

Inaugurele rede

Van verbazen naar verbeteren

INAUGURELE REDE DOOR PROF. DR. PAUL B. VAN DER NAT

Radboud Universiteit



Inaugurele rede prof. dr. Paul B. van der Nat



De zorg is in transitie. In 2006 schreven Michael Porter en Elizabeth Teisberg dat we de zorg moeten herdefiniëren. Wat voor patiënten van waarde is, dát zou het uitgangspunt moeten zijn bij alles wat we doen. We spreken dan van ‘waardegedreven zorg’. Deze visie is sinds de introductie breed omarmd en heeft zeker in Nederland de harten veroverd van zowel medisch specialisten en verpleegkundigen als managers en bestuurders. Sindsdien trekt waardegedreven zorg als een golf door het zorglandschap en haalt werkelijk alles – ten positieve – overhoop: de manier waarop we de kwaliteit van de verleende zorg meten en verbeteren, de rol die de wetenschap daarin speelt, hoe patiënten participeren, hoe we de zorg organiseren en daarbij samenwerken, hoe we de zorg financieren en wat het betekent

om een goede zorgprofessional te zijn. De afgelopen veertien jaar heeft Paul van der Nat door de bril van patiënten naar de zorg gekeken. In zijn rede beschrijft hij hoe zijn verwondering en verbazing hem helpen om bij te dragen aan kwaliteitsverbetering. Waardegedreven zorg is destijds geïntroduceerd als visie, maar zonder handleiding voor implementatie. Daarom richt Van der Nat zich met zijn onderzoek op de doorontwikkeling en implementatie van waardegedreven zorg.

Paul van der Nat studeerde natuurkunde aan de VU in Amsterdam. In 2007 promoveerde hij op onderzoek naar de spinstructuur van protonen. Daarna werkte hij als consultant bij The Decision Group. Hij is programmamanager waardegedreven zorg in het St. Antonius Ziekenhuis en manager wetenschapsontwikkeling bij Santeon. Van der Nat is sinds 2022 bijzonder hoogleraar Waardegedreven zorg aan de Radboud Universiteit.

VAN VERBAZEN NAAR VERBETEREN

Van verbazen naar verbeteren

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Waardegedreven zorg aan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Radboud Universiteit en het Radboudumc op vrijdag 8 september 2023.

door prof. dr. Paul B. van der Nat

Opmaak en productie: Radboud Universiteit
Fotografie omslag: Geeske Stoker-Dijkman

© Prof. dr. Paul B. van der Nat, Nijmegen, 2023

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Mijnheer de rector magnificus, lieve familie, vrienden, collega's, zeer gewaardeerde toehoorders,

Wanneer je zorg nodig hebt, mag je heel blij en dankbaar zijn dat je in Nederland woont. De kwaliteit is hoog en de ziekenhuiszorg is nog steeds goed toegankelijk. We staan in de top van alle internationale lijstjes. En toch gaat er iets mis. Daar zal ik in deze rede mijn perspectief op geven. Dit wordt mijn verhaal over de zorg.

Ik word gedreven door nieuwsgierigheid. Als klein kind begin je op een bepaald moment met vragen aan pappa en mamma 'waarom?', 'maar waarom dan?'. Als je door blijft vragen, word je uiteindelijk natuurkundige. In mijn geval experimenteel natuurkundige, waar theorie en praktijk bij elkaar komen. Maar waar ik bij de natuurkunde uitkwam bij onwrikbare wetmatigheden – zo zit dat proton dus blijkbaar in elkaar – kom ik in de zorg steeds weer uit op een punt waarbij ik me realiseer: Dit móét toch beter kunnen. We doen een aantal dingen niet goed en patiënten zijn daar de dupe van. Individuele zorgverleners zijn daar de dupe van. En uiteindelijk zij wij allemaal als burgers daar de dupe van.

Wat er mis is? We zijn blind. We werken in de zorg met een blinddoek om. We hebben geen goed zicht op de kwaliteit en de kosten van de zorg. Patiënten krijgen hierdoor deels te veel of misschien te weinig zorg, krijgen zorg waarvan de meerwaarde niet is bewezen, worden niet goed geïnformeerd over de resultaten die ze mogen verwachten van een behandeling en krijgen onvoldoende informatie over de voors en tegens van verschillende behandelopties. Die informatie is onvoldoende beschikbaar. Hoe kun je de zorg verbeteren als je de kwaliteit niet kent? Hoe kun je de landelijk toenemende zorgkosten binnen de perken houden als je de kosten niet goed in beeld hebt? Hoeveel euro kost de behandeling van een gemiddelde persoon met borstkanker in een ziekenhuis? We weten het niet.

Wat er mis is? We werken op eilandjes. We hebben een enorme hoeveelheid specialismen en afdelingen gecreëerd. De zorg is sterk gefragmenteerd. Patiënten worden van het kastje naar de muur gestuurd. Ze krijgen hierdoor niet de best mogelijke zorg. Zorgverleners die samen voor dezelfde patiënten zorgen, kennen elkaar en elkaars werk soms niet eens. De fragmentatie van de zorg gaat niet alleen ten koste van de patiënt, maar ook van het werkplezier van zorgprofessionals. Juist nu we ze zo hard nodig hebben is dit een groot probleem.

Wat er mis is? Hoe meer zorg we leveren, hoe meer we betaald krijgen. In het ziekenhuis noemen we dit een 'productieprikkel'. 'Productie', een kil woord voor het aantal mensen voor wie we zorgen in het ziekenhuis. We hebben afspraken met zorgverzekeraars over het aantal patiënten dat we behandelen. En op gezette tijden moet dus de productie omhoog. Hoe kunnen we de zorg betaalbaar houden als we tegelijkertijd gestimuleerd worden om zoveel mogelijk zorg te leveren?

Nu zult u misschien denken: 'Ach ja, dat is ook niet helemaal ideaal. Maar je zegt het zelf. De zorg is van hoog niveau.' Nee, laat mij u wakker schudden. De urgentie is hoog. De berichten hierover zullen u niet zijn ontgaan. De zorg is in crisis. Er is sprake van een zorginfarct, koppen de kranten [1], [2]. Als we niets doen, moet binnenkort één op de vier mensen in Nederland in de zorg werken, en dat terwijl er nu al enorme personeelstekorten

zijn [3], [4]. De kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid staan onder druk. Dit raakt ons allemaal.

Deze uitdagingen lossen we niet op door op dezelfde manier te blijven werken. Harder werken en bezuinigen. Dat is niet de oplossing. Het zorgstelsel zelf begint te piepen en te kraken. Hoe we onze zorg hebben ingericht, is niet meer opgewassen tegen de uitdagingen van deze tijd. De noodzaak van fundamentele verandering wordt inmiddels alom gezien en omarmd.

Vergeef me nog een parallel met de natuurkunde. De wetten van Newton en de klassieke mechanica waren buitengewoon geschikt om in de tijd van Newton state-of-the-artvraagstukken te adresseren, zoals het beschrijven van de banen van planeten en het voorspellen van de getijden. Maar in onze tijd zijn er veel vraagstukken waarvoor Newton niet meer volstaat. Als je zijn wetten gebruikt voor GPS, stuurt Google Maps je waarschijnlijk vrij snel de sloot in. En het idee van een MRI-scanner zou voor meneer Newton volstrekte science fiction zijn geweest. Voor deze innovaties waren de relativiteitstheorie en de kwantummechanica nodig.

Terug naar de zorg. Wat is er in de basis mis mee? De zorg is aanbodgericht en niet vraaggericht. We stellen de patiënt niet echt centraal in de zorg. Het zorgaanbod staat centraal. In 2006 stelden Michael Porter en Elizabeth Teisberg een vlijmscherpe diagnose en pleitten ze voor een nieuwe aanpak, waarmee 'value-based healthcare' of waardegedreven zorg was geboren. In 2010 schreef Porter in de *New England Journal of Medicine* het artikel 'What is value in healthcare?' Het is inmiddels meer dan 3000 keer geciteerd [5].

Zijn boodschap is dat we ons in de zorg moeten richten op 'what matters to patients', wat van belang is voor patiënten: waarde. Simpel gezegd gaat het om de uitkomsten ten opzichte van de kosten. Hij definieerde het begrip 'waarde' en creëerde een gemeenschappelijk doel en een gemeenschappelijke taal voor de zorg. Net zoals het notenschrift helpt bij het componeren en uitvoeren van mooie muziek, helpt deze definitie van 'waarde' bij het leveren van goede zorg. Die waarde van zorg wordt gecreëerd over de hele zorgketen, dus gedurende het hele zorgproces van de patiënt, waar vaak veel verschillende zorgprofessionals een bijdrage aan leveren. Je kunt waarde voor de patiënt niet bezien vanuit één zorginstelling, één specialisme, één afdeling of één interventie. We moeten ons organiseren en samenwerken rondom de hele patiëntreis. En betaal voor de geleverde waarde. Of in huidige termen: stimuleer 'passende zorg'.

Dit klinkt mooi en van een afstandje bezien misschien eenvoudig. Maar het is ontzettend complex en ingewikkeld om te realiseren. Porter is een visionair, die uitzoomde en een ideaalbeeld schetste. Zijn *New England*-artikel is een opinieartikel; het is zijn perspectief op de zorg, zijn droom. Die droom ging niet gepaard met een uitgewerkt stappenplan voor implementatie. Maar hij heeft wel veel mensen enthousiast gemaakt. Met promovenda Anna Roos Vijverberg onderzochten we wat er over waardegedreven zorg bekend is in de huidige wetenschappelijke literatuur. Uit dit literatuuronderzoek – door reviewers wel omschreven als een 'monster review', blijkt dat er heel veel over is gepubliceerd. En dat er vooral heel sterk is ingezet op het inzichtelijk maken van de resultaten of uitkomsten van zorg, maar dat de implementatie van waardegedreven zorg nog echt in de kinderschoenen staat [6].

Daar gaat mijn leerstoel over. Het implementeren en doorontwikkelen van waardegedreven zorg. Dit vergt een fundamentele verandering in onze manier van denken en werken. Net zoals de klassieke mechanica niet meer volstaat om de vraagstukken van onze tijd op te lossen, zo volstaat ook de klassieke zorg niet meer. Werken conform waardegedreven zorg is keiharde noodzaak.

In mijn werk en mijn onderzoek ben ik continu op zoek naar wat op dit moment de belangrijkste barrière vormt voor het verwezenlijken van die droom. Ik beschrijf waardegedreven zorg weleens als een golf die door de zorg trekt. In het St. Antonius hebben we dan ook sinds 2022 een eenheid 'WAardegedreven VERbeteren', waar expertise wordt gebundeld om de noodzakelijke transitie van de zorg te realiseren. Ik maak dit graag concreet door u mee te nemen op de golf die door de zorg gaat.

Uitkomsten van zorgverlening

Het was 2010 en ik werkte als consultant. Het Catharina Ziekenhuis vroeg ons om advies. Het ministerie van VWS had aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gevraagd om een ranking te maken van alle ziekenhuizen die minimaal invasieve hartingrepen deden, transkatheter hartklepinterventies. Een state-of-the-arttechniek, maar ook duur. De vijf beste ziekenhuizen zouden een licentie krijgen. De andere tien niet. Het Catharina Ziekenhuis eindigde op plek zes. U kunt zich de reactie wellicht voorstellen.

Ons voorstel was om inzichtelijk te maken wat volgens recente inzichten de beste manier was om de kwaliteit van de zorg te meten en die methode vervolgens te vergelijken met de aanpak van de Inspectie. Het belangrijkste inzicht dat dit opleverde was dat de uitkomsten van de verleende zorg, dus het behandelresultaat, centraal zouden moeten staan bij het meten van de kwaliteit. In de literatuur voor deze patiëntengroep werden tientallen uitkomstindicatoren gevonden, zoals de kwaliteit van leven na de behandeling, overleving, complicaties en heropnames, terwijl de Inspectie alleen proces- en structuurindicatoren gebruikte, zoals het aantal ingrepen per jaar, of er volgens protocol werd gewerkt, of de nieuwste apparatuur aanwezig was en of de medisch specialisten goed getraind waren.

Het verlenen van licenties op basis van een ranking van ziekenhuizen ging uiteindelijk niet door. Maar ons onderzoek bracht wel een grote positieve beweging teweeg. Het triggerde de betrokken cardiologen en thoraxchirurgen om de uitkomsten van de door hen verleende zorg goed in kaart te brengen om vervolgens de kwaliteit van die zorg te verbeteren. Ze wilden zelf de regie nemen en laten zien hoe goed hun zorg was. Het was echter niet zo dat die uitkomsten zomaar voor handen waren en dat de Inspectie alleen het verkeerde type indicatoren erbij had gepakt. Nee, er was een veel fundamentele probleem. Deze informatie was gewoonweg niet beschikbaar.

Voor mij was dit een moment van **verbazing**. Hoe is het mogelijk dat we zo ontzettend geavanceerd zijn in de zorg. Zo veel kunnen qua behandeling, maar dat we basale gegevens over overleving, kwaliteit van leven en complicaties niet inzichtelijk hadden? Hoe kun je patiënten goed voorlichten als je de resultaten van de zorg die zij krijgen niet kent? Hoe kun je je eigen werk en dat van je team verbeteren als je niet weet hoe goed je bent?

In de basis was het voor mij een teken dat we de patiënt uit het oog waren verloren. We stelden nooit de vraag wat voor patiënten van belang is. De zorg was in zichzelf gekeerd en sterk aanbodgedreven. Er werd van alles gemeten, maar vooral op het niveau van specifieke interventies of het ziekenhuis als geheel. Toen we uitkomsten gingen meten, werden we gedwongen vanuit het perspectief van patiënten te denken in plaats van het perspectief van medisch specialismen.

In die tijd stonden we aan het begin van een beweging die internationaal op gang kwam om de uitkomsten van de zorg inzichtelijk te maken. We zijn in de hartzorg gestart met het programma Meetbaar Beter [7], dat landelijk werd overgenomen en in 2017 fuseerde tot een nieuwe organisatie, de Nederlandse Hart Registratie. Vanuit Meetbaar Beter gingen we standaardsets van uitkomstindicatoren definiëren. Welke tien tot vijftien indicatoren zijn voor patiënten met een specifieke aandoening, bijvoorbeeld coronairlijden of aortakleplijden, het relevantst? We selecteerden die indicatoren, definieerden ze en maten ze. En we publiceerden de resultaten transparant, als basis voor het verbeteren van de zorgkwaliteit. Het effect was ongekend. We haalden zelfs het Achtuurjournaal [8]. De zeven Santeon ziekenhuizen gingen samen optrekken om ook voor patiëntengroepen buiten de hartzorg de uitkomsten te meten.

Het mooie van het meten van de resultaten van de verleende zorg, is dat je vrij generiek kunt bepalen welke resultaten van belang zijn. Indicatoren als overleving, kwaliteit van leven en complicaties bij de behandeling van kanker zijn niet alleen van belang in het Antonius en het Martini Ziekenhuis, maar ook in Zweden, Roemenië of Singapore. Vandaar dat we standaardsets gingen ontwikkelen, die ook internationaal gebruikt konden worden. In diezelfde periode werd het Internationale Consortium voor Uitkomstmeting in de zorg (ICHOM) opgericht, dat inmiddels voor meer dan veertig aandoeningen zulke standaardsets heeft ontwikkeld. Zelf heb ik met collega's standaardsets voor coronairlijden, pulmonale sarcoïdose, blaaskanker en MS ontwikkeld en gepubliceerd [9]-[12].

De toenemende focus op uitkomsten in de zorg is gepaard gegaan met een cultuurverandering. In de afgelopen dertien jaar is het perspectief op de kwaliteit van de zorg veranderd. Het meten van de kwaliteit lag qua verantwoordelijkheid sterk bij centrale kwaliteitsafdelingen die ervoor moesten zorgen dat de juiste data werd aangeleverd voor verplichte landelijke registraties. Deze verplichte registraties bestonden veelal uit proces- en structuurindicatoren waar medisch specialisten in de dagelijkse praktijk de meerwaarde vaak niet van zagen. Het was vooral registratielast, een verplichting waar alleen anderen iets aan hadden.

Toen ik zelf in het St. Antonius aan de slag ging om voor de hele patiëntenzorg in het ziekenhuis de uitkomsten inzichtelijk te helpen maken, kreeg ik de reactie: je bent zeker door de zorgverzekeraar gestuurd. En dat was niet positief bedoeld. Weerstand. Tegenzin. Maar de vraag die we stelden was anders dan men gewend was. Het ging er niet om dat vakgroepen moesten verantwoorden waarom bepaalde indicatoren in het rood stonden. Nee, we wilden ze uitnodigen om te laten zien welke kwaliteit van zorg zij, als team, leverden. Vergeet de verplichte registraties. Bepaal het zelf. Tien jaar later was de situatie 180 graden gedraaid: er wordt nu heel hard geroepen om goede data en het inbouwen van patiëntgerapporteerde

uitkomstindicatoren (PROM's). De regie op het meten en verbeteren van de zorg ligt nu veel dichterbij de werkvloer en de meest geliefde nieuwe beroepsgroep in de zorg is die van de data-analisten. Iedereen wil een goede data-analist in het team.

Maar let wel: de waarde van de zorg, het zorgen voor de ander, is niet volledig te vatten in een getal. Zoals collega's Stef Groenewoud, Jan Kremer en Gert Westert schreven, gaat het ook om de intrinsieke waarde van zorg [13]. Ik pretendeer niet dat waarde in een getal is uit te drukken en dat geldt denk ik voor iedereen die gegrepen is door waardegedreven zorg. Maar het is wel een randvoorwaarde voor goede zorg. We hebben deze informatie nodig om goede en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren. Dit blijkt ook uit het feit dat het thema 'samen beslissen' inmiddels volledig is vervlochten met waardegedreven zorg [14], [15]. Bij samen beslissen komen zorgprofessional en patiënt samen tot een behandelbeslissing en worden de persoonlijke situatie en voorkeuren van de patiënt in de beslissing meegenomen, ondersteund door informatie over de uitkomsten van de behandelopties.

Uitkomsten in de zorg zijn inmiddels niet meer weg te denken. Er is veel bereikt, maar we zijn er nog lang niet. Michael Porter raadde aan om te starten met het meten van uitkomsten om tot echt waardegedreven zorg te komen. Dat is een goed advies gebleken. Het meten van uitkomsten was de eerste stap in een radicale verandering van de zorg. De golf rolt door. Van het meten komen we vanzelf bij het verbeteren van de zorg.

De kunst van het verbeteren

Hoe verbeteren we de zorg eigenlijk? Als we volgend jaar in het St. Antonius Ziekenhuis of in het Radboudumc dezelfde kwaliteit van zorg leveren als vandaag, dan is er echt iets mis. Dan zou de Inspectie moeten ingrijpen. Het is eigen aan de zorg dat we onze patiënten zorg van goede kwaliteit garanderen, maar ook dat die kwaliteit steeds weer wordt verbeterd.

Maar hoe doen we dat? Daar heeft een ziekenhuis allerlei manieren voor. Om te beginnen worden er natuurlijk wereldwijd continu nieuwe innovaties geïntroduceerd en wordt er wetenschappelijk onderzoek gedaan wat leidt tot nieuwe technieken, behandelstrategieën, apparaten, geneesmiddelen en apps. Het gebruik hiervan wordt vastgelegd in landelijke richtlijnen. In ziekenhuizen worden die vervolgens veelal vertaald naar lokale protocollen. Vervolgens zijn er heel veel verschillende manieren om de kwaliteit van de zorg te borgen. Allereerst worden richtlijnen gemonitord via proces- en structuurindicatoren. En daarnaast schatten we de risico's van tevoren in, monitoren we klachten, incidenten en calamiteiten en proberen daar continu van te leren. En we laten ons toetsen via audits.

Als we iets uitzoemen, zien we dat we in de ziekenhuizen een kwaliteitssysteem hebben ingericht dat er vooral op gericht is om de kwaliteitsverbeteringen die buiten het ziekenhuis zijn bedacht op een goede wijze in het ziekenhuis te introduceren. En vervolgens doen we van alles om die kwaliteit te borgen, via specialismen, afdelingen en het ziekenhuis als geheel. In de basis loopt deze kwaliteitscyclus van buiten naar binnen. Internationale of landelijke normen worden lokaal, in een ziekenhuis en op een afdeling geïmplementeerd. De ideeën komen van buiten, de implementatie vindt vervolgens binnen op de werkvloer plaats.

Maar in de afgelopen tien tot vijftien jaar zijn we de uitkomsten van de zorg die we verlenen steeds meer intern, dus lokaal, inzichtelijk gaan maken, vanuit de intrinsieke overtuiging dat wat van belang is voor de patiënt het startpunt moet zijn voor het verbeteren van de zorg. De centrale vraag die we onszelf stelden was 'wat vinden we zelf goede zorg? En wat doen we zelf om die te verbeteren?'

We waren dus op zoek naar een manier om systematisch de uitkomsten van onze zorgverlening voor patiëntengroepen, bijvoorbeeld mensen met coronairlijden of mensen die een beroerte hebben gehad, te verbeteren. In eerste instantie was onze gedachte destijds, toen we hier in Antonius en Santeon mee startten, dat we simpelweg uitkomstindicatoren moesten meten en die informatie konden toevoegen aan een bestaand kwaliteitssysteem, een bestaande verbetercyclus.

Verbazing: dat bleek niet mogelijk. We hadden hier geen goede structuur of een speciale procedure voor. Er was geen verbetercyclus rondom coronairlijden. Zowel het proces als de structuur ontbrak. Er was geen systematische aanpak (proces) om kwaliteit van de zorg voor mensen met coronairlijden te verbeteren. En er was geen team, geen gremium (structuur) dat zich daar überhaupt verantwoordelijk voor voelde.

Misschien wel de allerbelangrijkste uitkomst voor de patiënt is kwaliteit van leven. Wie moet daar dan mee aan de slag? Stel dat de gemeten kwaliteit van leven van mensen met darmkanker na een behandeling is achteruitgegaan in de loop der jaren. Wie pakt dat dan op? De chirurgen of de internisten? Verpleegkundigen? Pathologen? Radiologen?

Verbazing: in 2018 lieten mijn eerste promovendi Nina Zipfel en Nynke Kampstra met een literatuuronderzoek zien dat het verbeteren van de kwaliteit van de zorg op basis van uitkomstmetingen veelbelovend was, maar nog nauwelijks plaatsvond [16].

Met de opkomst van waardegedreven zorg ontstond een tweede type kwaliteitssysteem of kwaliteitscyclus: in aanvulling op het klassieke systeem dat sterk van buiten naar binnen werkt, ontstond een kwaliteitscyclus die juist van binnen naar buiten werkt, dus vanaf de werkvloer. Een beweging van decentralisatie.

Dit was en is nog steeds pionieren. In de basis is de aanpak die je inmiddels op veel plekken terugziet eenvoudig: meet je belangrijkste uitkomst-, proces- en kostenindicatoren voor specifieke patiëntengroepen. Richt een multidisciplinair verbetersteam op voor alle betrokken disciplines. Kom af en toe bij elkaar en bespreek de data. Implementeer verbeteringen. En kijk wat de impact is op je belangrijkste indicatoren. En zo verder. Deze aanpak van verbeteren is in de afgelopen jaren steeds volwassener geworden. Een aantal ontwikkelingen van de afgelopen periode sluit direct aan op dit multidisciplinaire verbeteren vanaf de werkvloer rondom specifieke patiëntengroepen. Dit versterkt het waardegedreven verbeteren. Ik bespreek de belangrijkste.

Ontwikkelingen die waardegedreven verbeteren bevorderen

De eerste ontwikkeling is dat ziekenhuizen onderling van elkaar leren. De projectteams van verschillende ziekenhuizen vergelijken hun resultaten en werkwijzen. De Santeon ziekenhuizen doen dit inmiddels voor vijftien patiëntengroepen. De standaardsets van uitkomstindicatoren maken het mogelijk om de kwaliteit van de zorg tussen instellingen

onderling te vergelijken. De toenemende kwaliteit van data en eenduidigheid in de registratie zorgen ervoor dat we dit steeds beter kunnen. Maar de belangrijkste stap om dit mogelijk te maken was niet de verbetering van de data, maar een verandering van mindset. We hebben geleerd om verschillen in uitkomsten als een kans te zien om in openheid en onderling vertrouwen van elkaar te leren in plaats van als kwaliteitsoordeel, een bedreiging die moet worden 'wegverklaard'.

Hoe groter de verschillen in werkwijze, hoe meer we van elkaar kunnen leren. Vandaar dat het wenkend perspectief voor waardegedreven zorg is dat ziekenhuizen op basis van eenduidige definities ook internationaal van elkaar kunnen leren. Wat zou het mooi zijn als medisch specialisten en verpleegkundigen van verschillende ziekenhuizen in Europa, Azië en de Verenigde Staten met elkaar in contact zouden staan om laagdrempelig van elkaar te leren. Voor patiëntengroepen zoals coronairlijden en borstkanker zie ik dit als een kers op de taart. Het kan een manier zijn om de verspreiding van good practices te versnellen. Maar voor zeldzame aandoeningen zie ik dit als noodzaak. Als je op basis van data het leren tussen ziekenhuizen wilt bevorderen, ben je voor een zeldzame aandoening al snel aangewezen op een internationaal netwerk. Voor pulmonale sarcoïdose – een zeldzame longaandoening – proberen we dit te realiseren. Het onderzoek van promovenda Nynke Kampstra in een zestal ziekenhuizen in Europa en de Verenigde Staten heeft de potentie hiervan laten zien [17], [18]. Samen met de Cleveland Clinics proberen we nu de vertaalslag te maken naar de praktijk.

Deze vorm van benchmarken zou je ook wel het 'langcyclisch verbeteren' kunnen noemen, wat inhoudt dat je op basis van data over een langere periode aanknopingspunten probeert vinden voor verbetering. Dit heeft als groot nadeel dat het vrij traag werkt. Je analyseert de kwaliteit van de zorg van een half jaar of langer geleden, en de betrokken zorgverleners weten niet meer exact welke situatie destijds geleid heeft tot de gemeten kwaliteit van die zorg.

De tweede ontwikkeling is de introductie van zorgpaden. 'Een zorgpad is de beschrijving van opeenvolgende stappen, beslismomenten en criteria in het zorgproces voor een patiëntengroep met een specifieke zorgvraag' [19], [20]. De ontwikkeling van zorgpaden gaat gepaard met het bouwen van dashboards in het elektronisch patiëntendossier. Hiermee wordt het mogelijk om continu inzicht te krijgen in en feedback op de kwaliteit en de kosten van de zorgverlening aan patiënten die nu in het ziekenhuis liggen of onder behandeling zijn. Deze zorgpaden zou je ook wel het 'kortcyclisch verbeteren' kunnen noemen.

Toen we in 2014 startten met verbetereteams, was de insteek vooral om naar de data te kijken en op basis van de meetresultaten te komen tot verbeteracties. Data fungeerde dus als startpunt voor verbeteringen. Maar dat doet onvoldoende recht aan de innovatiekracht en creativiteit van zorgprofessionals. En het overschat de kracht van data.

De derde ontwikkeling is daarom simpelweg dat we verbeteren vanuit de vraag wat beter kan in het zorgproces. Welke ideeën zijn er om de zorg te verbeteren vanuit de alledaagse ervaringen op de werkvloer? Daar komen veel innovaties vandaan. Vanuit onze onderzoeksgroep hebben we een eenvoudig eerste model ontwikkeld om die twee werelden met elkaar te verbinden [21], [22]. Maar ook dan zijn we er nog niet. Wat ik nu vertel over

datagedreven langcyclisch en kortcyclisch verbeteren gaat nog altijd over verbeteren op teamniveau en op gezette tijden. Wat nog mist, is het verbeteren op individueel niveau en niet af en toe, maar continu. Op dat punt kunnen waardegedreven zorg en het Lean gedachtegoed elkaar versterken [23].

Waardegedreven verbeteren: stand van zaken

Als we heel eerlijk zijn, dan denk ik dat we nog steeds moeten concluderen dat we zelfs voor het datagedreven verbeteren nog geen heel duidelijke systematiek hebben staan in de zorg. In 2016 realiseerden we ons in de hartzorg dat er inmiddels goede informatie over uitkomsten beschikbaar was, maar dat het de hartcentra maar moeilijk lukte om het verbeterproces op basis van deze inzichten goed vorm te geven. Om de hartcentra te ondersteunen hebben we vanuit de Nederlandse Hart Registratie een eenvoudig model ontwikkeld, het HOME-model, waarmee inzichtelijk wordt gemaakt hoe ziekenhuizen uitkomstmetingen gebruiken om te verbeteren [24]. Dit doen we vanuit de gedachte dat we weliswaar nog niet weten hoe dit verbeteren op basis van uitkomstindicatoren zou moeten, maar dat we wel verschillen in aanpak en goede voorbeelden kunnen blootleggen. We hebben dit in 2016-2017 voor een deel van de hartzorg, in 2019-2020 voor de hele hartzorg en in 2022, in samenwerking met de Samenwerkende Kwaliteitsregistraties (SKR), voor een groot deel van de Nederlandse ziekenhuiszorg in kaart gebracht [24]-[26]. Uit deze inventarisatie kwam naar voren dat uitkomstindicatoren in toenemende mate worden gebruikt. Maar we ontdekten ook dat er nog belangrijke verbeterpunten zijn. Ik noem er twee.

Allereerst zagen we dat ziekenhuizen patiënten zelf niet of nauwelijks betrekken bij het verbeteren van de zorg. De meeste werken met multidisciplinaire overleggen waar kwaliteit en kwaliteitsverbetering worden besproken, maar de patiënt zit daar niet aan tafel. Jaren geleden vonden we dit ongetwijfeld prima, maar nu is dit iets waar ik me over verbaas en wat we niet kunnen accepteren. Centrale patiëntenraden zijn belangrijk, maar niet afdoende.

Natuurlijk zit de medisch inhoudelijke expertise van een behandeling, bijvoorbeeld dialyse of dotteren, bij de nefroloog of cardioloog. Maar patiënten zelf hebben ook enorm waardevolle expertise, die de medisch specialist of verpleegkundige niet heeft. Zo werd de uitslag van een mammografie sneller met patiënten gedeeld, nadat een patiënt in het verbetersteam voor de borstkankerzorg had benadrukt hoe belangrijk het is om de stressvolle periode van onzekerheid na een mammografie zoveel mogelijk te verkorten. Binnen Santeon hebben we afgesproken om bij elk verbetersteam een patiënt te betrekken. Dat vinden de meeste zorgprofessionals ook echt waardevol, maar het roept ook veel vragen op: is één patiënt voldoende, welke rol heeft de patiënt hierin en moeten de teamleden niet getraind worden om die betrokkenheid goed vorm te geven? Promovenda Jet Westerink doet daar nu onderzoek naar.

Het tweede wat we zagen in het onderzoek naar kwaliteitsverbetering op basis van uitkomstdata, is dat de eerste twee stappen van de verbetercyclus – het monitoren van de uitkomsten en het identificeren van verbeteracties – goed van de grond lijken te komen, maar dat (het monitoren van) de implementatie en evaluatie van de effecten magere voldoendes krijgen. Oftewel, een verbeteractie kan op papier mooi klinken, maar wordt mogelijk in de

praktijk niet of niet in de juiste mate of op de juiste wijze uitgevoerd en leidt misschien zelfs niet daadwerkelijk tot verbetering van de zorg.

Hoe komt dat? Mijn hypothese is dat we kwaliteitsmanagement en wetenschap onvoldoende met elkaar verbinden. De rol van de wetenschap zelf kan echt beter vormgegeven worden. Kwaliteitsmanagement en wetenschap liggen steeds dichterbij elkaar aan, maar we zien ze nog steeds als gescheiden werelden.

Nog een kort intermezzo vanuit de natuurkunde. U kent vast de situatie dat aan een talkshowtafel een bekende natuurkundige wordt gevraagd om een nieuw fenomeen uit te leggen, laten we zeggen het Higgs-deeltje. De gemiddelde talkshowhost vertelt grappend hoe slecht hij of zij was in natuurkunde op school, waarna de natuurkundige met bijvoorbeeld knikers het verschijnsel probeert uit te leggen. Wetenschap wordt steeds weer gepresenteerd als de zonderlinge wereld van bollebozen die je vooral hun eigen ding moeten laten doen en waar dan af en toe iets moois uit komt.

Wetenschap is voor wetenschappers, zo lijkt het. Daar heb je als niet-wetenschapper niks te zoeken. Dat zie ik ook in de zorg. En dat is niet oké, zeker niet als het toegepast onderzoek betreft. Het management van ziekenhuizen heeft niet zoveel met wetenschap. Managers zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit en de kosten en het verbeteren, respectievelijk verlagen daarvan. Hiervoor hebben ze veel verschillende tools en methoden tot hun beschikking. De wetenschappelijke methode is één van die tools. Maar zo worden ziekenhuizen op dit moment niet aangestuurd. Collega Lea Dijkman stelde hierover in een presentatie de prikkelende vraag: 'Is onderzoek doen een hobby?' Als er een nieuwe innovatie wordt geïntroduceerd die de patiëntenzorg zou moeten verbeteren, dan wil je kunnen bewijzen dat die impact heeft op de uitkomsten en kosten. Voegt de innovatie waarde toe? Implementatie- en evaluatieonderzoek zou standaard onderdeel moeten zijn van het palet aan methoden dat we tot onze beschikking hebben om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Niet alleen vanuit landelijke initiatieven, zoals het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, maar juist ook vanuit individuele teams in een ziekenhuis. De wetenschap en het verbeteren van waarde voor de patiënten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

De steeds hogere kwaliteit en grotere beschikbaarheid van real-world data maken het mogelijk om deze koppeling steeds beter vorm te geven, juist ook in niet-academische ziekenhuizen. Binnen Santeon hebben we daarom de Santeon Onderzoeksagenda ontwikkeld, vanuit het streven om zowel de kleinere innovaties, geïnitieerd door verbetersteams in individuele ziekenhuizen, alsook de grote transities rondom digitalisering en personalisering te ondersteunen met wetenschappelijk onderzoek. Hierbij worden de onderzoeksvragen mede vanuit het management bepaald.

Ik hoop dat ik u heb duidelijk gemaakt dat de manier waarop we de zorg verbeteren sterk in ontwikkeling is. De multidisciplinaire verbetersteams, de zorgpaden, Lean in de zorg, de veranderende rol van de wetenschap: het zijn puzzelstukjes waarmee we de zorg steeds sneller, effectiever en patiëntgericht kunnen verbeteren. Maar hier zit wel een risico aan. We hebben namelijk de neiging om de puzzelstukjes niet aan elkaar te passen, maar nieuwe

ontwikkelingen apart te organiseren, in plaats van te integreren. We werken met aparte experts, aparte teams en aparte overleggen voor elk van deze onderwerpen. Dat leidt tot inefficiëntie en dubbel werk. Uit onderzoek van promovenda Kirsten Daniels komt naar voren hoe belangrijk het is om bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg verschillende werkwijzen te integreren [27]. Daarmee heeft de golf ons naar het volgende onderwerp meegevoerd. Van het verbeteren van de zorg zijn we aangekomen bij het organiseren van de zorg.

Organisatie rondom de patiënt

Hoezo staat de patiënt centraal in de zorg, zoals vaak wordt gezegd? Dat is niet echt zo. In de zorg wordt veel rond de individuele zorgprofessional ingericht. Dat blijkt al als je als patiënt het ziekenhuis binnenkomt. Dan zie je vooral veel verschillende bordjes die aangeven waar je welke afdeling en welk specialisme kunt vinden. Dat is een duidelijke illustratie van fragmentatie en aanbodgedreven werken. Dat doet overigens niets af aan het feit dat mensen die in de zorg werken intrinsiek gemotiveerd zijn om goede patiëntenzorg te leveren. Die motivatie gaat ons helpen om te veranderen.

Heeft een hoofdbehandelaar of regiebehandelaar een integraal overzicht over de zorg van een individuele patiënt? Dat lukt nog niet echt. Leveren we de beste zorg? Welnee. We zijn goed in behandelen, dat wel. Elke individuele verrichting of interventie, daar zijn we goed in. Maar is dat ook de behandeling waar de patiënt bij gebaat is? Te vaak niet. Werken zorgprofessionals en medewerkers als team samen en staan ze gedurende de hele patiëntreis om de patiënt heen? Ook dat is zelden het geval. Soms kennen de mensen die samen verantwoordelijk zijn voor de zorg voor één patiënt elkaar niet eens. Dit is helaas al de realiteit binnen de muren van één ziekenhuis, terwijl voor patiënten het zorgproces meestal niet in het ziekenhuis begint en eindigt.

Hoe is dit zo gekomen? Gek genoeg is dit het gevolg van het feit dat we steeds meer en beter kunnen behandelen. Met nieuwe technologie, nieuwe geneesmiddelen en nieuwe diagnostiek. En dat is ontzettend goed nieuws. Daardoor leven we langer en gezonder. Maar die continue vernieuwing leidt dus ook tot nieuwe afdelingen, nieuwe functies, nieuwe specialismen en subspecialismen. En dat werkt niet goed meer. Het leidt tot een enorme fragmentatie: silo's of eilandjes. Steeds vaker krijgen patiënten niet de beste zorg, doordat de samenwerking tussen deze eilandjes niet goed is. Als we niks veranderen in hoe we de zorg organiseren, neemt dit probleem alleen maar toe.

Het **verbaast mij** dat er wel mensen verantwoordelijk zijn voor de chirurgie, dat er mensen verantwoordelijk zijn voor een verpleegafdeling en dat er mensen verantwoordelijk zijn voor de laboratoria, zoals afdelingshoofden, maatschapsvoorzitters en managers. Maar niemand is specifiek verantwoordelijk voor patiënten met borstkanker, voor patiënten met prostaatcancer, diabetes of coronairlijden. Ja, de raad van bestuur is eindverantwoordelijk. En ja, er zijn allerhande losse initiatieven. Maar er is niemand die zich bekommert om de patiëntengroep als geheel. Denk aan de logistiek, het verbeterproces, de wetenschap, de bejegening. Hoe is dit mogelijk?!

Ik weet niet precies hoe we dit moeten oplossen. Dat wil ik onderzoeken. Ik weet wel dat het beter kan; de manier waarop we onze zorg georganiseerd hebben, de muren, de afdelingen, de gangen, de verantwoordelijkheden en de taakverdeling. Die doen er allemaal toe. Ze hebben niet alleen grote impact op de kwaliteit – de uitkomsten voor individuele patiënten – maar ook op de kosten van de zorg.

Dankzij de komst van de multidisciplinaire verbetersteams is deze situatie gelukkig al aan het verbeteren. Maar promovenda Kirsten Daniels heeft laten zien dat deze aanpak ook duidelijke nadelen kent. Deze teams zijn informeel opgezet, naast de staande organisatie, waardoor hun verantwoordelijkheden, mandaat en doelstellingen niet duidelijk zijn [27].

Rondom waardegedreven zorg wordt vaak gesproken over het ‘kantelen’ van organisaties. Waar ziekenhuizen tot nu toe verticaal functiegericht zijn georganiseerd, zou dit moeten kantelen naar een horizontale organisatie die is ingericht rondom patiëntengroepen. Naar mijn inschatting is dat een illusie. Het is niet zo dat je bestaande structuren volledig kunt opheffen. Je zult uiteraard afdelingen houden rondom diagnostiek, waar verschillende patiëntengroepen baat bij hebben. En ook verpleegafdelingen waar patiënten met verschillende aandoeningen liggen, zullen er altijd zijn. De bestaande organisatiestructuur hoeft niet te worden afgebroken, ze moet worden verbeterd. Wat ons te doen staat, is ervoor zorgen dat de verantwoordelijkheden rondom patiëntengroepen goed worden ingericht, met een passende organisatievorm.

Michael Porter zegt dat we de zorg in Integrated Practice Units (IPUs) moeten organiseren [28]. Dat betekent verregaande verantwoordelijkheden en een uitgebreid mandaat – ook ten aanzien van winst en verlies – voor het leiderschap van een eenheid rondom een specifieke patiëntengroep. In de praktijk zien we inmiddels dat dit een ideaalplaatje is, dat gerealiseerd kan worden voor een focuskliniek, bijvoorbeeld Diabeter of de Martini Kliniek in Duitsland. Let wel, bij deze focusklinieken ligt de focus niet op een specifieke behandeling, maar op een patiëntengroep, in dit geval patiënten met diabetes of prostaatkanker. Maar het is zeer de vraag of dit realistisch en wenselijk is in de context van een algemeen of academisch ziekenhuis, waarin het aantal verschillende, grotere patiëntengroepen zo rond de 75 à 100 ligt in plaats van 1 bij een focuskliniek.

Wat stagiaire Julia Wiersema en promovenda Cato Bresser in verkennend internationaal onderzoek hebben laten zien, is dat er in de praktijk maar liefst acht verschillende aandoeningsgerichte organisatievormen te onderscheiden zijn. En dat de IPU zoals gedefinieerd door Porter daarbinnen niet of nauwelijks voorkomt [29], [30]. Daarbij wordt het onderscheid bepaald door de mate van verantwoordelijkheid en in hoeverre de zogeheten aandoeningsgerichte of patiëntgerichte organisatievorm het hele zorgproces van de patiënt omvat. Hierbij is internationaal, maar vooral ook in Nederland een beweging gaande naar meer verantwoordelijkheden voor de leiding van deze aandoeningsgerichte organisatievorm. Mooie voorbeelden zijn onder meer het Reinier de Graaf ziekenhuis, het Rijnstate ziekenhuis, het Isala ziekenhuis, het St. Franciscus ziekenhuis en het LUMC, waar het werken vanuit patiëntengroepen steeds beter is verankerd in de organisatiestructuur. In het St. Antonius werken we nu met ‘zorgketens’, waarbij het ziekenhuis een soort

matrixorganisatie vormt. Het is te vroeg om hier harde uitspraken over te doen, maar de meeste ziekenhuizen lijken de voorkeur te geven aan deze organisatievorm.

Samen met promovendus Gijs Steinmann en stagiair Fabio Mieris kwamen we erachter dat deze verandering vooral incrementeel plaatsvindt [31]. Organisaties transformeren niet met één big bang tot een ideaalplaatje, de ideale nieuwe organisatievorm. De reden waarom dit niet gebeurt is mij ook helder: we kennen het ideaalplaatje nog niet. Organisaties die wel in één keer proberen over te stappen, zoals het Karolinska Ziekenhuis in Zweden, komen bedrogen uit. Ze zijn niet klaar. In een vergelijkend onderzoek tussen het LUMC en St. Antonius onderzocht promovenda Dorine van Staalduinen vanuit het perspectief van verandermanagement de implementatie van waardegedreven zorg en liet zien dat deze zowel geplande als emergente elementen bevat [32]. Dit onderstreept dat we (nog) geen blauwdruk hebben. Ook het Radboudumc – mijn academische thuishaven – zit midden in een organisatieverandering naar een organisatiestructuur die is opgebouwd rondom patiëntengroepen. Maar Radboudumc: maak niet de 'big bang-fout!' Omarm de organische verandering en het samen leren. En juist dat kan gepaard gaan met veel werkplezier.

Organisatie op basis van waardegedreven zorg vergt dat zorginstellingen – en specifiek ziekenhuizen – van elkaar leren. Dit ligt op twee niveaus: op het niveau van de organisatie als geheel en op het niveau van de individuele teams rondom specifieke patiëntengroepen. Dat laatste zou naar mijn mening leidend moeten zijn. De teams bestaan uit mensen die gezamenlijk voor dezelfde patiënten zorgen. Daar zit de verbinding, het teamgevoel, de innovatie en de verbeterkracht. Samen met Michele van der Kemp en Maarten Koomans hebben we de Quickscan ontwikkeld, waarmee we de ontwikkeling van deze teams in kaart konden brengen. Uit een onderzoek onder 25 multidisciplinaire teams uit verschillende ziekenhuizen en klinieken blijkt dat vooral het inzicht in en de verantwoordelijkheid voor de kosten van de zorg nog slecht scoren [33].

Deze teams vormen samen de kracht van organisaties, van ziekenhuizen. Het verbeteren van de waarde van de zorg voor patiënten begint op het niveau van deze teams, of het nu primair gaat over het verbeteren van de kwaliteit (de uitkomsten; de teller van waarde) of het reduceren van verspilling of van onnodige of onnodig dure zorg (de kosten; de noemer van waarde). Om het in de actualiteit te plaatsen: deze teams zijn verantwoordelijk voor de transitie van de zorg, zoals beschreven in het integraal zorgakkoord.

Een belangrijke rol van de ziekenhuizen is dan ook om deze teams een context te bieden waarin zij optimaal kunnen functioneren. En daar zijn we nog niet. In veel ziekenhuizen wordt nog maar een beperkt deel van de patiëntenzorg vanuit multidisciplinaire teams rondom de patiënt georganiseerd. Binnen de werkgroep Veranderkunde van het Linnean-initiatief brengen we mensen van verschillende ziekenhuizen bij elkaar, die de verantwoordelijkheid hebben om deze organisatieverandering en de verankering van de multidisciplinaire teams te realiseren. Hoeveel van deze teams heb je nodig in een ziekenhuis? Hoe bundel je deze teams tot grotere eenheden om het ziekenhuis bestuurbaar te houden? Hoe worden deze teams ingebed in planning en control en welke financiële verantwoordelijkheden zouden ze moeten hebben? Promovenda Sara Kapika is recent gestart om de verschillen in aanpak

tussen de Santeon ziekenhuizen in deze context in kaart te brengen en het management van deze ziekenhuizen te helpen om van elkaar te leren.

Kortom, rondom de organisatie van de zorg staat ons nog veel te doen. Duidelijk is al wel dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en de kosten van de zorg decentraler en dus lager in de organisatie komt te liggen en dat de zorg in plaats van sterk hiërarchisch en (medisch) specialismegedreven veel meer multidisciplinair rondom het behandelproces van de patiënt wordt aangestuurd. Tegelijkertijd is er een democratisering zichtbaar die is gebaseerd op gelijkwaardigheid tussen o.a. medisch specialisten, verpleegkundigen en ondersteunende staf in de multidisciplinaire teams. Dit brengt mij bij het volgende onderwerp.

Cultuur

Tot nu toe was mijn verhaal vrij technisch en instrumenteel. Het ging over metingen, methoden voor verbeteren, organisatiestructuren. Bedacht met ons hoofd, uitgevoerd met onze handen. Maar tot slot wil ik het hebben over het hart. De golf die door de zorg trekt, is gaan rollen doordat we met ons hart voelen dat de zorg beter kan. Waardegedreven zorg is een fundamentele verandering, omdat er een cultuurverandering voor nodig is [14]. Die raakt het hart van de zorg en de mensen die er werken.

Waardegedreven zorg verandert wat het betekent om goed te zijn in je werk als zorgprofessional. Het gaat om een verschuiving van 'wat heb ik te bieden' naar 'wat is van belang voor de patiënt, de persoon die zorg nodig heeft'. En vragen als 'wat is een goede medisch specialist of goede verpleegkundige', 'wat kenmerkt een goed medisch of verpleegkundig leider' en 'wat is een goede manager in de zorg' kennen binnen waardegedreven zorg een fundamenteel ander antwoord. Een chirurg is bijvoorbeeld niet alleen goed als een operatie goed is gegaan, maar als de uitkomsten voor de patiënt goed zijn. Dit vergt multidisciplinaire samenwerking. De individuele zorgprofessional moet zich verantwoordelijk voelen voor de resultaten van het hele team dat gezamenlijk voor de patiënt zorgt. 'Waardegedreven zorg: een noodzakelijke basis in de opleiding van zorgprofessionals' is dan ook de titel van het adviesrapport dat we in 2020 vanuit het Linnean-initiatief hebben uitgebracht [34]. Ook qua leiderschap veranderen bestaande rollen. Bedrijfskundig managers krijgen in toenemende mate een coachende en faciliterende rol in plaats van een sturende rol. Rondom de patiëntengroepen ontstaan nieuwe leiderschapsrollen die verbindend leiderschap vereisen, dwars door disciplines heen. Samen met collega's in het land hebben we een profiel opgesteld van dit nieuwe medische en verpleegkundige leiderschap [35].

Cultuurverandering is wellicht ongrijpbaar, maar als we met elkaar de gewenste gedragsverandering bespreken, de functies opnieuw inrichten en waar nodig de opleiding aanpassen wordt het tastbaar en concreet. Daarbij mogen we geen half werk leveren. Want we kunnen niet de ene helft van het jaar bedrijfskundig managers vragen om zorgketens te coachen en de tweede helft van het jaar keihard sturen op productieverhoging.

In de afgelopen tien tot vijftien jaar is er al veel bereikt met waardegedreven zorg in Nederland. Deze aanpak spreekt de harten van medisch specialisten en verpleegkundigen

aan en de zichtbare verbeteringen motiveren hen om de droom van waardegedreven zorg werkelijkheid te maken. De kracht van waardegedreven zorg is ook dat dit niet op gespannen voet blijkt te staan met andere visies of ontwikkelingen in de zorg, maar deze juist blijkt te kanaliseren en versterken.

Laten wij samen zorgen dat de golf van waardegedreven zorg doorrolt. Mijn belangrijkste boodschap is dat we de multidisciplinaire teams van professionals rondom de patiënt en zijn of haar hele zorgproces centraal moeten stellen in de organisatie van zorg. Die teams zijn sterker dan organisaties en zijn essentieel om de noodzakelijk transitie van zorg te realiseren. En de rol van adviseurs, managers, bestuurders, en beleidsmakers is om de belemmeringen voor die teams weg te nemen om de dingen te doen die voor patiënten van waarde zijn. De unieke en intrinsieke motivatie van mensen die in de zorg werken doet de rest. En dan kunnen we uiteindelijk de term 'waardegedreven' weer loslaten. Omdat de zorg dan vanzelfsprekend waardegedreven is.

Ik kom aan het einde van mijn verhaal over de zorg.

Mij wordt vaak gevraagd hoe het kan dat ik als natuurkundige in de zorg terecht ben gekomen. Een belangrijke verklaring is denk ik dat je als natuurkundige getraind wordt om complexe vraagstukken tot de kern terug te brengen, dus de essentie te zien en die te vereenvoudigen. Dus waar u mij wellicht ongenueanceerd vond, interpreteert u dat dan vooral als de vereenvoudiging die nodig is om te zien hoe we patiënten echt centraal kunnen stellen. Dat is de blik van een natuurkundige met hart voor de zorg.

Mijn onderzoek

Laat mij tot slot kort uiteenzetten wat ik de komende jaren wil gaan doen:

1. Ik wil met vervolgonderzoek bijdragen aan een integrale, systematische aanpak voor het verbeteren van de zorg, inclusief patiëntparticipatie. IQ healthcare biedt als groot en gerenommeerd onderzoeksinstituut op het gebied van kwaliteitsverbetering binnen de zorg een sterke basis. Of, met minder grote woorden: voor mij is het een speeltuin waar ik dit thema verder kan ontwikkelen.
2. Ik ga verder onderzoek doen naar de verankering van waardegedreven zorg in de organisatiestructuur van ziekenhuizen en ketenpartners in de eerste en tweede lijn in de regio. De verandering van organisatiestructuren is hierbij nooit een doel. Het enige wat vaststaat, is dat we het behandelproces van patiënten en de samenwerking rondom patiëntengroepen willen verbeteren. Actie-onderzoek is hier dan ook een belangrijk onderdeel van. Hierbij wil ik graag leren van expertise buiten de zorg en met veel plezier roep ik de deskundigheid in van bijvoorbeeld Dirk Vriens en Patrick Vermeulen die zich aan de Faculteit der Managementwetenschappen van deze universiteit bezighouden met organisatieontwikkeling. Ik hoop hiermee ook mijn bijdrage te kunnen leveren aan de organisatieverandering van het Radboudumc zelf.

3. Hierbij wil ik graag netwerken opzetten, om te beginnen binnen Santeon (via de Santeon Onderzoeksagenda), maar ook landelijk via het Linnean-netwerk en internationaal, zodat ziekenhuizen onderling van elkaar kunnen leren over deze organisatieverandering. Het faciliteren van systematisch leren tussen professionals, in een omgeving van openheid en vertrouwen, lijkt steeds meer een rode draad te worden in mijn werk en onderzoek. Ik hoop hierbij de band tussen de academische ziekenhuizen en de niet-academische ziekenhuizen, zoals de Santeon ziekenhuizen, te verstevigen om innovaties samen sneller te kunnen opschalen.
4. En tot slot wil ik graag onderzoek doen naar de verandering van gedrag, verantwoordelijkheden en uiteindelijk taken en functies die nodig is om de transitie van de zorg succesvol te maken. Dit is een essentieel onderdeel van waardegedreven zorg dat nog vaak over het hoofd wordt gezien.

Ik kom uit een omgeving van juristen, dus het rest mij nog te zeggen dat aan deze voornemens en plannen geen rechten kunnen worden ontleend. Als morgen blijkt dat de golf van Waardegedreven Verbeteren andere barrières tegenkomt, verleg ik direct de focus van mijn leerstoel.

Dankwoord

Hiermee kom ik aan het einde van mijn oratie. Ik ben dankbaar voor de steun en hulp van veel mensen om mij heen. Allereerst het vertrouwen en de hulp van Douwe Biesma. Douwe, het feit dat jij mij vanuit de Raad van Bestuur de ruimte gaf om onderzoek te gaan doen, mijn eerste promovendi te gaan begeleiden en mij later hielp richting het hogleraarschap heeft voor mij veel betekend. Zo wil ik ook mensen laten groeien.

Dank aan Lea Dijkman en Mirjam Garvelink voor het samen bouwen van onze onderzoeksgroep in het St. Antonius. We hebben een prachteam staan!

Gert Westert, veel dank voor je hulp, inspiratie en samenwerking. Heel mooi dat je mij een plek hebt geboden binnen IQ Healthcare. Via jou leer ik weer zoveel inspirerende mensen kennen. Philip van der Wees, dank voor onze samenwerking. Ik heb al veel van je geleerd.

Dank aan alle promovendi met wie ik heb mogen werken en met wie ik nog steeds samenwerk. Nina Zipfel en Nynke Kampstra, jullie waren dapper genoeg om in een nog niet bestaand vakgebied, bij een niet-academisch ziekenhuis een promotie te starten, bij iemand die voor het eerst onderzoek ging doen in de zorg. Dank voor de samenwerking en jullie vertrouwen. Kirsten Daniels, het onderzoek met jou samen vormt de basis van mijn leerstoel. Jet Westerink, Cato Bresser, Tom Oirbans, Corinne Allaart, Anna Roos Vijverberg, Noel Engels, Sara Kapika, wat een voorrecht om met zulke getalenteerde onderzoekers samen te werken. En stiekem heb ik in de afgelopen jaren met nog veel meer promovendi onderzoek gedaan van wie ik niet de (co)promotor ben: Dorine van Staalduinen, Gijs Steinmann, Daan Reesink, Milad Fahim, Bo Smalbroek. Ik haal er enorm veel plezier uit. Jet en Cato, bijzonder veel dank aan jullie! Wat hebben jullie veel werk verzet voor deze dag en wat een organisatietalent hebben jullie. Dankzij jullie kon ik mij richten op het schrijven.

In het St. Antonius zijn er zo veel mensen die ik zou willen bedanken. Voor mij is de samenwerking met Monique Valentijn, Luc Demoulin, Jos Kroon, Christien Kamps, Karlijn Cazemier, Frits Klaasse, Nicky Klaasen, Marc Rouppe van der Voort, Jasper van Kuijk, mijn MT WaVe-collega's Maurice Beekwilder, Elvan Simsek en Joost de Bie essentieel geweest om te komen waar ik nu sta.

Willem Jan Bos en Matthijs van der Linde, in het bijzonder dank aan jullie en de mogelijkheden die het Linnean-initiatief biedt. Dennis van Veghel, we schreven samen ons eerste wetenschappelijke artikel over waardegedreven zorg. De inspiratie die tussen ons elke keer ontstaat is volgens mij nog niet uitgeput.

Gert Westert, Erik Scholten en Hylke Koers, dank voor de feedback op mijn oratie. Mam, dankjewel voor je onvoorwaardelijk steun en liefde. Pap, wij Van der Natten zijn werkpaarden. Van jou heb ik het plezier in hard werken meegekregen. Marco, ik mis je. Je had hierbij horen te zijn en naast Koen moeten zitten.

Irina. Jij bent mijn grote liefde. Ik ben je ontzettend dankbaar voor je steun. Ik weet hoe irritant het kan zijn als ik nog met mijn gedachten bij mijn werk zit. Samen beleven we mooie avonturen, nog vele te gaan. Ilinca en Anne, jullie laten mij elke dag zien wat echt belangrijk is in het leven. Om dat niet te vergeten staan jullie afgebeeld in mijn toga. Jullie antwoord op de vraag wat pappa en mamma doen als ze werken? 'Babbel, babbel, babbel.' De hoogste tijd dus om te stoppen met praten.

Ik heb gezegd.

Referenties

- [1] L. van Lonkhuyzen en F. Weeda, 'Het gevreesde 'zorginfarct' is er al. Wie ermee te maken krijgt? Dat is een kwestie van toeval,' *NRC*, 24 november 2022.
- [2] Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, 'Met de stroom mee,' pp. 1-13, 2023.
- [3] Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 'Integraal Zorg Akkoord – Samen werken aan gezonde zorg,' 2022.
- [4] Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 'Kiezen voor houdbare zorg,' 2021.
- [5] M.E. Porter, 'What Is Value in Health Care?,' *N. Engl. J. Med.*, vol. 363, nr. 1, 2010.
- [6] J.R.G. Vijverberg et al., 'Mapping the extent, range and nature of research activity on value-based healthcare in the 15 years following its introduction (2006-2021): a scoping review,' *BMJ Open*, vol. 12, nr. 8, p. e064983, 2022.
- [7] P.B. van der Nat et al., 'Insights on value-based healthcare implementation from Dutch heart care,' *Int. J. Healthc. Manag.*, vol. 13, nr. 3, pp. 189-192, 2020.
- [8] NOS, 'Hartcentra open over kwaliteit,' 2012. [Online]. Te raadplegen via: <https://nos.nl/video/428372-hartcentra-open-over-kwaliteit>.
- [9] E.J. Daeter et al., 'Defining and Measuring a Standard Set of Patient-Relevant Outcomes in Coronary Artery Disease,' *Am. J. Cardiol.*, vol. 121, nr. 12, pp. 1477-1488, 2018.
- [10] N.A. Kampstra et al., 'First patient-centred set of outcomes for pulmonary sarcoidosis: A multicentre initiative,' *BMJ Open Respir. Res.*, vol. 6, nr. 1, pp. 1-8, 2019.
- [11] D.J. Reesink et al., 'Development of the First Patient-centred Set of Outcomes for Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer: A Multicentre Initiative,' *Eur. Urol. Open Sci.*, vol. 26, nr. 0, pp. 18-26, 2021.
- [12] K. Daniels et al., 'Development of an international, multidisciplinary, patient-centered Standard Outcome Set for Multiple Sclerosis: The S.O.S.MS project,' *Mult. Scler. Relat. Disord.*, vol. 69, januari 2023.
- [13] A.S. Groenewoud, G.P. Westert en J.A.M. Kremer, 'Value based competition in health care's ethical drawbacks and the need for a values-driven approach,' *BMC Health Serv. Res.*, vol. 19, nr. 1, pp. 1-6, 2019.
- [14] P.B. van der Nat, 'The new strategic agenda for value transformation,' *Heal. Serv. Manag. Res.*, vol. 35, nr. 3, pp. 189-193, 2022.
- [15] Santeon, 'Samen beslissen met uitkomstinformatie – Experiment Uitkomstindicatoren,' 2023. Te raadplegen via: <https://santeon.nl/project/samen-beslissen/>.
- [16] N.A. Kampstra, N. Zipfel, P.B. van der Nat, G.P. Westert, P.J. van der Wees en A.S. Groenewoud, 'Health outcomes measurement and organizational readiness support quality improvement: A systematic review,' *BMC Health Serv. Res.*, vol. 18, nr. 1, pp. 1-14, 2018.
- [17] N.A. Kampstra et al., 'Results of the standard set for pulmonary sarcoidosis: Feasibility and multicentre outcomes,' *ERJ Open Res.*, vol. 5, nr. 4, 2019.
- [18] N.A. Kampstra, P.J. van der Wees, F. van Beek, D.H. Biesma, J.C. Grutters en P.B. van der Nat, 'Outcomes in pulmonary sarcoidosis : results of a newly implemented prednisone protocol,' vol. 40, nr. maart, pp. 1-10, 2023.
- [19] R. van Nugteren en J. van Kuijk, 'Zorgpaden: leren van het St. Antonius Ziekenhuis,' *Qruux*, januari 2019.

- [20] European Pathway Association, 'About care pathways,' [Online]. Te raadplegen via: <https://e-p-a.org/care-pathways/>. [Geraadpleegd: 18 juli 2023].
- [21] N. Zipfel et al., 'Selecting interventions to improve patient-relevant outcomes in health care for aortic valve disease – The Intervention Selection Toolbox,' *BMC Health Serv. Res.*, vol. 20, nr. 1, pp. 1-13, 2020.
- [22] B. Smalbroek et al., 'The Intervention Selection Toolbox to improve patient-relevant outcomes: an implementation and qualitative evaluation study in colorectal cancer surgery,' *BMC Health Serv. Res.*, vol. 23, nr. 1, p. 345, 2023.
- [23] M. Zweers, 'Lean en VBHC trekken samen op in St. Antonius Ziekenhuis,' *Qruux*, oktober 2018.
- [24] D. van Veghel et al., 'Organization of outcome-based quality improvement in Dutch heart centres,' *Eur. Hear. J. - Qual. Care Clin. Outcomes*, vol. 6, nr. 1, pp. 49-54, 2020.
- [25] P.B. van der Nat, L. Derks en D. van Veghel, 'Health Outcomes Management Evaluation-A National Analysis of Dutch Heart Care,' *Eur. Hear. journal. Qual. care Clin. outcomes*, vol. 8, nr. 6, pp. 670-680, 2022.
- [26] SKR, 'Toepassing van uitkomstinformatie in de Nederlandse zorg: wat gaat goed en wat kan beter?,' november 2022.
- [27] K. Daniels, M.B.V. Rouppe van der Voort, D.H. Biesma en P.B. van der Nat, 'Five years' experience with value-based quality improvement teams: the key factors to a successful implementation in hospital care,' *BMC Health Serv. Res.*, vol. 22, nr. 1, pp. 1-14, 2022.
- [28] M.E. Porter en T.H. Lee, 'Integrated Practice Units: A Playbook for Health Care Leaders,' *NEJM Catal.*, vol. 2, nr. 1, pp. 1-17, 2021.
- [29] Linnean, 'Archetypen Aandoeningsgerichte Organisaties,' pp. 1-3, 2021.
- [30] J. Wiersema, C. Bresser en P.B. van der Nat, 'The eight archetypes of medical condition-based organization of care; enriching the theory of integrated practice units,' ingediend.
- [31] G. Steinmann, K. Daniels, F. Mieris, D. Delnoij, H. van de Bovenkamp en P. van der Nat, 'Redesigning value-based hospital structures: a qualitative study on value-based health care in the Netherlands,' *BMC Health Serv. Res.*, vol. 22, nr. 1, pp. 1-14, 2022.
- [32] D.J. Staalduinen, P.B. van der Nat, W.J.W. Bos en A.M. Stiggelbout, 'The implementation of Value-Based Healthcare: a change management perspective,' in *Unveiling the future of health management (p.112). European Health Management Association Conference; 5-7 juni 2023; Rome, 2023*.
- [33] H.J. Westerink, G. Steinmann, M. Koomans, M. van der Kemp en P.B. van der Nat, 'Value-Based Healthcare Implementation in the Netherlands: A Quantitative Analysis of Multidisciplinary Team Performance,' ingediend, 2023.
- [34] P.B. van der Nat, M.T.H. van der Linde, M.P.M. de Neree tot Babberich, J.A. van der Hage en A.M. Stiggelbout, 'Waardegedreven zorg: een noodzakelijke basis in de opleiding van zorgprofessionals,' *Linnean*, 2020.
- [35] P.B. van der Nat en M.T.H. van der Linde, 'Wanneer ben ik een 'goede' medisch leider? Een nieuw type leiderschap voor waardegedreven zorg,' *Linnean*, pp. 1-13, 2023.



