

Henk Maassen

h.maassen@medischcontact.nl

@medischcontact

Beter registreren rond hartoperatie doet sterfte afnemen

Toepassing van *value-based health care* leidt tot betere uitkomsten voor hartpatiënten. Onderzoeker en zorgmanager Dennis van Veghel legt uit hoe dat zit.

Een reeks behandelresultaten voor hartpatiënten in het Catharina Hartcentrum in Eindhoven is de afgelopen jaren sterk verbeterd, mede dankzij de toepassing van de principes van *value-based health care* (VBHC) in de praktijk. Onderzoek van Dennis van Veghel, zorgmanager in het ziekenhuis, laat dat zien. Hij promoveerde vorige week aan de TU Eindhoven. De aanpak droeg bij aan een grotere kans op overleving, minder complicaties en minder heroperaties. Een paar sprekende cijfers: de sterfte binnen 120 dagen na een bypassoperatie daalde van 2,3 naar 1 procent, en de sterfte na een jaar van 3,1 naar 2 procent. Het percentage heroperaties daalde van 5 naar 3,2. Ook het percentage complicaties na behandeling bij hart-ritmestoornissen daalde – van 1,8 naar 0,4 – en de sterfte bij hartklepvervangings via een katheter ging omlaag van 8,6 naar 2,9 procent.

Waarde voor de patiënt

Van Veghel maakte gebruik van de principes van VBHC zoals geformuleerd door de Amerikaanse hoogleraar Michael Porter. Van Veghel legt uit hoe dat gaat: 'De primaire focus in de Nederlandse gezondheidszorg is op volume. Inzichten in uitkomsten die belangrijk zijn voor patiënten, vanuit de dagelijkse praktijk, waren zeer beperkt of volledig afwezig. Bij *value-based health care* stel je juist de waarde die de zorg creëert voor de patiënt centraal, in alle beslissingen. Wij zijn daarom op landelijke niveau uitkomsten gaan meten en vergelijken.'

Het idee kwam in 2012 van de twee grootste hartcentra in Nederland: het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven en het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. Zij besloten hun behandelresultaten te publiceren. Inmiddels werken veertien van de zestien hartcentra en acht van de veertien dottercentra daarin samen. Al hun data worden sinds 2017 bijeengebracht in de Nederlandse Hart Registratie (NHR).

Dat is een goede zaak, omdat voor patiënten relevante uitkomsten van zorg vaak een periode omvatten die veel langer is dan het verblijf in het ziekenhuis. In de hartzorg worden patiënten voor complexe behande-



GETTY IMAGES

ling naar een hart- of dottercentrum verwezen. De follow-up vindt vaak plaats bij de cardioloog in het verwijzend ziekenhuis. Alle zorgaanbieders in de keten dragen bij aan de langetermijnresultaten, zoals overleving, re-interventies en kwaliteit van leven. Door de integrale registratie biedt de NHR inzicht in langetermijnresultaten. Op die wijze kan bijvoorbeeld in beeld komen hoeveel patiënten binnen vijf jaar na een coronaire bypassoperatie opnieuw een interventie hebben ondergaan. De verschillen kunnen dan bijvoor-

‘We leveren inzichten zodat dokters het zorgproces kunnen aanpassen’

beeld worden herleid naar de interventie en/of naar de nazorg. Van Veghel: ‘Het gaat erom dat je trends waarneemt in de data, en op basis daarvan het zorgproces opnieuw onder de loep neemt. Bijvoorbeeld: welke karakteristieken hebben de patiënten die zijn overleden gemeenschappelijk?’

Kritisch kijken

Dat ‘kritisch kijken naar het gehele zorgproces’ heeft geleid tot een aantal verbeterprojecten, gebaseerd op analyse van de behandelresultaten. ‘We hebben bijvoorbeeld gekeken naar heroperaties, een jaar na de behandeling van hartritmestoornissen (ablatie). Cardiologen vonden op basis van de cijfers dat dit beter kon. Ze zijn toen versneld naar een nieuwere techniek overgegaan, en hebben gekozen voor een ander tijdstip waarop de bevriezing van het hartweefsel moest plaatsvinden. Soortgelijke aanpassingen zijn in het Catharina Ziekenhuis doorgevoerd bij aortaklepvervangingen.

Nog een voorbeeld: bypassoperaties. In ziekenhuis Isala in Zwolle bleek het sterftecijfer na een operatie lager dan elders. Van Veghel: ‘Dus was de vraag: wat doen ze daar anders? Het ziekenhuis bleek de patiënt intensiever te monitoren via een *safety check*, waarbij de patiënt vlak voor de operatie nog eens goed werd nagekeken.’ Hij benadrukt dat je dit soort inzichten alleen kunt verwerven als iedereen ‘op dezelfde manier dezelfde uitkomsten met dezelfde correctiefactoren op dezelfde manier verzamelt en met elkaar vergelijkt’. Inmiddels hebben in een project meerdere hartcentra de *safety check* geïmplementeerd.

De wetenschappelijke evaluatie of die daadwerkelijk causale invloed heeft op de overleving valt buiten het onderzoek van Van Veghel en wordt nu uitgevoerd vanuit Zwolle. Sowieso plaatst hij een nuancerende kanttekening bij zijn toch vrij indrukwekkende resultaten: ‘Causaal aantonen dat dankzij de toepassing van VBHC de mortaliteitscijfers zijn gedaald, is niet gemakkelijk. Ik geef een voorbeeld: we weten nu zeker dat voordat onze verbeteracties startten de uitkomsten bij hartklepvervangingen minder gunstig waren. Maar bij de vergelijking met de huidige situatie maakten we gebruik van een historische controlegroep – we deden dus geen RCT. En – nog een factor – er zijn inmiddels nieuwe kleppen in gebruik. Relevant blijft echter dat de uitkomsten nu beter zijn.’

Betalingsmodellen

Van Veghel definieert de kern van VBHC ook wel als voor de patiënt relevante uitkomsten gedeeld door de kosten die je maakt om tot die uitkomsten te komen. ‘In de zorg’, licht hij toe, ‘heeft iedereen de maatschappelijke verantwoordelijkheid om een zo goed mogelijk resultaat te behalen tegen zo laag mogelijke kosten. Momenteel hebben de uitkomsten van zorg vaak de aandacht van artsen, maar spelen ze nog geen rol in de planning- en controlcyclus van het ziekenhuis. Die is nog altijd op volume én kosten gebaseerd. Onderdeel van VBHC is ook dat er een transitie komt naar betalingsmodellen

waarin wel rekening wordt gehouden met behandelresultaten. Dat is een zeer complexe zaak, maar het is verstandig om te onderzoeken hoe dat in de praktijk tot stand kan komen. De verwachting is dat je er zo voor kunt zorgen dat zowel dokters als managers, bestuurders en zorgverzekeraars gefocust zijn op zo goed mogelijke uitkomsten.

Dat er beweging is, blijkt uit het feit dat zorgverzekeraar CZ al in 2015 met het hartcentrum van het Catharina een contract sloot waarbij niet alleen het aantal verrichtingen wordt beloond, maar ook de resultaten. Het centrum krijgt meer geld als de kwaliteit stijgt, maar moet terugbetalen als die terugloopt. Ook Menzis heeft met diverse hartcentra contracten afgesloten waarin uitkomsten van zorg, met behulp van analyses uitgevoerd door de NHR, een rol spelen.

Comorbiditeit

Toch is er ook kritiek op de principes van VBHC. Zo zou het idee om patiënten te centreren rondom een bepaalde aandoening geen rekening houden met comorbiditeit. Filosoof en oud-Denker des Vaderlands René ten Bos sprak in Het Financieel Dagblad van een ‘schadelijke simplificatie’.

Van Veghel reageert: ‘Bij bypassoperaties bijvoorbeeld houden we uiteraard rekening met de leeftijd van de patiënt, of hij diabetes heeft, enzovoort. De vraag is of je dat helemaal perfect en sluitend kunt en moet doen. Wat we uiteindelijk voor ogen hebben is inzichten leveren aan dokters, zodat zij heel praktisch kunnen besluiten of en hoe ze zorgprocessen moeten aanpassen. Maar als patiënten voor meerdere aandoeningen tegelijk behandeld moeten worden, is het inderdaad niet meteen helemaal duidelijk hoe je dat in een compleet waardegedreven systeem zou moeten onderbrengen. Wat dat betreft is het werk van Porter vooral een inspirerende denkwijze die nog veel uitwerking behoeft.’ ■

web

Het proefschrift van Dennis van Veghel en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.