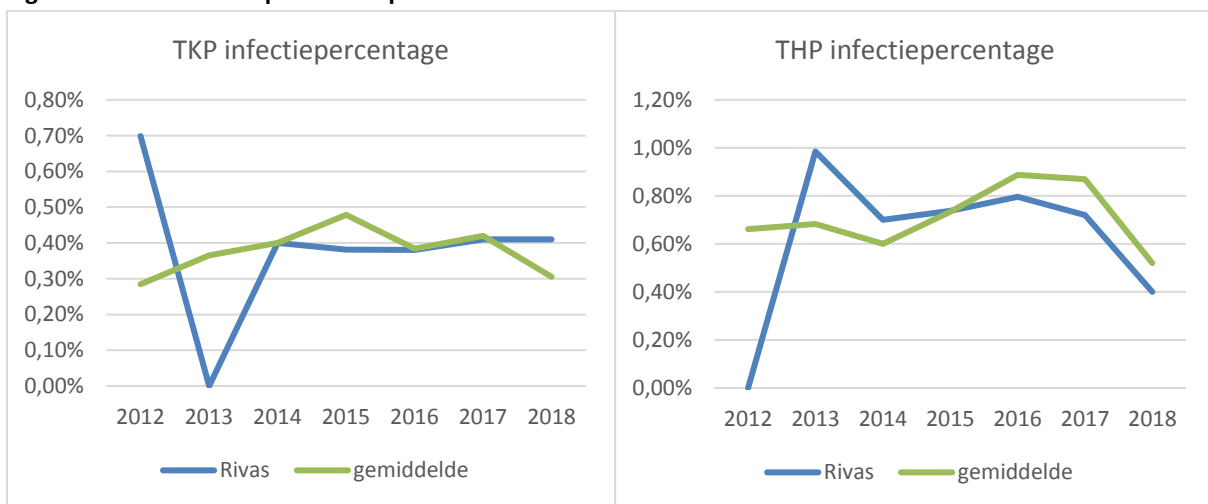
⁵ De scores volgens de Nederlandse definitie zijn: MS-DM2:96; MS-H: 70; HA-DM2:70; HA-H:30.

een knie gehad voor KAM en nu de andere knie in de KAM-periode. Ik bedoel, je hebt niet echt een goede nulmeting.”(i14)

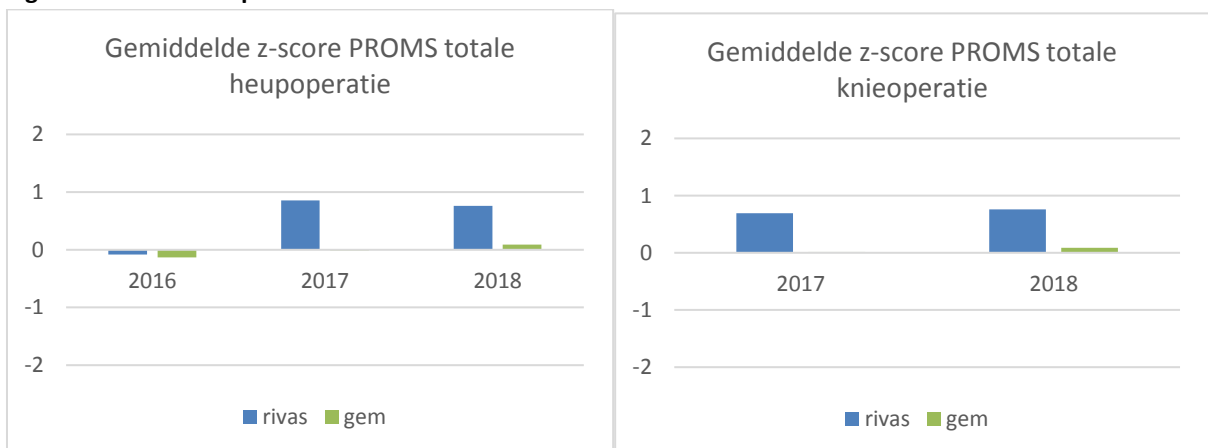
Figuur 16. Aantal operaties heup en knie Rivas



Figuur 17. Infecties heup- en knieoperaties Rivas



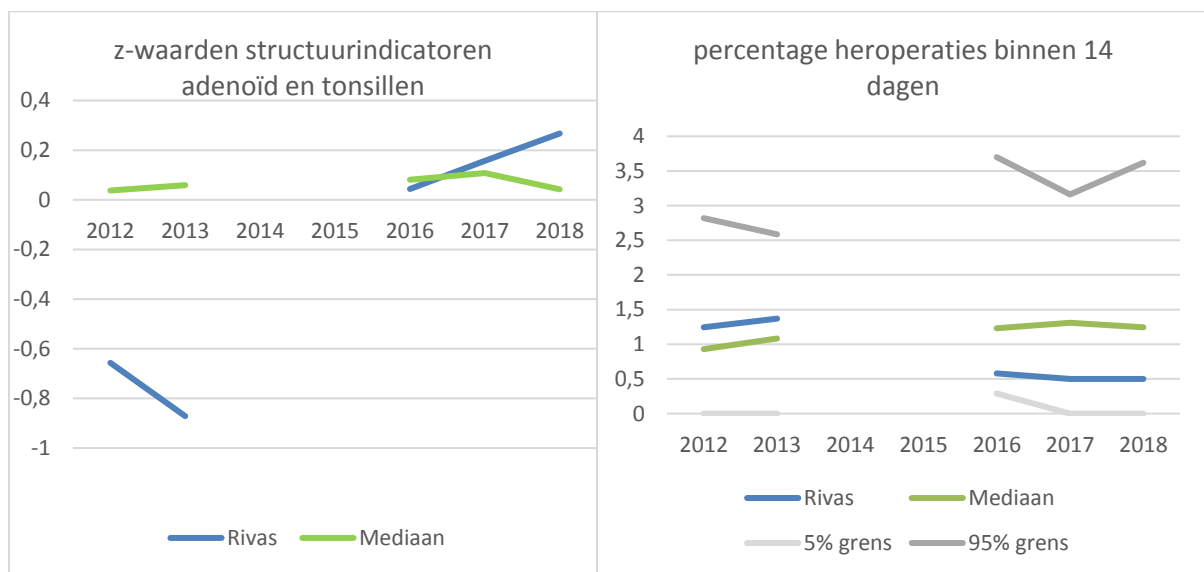
Figuur 18. Proms heup en knie Rivas



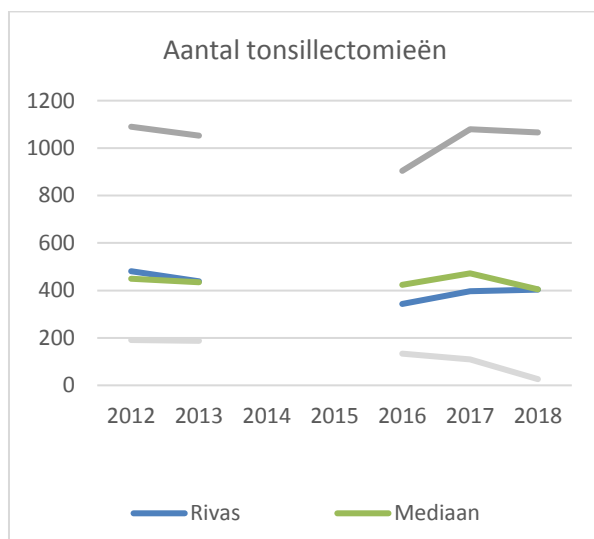
4.5.3 KNO in dagbehandeling

KNO in dagbehandeling betreft het knippen van amandelen, maar ook operaties aan neusschot en trommelvliezen. Bij de KNO worden binnen Zichtbare Zorg alleen indicatoren gemeten die gaan over het knippen van amandelen. De doelstelling was te zorgen dat patiënten sneller naar huis konden. Ook werd een reductie in ligduur beoogd. De indicatoren laten zien dat het percentage heroperaties bij Rivas lager ligt na 2015, wat een lichte verbetering van kwaliteit suggereert (figuur 19b). Ook op de structuurindicatoren wordt na 2015 hoger gescoord (figuur 19a). Het aantal geopereerde tonsillectomieën is gelijk gebleven (figuur 20).

Figuur 19: Score op structuurindicatoren Adenoïd en tonsillectomieën en uitkomstindicator tonsillectomieën: percentage heroperaties⁶



Figuur 20: Aantal tonsillectomieën



⁶ In 2014 en 2015 is deze indicator niet uitgevraagd.

4.6 Conclusies

Dit hoofdstuk betrof een verhalende analyse van de prestaties van Bernhoven en Rivas zorggroep op verschillende (openbare) kwaliteitsmetingen. Beide ziekenhuizen scoren gemiddeld tot bovengemiddeld op kwaliteit van zorg. Er zijn hier geen duidelijke opwaartse of neerwaartse trends zichtbaar na invoering van KAM en Droom. Wel zijn er op de drie door de ziekenhuizen zelf aangedragen initiatieven en in ons eigen casuïstiek onderzoek effecten zichtbaar, vooral in de richting van een lager ziekenhuisvolume. Daar waar we dus ziekenhuisbreed en qua algemene perceptie van patiënten weinig zien gebeuren met betrekking tot kwaliteit van zorg, is op onderdelen wel degelijk vooruitgang geboekt, ingestoken door de programma's Droom en KAM. Het blijft in zijn algemeenheid lastig de effecten op 'kwaliteit' integraal in kaart te brengen, en vooruitgang op sommige dimensies van kwaliteit kunnen ook negatieve effecten hebben op andere dimensies. Daarnaast zijn de andere ziekenhuizen ook continu bezig met kwaliteitsverbeteringen, wat het lastiger maakt om te stijgen op routinematig gemeten kwaliteitsindicatoren ten opzichte van de controlegroepen.

Een sterk punt van de beide strategieën is dat veel initiatieven zijn gericht op het verbeteren van de kwaliteit. Veelvuldig is in de interviews gewag gemaakt van het belang van tijd voor de patiënt en voor multidisciplinaire afstemming en van professionaliteit. Bernhoven heeft bijvoorbeeld nadrukkelijk ingezet op de invoering van keuzehulpen. Paradoxaal heeft het sterk inzetten van keuzehulpen de perceptie van samen beslissen iets verminderd, maar het lijkt wel een positief effect te hebben gehad op patiënttevredenheid. Rivas heeft ingezet op het verplaatsen van zorg van de specialist naar de huisarts. Hierbij was de aanname dat patiënten laagdrempelig contact met de huisarts zouden prefereren boven een bezoek aan het ziekenhuis, maar dit blijkt niet altijd zo te zijn; ook al is de medische kwaliteit van de huisartsenzorg goed.

De analyses in dit hoofdstuk kennen substantiële tekortkomingen met betrekking tot het meten van kwaliteit en het vaststellen van de relatie tussen de beide programma's en de verschillende kwaliteitsindicatoren. Hierdoor kan niet causaal worden aangetoond dat de programma's hebben geleid tot een hogere (lagere) kwaliteit. Wel is aannemelijk dat een aantal van de specifieke initiatieven wel degelijk effecten hebben gehad, vaak in de richting van minder zorgvolume in het ziekenhuis. Hierbij is soms een afruil zichtbaar tussen verschillende dimensies van kwaliteit, wat het lastig maakt om de kwaliteit in alle aspecten te verhogen. Daarnaast zijn sommige dimensies van kwaliteit moeilijk (op grote schaal) te meten, zoals bijvoorbeeld persoonsgerichte zorg, zorg dichtbij huis of meer tijd voor de patiënt. Het is desalniettemin aannemelijk dat de programma's in zijn algemeenheid geen nadelig effect hebben gehad kwaliteit.

5 Effecten veranderprogramma's op zorgkosten

Kernboodschap

De meerjarige-aanneemsommen hebben geleid tot incidentele extra kosten in 2015 en een dalende kostengroei in de latere jaren ten opzichte van de controleziekenhuizen. Als deze trendbreuk doorzet leiden de programma's tot lagere ziekenhuiskosten ten opzichte van controleziekenhuizen. Om dit te bereiken hebben ziekenhuizen sterk het behandelvolume afgebouwd. Dit leidt echter niet één op één tot daling in de kosten voor het ziekenhuis. De jaarverslagen en interviews geven een (voorzichtige) indicatie dat op een aantal uitgavenposten besparingen zijn behaald. Beide ziekenhuizen hebben hun uitgaven op een lager niveau gekregen, maar dit vereist continu aandacht: de ziekenhuizen houden maar een beperkte marge over.

5.1 Inleiding

In dit onderzoek zijn de effecten van de veranderprogramma's Droom en KAM op de kosten van zorg onderzocht om kennis te verkrijgen over hoe deze strategieën kunnen leiden tot lagere uitgaven en welke lessen daaruit te trekken zijn voor andere ziekenhuizen. Het betreft hier een kwalitatieve beschrijving van de effecten, ondersteund met cijfers uit jaarverslagen. Dit sluit aan bij de kwantitatieve analyses van het CBP en NZa (CPB/NZa, 2020) en plaatst deze analyses in een breder kwalitatief kader. Kwalitatief evaluatieonderzoek levert geen gekwantificeerde 'meting' van de effecten van de veranderprogramma's op maar wel inzichten in de werkingsmechanismen en trends. Een kwalitatieve evaluatie biedt daarmee ook ruimte voor aanbevelingen ten aanzien van het verbeteren van de effecten op kosten van deze of vergelijkbare veranderprogramma's.

Dit hoofdstuk sluit aan bij de mechanismen van implementatie, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Uit de literatuur blijkt dat een groot deel van de casussen een daling in kosten rapporteert, waarbij verschillende definities van kosten wordt gebruikt. De verschillen en samenhang tussen verschillende definities wordt geschetst in box 3. De doelstelling van dit onderzoek is het evalueren van de mechanismen van de verbeterprogramma's op de kosten van zorg. De onderzoeksvraag luidt: Hoe dragen de verbeterprogramma's bij tot lagere kosten?

Box 3. Definities van kosten

Er bestaan verschillende perspectieven op zorgkosten (Stadhouders, Kruse, Tanke et al., 2019). Vanuit het perspectief van het ziekenhuis is een onderscheid te maken tussen ziekenhuiskosten en ziekenhuisbudget. Hierbij zijn ziekenhuiskosten de uitgaven aan personeel en gebouwen. Een daling in ziekenhuiskosten bij een gelijkblijvend budget impliceert een hogere marge. Omdat ziekenhuizen geen winst mogen uitkeren, verbeteren dan de financiële reserves. Zowel ziekenhuizen als verzekeraars spreken geregeld over *schadelast*, dit wordt in dit onderzoek gedefinieerd als de waarde van de zorgvolumes bij gemiddelde prijzen (prijs maal volume). Door de meerjaren-aanneemsommen is de term *schadelast* doorgaans niet gelijk aan het ziekenhuisbudget. Als de ziekenhuizen bijvoorbeeld volume afbouwen, daalt de *schadelast*, maar blijft het budget gelijk. Doordat de term *schadelast* veel ambiguïteit kent en vaak een virtuele maatstaf is, wordt deze term in dit onderzoek zoveel mogelijk vermeden. De daadwerkelijke uitgaven van de verzekeraar aan de ziekenhuizen wordt daarom aangeduid met ziekenhuisuitgaven, en de uitgaven aan alle zorg vallend onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar worden Zvw-uitgaven genoemd. Vanuit het maatschappelijk perspectief zijn de zorgkosten breder dan de Zvw-uitgaven, en bevatten bijvoorbeeld ook uitgaven aan de Wlz en Wmo.

perspectieven en definities van zorgkosten		
Perspectief	Term	Definitie
Ziekenhuis	Ziekenhuiskosten	De uitgaven die het ziekenhuis doet aan personeel, gebouwen, etc.
	Ziekenhuisbudget	De inkomsten voor het ziekenhuis
Ziekenhuis/ verzekeraar	Schadelast	De (virtuele) waarde van het uitgevoerde zorgvolume (DBC-prijs keer hoeveelheid DBC's). Dit kan afwijken van het ziekenhuisbudget of de ZVW-uitgaven.
Verzekeraar	Ziekenhuisuitgaven	Het geld dat de verzekeraar uitkeert aan ziekenhuiszorg
	ZVW-uitgaven	Het geld dat de verzekeraar uitkeert aan alle zorgaanbieders
Maatschappelijk perspectief	Zorgkosten	De totale uitgaven aan de zorg

5.2 Methode

In dit hoofdstuk maken we gebruik van een 'verhalende analyse' (analytic narrative). Daarbinnen presenteren we onze resultaten op basis van de interviews, aangevuld met kwantitatieve gegevens van de jaarverslagen, waar beschikbaar, en enkele uitkomsten van het onderzoek van het CPB en de NZa (CPB/NZa, 2020). Op basis van de jaarverslagen van 2007 tot 2018 wordt geanalyseerd in hoeverre dalingen in schadelast bij ziekenhuizen Bernhoven en Rivas worden vertaald naar dalingen in de omzet. Hierbij wordt opgemerkt dat Rivas Zorggroep een geconsolideerd jaarverslag heeft. Dit betekent dat de activiteiten van het Beatrixziekenhuis op veel vlakken zijn samengevoegd met de activiteiten van Rivas Zorggroep in andere domeinen, zoals de langdurige zorg en WMO-zorg. Dit maakt het voor een aantal indicatoren niet mogelijk om de ontwikkelingen in het Beatrixziekenhuis te isoleren van de ontwikkelingen in de andere domeinen binnen Rivas Zorggroep. Waar mogelijk is de enkelvoudige jaarrekening van het Beatrix ziekenhuis genomen, maar deze is voor een deel van de jaren beschikbaar 2012-2016.

We vergelijken Bernhoven en Rivas met de controleziekenhuizen, en gebruiken 2012 als referentiejaar. Dit jaar is ruim voor de start van de programma's, en valt bovendien niet samen met de verhuizing van Bernhoven naar Uden in 2013, waardoor dit het laatste 'normale' jaar was (in bijlage 6 wordt deze analyse herhaald met andere basisjaren). De ziekenhuizen worden vergeleken met de mediaan van de controlegroep. De mediaan is vergelijkbaar met het gemiddelde, maar minder gevoelig voor hele afwijkende getallen in de controlegroep. De kosten in het referentiejaar 2012 zijn gelijkgesteld aan 100. Ook wordt de spreiding in de controlegroep weergegeven door middel van 95% betrouwbaarheidsintervallen. Beide ziekenhuizen hebben een aparte controlegroep, zoals vastgesteld door de NZa. De controlegroepen zijn weergegeven in bijlage 5. Omdat het een trendmatige analyse betreft, wordt geen statistische significantie vastgesteld.

5.3 Werkingsmechanismen

De beide strategieën zijn erop gericht om de kwaliteit te verbeteren en de kosten te beheersen. De strategieën zijn primair gericht op het voorkomen van onnodige zorgverlening, onder andere door

implementatie van bottom-up initiatieven, cultuurverandering en organisatorische aanpassingen. De mechanismen zijn schematisch weergegeven in figuur 21.

Figuur 21. Mechanismen strategieën Droom en KAM



5.3.1 De initiatieven en cultuurverandering hebben geleid tot lagere volumes

De strategieën richten zich op het verminderen van onnodige zorg. Dat impliceert dat door minder zorgvolume uiteindelijk lagere kosten zullen worden gemaakt. Beide ziekenhuizen hebben bottom-up initiatieven opgehaald die zich richten op het verminderen van onnodige zorg (bijlage 2). De ziekenhuizen hebben beide grotendeels andere initiatieven opgehaald, wat betekent dat de ziekenhuizen op verschillende manieren willen komen tot een kostendaling.

De initiatieven kennen wisselende werkingsmechanismen, maar de belangrijkste zijn samen beslissen en substitutie naar de eerste lijn. Bernhoven zet relatief iets meer in op SDM en Rivas iets meer op substitutie naar de eerste lijn. Bernhoven heeft daarnaast door middel van de zorgmodellen ook ingezet op het efficiënter inrichten van zorg. In het achtergronddocument van het CPB is aangetoond dat de programma's gedurende de eerste drie jaar een significante volumedaling hebben weten te bewerkstelligen (CPB/NZa, 2020).

“Wij hebben gezegd: Ga nu tien minuten praten in plaats van vijf, laat de patiënt de keuzehulp invullen. Dan kom je, tonen we nu aan, tot 10-15% minder ingrepen op dat soort onderdelen.”(19)

“De eerste lijn is hier een hele grote pilot vorm gaan geven een aantal jaren geleden al waarin praktijken meer tijd voor de patiënten hebben vormgegeven, eigenlijk met elkaar. Dat is inmiddels in veertien praktijken hier in de regio daadwerkelijk van kracht. ... het effect is dat er zo'n 20% minder naar de tweede lijn verwezen wordt. Ja, en we merken dat de dokters die in die praktijken met die systematiek en die werkzaamheden aan de slag gaan, dat die heel enthousiast zijn.” (113)

“We hebben ook een initiatief gehad waarbij we mensen betere voorlichting gaven over hemodialyse en niet dialyseren en al dat soort zaken. Dat heeft ertoe geleid dat met name oudere mensen, waarbij hun levensverwachting niet verandert door hemodialyse, na betere voorlichting veel vaker kiezen om niet te gaan dialyseren.”(15)

Beperking van productieprikkels voor medisch specialisten draagt bij aan daling in volumes

Er is sterk ingezet op verminderen van productieprikkels voor medisch specialisten. Ook dit zou moeten bijdragen aan minder onnodig zorgvolume. Bernhoven heeft zijn medisch specialisten in loondienst genomen, waardoor het inkomen werd losgekoppeld van de zorgproductie. Rivas heeft aanpassingen gemaakt in het verdeelmodel, waardoor het inkomen van medisch specialisten ook grotendeels werd losgekoppeld van productie. Dit zorgde ervoor dat medisch specialisten anders naar de zorgverlening gingen kijken en heeft bijgedragen aan de verandering in cultuur: medisch specialisten gingen kritischer kijken naar welke zorg wellicht onnodig is.

“Dus op het moment dat die dokters ontzorgd waren dat hun inkomen er niet meer vanaf hing was het gewoon makkelijker om de patiënt niet op te nemen, want dan hoef je er ook geen ontslagbrief van te maken. Terwijl vroeger in het LOGEX-systeem, werd er gevochten om de opname, want wie de opname op zijn naam had, kreeg geld.” (I4)

“Maar het feit dat je bij alles wat je doet, denkt: is dit zinnig of niet? En toen zagen we al vrij snel dat we 50% minder polibezoeken hadden en dus eigenlijk voorkomen we onnodige dingen. En dat blijft nu op 88 of 70% hangen van 2014. Dat is dus blijkbaar de zorg die wel nodig is.” (I2)

“Kijk op een gegeven moment, stel we noemen osteoporose. De details van die afspraak ken ik niet, maar ik weet dat daar, dat is wel een beetje tussen chirurgen en internisten van joh hoe ga je dit declareren? Wie doet wat? De chirurg wil de maximale DBC scoren en de internist natuurlijk ook. En dat stond een beetje haaks, ja een puntje van strijd soms. En nu hebben we gezegd van joh we doen het zo, want dat is het makkelijkst en het goedkoopst. Ja dat is natuurlijk makkelijk praten, als je toch je salaris krijgt.”(I8)

5.3.2 Het is uitdagend om een daling in volumes om te zetten naar lagere ziekenhuiskosten

Als een deel van de vrijgekomen capaciteit niet wordt opgevuld leidt volumedaling bij een medisch specialisme ook tot een volumedaling op ziekenhuisniveau. De vaste kosten voor het ziekenhuis, zoals salarissen en gebouw gebonden kosten, nemen (op de korte en middellange termijn) niet evenredig af met de volumes. Als een DBC niet meer gedeclareerd wordt, dan moeten deze vaste kosten nog steeds betaald worden. Het kost tijd om de vaste kosten terug te brengen naar het nieuwe volumeniveau. Het zal echter ook op de lange termijn zeer lastig zijn te komen tot een daling van de schadelast die een-op-een loopt met de daling van het zorgvolume. Ten eerste is formatie zelf niet geheel flexibel. Het is lastig om bijvoorbeeld 0,1fte van een functie af te bouwen. Ten tweede zitten de ziekenhuizen op sommige vlakken op een minimale schaalgrootte. Om een dienst vol te krijgen zijn bijvoorbeeld minstens 4 medisch specialisten nodig. Als met deze minimum schaalgrootte wordt gewerkt, is het niet mogelijk om de formatie verder af te bouwen ook al zou de daling van patiënten dat theoretisch wel mogelijk maken. Ten derde verandert de samenstelling van de overgebleven zorg. Als de relatief lichte patiënten worden overgenomen door de huisarts, blijven patiënten met ernstige klachten over, en dat kost meer tijd. Tot slot veranderen de werkzaamheden, en kosten de inspanningen om de initiatieven op te zetten en te onderhouden ook extra tijd. Daarom zijn meerjarenafspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. Meerjarige aanneemsommen, waarbij de omzet voor langere tijd vaststaat, bieden ruimte om de vaste kosten langzaam af te bouwen.

“Want we hebben natuurlijk heel leuk die DBC’s natuurlijk 100% variabel gemaakt en daarmee ons budget, maar de oude functiegerichte budgettering van de ziekenhuizen sloot eigenlijk veel beter aan bij wat je als ziekenhuis ja hoe je georganiseerd bent aan de kostenkant. Maar een klein deel is variabel. De meeste kosten, zeker in een klein ziekenhuis zijn gewoon vast. En dat vaste deel met dingen als HIX en zo, Chipsoft dat wordt alleen maar groter dat vaste deel.” (i14)

“Het enige is, en daar loop je als klein ziekenhuis wel tegenaan, je hebt je hebt een aantal vaste kosten die je bijna niet terug kunt brengen. En een klein ziekenhuis heeft op een bepaald moment ook een aantal dingen die op het niveau van de grootte van de vakgroep niet terug kunnen, Je kunt niet minder dan vier urologen nog een continue dienstbezetting hebben.” (I12)

“Dus we hebben met de oorspronkelijke strategie gezegd van nou iedereen gaat krimpen, maar er zijn drie specialismen die groeien. Dat is volgens mij de reuma, de MDL en geriatrie... Nou in ieder geval die mogen groeien. En dat hebben we ook gedaan. Alleen je merkt nu dat wij nog meer willen groeien, maar het geld is er niet. Dus je merkt in de strategie dat je nu toch tegen de problemen aan loopt dat er uiteindelijk die vijf specialisten nog niet voldoende zijn ontslagen en dat je merkt dat de groeispecialismen niet kunnen groeien.”(I17)

“Vanuit de dermatologie, er wordt daar, ja ik zeg maar een vlekjesspreekuur, zeven of acht van de tien mensen die daar komen kwamen altijd in het ziekenhuis, komen niet meer in het ziekenhuis. Dat kan ik allemaal hard aantonen. Ik kan dus ook geen rekening meer sturen voor die mensen à 300 euro per stuk, vandaar minder, maar die dermatoloog kost mij nog steeds evenveel, want die zit nu bij de huisarts poli te doen en mensen hier weg te houden. Nou ja, daar moet je een oplossing voor verzinnen.”(I19)

“En daarnaast zijn we natuurlijk ook heel veel andere dingen gaan doen die je niet altijd direct terugziet in die klassieke productieparameters. Dat zijn die telefoontjes die er plaatsvinden. Dat zijn die bezoeken aan de SEH of zelfs aan de HAP van huisarts of radiologen. Dat zijn natuurlijk de consulten die langer duren, dus dat is allemaal: die klassieke parameters geven niet altijd weer meer wat je doet. En we hebben natuurlijk kosten bespaard, maar niet in diezelfde mate als dat je schadelast daalt.” (I14)

“Het idee was ook dat er minder patiënten opgenomen worden en dat er minder patiënten op de poli terugkomen, waardoor er daar ook bespaard zou kunnen worden op personeelskosten. Alleen in de praktijk blijkt dat dat niet 1 op 1 zo is. Dat is een inschattingfout geweest, denk ik, die we met z'n allen gemaakt hebben, omdat je de “eenvoudige” (laag-complexe) zorg nog wel eens zo weggewerkt hebt, maar wat hou je dan over? De meer complexe zorg. Dus de patiënten die dan op de poli komen, daar is veel meer aan de hand en daar heb je dan veel meer tijd voor nodig.” (I1)

5.3.3 De jaarverslagen geven een indicatie dat de ziekenhuizen hun kosten weliswaar hebben afgebouwd, maar dat dit achterblijft bij de meerjaren-aanneemsommen

Op basis van de jaarverslagen valt een indicatie te geven op welke uitgavenposten de ziekenhuizen daadwerkelijk hebben weten te besparen ten opzichte van de controlegroepen. Het uitgavenpatroon van het Beatrixziekenhuis binnen Rivas Zorggroep als concern wordt echter te sterk verstoord door de ontwikkelingen in de wijkverpleging en langdurige zorg om iets te kunnen zeggen over de effecten van KAM. Daarom onderzoeken we alleen het uitgavenpatroon van Bernhoven. Deze analyses kennen een grote mate van onzekerheid. Dit komt omdat instellingen mogelijkheden hebben om te schuiven tussen uitgavenposten. Als bijvoorbeeld een maaltijdservice door het ziekenhuis zelf wordt georganiseerd valt dit onder personeelskosten, terwijl dit bij uitbesteding onder hotelmatige kosten valt. Deze verschuivingen betreffen bij Bernhoven met name uitbesteding van maaltijden en het plaatsen van verschillende werkzaamheden in ZBCs. Bovendien kunnen instellingen uitgaven tussen jaren verschuiven door het plaatsen van dotaties (reservering verwachte uitgaven in latere jaren). Bernhoven lijkt hier relatief veel gebruik van te maken, waardoor de uitgaven op korte termijn kunnen fluctueren. Over de langere termijn zijn deze verschuivingen van minder belang. Box 4 geeft een overzicht van de definities.

Box 4: uitsplitsing van uitgavenposten volgens de jaarrekening

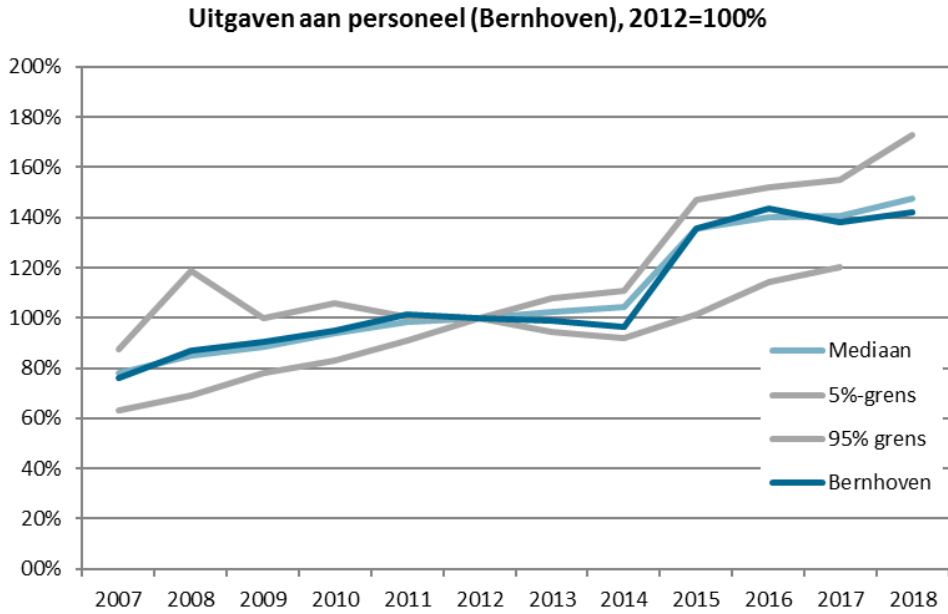
Voor dit onderzoek splitsen we de uitgaven volgens de jaarrekening op in vier groepen: personeelskosten, patiëntgebonden kosten, gebouw gebonden kosten en algemene kosten. Onder personeelskosten vallen de lonen en salarissen van personeel in loondienst, inclusief sociale lasten, pensioenpremies en overige loonkosten. Ook personeel niet in loondienst zit in deze post. De honoraria van medisch specialisten worden vanaf 2015 meegenomen in de rapportage van de jaarverslagen. Dit zorgt vanaf 2015 voor een stijging in personeelskosten (en totale omzet). Voor deze maatstaf maakt het niet uit of de medisch specialisten vrijgevestigd zijn of in loondienst zijn; in beide gevallen worden de uitgaven aan medisch specialisten vanaf 2015 meegenomen in de personeelskosten. Gebouw gebonden kosten omvatten uitgaven aan rente op leningen, huur, afschrijvingen, onderhoudskosten en energiekosten. Het maakt voor deze groep dus niet uit of het gebouw is gefinancierd uit bankleningen (rentelasten), eigen middelen (afschrijvingen) of huur, in alle drie de gevallen worden de kosten van het gebouw meegenomen in de gebouw gebonden kosten. Patiëntgebonden kosten bevatten zaken als geneesmiddelen, voeding, hotelmatige kosten, etc. Algemene kosten zijn niet nader gespecificeerd.

De grootste uitgavenposten van Bernhoven zijn de personeelskosten (60%), de patiëntgebonden kosten (30%) en de gebouw gebonden kosten (10%). Deze laatste uitgaven zijn zeker op korte termijn lastig aan te passen. Op korte termijn is te verwachten dat afbouw van zorgvolume voornamelijk leidt tot afnames in patiëntgebonden kosten. Het leidt ook tot meer (personele) capaciteit die aangewend kan worden voor andere doeleinden of kan worden afgebouwd. De ziekenhuizen hebben ingezet op reorganisatie, wat wellicht leidt tot een afname in het aantal FTE personeelsleden en daarmee personeelskosten. Ook is door reorganisatie wellicht een beperkte afbouw van de gebouw gebonden uitgaven mogelijk. Figuur 22 t/m 25 geven de ontwikkeling weer van de uitgaven aan personeel, patiënten, algemene kosten en gebouwen van Bernhoven ten opzichte van de controlegroep (zie bijlage 5 voor een overzicht van de controleziekenhuizen). De figuren laten zien dat in Bernhoven zowel de personeelsuitgaven als gebouw gebonden kosten minder hard zijn gestegen dan in de controlegroep, terwijl juist meer is uitgegeven aan algemene kosten en patiënt gerelateerde kosten. Dit is dus anders dan we eigenlijk op voorhand verwachtten. Dit geeft weer dat in Bernhoven actief is gewerkt aan afbouw van vaste lasten en personeelskosten. De daling in gebouw gebonden kosten komt voornamelijk door 1) lagere afschrijvingen en 2) lagere rentelasten ten opzichte van de controlegroep. Het participatiemodel heeft via herfinanciering van leningen een rol gespeeld in het verlagen van de rentelasten. Hoewel de jaarverslagen van Rivas geen uitsplitsing naar ziekenhuisuitgaven toelaten, ontstaat concernbreed een vergelijkbaar beeld: de grootste daling treedt op bij uitgaven aan personeel, maar hier nemen ook de patiënt gerelateerde kosten en gebouw gebonden kosten af. Deze trends worden echter sterk verstoord door het grote aandeel langdurige zorg in Rivas, waardoor het onzeker is hoe Rivas exact de daling in zvw-omzet heeft gerealiseerd.

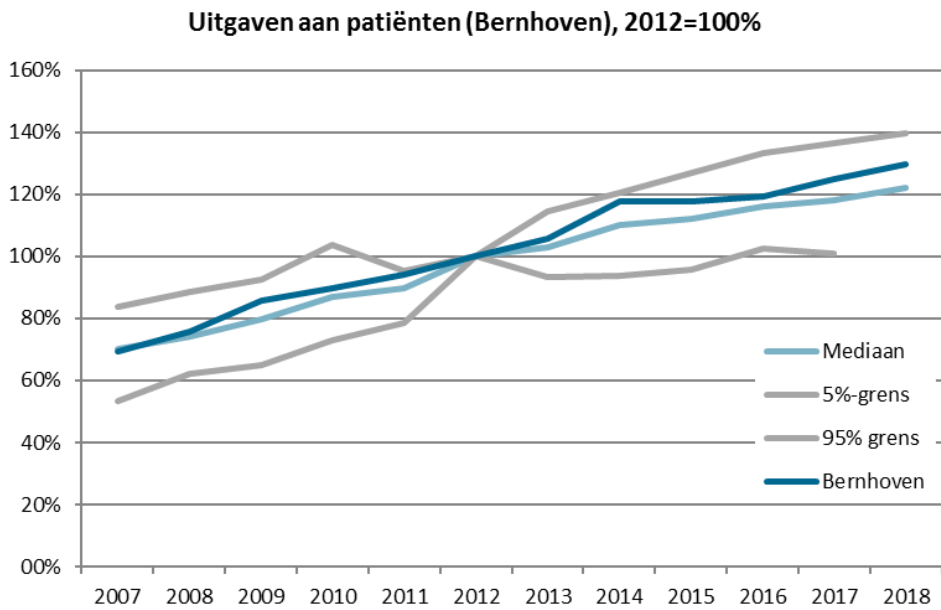
Opvallend is dat het aantal voltijdsbanen (full-time equivalent, fte) tussen 2012 en 2014, dus voor de periode van Droom, sterk daalt (figuur 26). Tussen 2015 en 2018 is er echter geen verdere daling in het aantal fte zichtbaar.

“Er zijn 130 fte, dat is 8%, 9%, die zijn ook afgebouwd in kosten. Daarvan is gezegd 12% van de verpleegkundigen zijn weg, maar dat had 8% moeten zijn met de kennis van nu. Dus heb je dan kosten afgebouwd in de strategie? Ja, heb je zeker afgebouwd. Maar je merkt dat het op de verpleegkundigen iets te veel was. (19)

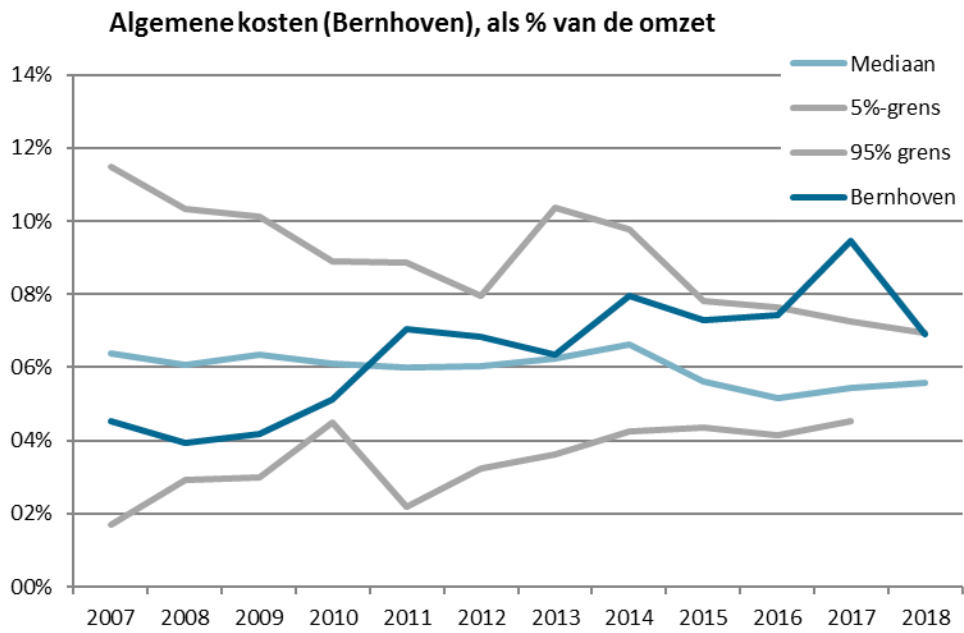
Figuur 22 Ontwikkeling uitgaven personeel Bernhoven



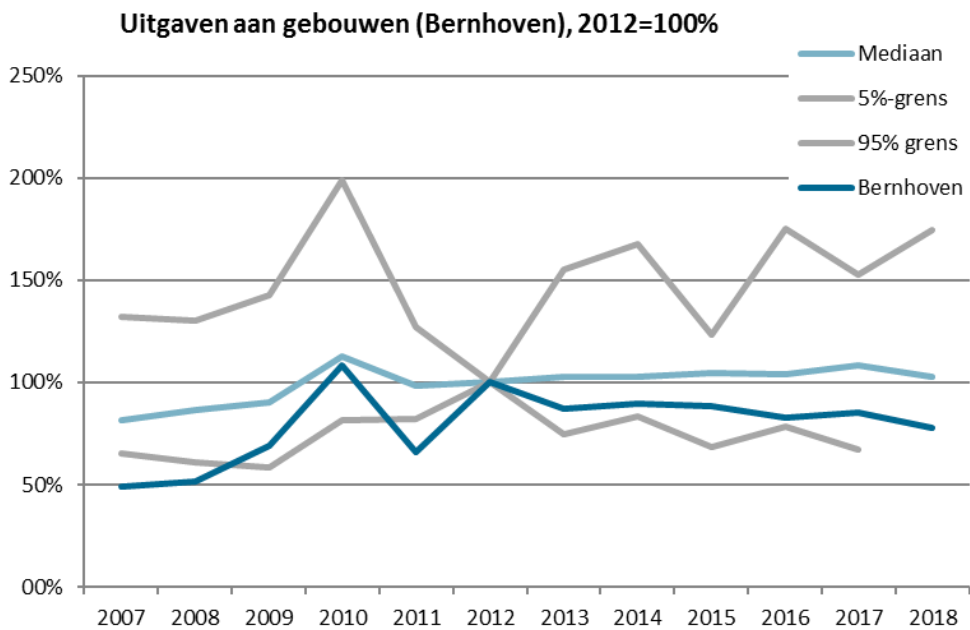
Figuur 23. Ontwikkeling patiënt gerelateerde uitgaven Bernhoven



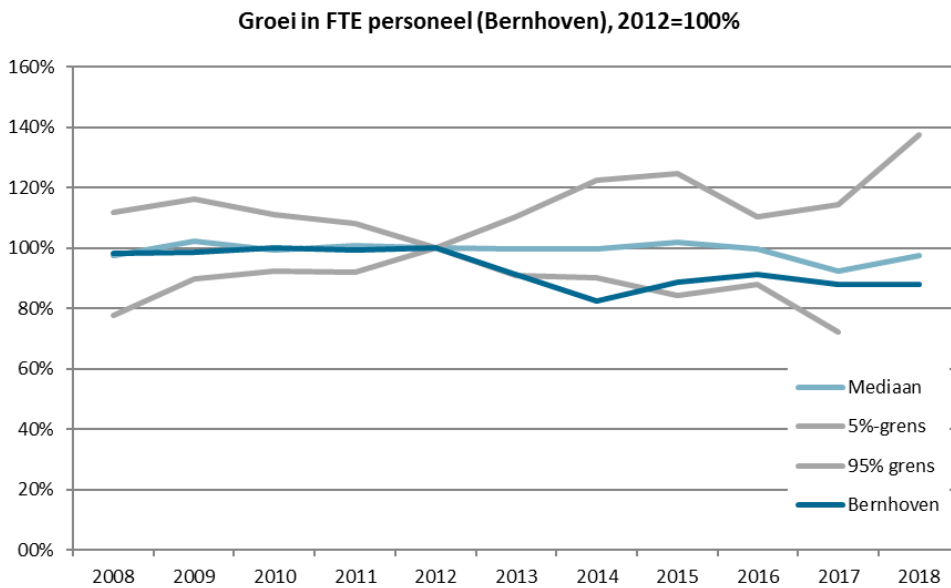
Figuur 24. Ontwikkeling uitgaven algemene kosten Bernhoven



Figuur 25. Ontwikkeling uitgaven gebouwen Bernhoven



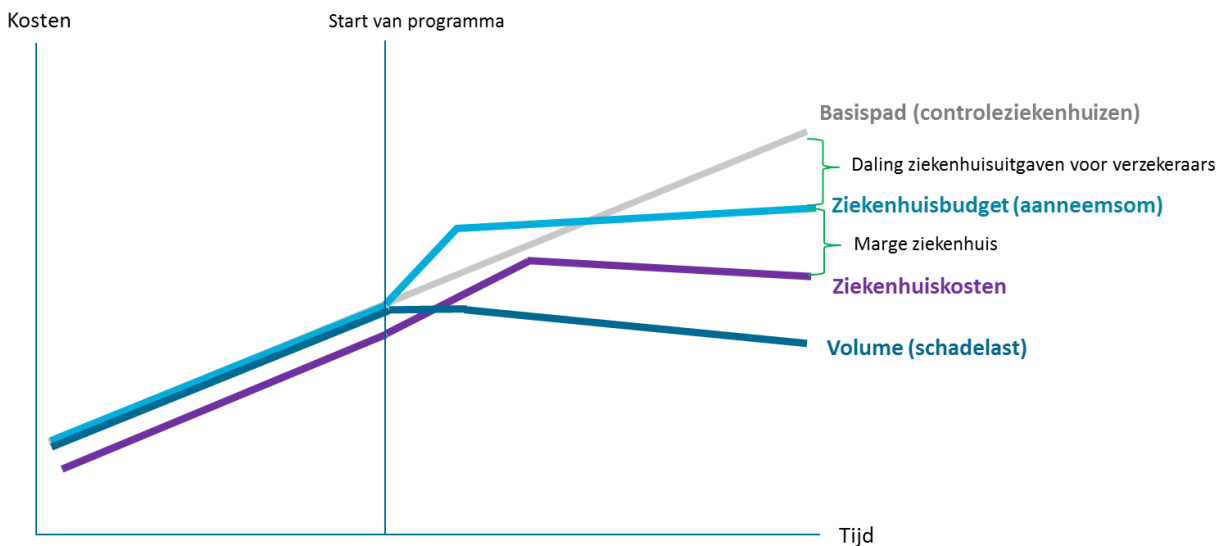
Figuur 26. Ontwikkeling voltijdsbanen (fte) Bernhoven



5.3.4 De meerjarige aanneemsommen lijken te zorgen voor een daling in het ziekenhuisbudget

Het kost tijd om een structurele daling van de ziekenhuiskosten te realiseren. Bij Bernhoven en Rivas hebben de belangrijkste zorgverzekeraars om die reden een vijfjarenafpraak gemaakt, waarbij de omzet (ziekenhuisbudget) wordt vastgezet. Daarbij heeft men afgesproken dat het budget in het eerste jaar juist wat extra mocht groeien (bekostiging extra investeringen) om dit in latere jaren in te halen (van Leersum, Bennemeer, Otten et al., 2019). Uiteindelijk komt men uit op een structureel lager uitgavenpad (figuur 27).

Figuur 27. Meerjarenafspraken over de tijd



Deze constructie maakt het mogelijk voor het ziekenhuis om in de eerste jaren te investeren in het opstarten van de beweging, en gedurende de contractduur het volume van zorg (schadelast) en ook de kosten voor het ziekenhuis langzaam verder af te bouwen. Hierbij is er dus wel vooraf een ‘schatting’ gemaakt van de mogelijke afbouw in schadelast en ziekenhuiskosten. Alleen als het ziekenhuis gedurende de contractperiode de volumes, en vervolgens de ziekenhuiskosten volgens

deze prognose kan afbouwen, is sprake van een win-win situatie: verzekeraars hebben lagere ziekenhuisuitgaven, en het ziekenhuis houdt een ruimere marge (nettoresultaat) over om verder te investeren. Het risico van deze afspraak ligt echter volledig bij het ziekenhuis. Als de ziekenhuiskosten niet navenant worden afgebouwd, dan krimpt de marge juist en ontstaat wellicht zelfs een verlies. Bovendien zit er nog een extra risico aan voor het ziekenhuis: aan het einde van de contractperiode heeft de verzekeraar een prikkel om de volledige daling van de ziekenhuiskosten af te romen.

“De zorgverzekeraar... ja die ook mee geïnitieerd heeft, die heeft eigenlijk gezegd: Nou, de komende vijf jaar hoef je je niet druk te maken om geld. Je krijgt in principe gewoon je geld of je nou minder doet of niet. Je moet je aan een aantal spelregels houden, maar op zich krijgen jullie de ruimte om in vijf jaar tijd je inrichting van het ziekenhuis zo aan te passen dat je ook met minder kosten uitkomt.” (17)

“Dus waren we het eerste ziekenhuis dat een vijfjaarscontract kreeg, waarbij we dus ook de zekerheid hadden dat als we de transformatie in gingen, dat we daardoor niet om zouden vallen. Want op het moment dat we mensen gaan terugverwijzen naar de huisarts, dan zakt je inkomen en Peter zegt van: ja, dat krijg ik nooit verkocht aan die dokters, dus we moeten wel garanderen dat ze hun inkomen kunnen houden. Dus dan moet je mij steunen dat ook als ik minder ga declareren dat ik toch geld van je krijg. Dan moet je me niet laten vallen. En als je dat dan doet, dan zorg ik dat jij er ook op gaat verdienen. Toen hebben we dus die vijfjaars business case gemaakt..... Dat comfort dat je laat maar zeggen niet gelijk gestraft wordt voor laat maar zeggen dat je anders gaat handelen”. (14)

“Waar in het begin aan de voorkant extra geïnvesteerd werd, hadden gedurende die 5 jaar eigenlijk de personeelskosten aan de achterkant hard terug hebben moeten lopen, omdat we dachten daar zelf minder te gaan doen. Die kosten liepen dus helaas niet zo 1 op 1 naar beneden, dus schoten we in een begrotingstekort. Dat heeft wel echt tot gevolg gehad dat er ontzettend terug geschaald is daar waar het mogelijk was. Bijvoorbeeld bij de tijdelijke contracten van verpleegkundigen in het beddenhuis; daar hebben we ontzettend last van gehad de afgelopen 2 jaar, dat daar gewoon te veel contracten niet verlengd zijn waardoor we te weinig capaciteit overhielden. Nu zijn we dus heel hard aan het werven om dat weer terug te krijgen.” (11)

De jaarverslagen laten een trendbreuk in de groei van het ziekenhuisbudget zien

Om te onderzoeken of Bernhoven en Rivas groei in het ziekenhuisbudget hebben weten te beperken ten opzichte van de controleziekenhuizen, kijken we naar de totale omzet van de ziekenhuizen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw)⁷. De omzet in 2015-2018 is bij beide ziekenhuizen grotendeels afhankelijk van de hoogte van de aanneemsom, zoals afgesproken met de verzekeraars. Bepaalde Zvw-uitgaven zijn uitgezonderd van deze aanneemsommen, zoals het Bevolkingsonderzoek Darmkanker, kortdurende revalidatie, en omzet uit zusterondernemingen en ZBCs. De ziekenhuizen hebben bovendien niet alle jaren met alle verzekeraars een aanneemsom afgesproken. Hierdoor kan de Zvw-omzet (licht) afwijken van de hoogte van de aanneemsommen. Verreweg de meeste controlegroepen hebben geen meerjarige aanneemsom, dus de uiteindelijke relatieve besparing hangt ook af van de omzetontwikkeling van overige ziekenhuizen.

Kijkend naar de jaren vóór 2015, toen er dus nog geen meerjaren-aanneemsommen waren, zien we dat de trend in Zvw-uitgaven niet sterk afwijkt van de controleziekenhuizen (figuur 28 en 29). In 2015 is zowel bij Bernhoven als de controleziekenhuizen een sterke toename zichtbaar, dit is het gevolg van de invoering van integrale tarieven, waardoor uitgaven aan honoraria medisch specialisten aan de

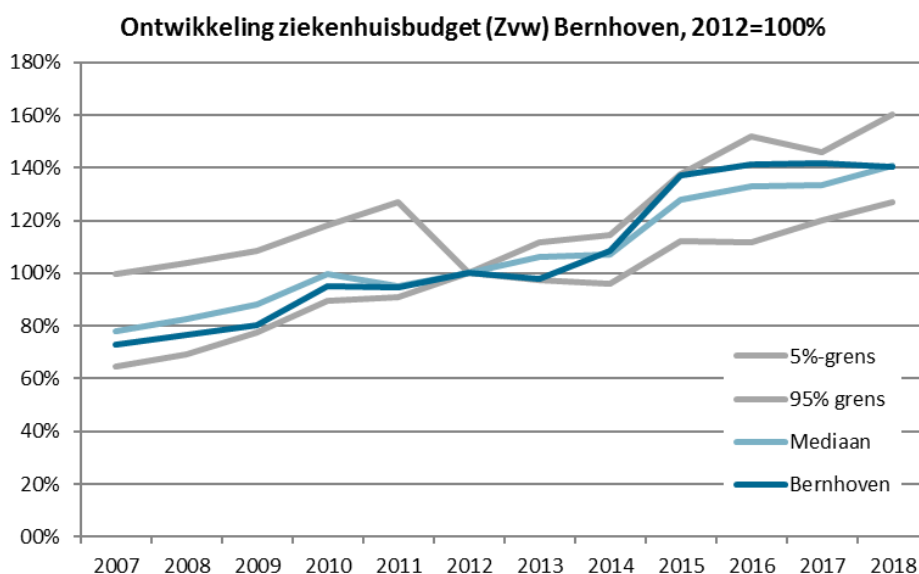
⁷ Hierbij zijn bij Rivas alleen de zvw-uitgaven van het Beatrixziekenhuis genomen, en is de kortdurende revalidatie buiten beschouwing gelaten

balans van de ziekenhuizen werd toegevoegd. Dit is vergelijkbaar voor alle ziekenhuizen, en zal de analyse niet sterk verstoren. Na 2015 is echter bij beide ziekenhuizen – Bernhoven en Rivas - een kenmerkend patroon te zien van hogere uitgaven in het eerste jaar, en juist een lagere uitgavengroei in de volgende jaren, ten opzichte van de controlegroepen. Dit is dus precies zoals is beoogd in de contracten met de verzekeraars.

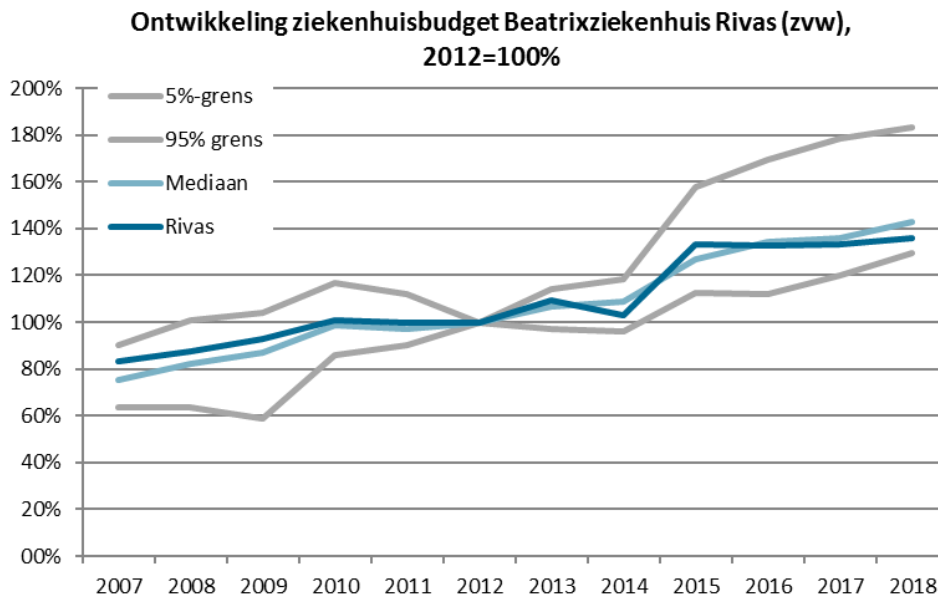
In 2018 hebben beide ziekenhuizen ten opzichte van 2012 een lager ziekenhuisbudget dan de mediaan, dit betreft 0.2 procentpunt voor Bernhoven en 6.7 procentpunt voor Rivas. De variatie in de controlegroep is echter groot, en de data van 2019, het laatste jaar van de meerjarenafspraak, zijn niet meegenomen. Binnen de beide controlegroepen is er slechts één ziekenhuis met een nog lagere groei tussen 2015 en 2018, dit is het Tergooiziekenhuis in de controlegroep van Bernhoven, en Ziekenhuis Rivierenland in de controlegroep van Rivas.

Het lijkt er dus op dat de omzet van zowel Bernhoven als Rivas lager uitkomt dan van andere ziekenhuizen. Een aantal kosten van deze transitie is niet meegerekend. Zo heeft Bernhoven een eenmalige subsidie van €5,9 miljoen ontvangen van VGZ en CZ voor uitvoering van de Droomstrategie, die buiten de Zvw-omzet valt. Daarnaast hebben de medisch specialisten bij Bernhoven gebruik gemaakt van subsidiemogelijkheden van VWS voor omvorming naar loondienst (€100.000 per fte), deze kosten zijn eveneens buiten beschouwing gelaten.

Figuur 28. ontwikkeling van de ZVW-omzet uit de jaarverslagen Bernhoven en controleziekenhuizen (basisjaar=2012)



Figuur 29. Ontwikkeling van de ZVW-omzet uit de jaarverslagen Bernhoven en controleziekenhuizen (basisjaar=2012)



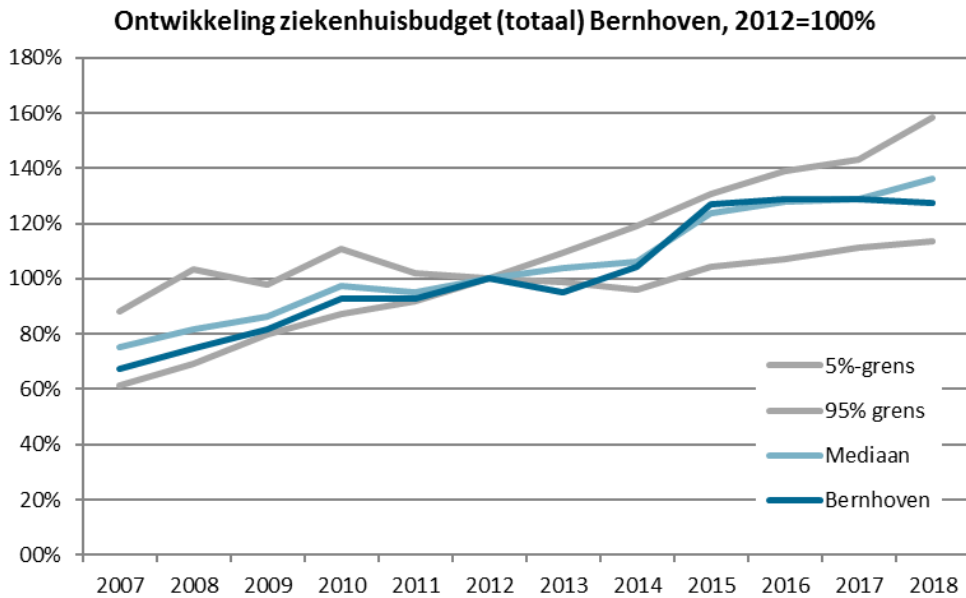
De daling in ziekenhuisbudget wordt niet gecompenseerd door de ziekenhuizen met een stijging in andere inkomsten

De totale omzet bevat alle inkomsten van het concern, inclusief inkomsten niet uit de Zvw, zoals inkomsten uit de AWBZ/Wlz, Wmo, PGB, overige inkomsten en subsidies. Mogelijk dat de ziekenhuizen de daling in ziekenhuiskosten compenseren door extra omzet te genereren in overige gebieden. Met name bij Rivas zorggroep, die meer dan de helft van de totale omzet uit overige gebieden genereert (AWBZ/Wlz en Wmo), kan dit spelen. Daarom kijken we ook naar de totale omzet van de beide instellingen. Hierbij moet worden opgemerkt dat Rivas zorggroep te maken heeft gehad met landelijke beleidswijzigingen op het gebied van de Wlz en Wmo die gepaard gingen met behoorlijke bezuinigingen.

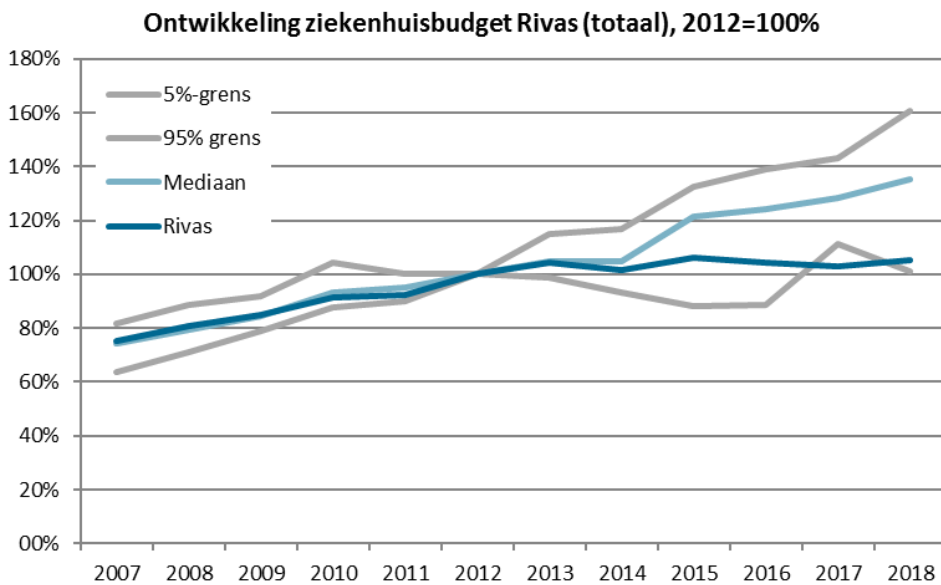
De trend in de groei van de totale omzet is weergegeven in figuur 30 en 31, waarbij 2012 wederom als basisjaar is genomen. Bernhoven zit tot 2014 iets boven de trend, en Rivas Zorggroep loopt ongeveer gelijk met de trend. De trend na 2015 duidt niet op substitutie tussen de verschillende inkomstenbronnen. De totale omzet van Bernhoven is sinds 2015 gegroeid met 1%, terwijl controleziekenhuizen zijn gegroeid met maar liefst 11%. In 2018 is de omzet bij Bernhoven 8.8 procentpunt lager dan het mediane controleziekenhuis. Bij Rivas is sprake van een nominale omzetsdaling van 1%, vergeleken met een stijging van 15% bij controleziekenhuizen. In 2018 lag de totale omzet bij Rivas maar liefst 30 procentpunt lager dan het mediane controleziekenhuis. Hierbij moet worden opgemerkt dat Rivas enkele zorgvormen die niet tot de kerntaken van het concern behoren, zoals kraamzorg, in de loop van de tijd heeft afgestoten, waardoor de totale omzet lager kan uitvallen. Omdat de daling in omzet bij Rivas landelijke trends in de langdurige zorg kunnen reflecteren, is ook gekeken naar ziekenhuizen die een vergelijkbaar aandeel langdurige zorg hebben: Saxenburgh groep, Antonius zorggroep, Zorgpartners Friesland, Pantein en Curamare. Deze stichtingen laten uiteenlopende groeipercentages zien, die echter allen hoger zijn dan Rivas, van +1% tot +15% (figuur 32). Dit is een indicatie dat de omzetsdaling van Rivas Zorggroep niet volledig verklaard kan worden

door de bezuinigingen op de ouderenzorg sinds 2013, maar dat ook de omzetzijde binnen het Beatrixziekenhuis hieraan bijdraagt.

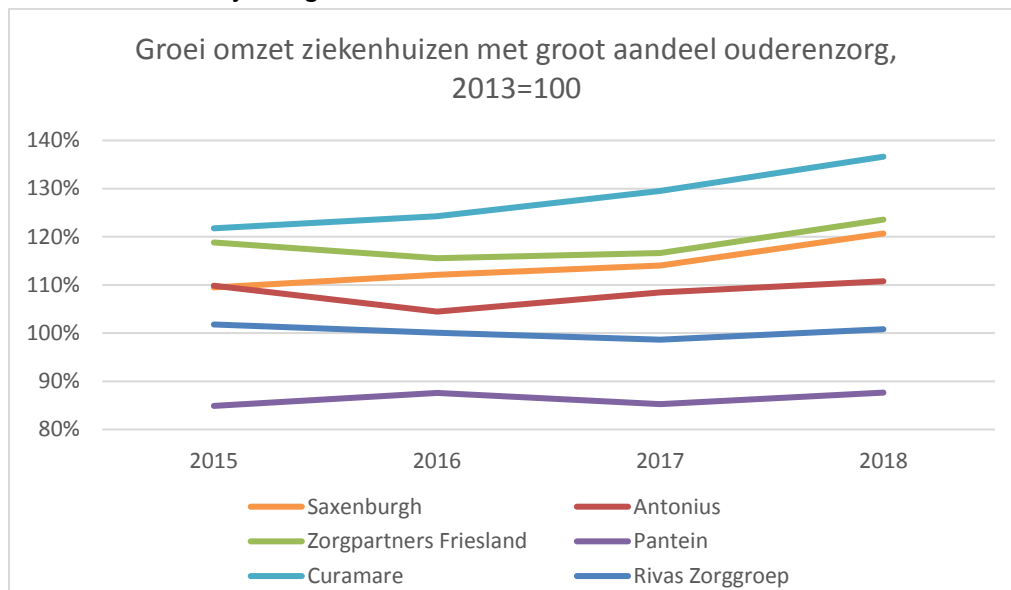
Figuur 30. Totale omzet concern Bernhoven 2007-2018



Figuur 31. Totale omzet concern Rivas 2007-2018



Figuur 32. Totale omzetontwikkeling zes gemengde concerns (ZVW en WLZ) van 2015-2018, waarbij 2013=100% als basisjaar is genomen.



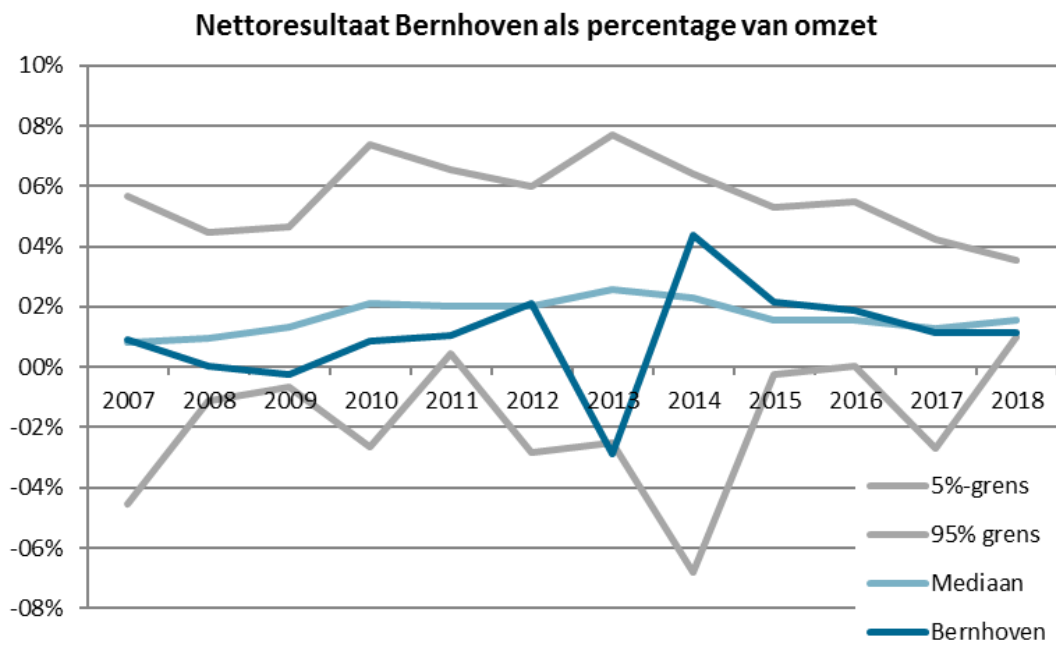
5.3.5 De marges van de ziekenhuizen blijven achter

In theorie geeft de meerjaren aanneemsom de ruimte om de kosten geleidelijk af te bouwen, zodat de marges kunnen groeien. Om dit te onderzoeken is gekeken naar het nettoresultaat, dit is het verschil tussen het ziekenhuisbudget en de ziekenhuisuitgaven. In de praktijk wordt een nettoresultaat van 1,5% tot 2% gezien als streefgetal voor een gezonde bedrijfsvoering. Dit maakt het mogelijk buffers op te bouwen en minder afhankelijk te worden van banken als financiers. Ziekenhuizen met lage financiële reserves hebben extra belang bij een positief resultaat, bijvoorbeeld om het risico op faillissement te verkleinen en de rentelasten te drukken.

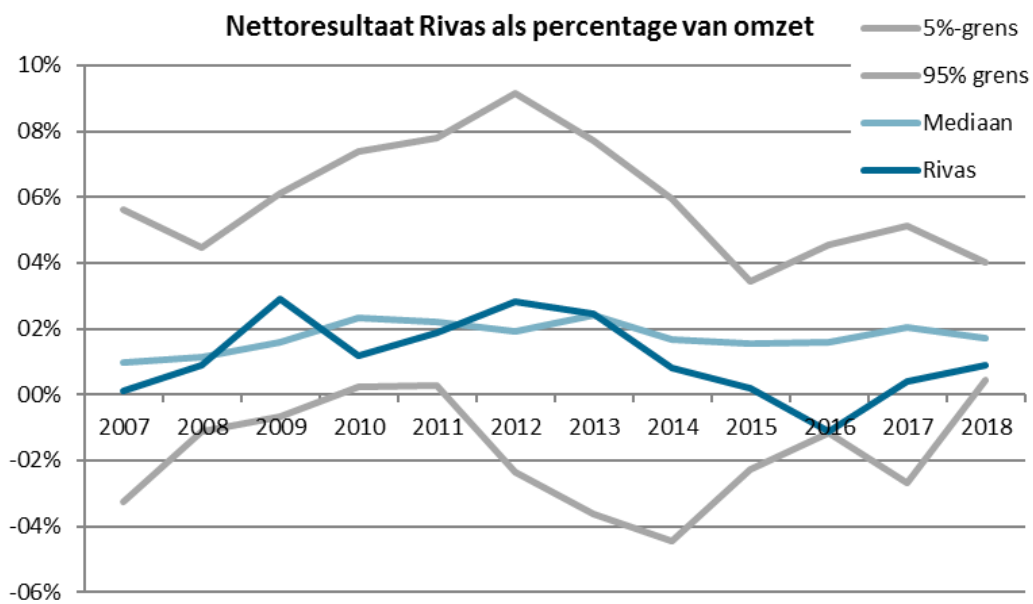
Het nettoresultaat van de ziekenhuizen van 2007 tot 2018 is weergegeven in figuur 33 t/m 35. Het nettoresultaat van Bernhoven ligt al sinds 2008 (aanzienlijk) lager dan de mediaan. Dit lijkt erop te duiden dat Bernhoven moeite had om kosten en opbrengsten in balans te houden. In 2013 is een negatief resultaat behaald, gerelateerd aan de nieuwbouw en verhuizing. Het sterke positieve resultaat in 2014 lijkt een incidentele meevaller, in het jaarverslag wordt gesproken van “een vrijval in het boekjaar van niet toewijsbare en oude posten samenhangend met de functioneel budget systematiek ten bedrage van € 9,5mln.” In 2015 verbetert het nettoresultaat sterk, waarna het tot 2018 langzaam daalt tot net iets onder de controleziekenhuizen.

Bij Rivas zien we tot 2014 een marktconforme ontwikkeling van het nettoresultaat. In de periode na 2014 blijft het nettoresultaat echter sterk achter bij de controleziekenhuizen. Hierbij moet worden opgemerkt dat voor Rivas het nettoresultaat maar beperkt is uit te splitsen naar het ziekenhuis en de andere activiteiten (figuur 35). De gedeeltelijke uitsplitsing geeft een indicatie dat het ziekenhuis doorgaans een iets hoger nettoresultaat weet te behalen dan de overige activiteiten.

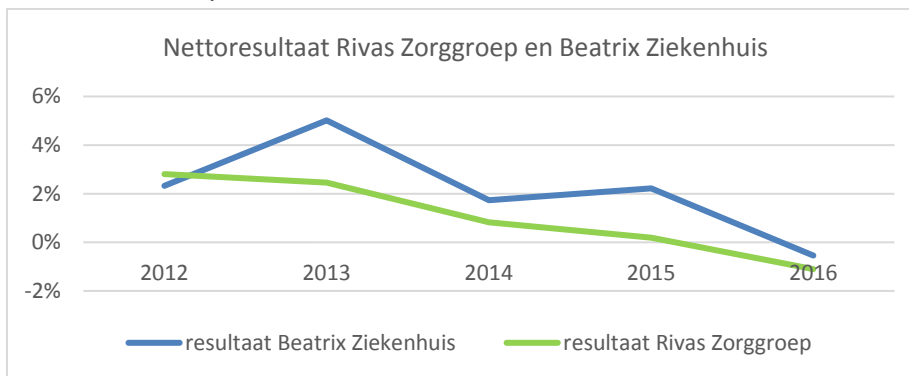
Figuur 33. Nettoresultaat als percentage van de omzet, Bernhoven, 2007-2018



Figuur 34. Nettoresultaat als percentage van de omzet, Rivas, 2007-2018

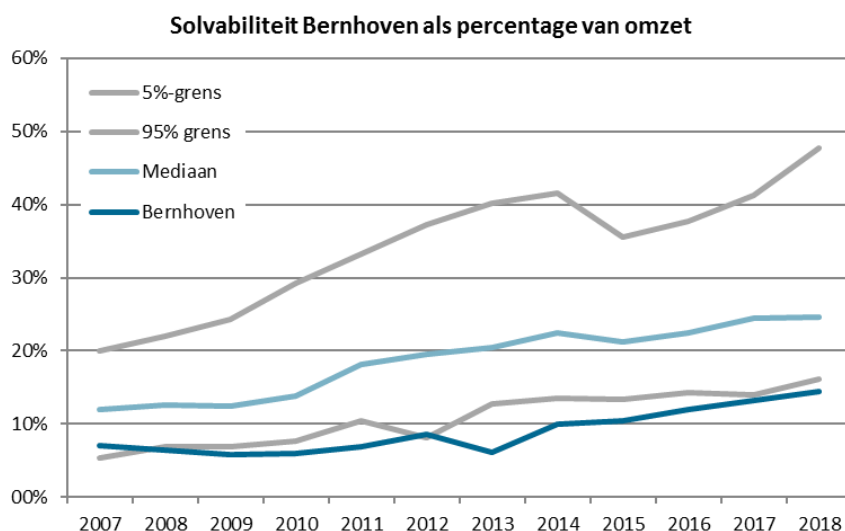


Figuur 35. Nettoresultaat als percentage van de omzet, Rivas Zorggroep en gesegmenteerd nettoresultaat Beatrix Ziekenhuis, 2012-2016



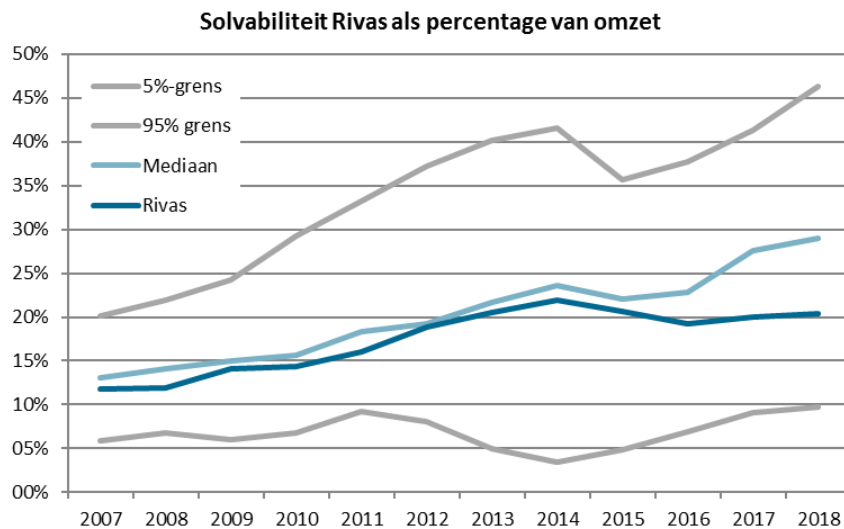
Deze trends vormen een indicatie dat de ‘krimp’-strategieën van Bernhoven en Rivas vooralsnog niet winstgeverder zijn dan de ‘groei’-strategieën van de controleziekenhuizen. Bij Rivas lijkt de strategie zelfs een negatief effect te hebben op het nettoresultaat. Figuur 36 en 37 geeft de solvabiliteit van de ziekenhuizen weer. De solvabiliteit is het eigen vermogen gedeeld door de omzet, en is een maatstaf van de financiële buffers van het ziekenhuis. Een negatieve solvabiliteit betekent vaak (technisch) faillissement. Doorgaans wordt een minimumgrens van 15% in de ziekenhuiszorg aangehouden als richtlijn. Vaak eisen banken echter een hogere solvabiliteit om het risico op de verstrekte leningen te beperken. Positieve nettoresultaten versterken de solvabiliteit. Met name Bernhoven, heeft positieve nettoresultaten nodig, gezien de relatief lage solvabiliteit (< 10%). Met een marktconform nettoresultaat sinds 2015 kruipt Bernhoven langzaam naar de aanbevolen solvabiliteitsniveaus. De solvabiliteit van Rivas ligt in lijn met de controleziekenhuizen, en is met 20% relatief goed. De lage nettoresultaten sinds 2014 zorgen er wel voor dat de groei in solvabiliteit van Rivas achterblijft bij de controlegroep. Beide ziekenhuizen worden in een recent rapport van BDO Accountants relatief laag beoordeeld qua financiële positie⁸.

Figuur 36. Eigen vermogen als percentage van de omzet (solvabiliteit), Bernhoven, 2007-2018



⁸ Bron: BDO Accountants en adviseurs: Benchmark Ziekenhuizen 2019

Figuur 37. Eigen vermogen als percentage van de omzet (solvabiliteit), Rivas, 2007-2018

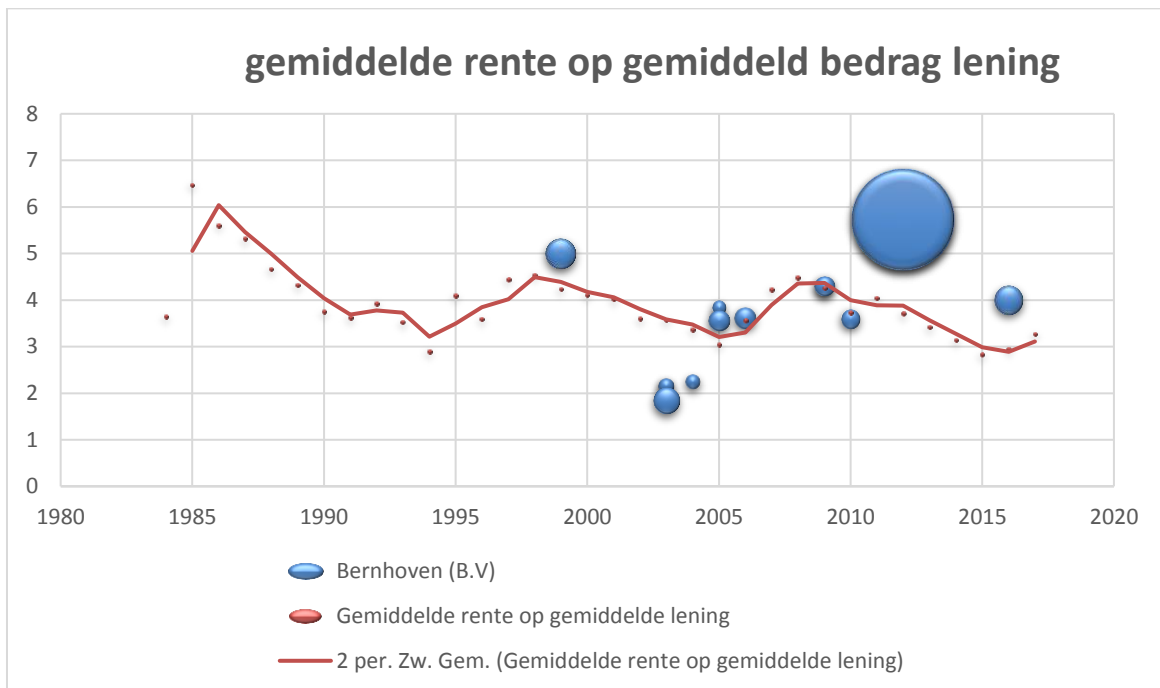


Een andere indicator voor de financiële positie van de ziekenhuizen is de risico-opslag op hun afgesloten leningen. Als banken de ziekenhuizen inschatten als risicovol vertaalt zich dat zich naar hogere rentes op de leningen. In 2017 had Bernhoven 14 leningen open staan met een gemiddelde gewogen rente van 5.3%. In 2017 had Rivas 18 leningen open staan met een gemiddelde gewogen rente van 3.8%. Figuur 38 en 39 geven de rentepercentages op moment van afsluiten weer voor de ziekenhuizen, in vergelijking met de gemiddelde jaarlijkse rente in de hele ziekenhuissector. De figuren geven weer dat Bernhoven in 2012 een grote lening heeft afgesloten tegen een hoger rentepercentage dan gemiddeld in de markt. Rivas leent doorgaans iets boven de gemiddelde rente, met enkele uitschieters in 2000 en 2012, en een grote lening onder de gemiddelde rente in 2017. Banken zijn mogelijk bereid een lening af te sluiten tegen een lagere rente als het ziekenhuis een meerjaren-aanneemsom heeft, omdat dit meer zekerheid in omzet geeft.

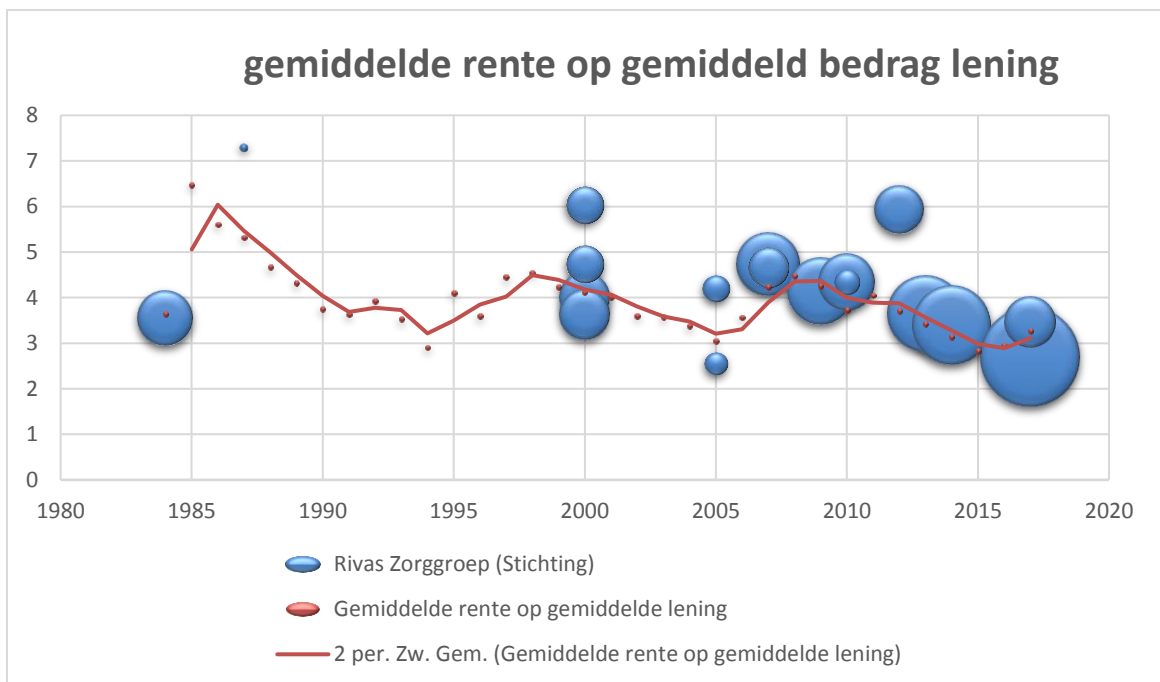
“Want als je dan ziet dat we nog steeds hele kleine marges maken. Dat er ook in de honorering van medisch specialisten niet heel veel meer bijkomt. Er is al vanaf 2014 niet meer geïndexeerd op de honoraria. Op het moment dat er nu een medisch specialist afscheid neemt, dan wordt toch de vraag gesteld: “Moet die ook weer door een medisch specialist opgevuld worden?” Dus er heerst ook wel een sentiment bij bepaalde vakgroepen dat ze denken: “Ja, zijn we nou niet onszelf aan het weg managen? Bestaan we dan als volwaardig ziekenhuis nog wel over vijf of tien jaar?” (I18)

“Je moet er best wel veel voor doen om die zwarte cijfers te kunnen halen. Het gaat heel makkelijk onder de zwarte cijfers. Dat gaat echt heel makkelijk. Dus je moet echt wel heel scherp blijven. En wij hebben een paar keer grote slagen gemaakt. Bijvoorbeeld afdelingen samengevoegd. ... Dus heel veel financiële slagen hebben we al gemaakt waardoor het ziekenhuis ondanks de verbouwing toch nog in de zwarte cijfers komt, maar echt ruimte en een lekker stukje vet over om in nieuwe dingen te kunnen investeren, dat zie ik nog niet.” (I53)

Figuur 38. Rentepercentage op leningen, Bernhoven, 1984-2017, ten opzichte van de gemiddelde rente in de zorgsector, gecorrigeerd voor de hoogte van de lening. De grootte van de bollen is proportioneel aan de hoogte van de hoofdsom.



Figuur 39. Rentepercentage op leningen, Rivas, 1984-2017, ten opzichte van de gemiddelde rente in de zorgsector, gecorrigeerd voor de hoogte van de lening. De grootte van de bollen is proportioneel aan de hoogte van de hoofdsom.



5.4 Conclusies

De meerjarige-aanneemsommen hebben geleid tot extra incidentele kosten in 2015 en een significant dalende kostengroei in de latere jaren ten opzichte van de controleziekenhuizen. Deze besparingen kunnen verder oplopen als de ziekenhuizen de huidige lage groeitrend weten door te zetten. De instellingen hebben deze relatieve omzetsdalingen niet gecompenseerd door het genereren van extra inkomsten buiten de Zvw. Integendeel, de totale omzet van de instellingen is zelfs nog wat sterker gedaald ten opzichte van de mediaan in de controlegroepen. De jaarverslagen geven een voorzichtige indicatie dat op een aantal uitgavenposten besparingen zijn behaald.

De ziekenhuizen zijn een vijfjarige uitdaging aangegaan om de kosten te beheersen, met veel onzekerheden omtrent de mogelijkheden rond afschaling en de ontwikkelingen in de markt. De meerjaren-aanneemsommen gaven enerzijds zekerheid, maar anderzijds bevatten deze een groot risico met betrekking tot het behalen van financiële besparingen: dit bleek lastiger dan gedacht. Als gevolg staat de nettomarge van de beide ziekenhuizen onder druk. Door de lage nettomarges is de solvabiliteit voor Rivas een aandachtspunt geworden (voor Bernhoven was dat al langer het geval). Beide ziekenhuizen hebben hun inspanningen tot dusver niet zien terugkomen in een hoger nettoresultaat. Dit is wel nodig om deze strategie ook financieel te kunnen blijven continueren

6 Conclusies en reflecties

Kernboodschap

Bernhoven en Rivas Zorggroep zijn succesvol geweest in hun ambitie om de zorg duurzaam te verbeteren en betaalbaar te houden. Triangulatie van een aantal kwalitatieve- en kwantitatieve onderzoeksmethoden maakt dat we dit met een grote mate van waarschijnlijkheid kunnen concluderen. Beide strategieën hebben een eigen voorgeschiedenis, traject en proces, maar sluiten wel goed aan bij de lessen van andere goede voorbeelden. Specifiek bleken een groot aantal concrete initiatieven vanuit de medisch-specialisten, een hechte samenwerking met de eerste lijn, het stoppen met productie als kernwaarde binnen de organisatie en meerjarige financiële garanties belangrijke voorwaarden. Deze werkingsmechanismen zijn breder te verspreiden, maar zijn ook voor een behoorlijk deel afhankelijk van niet opschaalbare factoren. Het afschalen van zorgvolume is wel een strategie die in een vergrijzende samenleving uiteindelijk op grenzen zal stuiten.

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk vatten we de resultaten samen van de verschillende onderzoeksvragen die we ons in deze studie hebben gesteld. Deze staan samengevat in paragraaf 6.2. Dit zijn de kernbevindingen van deze studie. In paragraaf 6.3 gaan we vervolgens kort in op een viertal belangrijke determinanten voor het succes van de beide ziekenhuizen. Deze determinanten kenmerken zich door het feit dat zij behalve als belangrijke randvoorwaarden, ook relatief goed te ‘transplanteren’ zijn (concrete projecten om kwaliteit te verbeteren, formele samenwerking met eerste lijn en financiële modellen). Vervolgens staat in paragraaf 6.4 een korte bespreking van de methodologische beperkingen. We sluiten af met een reflectieve beschouwing - geen onderdeel van het empirische onderzoek – op de mogelijkheden voor verspreiding, vermenigvuldigen en opschalen (paragraaf 6.5).

6.2 Beantwoording onderzoeksvragen

“Heeft de implementatie van Droom en KAM geleid tot een hogere kwaliteit en een lagere kostenontwikkeling?”

Bernhoven en Rivas Zorggroep hebben integrale veranderprogramma’s geïmplementeerd met als doel de kwaliteit van zorg te verhogen en de kosten te verlagen. Dit onafhankelijk onderzoek heeft gekeken in hoeverre de beide ziekenhuizen gedurende de eerste jaren dat deze programma’s liepen deze doelstelling hebben bereikt. De verzamelde gegevens en de uitgevoerde analyses geven een indicatie dat de beide ziekenhuizen hierin zijn geslaagd. Een kanttekening hierbij is dat er aan de kostenkant meer effecten zichtbaar zijn dan aan de kant van de kwaliteit van zorg, maar die resultaten zijn ook wat minder zeker door de vele dimensies die kwaliteit van zorg kent.

We hebben gewerkt met verschillende deelvragen.

1. *Hoe zijn ‘Droom’ en ‘Kwaliteit als Medicijn’ vormgegeven? Wat is hun voorgeschiedenis?*
2. *Wat leren vergelijkbare pogingen van ziekenhuizen uit de internationale wetenschappelijke literatuur om de kwaliteit te verhogen en de kosten te verlagen ons? Welke lessen zijn daaruit te trekken? Welke overeenkomsten en verschillen zien we bij ‘Droom’ en ‘KAM’ met de literatuur?*
3. *Hoe kunnen we bestaande implementatietheorieën benutten om onze analyse daarover te structureren?*

4. Hoe ervaart men de implementatie van beide programma's en wat zijn de werkingsmechanismen?

Bernhoven en Rivas Zorggroep hebben beide een veranderprogramma geïmplementeerd om de kwaliteit van zorg te verbeteren én de betaalbaarheid duurzaam te garanderen. Vanuit het basisprincipe dat door het creëren van randvoorwaarden en goede incentives de juiste zorg op de juiste plek geleverd kan worden en onnodige zorg kan worden verminderd. Beide programma's kenmerken zich door het initiëren van een groot aantal kwaliteitsinitiatieven vanuit de medische staf, het versterken van de samenwerking met de eerste lijn, een herziene financieringsstructuur middels een vijfjarige aanneemsom met zorgverzekeraars en het wegnemen van productieprikkel. Dit laatste gaf medisch specialisten behoud van inkomen, ondanks vermindering van productie die nodig werd geacht om de implementatie van kwaliteitsinitiatieven te bevorderen. De aanpak van de productieprikkel voor de medisch-specialisten is in beide regio's anders ingevuld. In Bernhoven zijn de medisch specialisten in loondienst gegaan. Bij Rivas Zorggroep is een aangepast verdeelmodel ingevoerd voor het MSB. Daarnaast heeft er binnen Bernhoven een reorganisatie naar zorgmodellen plaatsgevonden en is de governance aangepast.

De voorgeschiedenis heeft een eigen kanaliserende rol gespeeld bij de totstandkoming van Droom en KAM. Bernhoven was een fusieziekenhuis met een nieuw gebouw. Bij Rivas zijn fusieplannen tegengehouden door de ACM. Beide ziekenhuizen worstelden met strategische vragen over hun toekomst. Deze zijn gevoed door de behoefte anders zorg te verlenen, minder gericht op productie en meer op kwaliteit.

De existentiële strategische vragen van Bernhoven en Rivas kwamen 'in aanraking' met een passende 'oplossing': een rapport van Booz&co over hoe met betere kwaliteit en meer tijd voor de patiënt de zorg ook doelmatiger te maken (Visser, Westendorp, Cools et al., 2012). Een van de auteurs kwam kort daarop in de Raad van Bestuur van de belangrijkste verzekeraar van beide ziekenhuizen. Door de contacten tussen de zorgverzekeraars en de bestuurders van de ziekenhuizen werd een vaste budgetafspraken over meerdere jaren vormgegeven. Dit gaf de ziekenhuizen ruimte om betere kwaliteit te realiseren en daardoor de zorg doelmatiger te maken. Er is geen sprake geweest van een vooraf afgesproken of opgelegd businessplan tussen verzekeraars en ziekenhuizen, maar veel meer van een iteratief proces, waarin lokale ambities en vraagstukken samenkwamen met deductieve theorie. In de internationale wetenschappelijke literatuur zijn 18 ziekenhuizen beschreven die integraal inzetten op betere kwaliteit van zorg en lagere kosten. Daarbij bestaat geen makkelijk te kopiëren blauwdruk voor succes: iedere instelling kent een unieke context waar rekening mee gehouden dient te worden. We kunnen wel concluderen dat opzet en uitvoering van zowel Droom als KAM aansluiten bij de algemene lessen uit de wetenschappelijke literatuur.

Het bottom-up ophalen bij professionals van kwaliteitsinitiatieven in ziekenhuizen kweekt eigenaarschap en draagvlak voor de strategie. De kwaliteitsinitiatieven zijn verschillend in beide ziekenhuizen, maar zowel Bernhoven als Rivas beoogt om de zorg beter aan te sluiten bij de behoefte van de patiënt. Patiënten worden vaker in de eerste lijn behandeld en de samenwerking tussen huisarts en specialist is verbeterd. Bij beide ziekenhuizen bleek strategische ondersteuning vanuit een externe partij belangrijk om de beweging op gang te helpen, voor transparantie en verbetering van de samenwerking met de verzekeraar.

Het unieke van de beide programma's is de integrale wijze waarop een groot aantal concrete initiatieven worden gebundeld onder één overkoepelende en sturende strategie en visie. Men heeft in meer of mindere mate overal aandacht aan besteed. Daarbinnen zijn wel accenten zichtbaar. Sterke punten zijn de duidelijkheid, de ontwikkeling en de eigen inbreng voor zorgprofessionals van de strategie. Men heeft oprechte betrokkenheid weten te organiseren. Een tweede sterk punt betreft de hands-on-aanpak waardoor er vele projecten gewoon zijn gestart en met minder of meer succes zijn ingevoerd met concrete verbeteringen. Een derde sterk punt betrof het krachtige leiderschap door de directie en de medische staf die in beide ziekenhuizen aanwezig was. In Bernhoven heeft men zelfs de structuur van de organisatie in verregaande mate weten aan te passen. Enerzijds door een loondienstverband voor de medische staf mogelijk te maken. Anderzijds door een volgens theorie gedreven implementatie van verschillende zorgmodellen: het scheiden van acute zorg, diagnostiek, electieve zorg en chronische zorg.

De resultaten van dit onderzoek tonen dat er een duidelijke verandering is opgetreden in beide regio's. De strategie en woordkeus van de programma's heeft kanaliserend gewerkt. Droom en KAM zetten in op een strategie waarin velen zich herkennen en voor willen inzetten: het centraal zetten van kwaliteit, patiënt en professional. De algemene ervaring is dat de beide programma's een andere 'energie' hebben gebracht die groter lijkt dan de som van de onderdelen. Het is bovendien mogelijk binnen deze strategische kaders eigen accenten te leggen, bijvoorbeeld minder onnodige zorg of meer tijd voor de patiënt, en dat gebeurt ook. Dit onderzoek heeft laten zien dat er verschillende perspectieven bestaan op de doelen en de effecten van de strategie en dat versterkt de werking van de programma's.

Het ophalen bij professionals van kwaliteitsinitiatieven in ziekenhuizen kweekt eigenaarschap en draagvlak voor de strategie. Er bestaat een behoorlijke inhoudelijke variatie tussen de verschillende kwaliteitsinitiatieven in beide ziekenhuizen. Deze variatie impliceert ook dat bij een van boven op opgelegde strategie niet alle kansen worden benut. De 'gestolde' praktijkvariatie impliceert immers dat wat de gepaste hoeveelheid zorg is verschilt tussen instellingen en regio's.

De programma's hebben verder geleid tot betere samenwerking binnen de ziekenhuizen en met de huisartsen in de regio. Deze laatsten stellen wel dat zij meer werk hebben gekregen, waar niet altijd een gepaste honorering tegenover staat. Dit is een aandachtspunt. Daarnaast is de rol van de verpleegkundigen een belangrijk aandachtspunt voor de beide ziekenhuizen. Verpleegkundigen waren duidelijk minder bij het veranderproces betrokken en hebben ook deze rol zelf niet altijd gezocht. Er is echter juist hier op personeel bespaard en dat blijkt nu soms knelpunten op te leveren. Tot slot is de perceptie op de rol van verzekeraars en de externe ondersteuning door een consultancybureau weliswaar overwegend positief, maar ook wat wisselend. Enerzijds ziet men meerwaarde, anderzijds zijn de (toekomstige) financiële kaders waarbinnen men werkt juist meer gaan knellen.

5. *Wat is de invloed van Droom en 'KAM' op de kwaliteitsindicatoren in de beide organisaties? Hoe percipiëren patiënten dat? Hoe scoort een aantal individuele initiatieven?*
6. *Zijn 'Droom' en 'KAM' er in geslaagd om de kosten van zorg te verlagen? Hoe was dit mogelijk als werkingsmechanisme en wat zijn de consequenties op de eigen financiële resultaten?*

De meerjarige aanneemsommen hebben geleid tot lagere kostengroei vanaf 2015, ook ten opzichte van controleziekenhuizen. Om dit te bereiken hebben de ziekenhuizen zorgvolume afgeschaald. Dit leidt echter niet één op één tot daling in kosten. Beide ziekenhuizen hebben hun eigen uitgaven weten te verlagen, vooral personeel en kapitaal. Dit vereist continu aandacht en beide ziekenhuizen houden

maar een beperkte marge over. Bij kwaliteit is het beeld minder eenduidig. Kwaliteit kent veel dimensies, en zaken als persoonsgerichte zorg, substitutie en meer tijd voor de patiënt worden niet routinematig gemeten. Op de indicatoren die wel worden gemeten scoren de beide ziekenhuizen gemiddeld tot bovengemiddeld, zonder duidelijke toenemende of afnemende trend. De ziekenhuizen hebben daarmee de gemeten kwaliteit minstens op peil gehouden gedurende de implementatie van de veranderstrategie.

Door de meerjarencontracten met de belangrijkste zorgverzekeraars kregen de beide ziekenhuizen de financiële ruimte en zekerheid om de veranderprogramma's door te voeren, zonder dat dit direct tot minder inkomsten leidde. Hierdoor hebben ze veel onderdelen van de innovatieprogramma's in de loop van de tijd kunnen implementeren. De verschillende veranderprogramma's hebben veel aandacht besteed aan initiatieven die als doel hadden om de kwaliteit te verbeteren. Onze analyses laten zien dat hier vaak substantiële resultaten zijn behaald, met name door lagere volumes en verplaatsing van zorg. We zien echter dat de perceptie van patiënten daarover wisselt. Zo zien we betere scores voor beide ziekenhuizen op de PROMs bij heup- en knieoperaties, maar is de perceptie door patiënten over samen beslissen niet alleen maar positief. In een empirisch onderzoek bij Rivas leek men routinezorg bij een specialist hoger te waarderen dan bij een huisarts. Het lijkt erop dat binnen beide programma's geldt dat 'wat aandacht krijgt' groeit, of in dit geval krimpt. Dit versterkt het belang van een groot aantal concrete projecten voor duurzame verandering op ziekenhuisniveau.

De door de beide instellingen bereikte doelmatigheidswinst is substantieel en kan zich meten met wat we in de internationale literatuur ook terugzien. De lagere omzetgroei van beide ziekenhuizen is vooraf met de zorgverzekeraars afgesproken en vastgelegd in een meerjaren afspraak. Deze besparingen waren echter niet de uitkomst van geslaagde veranderprocessen, maar vormden veel meer de start ervan. In ruil voor hun meerjarige budgettaire zekerheid moesten de beide ziekenhuizen extra besparen ten opzichte van hun historisch budgettaire groeipad, maar ook ten opzichte van de door ons geselecteerde controleziekenhuizen. Beide ziekenhuizen lijken hierin goed geslaagd, maar het is niet gelukt om daarbovenop extra te besparen.

Het feit dat de financiële resultaten van de beide ziekenhuizen niet zijn verbeterd, terwijl dat wel de bedoeling van *shared savings* concepten is, roept de vraag op of en hoe zorgverzekeraars de positieve risico's voor de beide ziekenhuizen kunnen vergroten. Het is bijvoorbeeld onduidelijk of de beide ziekenhuizen een concurrentievoordeel hebben behaald. Of dat verzekeraars door actieve sturing en een (budgettaire) voorkeursbeleid meer patiënten naar Bernhoven en Rivas Zorggroep proberen te laten gaan. De financiële bestendigheid komt onder druk te staan als de ziekenhuizen voor hun inspanningen niet worden beloond met of relatief betere marges of door het krijgen van extra zorgvolume.

6.3 Meest relevante succesfactoren

In deze paragraaf benoemen we de meest belangrijke determinanten onder het succes van de beide programma's. Het is moeilijk een duidelijke hiërarchie in de succesfactoren van de beide programma's te onderscheiden. Het lijkt in de praktijk te gaan om het succesvol uitvoeren van een groot aantal concrete verbeterinitiatieven door medisch-specialisten, vaak in samenwerking met de eerste lijn met partners waarvoor productie nadrukkelijk geen kernwaarde vormt. Dit wordt gefaciliteerd door een financiële structuur die meerjarig zekerheid biedt.

Wegnemen productieprikkel

Bij Bernhoven is bij de organisatie van medisch-specialistische zorg gekozen voor loondienstverband en een participatiemodel. Bij Rivas is gekozen voor één MSB waar de productieprikkel grotendeels uit is verdwenen. Met name de invoering van het loondienstmodel heeft veel tijd en energie gekost. Het borgen van de professionele autonomie en invloed op ziekenhuisbeleid bleek een belangrijke voorwaarde bij de invoering van het loondienstmodel. Specialisten waren bevreesd om hun invloed te verliezen en sommigen blijken dat in de huidige praktijk nog steeds zo te ervaren. De productieprikkel is er door het loondienstverband wel echt uit. Tegelijkertijd bestaat de perceptie dat dit ook een neerwaarts effect heeft op het totale aantal uren dat men werkt.

Financiële randvoorwaarden

De meerjarencontracten hebben de adequate financieel-institutionele randvoorwaarden voor samenwerken aan kwaliteit zonder overproductie gecreëerd. Dit gaf de tijd en de ruimte aan beide ziekenhuizen om de implementatie duurzaam vorm te geven. Dit is cruciaal bij een grootschalige ziekenhuis-brede veranderstrategie. Het kost veel tijd en energie om alle lagen in de organisatie mee te krijgen en de vele veranderingen door te voeren. Dit kan alleen als dit niet steeds interfereert met korte-termijn resultaatverplichtingen. Het doorvoeren van de beide strategieën is grotendeels gelukt. De meerjarencontracten vragen om intensieve samenwerking en om vertrouwen tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Bij beide ziekenhuizen bleek strategische ondersteuning door een externe partij behulpzaam om de beweging op gang te helpen.

Kwaliteitsinitiatieven vanuit zorgprofessionals zelf

Er zijn in totaal meer dan 100 kwaliteitsinitiatieven doorgevoerd. Deze zijn aangedragen door de zorgprofessionals zelf. Zij hebben ook het beste zicht op hoe de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden en eventuele niet-gepaste zorg kan worden afgeschaald. Zij moeten het bovendien zelf uitvoeren, waardoor als het ware een automatische 'uitvoeringstoets' is ingebakken. Een belangrijke voorwaarde daarvoor is goede ondersteuning en het opstellen van een businesscase waarbij aandacht voor de financiële kant is. Belangrijke randvoorwaarde is het implementeren voor de juiste incentives die het goede gedrag stimuleren. Hoewel het meten van de effecten vaak als belastend werd ervaren, is dit cruciaal voor het inzichtelijk maken van de resultaten. Daarnaast bleek dat het goed uitdragen van succesvolle strategieën stimulerend werkte binnen de organisaties.

Samenwerking met de eerste lijn

In beide programma's was samenwerking met huisartsen een belangrijk onderdeel van de strategie, mede omdat een deel van de initiatieven gericht was op intensievere consultering van de specialisten door de huisarts en op het verplaatsen van zorg naar de eerste lijn. Huisartsen werden van het begin af intensief betrokken bij de strategie, waardoor er laagdrempelig contact tussen de huisarts en de medisch specialist werd gecreëerd. Kortere lijnen tussen de huisarts en de medisch specialist zorgen er mede voor dat patiënten vaker in de eerste lijn behandeld kunnen worden. Door substitutie van zorg naar de eerste lijn is daar wel meer werkdruk ontstaan. Het is voor verdere ontwikkeling van de strategie belangrijk om huisartsen hiervoor voldoende te compenseren. Met andere delen van de zorgketen, zoals thuiszorg, langdurige zorg, revalidatie en publieke gezondheidszorg kan ook worden gewerkt aan meer kwaliteit tegen lagere kosten.

6.4 Methodologische beperkingen

Het sterke punt van deze studie is dat er gebruik is gemaakt van verschillende kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksstrategieën die elkaar versterken en waarvan de bevindingen in dezelfde richting wijzen (triangulatie). We hebben zo onze belangrijkste bevindingen goed kunnen valideren. Een ander sterk punt is de rijkheid van ons bronnenmateriaal. We hebben gebruik gemaakt van alle openbaar beschikbare data en een zeer groot aantal betrokkenen (n = 63) uitgebreid geïnterviewd. In enkele gevallen hebben we ook zelf data verzameld (samen beslissen en substitutie van zorg).

Beperkingen van ons onderzoek zijn dat we twee ziekenhuizen hebben onderzocht en dat we deze resultaten niet kunnen generaliseren naar andere ziekenhuizen (case-studies). Kwaliteit kent veel dimensies en deze zijn niet altijd goed meetbaar. Het kan dus zijn dat deze data niet zonder deze lacunes zijn. Niet al onze data bestrijken ook de hele looptijd van de beide programma's. Tot slot hebben we geen nulmeting kunnen uitvoeren omdat beide programma's al enkele jaren van start waren gegaan.

6.5 Reflectie op mogelijkheden voor verdere verspreiding en opschaling

De veranderprogramma's Droom en KAM zijn te beschouwen als complexe interventies. Dergelijke interventies zijn per definitie lastig te controleren. Een interventie zal zich binnen de ene context anders ontwikkelen dan in een andere context omdat mensen, ervaringen en andere omgevingsfactoren in elk ecosysteem hun eigen rol spelen. Interventie en context raken steeds sterker verweven, waarbij iedere combinatie een eigen dynamiek ontwikkelt. Complexe systemen worden maar beperkt gestuurd door lineaire verbanden. Het gaat vooral om zaken als het experimenteren op basis van (nieuwe) ideeën, patronen, connecties op de schakelpunten van het systeem met deeloplossingen en randvoorwaarden die effectief experimenteren bevorderen (Braithwaite, Churruca & Ellis, 2017). Complexe processen zijn slechts gedeeltelijk te beïnvloeden en krijgen vaak verschillende uitkomsten. Deze variatie in uitkomsten komt ook bij Droom en KAM nadrukkelijk terug.

Het implementeren van omvangrijke programma's zoals Droom en KAM vraagt tijd, energie en leiderschap om draagvlak te creëren bij alle betrokkenen. Bij het uitrollen van dergelijke programma's naar andere ziekenhuizen is aanpassing van de strategie aan de lokale context, cultuur en eigen 'doorleving' essentieel. Verandering van financiële prikkels is noodzakelijk om de beweging te ondersteunen, maar is niet genoeg. De werkelijke kansen voor meer doelmatigheid zitten juist in een andere organisatie van de zorg. Sommige contextfactoren, zoals een sterke huisartsvereniging, werken bevorderend, maar maken het succes nog niet vanzelfsprekend. Het welslagen van een implementatie lijkt het beste te lukken als medisch-specialisten en huisartsen achter de beweging staan en ze daarin worden gefaciliteerd door hun organisaties en deze het weer extern weet te 'verkopen'. Dit maakt het lastig om deze beweging séc door overheid of verzekeraar af te dwingen.

Een alternatieve aanpak zou kunnen zijn dat men de strategie verbreedt naar alle aanbieders in de regio zoals door populatiebeposting, maar dit vergt actieve monitoring van kosten en kwaliteit op regioniveau en bijvoorbeeld een *shared savings* benadering op basis van de historische schadelast van de zorgverzekeraars of als benchmark met andere regio's. Daarnaast kan verder gekeken worden naar meer specifieke inkoopafspraken waarbij bepaalde typen verrichtingen of operaties niet in alle ziekenhuizen meer wordt uitgevoerd maar waar dit meer gecentraliseerd wordt.

Het aantoonbare succes dat Bernhoven en Rivas hebben geboekt met hun transformatie naar ziekenhuizen waar betere kwaliteit en lagere kosten centraal staan, is echter wel breder te verspreiden. Hierdoor kan de doelmatigheid binnen de hele medisch-specialistische zorg worden vergroot. Tegelijkertijd zijn deze successen niet een-op-een over te nemen. Er kan dus geen rekensom worden gemaakt waarin de financiële resultaten van de beide ziekenhuizen landelijk worden doorgetrokken. Ziekenhuizen zijn complexe ecosystemen.

Deze evaluatie maakt bijvoorbeeld duidelijk dat de beide ziekenhuizen met een vergelijkbare aanpak en randvoorwaarden niet per definitie met vergelijkbare projecten komen. Men 'doorleeft' zijn eigen trajecten binnen de eigen context en dat is een van de succesfactoren. Het is dan ook niet mogelijk dat alle andere ziekenhuisbesturen de complexe ecosystemen waarin zij opereren een-op-een kunnen aanpassen aan deze veranderprogramma's. De ecosystemen van UMC's en topklinische ziekenhuizen zijn nog complexer. Het is wel een feit dat Bernhoven en Rivas hebben laten zien dat zij hun eigen ecosysteem positief hebben beïnvloed. Andere ziekenhuizen kunnen zich hierdoor laten inspireren en hun eigen traject starten. De aanpak die Bernhoven en Rivas kozen – hun professionals laten bepalen waar de kansen liggen en deze laten implementeren zonder negatieve financiële consequenties – is 'transplanteerbaar', maar niet zomaar implementeerbaar.

Naarmate er meer instrumenten op macro niveau worden gebruikt, kan weliswaar makkelijker worden opgeschaald, dat wil zeggen er kan meer uniform worden gestuurd. Het noodzakelijke 'lokaal doorleven' van de eigen complexe werkelijkheid kan daarmee echter niet worden gesimuleerd. De zorgverzekeraars kunnen de financiële randvoorwaarden van Bernhoven en Rivas met contractering 'technisch' makkelijk opschalen en zo bijdragen aan verspreiding van veranderprocessen. Maar als ziekenhuizen vervolgens kiezen niet te veranderen, maar om bijvoorbeeld hun wachtlijsten te laten oplopen, zullen ze op basis van hun wettelijke zorgplicht later alsnog meer zorg moeten inkopen.

In de regel moet ook een groot deel van de totale zorg binnen het ziekenhuis op deze wijze worden ingekocht. Immers, zorgverzekeraars die zich hier niet aan committeren krijgen wel de 'winst' van minder volume, maar dragen dan niet noodzakelijkwijs bij door een hogere 'prijs'. Gezamenlijk dezelfde contracten met een ziekenhuis afsluiten vereist coördinatie tussen verzekeraars en staat enigszins haaks op het stelsel van gereguleerde competitie. Mede om die reden zou de overheid dit kunnen faciliteren, bijvoorbeeld door over te gaan naar een financieringssysteem waarbinnen meer op vaste kosten en/of beschikbaarheidsbijdragen wordt gefinancierd. Dit draagt ook voor kleinere ziekenhuizen bij aan het in stand houden van een minimaal benodigde infrastructuur. Daarnaast vermindert de kans dat verzekeraars die niet participeren 'free-riden' op de vaste lasten van het ziekenhuis en verminderen een aantal 'barrières' die die partijen op regionaal niveau in de weg kunnen zitten om tot een eigen oplossing te komen.

Voor het behalen van succes moet iedereen zijn eigen rol spelen. Ziekenhuisbestuurders moeten bereid zijn om een lastig en complex verandertraject in te gaan, inclusief persoonlijk afbreukrisico. Verzekeraars moeten dat traject volledig steunen, ook als dat leidt tot initiële of incidentele meerkosten. Voorgespiegelde win-win situaties, *shared-savings*, moeten zichtbaar zijn. In dat verband valt bij de analyse van de jaarverslagen op dat Bernhoven en Rivas sinds de implementatie van deze programma's juist lagere nettoresultaten noteren dan de controlegroep. Dat kan een opschaling in de weg staan.

De eenvoud van het financiële model dat de beide ziekenhuizen hanteren - feitelijk een eenvoudige meerjarige budgetafpraak-, steekt wat schril af tegen de vele bestuurlijke en administratieve inspanningen die nodig zijn om dit model binnen de huidige financieringsstructuur te realiseren. De complexiteit van de huidige financiering kan een belemmering voor opschaling zijn.

Deze evaluatie maakt duidelijk dat de financiële kant van de strategie vrijwel volledig berust op vermindering van zorgvolume. Hieruit worden de opstartkosten betaald, kunnen professionals meer tijd aan patiënten besteden zonder verlies van inkomen etc. Dit betekent dat deze strategieën duurzaam zijn zolang er een buffer van onnodige zorg bestaat én zolang de afbouw daarvan voor eenieder voordelig is. Je kunt in een vergrijzende samenleving echter niet elk jaar wat minder zorg leveren.

Deze evaluatie laat zien dat Bernhoven en Rivas succesvol zijn en dat er mogelijkheden bestaan voor verspreiding. Volledige opschaling naar alle ziekenhuizen is echter niet zomaar mogelijk en ook zal op enig moment – mede door vergrijzing - de stijging van de zorguitgaven weer inzetten. Het is echter wel aannemelijk dat doelmatige ziekenhuizen met een sterke verbinding met de eerste lijn deze groei ook makkelijker kunnen opvangen.

Bijlage 1 Leden projectgroep en klankbordgroep

De *projectgroep* bestaat uit:

Simone van Dulmen, Niek Stadhouders, Gert Westert, Erik Wackers, Patrick Jeurissen (allen IQ healthcare, Radboudumc)

Maaïke Diepstraten, Rudy Douven, Anita Kopányi-Peuker (allen CPB),

Gustaaf Wijnker en Misja Mikkers (NZa).

Een *externe klankbordgroep* is tweemaal tijdens dit project bij elkaar gekomen en bestond uit:

Mieke Klerkx (Bernhoven)

Els van der Stelt (Rivas Zorggroep)

Bert Blokland (Rivas Zorggroep)

Evelien Schroen (HenZ)

Rien Peijnenburg (CZ)

Ronald van Breugel (VGZ)

Marcel Meijer (VGZ)

Jan Derk Brilman (VWS)

Arne Jeninga (VWS)

Heleen Post (NPF)

Annemiek Stoopendaal (Erasmus MC)

Johan Polder (RIVM, voorzitter)

Bijlage 2 Overzicht van initiatieven Droom en KAM

Overzicht van de initiatieven van Kwaliteit als Medicijn (Rivas Zorggroep)	
Naam	Beschrijving
Transmurale zorgbrug	Het ondersteunen in de begeleiding van kwetsbare ouderen die na een ziekenhuisopname naar huis mogen, door huisbezoeken van de wijkverpleegkundige die in het teken staan van medicatieveiligheid, hulpmiddelen, sociale hulpvraag en (mantel)zorgondersteuning.
APD - infuus thuis	Het thuis aanbieden van APD - infuustherapie door het Ambulant Verpleegtechnisch Team (AVT-team) .
Galblaas in dagbehandeling	In de ochtend opereren van patiënten met een indicatie voor verwijdering van de galblaas, zodanig dat deze patiënten in de avond naar huis kunnen.
Post infarctpoli	Taakherschikking door patiënten die een dotterbehandeling hebben ondergaan, worden 'afwisselend' gezien door cardioloog en verpleegkundig specialist cardiologie conform schema NVVC-connect (blauwdruk postinfarct-traject).
KNO in dagbehandeling	Operaties aan de keelamandelen, neustussenschot of trommelvlies worden in dagbehandeling verricht in plaats van een klinische opname.
Palliatief team	Het inschakelen van het palliatief team ten behoeve van palliatieve zorgvragen en multi-disciplinaire consultatie.
Functieonderzoek na SEH bezoek cardiologie	SEH-artsen beoordelen met de cardioloog of een in aanmerking komt voor (cardiologisch) functieonderzoek in een poliklinische setting in plaats van directe klinische opname op afdeling cardiologie.
Transmurale samenwerking – Gerichte behandeladviezen	Een transmuraal behandelprotocol voor patiënten waarbij multidisciplinaire behandeling effectief blijkt te zijn. De nadruk ligt hierbij op primaire behandeling in de 1e lijn, maar met behulp van gerichte diagnostiek en behandeladviezen vanuit de 2e lijn.
Chronische nierschade	Het transmuraal gebruik maken van telenefrologie (e-consults) voor patiënten chronische nierschade.
Juiste vervolgzorg op de spoedeisende hulp	'Zorg op de juiste plaats'; het direct organiseren van de juiste vervolgzorg in de keten voor kwetsbare ouderen, vanaf de spoedeisende hulp (SEH).
Transmuraal telefonisch consult	Transmuraal telefonisch overleg tussen huisarts en specialist.
Polireview	Actief terugverwijzen naar de huisarts (1e lijn) in plaats van standaard controle-afspraken op de polikliniek.
Reductie radiologieonderzoeken	Het reduceren van radiologieonderzoeken door: orthopedie: foto's van de enkel en voet direct 'staande' te maken om betere beoordeling na te streven; cardiologie: CT-scan in plaats van Thallium scan; neurologie: minder beeldvormend onderzoek bij hoofdpijn; urologie: reduceren van buikoverzichtsfoto's; algemeen: externe naar interne onderzoeken.
Schouderstraat	Een gestroomlijnd proces voor patiënten met problematiek van het schoudergewricht.
Optimalisatie zorgpad hartfalen	Het ontwerp van een regionaal transmuraal zorgpad met daarin; een beschrijving en afstemming van betrokken zorgverleners en verantwoordelijkheden, aanvullende diagnostiek, terugverwijzing van 2e naar de 1e lijn, de controles, de voorlichting en leefstijladvisering, hartfalenrevalidatie, de rol van de praktijkondersteuner huisarts (POH) en hartfalenverpleegkundige, de registratie en de zorg in de laatste levensfase.
Reductie ligduur coloncarcinoom	Optimaliseren van het zorgpad (operatie van) coloncarcinoom; operatieve voorbereidingen worden op de dag van operatie zelf uitgevoerd .
Poliklinisch bevallen	Transmurale zorgpaden met daarin meer mogelijkheden om in de 1e lijn/poliklinisch te bevallen.
Screeningsunit oogheekunde	Screening van verwijzingen voor het specialisme oogheekunde door een optometrist.

Fasttrack orthopedie	Het gebruik van een verbeterd pijnprotocol, lokale verdovingstechniek en vroege beweging van de knie en heup waardoor 'snel weer op de been'.
Samen beslissen	Het adequaat inrichten van mogelijkheden om samen met de patiënt te beslissen over de best passende zorg.
Contrastnephropathie	Verkort prehydratieschema voorafgaand aan een röntgenonderzoek met contrast.
Transmurale samenwerking - 1e lijns diagnostiek	Het transmuraal beoordelen van 1e lijns diagnostiek; gerichte diagnostiek wordt aangevuld met een behandeladvies advies van de specialist.
Structurele beoordeling X-thorax foto's	Transmurale bespreking met aanvullend advies aan de huisarts na beoordeling van een X-thorax onderzoek (röntgenfoto van de borst-kas).
Nagaan zorgwens ouderen	Zorgwensgesprekken in de 1e lijn bij (kwetsbare) ouderen.
Diagnostiek op de huisartsenpost (HAP)	Directe aanvraag diagnostiek (röntgenfoto of hartfilmpje/ECG) vanaf de huisartsenpost (HAP).

Overzicht van de 100 oorspronkelijke initiatieven Bernhoven	
Naam	Status
Troponine op de SEH	Gestopt
Zelfverwijzers bij lage urgentie naar de HA	Opgeleverd
Verstevigen SEH bezetting 24/7 en inzet specialisten op SEH	Opgeleverd
Aanbieden van foto diagnostiek door HAP zonder SEH doorverwijzing	Opgeleverd
Inschakelen geriater bij kwetsbare ouderen op de SEH	Opgeleverd
Nabellen van patiënten met licht traumatisch schedelhersenletsel na SEH bezoek	Opgeleverd
Echo-dvt via HAP	In uitvoering
Vaattoegangsteam	Initiatiefase
Verkeerde bed: instroom verminderen	In uitvoering
Verkeerde bed: uitstroom versnellen	Initiatiefase
Optimaliseren SEH-proces –going concern	Opgeleverd
Beperken van en ondersteunen bij PICS(-F)	Initiatiefase
Familie participatie acute intensieve zorg	Initiatiefase
Sondevoeding thuis bij prematuren (kinderafdeling)	Initiatiefase
Invoeren/ inzichtelijk maken van en sturen op wachttijden SEH	Gestopt
Aangenaam maken verblijf SEH	Gestopt
Flexibel inschakelen van extra capaciteit in de acute zorg keten	Gestopt
Zorgzwaarte Unit Stepdown	Opgeleverd
Inrichten van een 'acute opname afdeling' waar patiënten max 48 verblijven	In uitvoering
Aansluiten HAP en SEH systemen	Gestopt
Greenstick-/torusfractuur	Opgeleverd
Terugverwijzen van DM 2 patiënten naar 1e lijn	Opgeleverd
Terugverwijzen van CVRM patiënten naar 1e lijn	Opgeleverd
Transmuraal behandelen IBS	Opgeleverd
Gepaste IBD zorg	Opgeleverd
Transmuraal overleg kwetsbare ouderen	Opgeleverd
Geriatrische screening predialysepatiënten 70-plus	Opgeleverd
Screenen dialyse patiënten op kwetsbaarheid en inzetten fysiotherapie	Opgeleverd
Faciliteren van thuisdialyse voor hemodialyse patiënten	Opgeleverd
Reumazorg op maat	Opgeleverd

Begeleiden en ondersteunen bij zelfmanagement	Initiatiefase
Educatieprogramma Jicht	Initiatiefase
Keten-/Zelfzorg inrichten: PGO Timebox Hartfalen	In uitvoering
Keten-/Zelfzorg inrichten: PGO Timebox Diabetes	In uitvoering
Cardiorenaal poli	Opgeleverd
Multidisciplinair behandelen ulcus cruris	In uitvoering
Opzetten van COPD-net	Opgeleverd
Netwerkgang voor patiënten met lage rugklachten	Opgeleverd
Oprichten van transmuraal palliatieve zorg team	Opgeleverd
Verbeteren van de coördinatie van oncologische nacontroles (niet gestart)	Gestopt
Chronische multidisciplinaire MS-Zorg	Opgeleverd
Poliep nabehandeling saneren	Opgeleverd
MDC Spierziekten	In uitvoering
MDO Neurologie	In uitvoering
TIA-screening	Initiatiefase
MDO osteoporose/ Optimaliseren osteoporosepoli	Opgeleverd
MDO Parkinson patiënt	Gestopt
Hartfalen trechters van patiënten	Opgeleverd
1,5 lijnszorg dermatologie	Opgeleverd
1,5 lijnszorg orthopedie	Opgeleverd
Transmuraal bespreken nieuwe zwangeren	Opgeleverd
Opzetten screeningcentrum optometrie uitbreiding 2e lijn	Opgeleverd
1,5 lijns cardiodiagnostiek	Opgeleverd
MDL scapie intake vpk	Opgeleverd
Screenen en trechters van doorverwijzingen	Opgeleverd
Actief terugverwijzen naar de 1e lijn	Opgeleverd
Intercollegiale intervisie	Opgeleverd
Gezamenlijke besluitvorming, 3 Goede Vragen en pilots keuzehulpen	Opgeleverd
Inrichten van flexibele poli oncologie	Opgeleverd
Actiever betrekken van geriater bij collum care programma	Gestopt
MDP bekkenbodem	In uitvoering
Glaucoom spreekuur	Gestopt
Schouderpoli	Opgeleverd
Acute kniepoli	Opgeleverd
Prematuren follow up	Opgeleverd
Schouder screening centrum	In uitvoering
MammoXL	Opgeleverd
Digitaal Consult verbreding (voorheen HAC)	In uitvoering
Verbreding terugverwijzingen (verbeteren natraject)	In uitvoering
Snellere interne doorverwijzingen	Gestopt
Intensieve Chronische Zorg Poli	Initiatiefase
Zelfmonitoring bijwerkingen chemotherapie/ App: Bijkanker	Initiatiefase
1,5 lijns vaatlab	Initiatiefase
Terugdringen onnodige indicaties geneesmiddelenallergie	Initiatiefase
Kindercardiologie	In uitvoering

Wondexpertise transmuraal	Initiatiefase
Hartrevalidatie vervolgtraject (HR2)	Initiatiefase
Robotondersteuning poli kind	Initiatiefase
Post-IC poli	In uitvoering
1,5 lijnszorg voor nier schade patiënt m.b.v. telenefrologie	Opgeleverd
1,5 lijnszorg urologie: specialistisch advies bij een matig verhoogd PSA.	Opgeleverd
Transmurale aanpak voor Huilbaby's	Opgeleverd
Psychosociale zorg kind	Gestopt
Transmurale afspraken fertiliteitsonderzoek (herstart)	In uitvoering
1,5 lijnszorg Claudicatio	Gestopt
Chronische Mesenteriaal Ischemie	Gestopt
Diabetisch voetspreekuur	Opgeleverd
Multidisciplinair bespreken melanoom	Opgeleverd
Oogscreening 1e lijn PILOT	Opgeleverd
Gezamenlijke flebologie straat	Opgeleverd
1e lijn erfelijke darmkanker	In uitvoering
Bekkenbodem KIND	In uitvoering
Transmurale MDL-verwijzing	In uitvoering
Clusteren van interventies op OK, Liesbreuk, Galblaas, THP, TK	Opgeleverd
Pre-operatieve screening via online vragenlijst	Initiatiefase
Subcutane oncologische toedieningen thuis	Initiatiefase
Ingrepen onder sedatie ipv narcose	In uitvoering
Novasure onder sedatie	Opgeleverd
GYN: Korte opname na een sectio	Opgeleverd
Inrichten van interventie zorgstraten	In uitvoering

Bijlage 3 Management strategieën uit de literatuur

Total Quality Management (TQM) en Continuous Quality Improvement (CQI)

In de jaren 90 van de vorige eeuw kwam *Total Quality Management* op, geïnspireerd door de industriële successen uit Japan. TQM richt zich op een organisatie brede aanpak om de kwaliteit te verbeteren. TQM kenmerkt zich verder door de inzet van verschillende instrumenten, zoals benchmarks en PDCA (Plan-Do-Check-Act) cycli. In de gezondheidszorg wordt TQM vaak vertaald naar *Continuous Quality Improvement*. CQI wordt in de wetenschap en praktijk gebruikt als een containerbegrip voor verschillende verbeterprogramma's (Øvretveit, 2000). Veelgenoemde onderdelen: systematisch gebruik van data met het oog op kwaliteitsverbetering, initiatieven gericht op een lokale context en een iteratief ontwikkelingsproces (Rubenstein, Khodyakov, Hempel et al., 2013).

Clinical pathways en integrated care

Clinical pathways of zorgpaden staan voor de gestandaardiseerde behandelingen en interventies die een specifieke patiëntgroep doorloopt. Het komt voort uit de standard operating procedures (SOP), een onderdeel van TQM (Leininger, 1998). Het klinisch zorgpad is een methode om de zorglogistiek te optimaliseren (De Bleser, Depreitere, De Waele et al., 2006). Binnen het ziekenhuis impliceert een focus op *clinical pathways* het betrekken van verschillende disciplines en afdelingen om het zorgpad zo goed mogelijk in te richten. Vaak wordt daarom een speciaal team opgesteld, zoals een *clinical evaluation unit* (CEU), dat een zorgpad voor een specifieke patiëntgroep onder de loep neemt. De doelstelling van het optimaliseren van klinische zorgpaden is om kosten te besparen en de kwaliteit te verbeteren (Renholm, Leino-Kilpi & Suominen, 2002). Clinical pathways kunnen zich uitstrekken naar de eerstelijns en de langdurige zorg. Als deze organisaties worden meegenomen in de optimalisatie van het zorgpad, is sprake van integrated care (Ouwens, Wollersheim, Hermens et al., 2005).

Balanced scorecards

In 1992 introduceerden Kaplan en Norton de *balanced scorecard* (Zelman, Pink & Matthias, 2003). De *balanced scorecard* is een methode om ingewikkelde processen en doelstellingen af te wegen, om zo kosten en kwaliteit te 'balanceren'. Het vertrekpunt bestaat uit doelen van de organisatiestrategie, zoals lagere kosten en hogere kwaliteit (Chow, Ganulin, Haddad et al., 1998). Door middel van de *balanced scorecard* worden deze doelen vervolgens concreet gemaakt. De doelen worden gemonitord om zo te bepalen welk doel nog extra aandacht vraagt. Evaluatie kan leiden tot aanpassingen aan de doelstellingen (Inamdar, Kaplan & Reynolds, 2002).

Toyota Production System (TPS) en Kaizen

Het Japanse bedrijf Toyota veroorzaakte een revolutie in de auto-industrie door het ontwikkelen van het Toyota Production System (TPS). Dit systeem had als doel om het productieproces zo efficiënt mogelijk in te richten, door het verminderen van overproductie, verspillingen en inconsistenties. Door het identificeren van verschillende vormen van verspilling kan het productieproces worden gestroomlijnd, wat resulteert in lagere kosten en hogere kwaliteit. Centraal onderdeel van 'The Toyota Way' is *Kaizen*, het principe dat de organisatie continu streeft naar kwaliteitsverbeteringen. Waar CQI meer gericht is op een constante verbetercyclus onder het personeel is TPS meer gericht op procesverbetering. TPS was de inspiratie voor het ontwikkelen van de generieke methode *Lean* (Black, Miller & Sensel, 2008).

Lean en Six Sigma

Bij de start van dit millennium waaiden de managementfilosofieën *Lean* en *Six Sigma* over vanuit het bedrijfsleven naar de zorg (Mazzocato, Savage, Brommels et al., 2010). *Six Sigma* is ontwikkeld door communicatie-technologiebedrijf Motorola. Belangrijkste doel is om bij ieder proces te streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit en een zo laag mogelijk foutmarge (standaardafwijking). Ook bij *Six Sigma* vindt er een constante verbetercyclus plaats (*Define, Measure, Analyze, Improve, Control*). Alle bedrijfsprocessen moeten voldoen aan een steeds hogere kwaliteitsnorm, met een streven naar perfectie. In de zorg kan *Six Sigma* bijvoorbeeld worden ingezet om wachttijden en opnameduur te verminderen (Buck, 2001). *Lean* komt voort uit TPS. Het doel is om de productieketen te optimaliseren: onderdelen die waarde toevoegen worden behouden en onderdelen die geen waarde toevoegen worden losgelaten (Womack & Jones, 1996). Waar *Lean* zich dus richt op de efficiëntie van het productieproces, richt *Six Sigma* zich op het streven naar constante kwaliteit in een productieproces. Vaak worden *Lean* en *Six Sigma* samen ingezet.

Value-based healthcare (VBHC)

Het meten van kwaliteitsuitkomsten is het centrale startpunt van *value-based healthcare (VBHC)* met als doel een cyclus van continue kwaliteitsverbetering te stimuleren (Porter, 2009). In 2006 publiceerden Michael Porter en Elisabeth Teisberg *Redefining Health Care* (Porter & Teisberg, 2006). Sindsdien heeft het gedachtegoed van VBHC zich snel verspreid. De praktische implementatie verloopt overigens weerbarstiger. VBHC definieert de waarde van zorg als kwaliteit (gemeten in zorguitkomsten) afgezet tegen de kosten om de zorg te leveren. Net als bij de *balanced scorecard* vervult 'informatie' dus een sleutelrol. Vervolgens wordt geprobeerd om de zorgpaden (*integrated practice units*) te optimaliseren. In tegenstelling tot de andere strategieën is VBHC specifiek voor de zorg ontwikkeld.

Disruptieve zorgmodellen

In 2008 beschreef Clayton Christensen in het boek *The Innovator's Prescription* drie disruptieve zorgmodellen die de doelmatigheid van de zorg kunnen verhogen. Christensen maakt onderscheid naar drie hoofdtaken binnen een ziekenhuis: solution shops, value-adding process businesses en facilitated user networks. Een deel van de ziekenhuiszorg is gericht op het snel en adequaat uitvinden wat een patiënt mankeert, en daar een passende oplossing voor te vinden. Dit vergt goede diagnose- en indicatiestelling en artsen die persoonsgerichte oplossingen voor de patiënt vinden. Een deel van het ziekenhuis is gericht op het zo goed mogelijk uitvoeren van de behandeling. Dit zijn vaak standaard operatieprocessen die volgens protocol uitgevoerd kunnen worden. Een derde deel van de zorg richt zich op het begeleiden van chronische ziekten, vaak in een integraal netwerk. Christensen pleit om deze drie processen te scheiden, om zo de processen beter te kunnen stroomlijnen. (Christensen, Grossman & Whang, 2016)

Patiëntgerichte en persoonsgerichte zorg

Als tegenbeweging tegen de standaardisatie en rationalisatie van de zorgpaden is patiëntgerichte zorg opgekomen (Kitson, Marshall, Bassett et al., 2013). Hierbij staan de individuele doelen en waarden van de patiënt centraal. Samen beslissen, uitgedragen door de *Choosing Wisely* campagne, is een kernonderdeel van patiëntgerichte zorg (Cassel & Guest, 2012). Door meer aandacht te besteden aan de wensen van de patiënt kan de kwaliteit vanuit het perspectief van de patiënt verbeteren, en kan onnodige en ongewenste zorg worden verminderd, wat leidt tot kostenbesparingen (Ekman, Swedberg, Taft et al., 2011).

Gebruik van managementstrategieën om de kosten te beheersen en kwaliteit te verhogen

De verschillende managementstrategieën laten zien dat er veel mogelijkheden zijn om de doelmatigheid van ziekenhuiszorg te verhogen. Terwijl TQM en *clinical pathways* zich vooral richt op het verhogen van kwaliteit, richten TPS, *Lean* en *Six Sigma* zich met name op het beperken van (onnodige) zorg. De strategieën laten veel ruimte toe voor eigen invulling. Ook zijn de strategieën vaak te combineren. Bij het opzetten van de verbeterinitiatieven Droom en KAM, kan inspiratie worden geput uit de verschillende strategieën, en uit de ervaringen van andere ziekenhuizen die de uitdaging zijn aangegaan. In de volgende paragraaf wordt nader ingegaan op de ziekenhuizen die een strategie hebben aangenomen om de kwaliteit te verhogen en de kosten te verlagen.

Bijlage 4 Topiclijst interviewguide

De interviewguide is opgesteld aan de hand opgesteld aan de hand van de onderzoeksvragen, het theoretisch kader en de verkenning op basis van de casusbeschrijvingen. Er is gebruik gemaakt van een combinatie van het CIFR Framework en het MRC framework. Per type stakeholder is de interviewguide op onderdelen aangepast

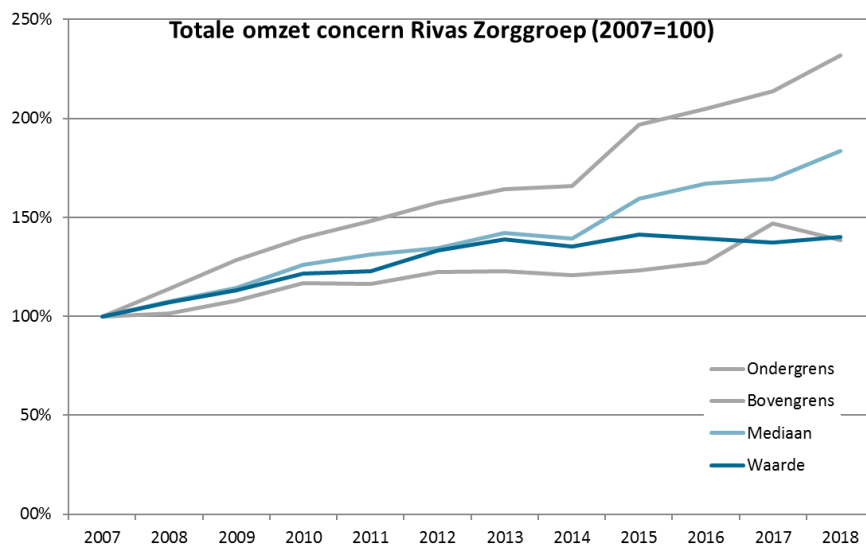
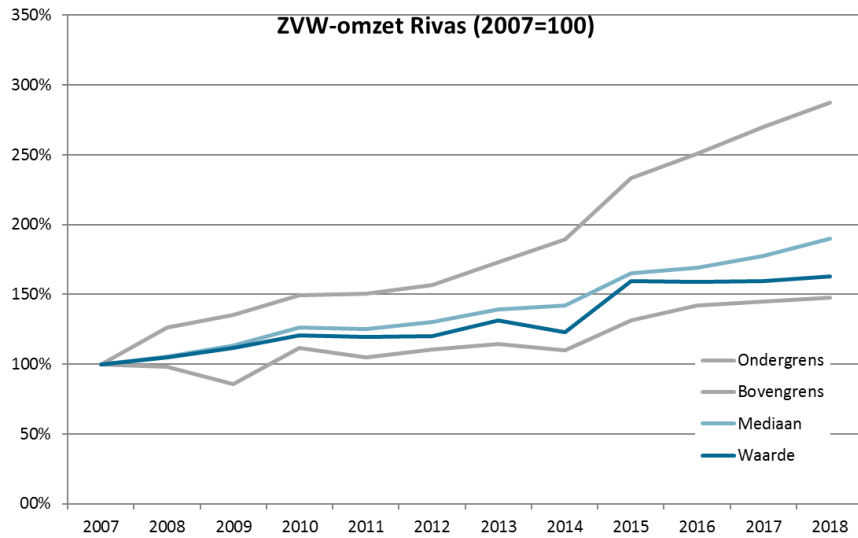
Start: Voorstellen, doel interview informed consent
Demografische gegevens Wat is uw functie binnen de organisatie? Hoe lang bent u werkzaam voor deze organisatie? Hoe oud bent u?
Aanleiding, doel en bron interventie Wat verstaat u onder de Droomstrategie? Wat zijn volgens u de belangrijkste onderdelen van de Droomstrategie? Wat vond u van de Droomstrategie toen deze werd ingevoerd? Waarom? Wat vindt u nu van de Droomstrategie? Waarom? In hoeverre staat u achter de doelen van de Droom strategie? Wat is volgens u het effect van de Droomstrategie op de kwaliteit van zorg? Wat verstaat u onder kwaliteit? Wat is volgens u het effect van de Droomstrategie op de kosten van zorg? Op welke manier?
Implementatie In hoeverre heeft de Droomstrategie uw werkzaamheden beïnvloed? Hoe ervoer u de informatievoorziening tijdens de implementatie van de Droomstrategie? Op welke manier werd er betrokkenheid van u als medisch specialist verwacht bij het implementatieproces? Wat en/of wie heeft u zoal gestimuleerd om betrokken te zijn? Waren er factoren die u geremd hebben in uw betrokkenheid? Kunt u dit toelichten? Waarom was Bernhoven/Rivas geschikt voor het implementeren van de Droomstrategie? Wat waren de belangrijkste hordes die genomen moesten worden? Bent u trots op uw organisatie dat het programma tot dusver is geïmplementeerd? Kunt u dit toelichten? Welk cijfer voor het programma? Kunt u dit toelichten Wat zijn volgens u de belangrijkste voorwaarden als dit programma in een ander ziekenhuis wordt geïmplementeerd?

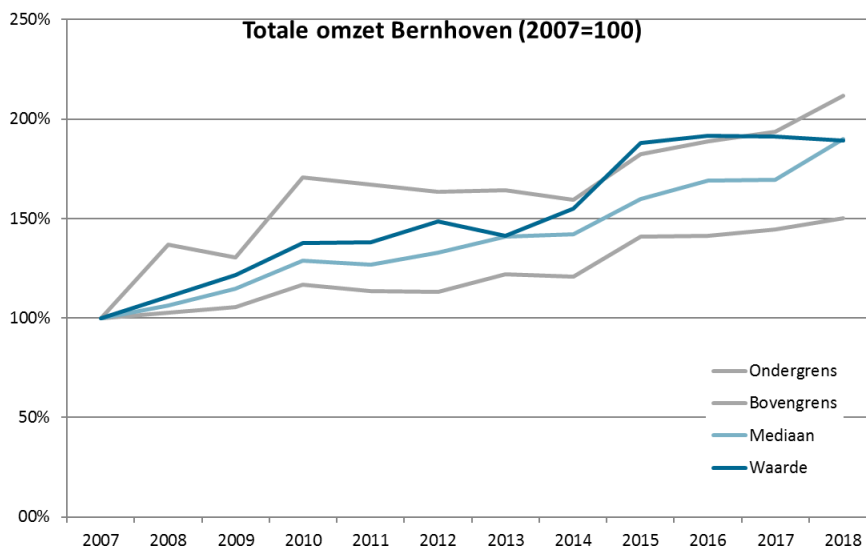
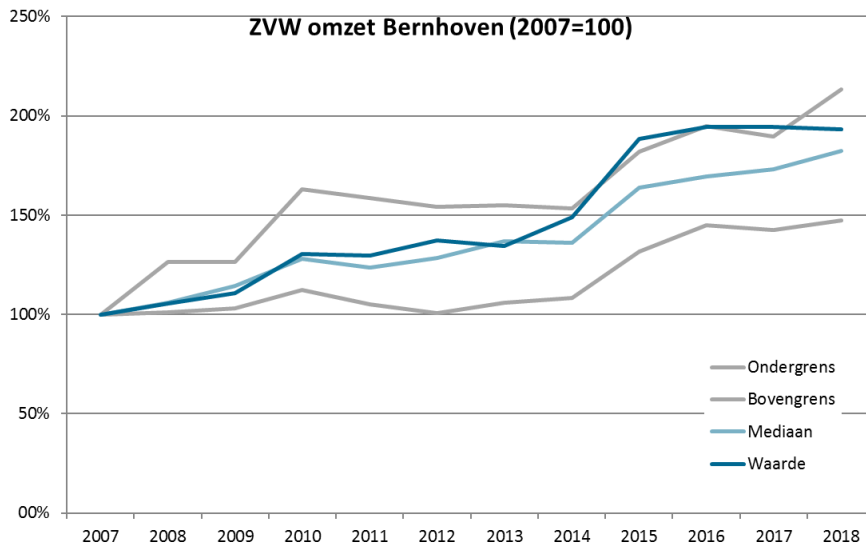
Bijlage 5 Lijst van controleziekenhuizen

Controleziekenhuizen Bernhoven	Controleziekenhuizen Rivas
Antonius ziekenhuis	Ziekenhuis Nij Smellinghe
Stichting Deventer ziekenhuis	Antonius ziekenhuis
Ziekenhuis st. Jansdal	Wilhelmina ziekenhuis
Ziekenhuis Gelderse vallei	Stichting Deventer ziekenhuis
Diakonessenhuis	Röpcke-Zweers ziekenhuis
Zaans medisch centrum	Ziekenhuis rivierenland
Rode kruis ziekenhuis	Ziekenhuis st. Jansdal
Stichting Tergooi	Ziekenhuis Amstelland
IJsselland ziekenhuis	Zaans medisch centrum
Groene hart ziekenhuis	Mc Slotervaart
Zorgzaam Zeeuws Vlaanderen	Stichting Bovenij ziekenhuis
Sint Annaziekenhuis	Rode kruis ziekenhuis
Elkerliek ziekenhuis	Het Van Weel-Bethesda ziekenhuis
Laurentius ziekenhuis	Stichting protestants christelijk ziekenhuis Ikazia
Viecuri, medisch centrum voor Noord-Limburg	IJsselland ziekenhuis
Stichting Flevoziekenhuis	Zorgzaam Zeeuws Vlaanderen
	Maasziekenhuis Pantein b.v.
	Sint Annaziekenhuis
	Elkerliek ziekenhuis
	Laurentius ziekenhuis
	Sint Jans gasthuis
	Mc Zuiderzee
	Stichting Flevoziekenhuis

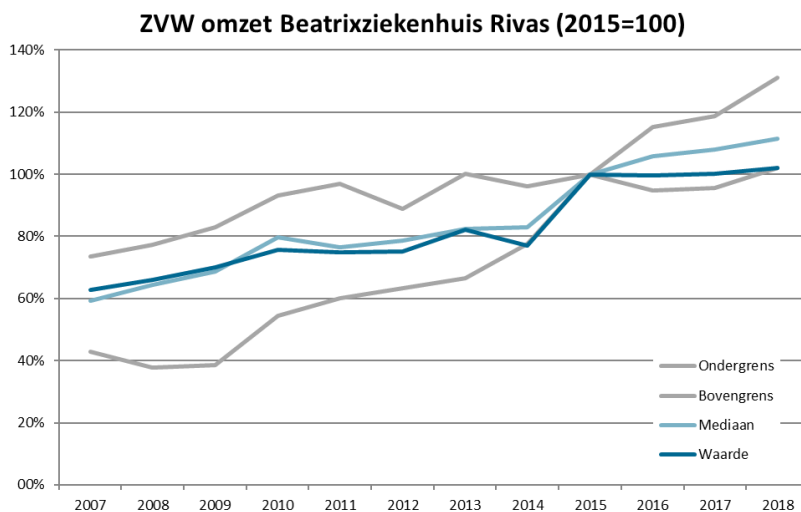
Bijlage 6 Sensitiviteitsanalyse alternatieve basisjaren

Bijlage 6.1: Basisjaar 2007

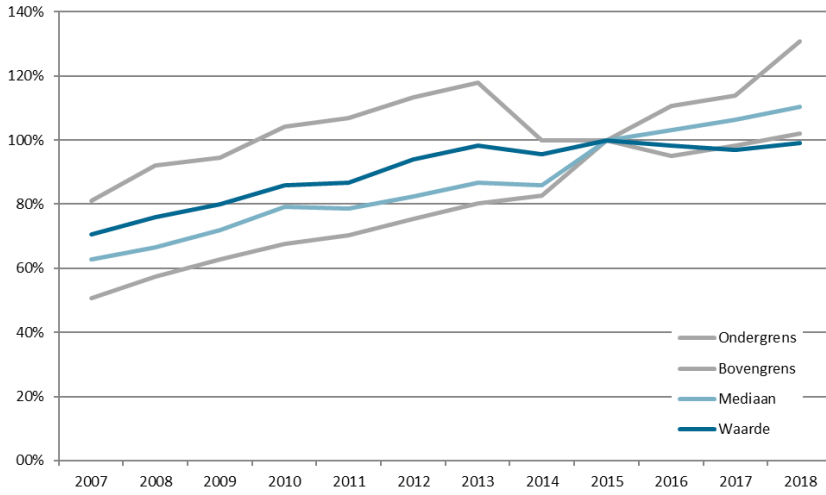




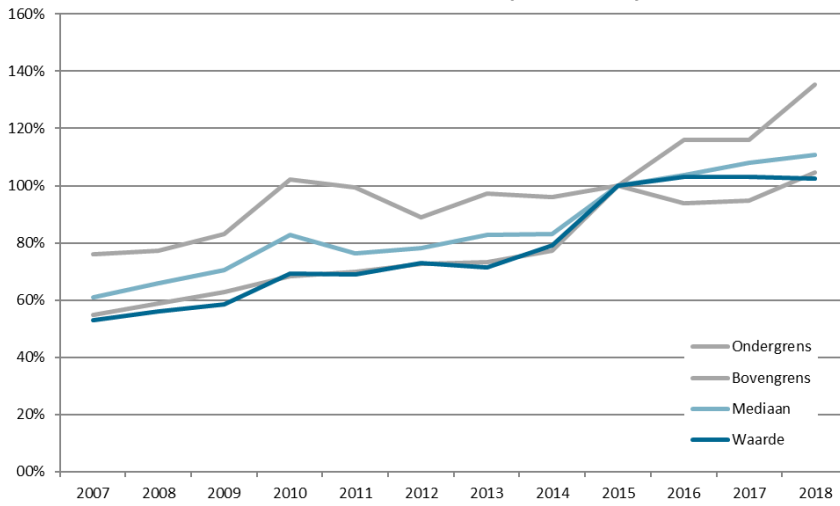
Bijlage 6.2: basisjaar 2015



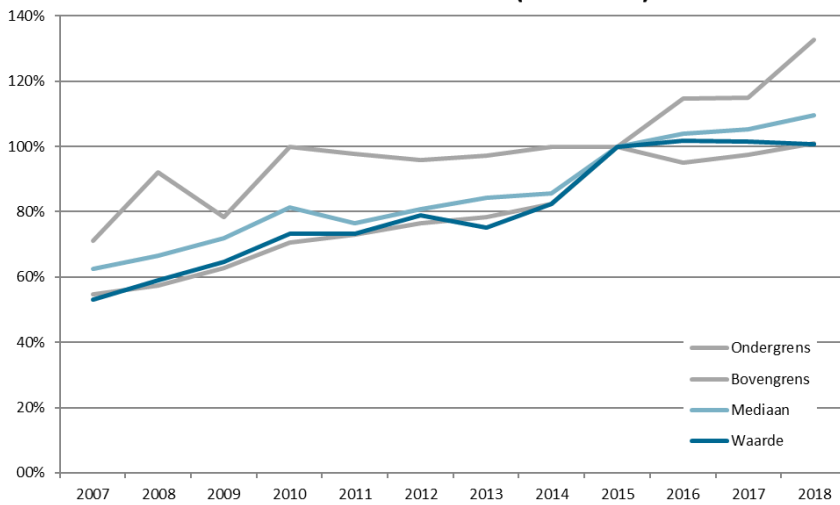
Totale omzet concern Rivas (2015=100)



ZVW omzet Bernhoven (2015=100)



Totale omzet Bernhoven (2015=100)



Literatuurlijst

- Baijens SWE, Huppelschoten AG, Van Dillen J, et al. (2018). Improving shared decision-making in a clinical obstetric ward by using the three questions intervention, a pilot study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 283.
- Birk S. (2010). Quality, cost efficiency, the new quality-cost imperative: systemwide improvements can yield financial gains. *World Hospitals and Health Services*, 46(2), 16.
- Black JR, Miller D & Sensel J. (2008). *The Toyota way to healthcare excellence: increase efficiency and improve quality with LEAN* (Vol. 1): Health Administration Press Chicago, IL.
- Braithwaite V, Churruca K & Ellis L. (2017). *Complecity Science in healthcare- Aspirations, approaches, applications and accomplishments: A white papter*. Retrieved from Sydney, Australia:
- Cassel CK & Guest JA. (2012). Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *Jama*, 307(17), 1801-1802.
- Chatfield SC, Volpicelli FM, Adler NM, et al. (2019). Bending the cost curve: time series analysis of a value transformation programme at an academic medical centre. *BMJ Quality & Safety*, 28(6), 449-458.
- Chow CW, Ganulin D, Haddad K, et al. (1998). The balanced scorecard: a potent tool for energizing and focusing healthcare organization management. *Journal of healthcare management*, 43(3), 263.
- Christensen C, Grossman J & Whang J. (2016). *The innovator's prescription. A disruptive solution for health care*. New York: Mcgraw-Hill Education
- Collén C, Gremyr I, Hellström A, et al. (2017). A value-based taxonomy of improvement approaches in healthcare. *Journal of health organization and management*, 31(4), 445-458.
- CPB/IQhealthcare/NZa. (2020). Evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven, CPB Policy Brief.
- CPB/NZa. (2020). Casestudy Beatrixziekenhuis en Bernhoven, Achtergronddocument CPB/NZa.
- De Bleser L, Depreitere R, De Waele K, et al. (2006). Defining pathways. *Journal of nursing management*, 14(7), 553-563.
- Ekman I, Swedberg K, Taft C, et al. (2011). Person-centered care—Ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248-251.
- Fleuren M, Wiefferink K & Paulussen T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care*, 16(2), 107-123.
- Godin K, Stapleton J, Kirkpatrick SI, et al. (2015). Applying systematic review search methods to the grey literature: a case study examining guidelines for school-based breakfast programs in Canada. *Systematic reviews*, 4(1), 138.
- Grol R WM. (2006). *implementatie. Effectieven verbetering van de patientenzorg*. Maarssen: Elsevier.

- Heuvel J, Does R & Bisgaard S. (2005). *Dutch hospital implements six sigma*. Paper presented at the ASQ Six Sigma Forum Magazine.
- Inamdar N, Kaplan RS & Reynolds K. (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations/Practitioner's Response. *Journal of healthcare management*, 47(3), 179.
- Jabbal J & Lewis M. (2018). *Approaches to better value in the NHS: Improving quality and cost*: King's Fund.
- Kaiser LS & Lee TH (Producer). (2015). Turning value-based health care into a real business model.
- Keith RE, Crosson JC, O'Malley AS, et al. (2017). Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings: a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. *Implement Sci*, 12(1), 15.
- Kitson A, Marshall A, Bassett K, et al. (2013). What are the core elements of patient - centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of advanced nursing*, 69(1), 4-15.
- Kuhn B & Lehn C. (2015). Value-based reimbursement: the banner health network experience. *Front Health Serv Manage*, 32(2), 17-31.
- Leininger SM. (1998). Building clinical pathways. *Orthopaedic Nursing*, 17(3), 75.
- Mazzocato P, Savage C, Brommels M, et al. (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 19(5), 376-382.
- Meliones J. (2000). Saving money, saving lives. *Harv Bus Rev*, 78(6), 57-65.
- Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350, h1258.
- Niemeijer GC, Trip A, de Jong LJ, et al. (2012). Impact of 5 years of lean six sigma in a University Medical Center. *Quality Management in Healthcare*, 21(4), 262-268.
- Nilsson K, Bååthe F, Erichsen Andersson A, et al. (2017). Value-based healthcare as a trigger for improvement initiatives. *Leadership in Health Services*, 30(4), 364-377.
- Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, et al. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(2), 141-146.
- Øvretveit J. (2000). Total quality management in European healthcare. *International journal of health care quality assurance*, 13(2), 74-80.
- Porter ME. (2009). A strategy for health care reform—toward a value-based system. *New England Journal of Medicine*, 361(2), 109-112.
- Porter ME & Teisberg EO. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*: Harvard Business Press.
- Renholm M, Leino-Kilpi H & Suominen T. (2002). Critical pathways: a systematic review. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 32(4), 196-202.
- Reynolds J & Roble D. (2006). Combining pay for performance with gainsharing. *Healthcare Financial Management*, 60(11), 50.

- Rubenstein L, Khodyakov D, Hempel S, et al. (2013). How can we recognize continuous quality improvement? *International Journal for Quality in Health Care*, 26(1), 6-15.
- Stadhouders N, Kruse F, Tanke M, et al. (2019). Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review. *Health Policy*, 123(1), 71-79.
- Strongwater SL. (1996). The change process and a clinical evaluation unit at University of Massachusetts Medical Center. *Quality management in health care*, 4(4), 30-39.
- Van Esch W, Brabers A, Hek K, et al. (2019). Leidt samen beslissen tot minder antibioticagebruik? . *Huisarts en Wetenschap*, 623(3), 26-29.
- van Leersum N, Bennemeer P, Otten M, et al. (2019). Cure for increasing health care costs: The Bernhoven case as driver of new standards of appropriate care. *Health Policy*, 123(3), 306-311.
- van Scheppingen A BE, Jansen Y, Oude Hengel JK, STarren A, ten Have K, Zwetsloot G. (2012). Evalueren van complexe interventies: methodologische overwegingen en casusbeschrijving van een organisatie gerichte interventie.
- Visser S, Westendorp R, Cools K, et al. (2012). Kwaliteit als medicijn Aanpak voor betere zorg en lagere kosten. *Booz & Company*.
- Womack JP & Jones DT. (1996). Beyond Toyota: how to root out waste and pursue perfection. *Harv Bus Rev*, 74(5), 140-158.
- Zelman WN, Pink GH & Matthias CB. (2003). Use of the balanced scorecard in health care. *Journal of health care finance*, 29(4), 1-16.