

Organiseren van waardegedreven zorg vanuit patiëntperspectief

Prof.dr.ir. Kees Ahaus

Organiseren van waardegedreven zorg vanuit patiëntperspectief

Prof.dr.ir. Kees Ahaus

Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Health Services Management & Organisation aan Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam, op vrijdag 20 maart 2020.

Colofon

Titel

Organiseren van waardegedreven zorg vanuit patiëntperspectief
Prof.dr.ir. Kees Ahaus

Oplage

500

Uitgever

Marketing & Communicatie ESHPM

Vormgeving

PanArt.nl

Druk

De Bondt Grafimedia

Rotterdam, maart 2020

www.eur.nl/eshpm

'The question "What matters to you?" allows patients to disclose their interests, values, and preferences—as full humans, not just recipients of care.'

Sosena Kebede (2016, p. 1)

'What matters to you matters to me.'

Maureen Bisognano (29 May 2019)

Inhoudsopgave

1. Inleiding	9
2. Wat is waarde?	12
3. Ervaringen en verwachtingen van patiënten	16
3.1. Het belang van patiënten betrekken op twee niveaus: bij keuzes in de eigen zorg en bij kwaliteitsverbetering van het zorgproces.....	16
3.2. Ervaringen van ervaringsdeskundigen	18
4. De aanpak van waardegedreven zorg	20
4.1. Vier hoofdonderdelen van waardegedreven zorg	20
4.2. Hoofdonderdeel 1: Waarde voor de patiënt	20
4.3. Hoofdonderdeel 2: Organisatie van zorg	22
4.4. Hoofdonderdeel 3: Kosten.....	23
4.5. Hoofdonderdeel 4: Sturen op kwaliteit.....	25
5. Co-design en coproductie van zorg	27
5.1. Patient engagement bij kwaliteitsverbetering	27
5.2. De vlucht van Design thinking	29
5.3. Experience-Based Co-Design als praktische methode	30
6. Dankwoord	32
7. Referenties	34

Organiseren van waardegedreven zorg vanuit patiëntperspectief

**Meneer de Rector Magnificus,
gewaardeerde collega's en oud-collega's,
beste relaties vanuit de zorg, beste studenten,
lieve familie en vrienden,**

1. Inleiding

"Hoe langer je leeft, hoe korter het duurt", een zinnetje uit misschien wel het meest bekende gedicht van Jules Deelder, die onlangs onverwachts overleed. U bent vandaag in Rotterdam op de Erasmus Universiteit Rotterdam, dus u begrijpt vast dat ik, als geboren Rotterdammer, met een zin van deze markante en soms onaangepaste Rotterdammer begin. Het is een herkenbare zin, het lijkt immers of elk levensjaar sneller verloopt en het verwijst ook naar de realiteit dat het restant korter wordt. We mogen ons echter gelukkig prijzen dat de zorgprofessionals en de burgers samen in staat zijn om dat restant weer wat langer te laten duren. Onze dokters kunnen immers steeds meer, de burgers zijn zich meer bewust van een gezonde leefstijl, en ook nog wordt bereikt dat de kwaliteit van leven in die extra tijd gewaarborgd blijft. Deze ontwikkelingen dragen er wel aan bij dat onze bevolking uit steeds meer oudere mensen bestaat, CBS-cijfers uit 2019 laten zien dat op dat moment 3,3 miljoen mensen ouder waren dan 65 en dat dit er in 2030 4,2 miljoen zullen zijn, het aantal mensen van 80 en ouder stijgt verhoudingsgewijs nog sneller van 0,8 miljoen naar 1,2 miljoen. Die vooruitgang heeft wel een prijs, we betalen inmiddels meer dan 100 miljard aan zorg en welzijn. En die vooruitgang is er helaas ook niet voor iedereen. Zo zegt iemands postcode nog altijd iets over de levensverwachting, in de Hamburgse wijk Billstedt is men gemiddeld op het moment van overlijden 71, terwijl dat in dezelfde stad in Poppenbüttel 87 is. Of als ik het uitdruk in verzekerde kosten, en dan haal ik het dichterbij, dat dan in deze prachtige stad

het verschil in gemiddelde zorgkosten tussen het best en het slechtst scorende postcode3 gebied per inwoner 550 euro per jaar is. De verschillen tussen mensen met hogere en lagere sociaaleconomische status blijven enorm. Inmiddels naderen we ook een punt dat we de capaciteit niet meer hebben om aan de toenemende zorgvraag te voldoen. De werkdruk bij huisartsen, in ziekenhuizen, in de ouderenzorg, de ggz en de jeugdzorg is enorm hoog. Het systeem is verstopt. De zorg zit kortom in de overlevingsmodus.

Als ik u zou vragen waar ter wereld u het liefste zorg zou willen ontvangen, dan weet ik toch vrijwel zeker dat u zult zeggen, dan graag in Nederland. Dan heeft u gelijk, want, gemiddeld gesproken, is onze zorg goed en beter dan in andere landen. Sinds 2008 staat Nederland in de top 3 van de Euro Health Consumer Index van Europese landen. De toegang tot zorg is beter en voor iedereen, en hoewel patiënten soms lang op zorg moeten wachten, is bijvoorbeeld het wachten op knie- of heupvervangende in Nederland korter dan in andere landen. Nederland doet het bijvoorbeeld gemiddeld of beter dan andere OECD landen met voorgeschreven antibiotica, met te voorkomen opnames als gevolg van COPD, met 30 daagse sterfte na een acuut myocard infarct of een beroerte en met 5 jaar overlevingskans na borstkanker (OECD, 2019). Het zijn overigens allemaal indicatoren waarvan ik weet dat betrokken zorgprofessionals dagelijks proberen om de prestaties verder te verbeteren. Dat maakt het ongelooflijk inspirerend om daarin met hen samen te werken. Want er is veel bezieling in de zorg, zo blijkt bijvoorbeeld uit een essay in de Volkskrant (26 december 2019) waarin Anne de Pagter schrijft over de liefdevolle zorg voor haar inmiddels aan plasmacelkanker overleden moeder. Ze beschreef de arm van de verpleegkundige om de schouder van haar vader, de bewogen huisarts, de zorgadviseur die met zijn kleinzoon in de dierentuin stond en van daaruit een traplift regelde om op de bovenverdieping bij haar man te kunnen blijven slapen en de verpleegkundigen die vrijwillig aanboden om de laatste nachten te komen waken.

Verbeteren van prestaties in organisaties is al meer dan 35 jaar mijn aandachtsgebied. Ik doe dat vanuit een overtuiging dat het beter organiseren wezenlijk uitmaakt voor de uitkomst van zorg en indirect zelfs gezondheid kan beïnvloeden. Denk bijvoorbeeld aan een goed georganiseerd zorgpad voor patiënten met een beroerte waardoor de behandeling in het ziekenhuis eerder kan starten of voor patiënten met COPD die door een betere organisatie wel goede voorlichting krijgen bijvoorbeeld over inhalatorgebruik waar het nu vaak aan ontbreekt (Seys et al., 2017). De afgelopen jaren is een nieuwe benadering voor verbeteren populair, namelijk Value-Based Health Care, in het Nederlands waardegedreven zorg. Waardegedreven zorg bouwt voort op eerdere benaderingen voor kwaliteitsverbetering, ik denk bijvoorbeeld aan onderzoek over zorgpaden van onze Leuvense collega's of aan onderzoek naar Lean in de zorg van mijn vorige Groningse Operations Management groep of aan onderzoek over geïntegreerde zorg uit mijn huidige

HSMO groep (Health Services Management & Organisation). Waardegedreven zorg biedt nieuwe wegen, zo belooft de benadering meer aandacht voor uitkomsten, in het bijzonder voor die uitkomsten die voor de patiënt belangrijk zijn, en meer aandacht voor het bespreken daarvan in de spreekkamer als input voor dokter en patiënt om samen te kunnen beslissen over de behandeling. De benadering biedt nadrukkelijk mogelijkheden om te experimenteren met betere financiële prikkels in het betalen voor zorg, prikkels die leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg. Vooral zie ik in waardegedreven zorg de positieve ontwikkeling dat dokters en verpleegkundigen aan het roer staan van multidisciplinaire waardeteams, dit is de naam van de teams die in het Amsterdam UMC invulling geven aan waardegedreven zorg en die ik in het vervolg van deze rede hanteer. Ik zie in waardegedreven zorg dus niet een pseudo-innovatie zoals anderen (Fredriksson et al., 2015) beweren. Daarom werk ik bijvoorbeeld momenteel op verzoek van de NFU fijn samen met Martine de Bruijne, Pauline Hulter en Sebo Boerma om een blended learning programma voor deze enthousiaste zorgprofessionals aan te kunnen bieden.

Bij Erasmus School of Health Policy & Management zijn we instituut breed bezig met dit onderwerp, een gevolg is dat drie oraties op rij (die van de collega-hoogleraren Diana Delnoij, Angélique Weel en ondergetekende) uit drie verschillende secties dit onderwerp op verschillende manieren belichten. Ik ga u in het vervolg van deze rede meenemen langs de vele facetten waar deze benadering over gaat. Drie vragen wil ik daarbij beantwoorden. Wat is waarde? Waar werk je aan bij waardegedreven zorg? Hoe kunnen we waardegedreven zorg sterker organiseren vanuit het patiëntperspectief? Aandacht voor het patiëntperspectief is namelijk hard nodig (Ahaus, 2019). Als waardeteams aan de slag gaan met waardegedreven zorg dan zouden zij ondersteund moeten zijn door de patiënt. Patiënten kunnen meedenken vanuit het 'ex post perspectief' (zie EXPH, 2019, p. 31), ze kunnen inbrengen wat ze hebben ervaren. Zo wordt voorkomen dat de zorg wordt herontworpen vanuit een 'ex ante perspectief', het perspectief van mensen die veel kennis hebben van wat goede zorg en behandeling is maar die de ziekte niet hebben ondervonden.

2. Wat is waarde?

Over de betekenis van waarde wordt verschillend gedacht. Zo is er de enge definitie van Porter (2010, p. 2477): “**health outcomes achieved per dollar spent**”. Wat we van deze definitie leren is dat de aandacht gaat naar kwaliteitsindicatoren die er voor patiënten toe doen (gezondheidswinst, kwaliteit van leven, patiëntervaringen) en naar kosten. Dit is nieuw want voorheen richtten de kwaliteitsindicatoren zich op het meten in hoeverre activiteiten in het zorgproces zijn uitgevoerd. De breuk van uitkomsten en patiëntervaring enerzijds en kosten anderzijds is echter ook wat vreemd. Natuurlijk denken we bij die breuk onmiddellijk aan betere uitkomsten bij lagere kosten, maar zien we ook de waarde in van betere uitkomsten met (iets) hogere kosten, of, nog ingewikkelder, in iets mindere uitkomsten met wel aanzienlijk lagere kosten. Glyn Elwyn is kritisch over een ander aspect van Porter's definitie: Zijn we niet veel te laat als we de oorzaken van uitkomsten van zorg moeten onderzoeken? Is de oorsprong van elke gewenste uitkomst van zorg niet gewoon een heel goede beslissing over de behandeling van de patiënt? Zouden we daarom niet eerder moeten belichten hoe arts en patiënt via Samen Beslissen tot zo'n goede beslissing kunnen komen? De definitie van Porter is ondanks de gemaakte kritische kanttekeningen bruikbaar wanneer je je met waardegedreven zorg wilt richten op de operationele verbetering van het totale zorgproces. Het multidisciplinaire waardeteam dat die verbetering realiseert binnen de hele zorgcyclus is binnen onze sectie Health Services Management & Organisation de eenheid van analyse.

Naast de enge definitie van Porter is er de brede of veelomvattende definitie van het Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH, 2019, p. 26), een Europese commissie waar vanuit ESHPM door Werner Brouwer aan is bijgedragen. Zij onderscheiden, geïnspireerd door werk van Muir Gray, vier typen van value: (1) personal value, (2) technical value, (3) allocative value en (4) societal value. Bij Personal value leidt Samen Beslissen tot de uitkomsten die passen bij de doelen van patiënten. Technical value stelt zeker dat de resources optimaal, dus zonder verspilling, worden gebruikt. Allocative value gaat over het verdelen van bronnen over groepen in een populatie. Societal value gaat over hoe de zorg voor patiënten kan bijdragen aan bijvoorbeeld participatie (Gray, 2017). Waar de definitie van Porter nog wel overlapt met personal en technical value met verbetering van uitkomsten en efficiency, belicht de definitie van EXPH ook de verdeling van schaarse middelen binnen een populatie en de bijdrage van gezondheid aan de maatschappij. Zo heeft het bijvoorbeeld waarde wanneer mensen bijvoorbeeld weer eerder kunnen bijdragen aan het arbeidsproces en dus minder hoeven te verzuimen.

Ik heb geen waardeoordeel over de definities, maar constateer dat er vanuit een andere eenheid van analyse (het zorgpad versus de maatschappij) wordt gereflecteerd op waarde.

In Nederland geven we een eigen draai aan Value-Based Health Care. Dat constateert ESHPM promovendus Gijs Steinmann op basis van zijn onderzoek naar het discours over Value-Based Health Care. Uit zijn onderzoek blijkt dat Value-Based Health Care en Samen Beslissen lijken samen te smelten. Interessant, want Samen Beslissen komen we helemaal niet tegen in de publicaties van Michael Porter. De nadruk in de Nederlandse aanpak ligt toch vooral op de waarde die in de spreekkamer wordt gerealiseerd. Ook constateert Steinmann dat het in het discours eigenlijk nog weinig gaat over kosten. De noemer van de breuk krijgt kennelijk weinig aandacht.

Tenslotte, moeten we nu spreken van waarde- of waardengedreven, want zijn het niet juist onderliggende waarden van zorgverleners die leiden tot betere integratie en uitkomsten van zorg. En welke waarden zijn dan juist onderscheidend voor deze benadering? Voor Value-Based Health Care is mij geen onderzoek bekend wat waarden van zorgverleners zijn, wel kom ik twee interessante, recente systematic reviews tegen in de literatuur, één over de waarden waarop geïntegreerde zorg is gebaseerd (Zonneveld et al., 2018) en één over de preferenties en waarden die patiënten op prijs stellen (Bastemeijer et al., 2017).

De review van Zonneveld et al. (2018) is relevant want Value-Based Health Care zoals bedoeld beoogt nu juist de integratie van de zorg van verschillende zorgverleners in de eerste lijn, het ziekenhuis en eventuele vervolgzorg, het waardeteam probeert de zorg immers full cycle of care te verbeteren. Volgens Zonneveld et al. liggen maar liefst 23 waarden (betekenisvolle overtuigingen, principes en gedragsstandaarden die aansporen tot actie) ten grondslag aan geïntegreerde zorg, zij benoemen er zeven als meest frequent geïdentificeerd in de door hen geïncludeerde papers (zie tabel 1). Aan geïntegreerde zorg liggen waarden ten grondslag als op samenwerking gericht zijn, de diepe wens hebben om de zorg af te stemmen op de behoeften, transparant zijn, en aan mensen overlaten om zelf te beslissen. Geïntegreerde zorg is omvattend en wordt geleverd door betrokkenen eigenaarschap en gedeelde verantwoordelijkheid te laten nemen. En, het wordt gecoproduceerd met cliënten en hun families. Die coproductie hoop ik in het vervolg van mijn betoog verder uit te werken.

Tabel 1. Waarden van geïntegreerde zorg

Integrated care values (Zonneveld et al., 2018, p. 5)	
Collaborative	Samenwerken in teams en met cliënten, families en communities
Co-ordinated	Afstemmen en richten op de behoeften van de unieke cliënt
Transparent	Open en eerlijk inzicht geven in informatie, beslissingen, consequenties en resultaten
Empowering	Cliënten ondersteunen in hun kracht en ze hun eigen beslissingen laten nemen
Comprehensive	Een range aan diensten laten aansluiten op de preferenties van cliënten en families
Co-produced	Cliënten, families en communities betrekken in het ontwerpen, implementeren en verbeteren van diensten samen met zorgprofessionals
Shared responsibility and accountability	Betrokkenen eigenaarschap laten nemen en verantwoordelijk houden voor de uitkomsten van zorg

Uit de review van Bastemeijer et al. (2017) komt naar voren wat patiënten waarderen en wat hun preferenties zijn. Zeven determinanten worden onderscheiden (zie tabel 2). Patiënten worden graag als hele mens gezien en niet als een patiënt met één of meerdere gezondheidsproblemen. Ze verwachten ruimte om (samen) te mogen beslissen over de behandeling. De interactie moet zijn op basis van gelijkwaardigheid en moet patiënten helpen om regie te voeren. Ze verwachten een zorgprofessional met compassie, maar ook een die duidelijk deskundig is in de behandeling, vaardig is in de communicatie en responsief.

Tabel 2. Wat patiënten waarderen

Patient Values (Bastemeijer et al., 2017, p. 876-878)	
Uniqueness	Hele persoon zien i.p.v. patiënt met gezondheidsprobleem
Autonomy	Patiënten ruimte geven om beslissingen te laten nemen over behandeling en zorg
Partnership	Partners zijn in gelijkwaardigheid
Empowerment	Patiënten helpen om regie te voeren over hun situatie
Compassion	Bezorgd en empathisch zijn
Professionalism	Aanwenden van kennis, vaardigheden en de juiste attitude in behandeling, communicatie en samenwerking
Responsiveness	Verantwoordelijk voelen voor diagnose, uitvoering en organisatie

In het vervolg zal ik toch vooral spreken over waardegedreven in plaats van waardengedreven zorg. Duidelijk is dat in een context waarin determinanten van geïntegreerde zorg en van wat patiënten waarderen aanwezig zijn, waardegedreven zorg zich beter kan ontwikkelen. In de volgende paragraaf ga ik nu eerst in op het perspectief van de patiënt, en daarna beschrijf ik wat waardegedreven zorg van de betrokken teams en organisatie vraagt.

3. Ervaringen en verwachtingen van patiënten

3.1. Het belang van patiënten betrekken op twee niveaus: bij keuzes in de eigen zorg en bij kwaliteitsverbetering van het zorgproces

Zelden heb ik zoveel positieve reacties gehad op een artikel dat ik vorig jaar schreef voor KiZ, tijdschrift over kwaliteit en veiligheid in zorg (zie gruxx.com) waarvan ik hoofdredacteur mag zijn. De titel was 'Patiënten betrekken bij waardegedreven zorg blijft uitdaging'. Kennelijk wordt deze uitdaging breed herkend.

Meer aandacht voor het perspectief van patiënten is één van de negen punten in de veranderagenda voor een nieuw, derde tijdperk van de geneeskunde en de gezondheidszorg, aldus Don Berwick (2016). In het eerste tijdperk was er sprake van puur vertrouwen op de professional, hieraan kwam een einde door berichten over grote praktijkvariatie, schade door medische fouten en verspillingen in het zorgproces. Het tweede tijdperk is eigenlijk nog steeds aanwezig. Exponenten hiervan geloven in meten, verantwoorden, oorzaken vinden, ze geloven ook in financiële prikkels zoals pay for performance. Dit tijdperk heeft vooruitgang gebracht, maar heeft er soms ook toe geleid dat zorgprofessionals zich onbegrepen voelen als gevolg van de registratiedruk. Bovendien is het onderlinge vertrouwen tussen zorgaanbieders enerzijds en zorgverzekeraars en overheid anderzijds meer dan eens onder druk gekomen. Het is goed te realiseren dat een deel van het gedachtegoed over waardegedreven zorg ook door dit tweede tijdperk is beïnvloed. Het derde tijdperk vraagt volgens Berwick diepgaande veranderingen, om er een paar te noemen die ook in de Nederlandse context spelen: minder verplicht meten en verantwoorden, minder 'carrot and stick' management, meer eigen maken van 'improvement science', en vooral 'hear the voices of the people served'. Dit laatste vormt voor mij een belangrijke drijfveer in mijn leerstoel. Berwick pleit voor een stevige rol van patiënten en hun verwanten bij co-design en coproductie van zorg.

Patiënten en verwanten zijn ervaringsdeskundigen; de etymologie van ervaringsdeskundige is: zij die door ondervinding bekwaam zijn (Philippa et al., 2018). Ervaringsdeskundigen hebben verborgen kennis, zoals mijn oud-collega Jannie Oskam stelt. De inbreng van ervaringsdeskundigen kan op twee niveaus: (1) de patiënt wordt betrokken bij keuzes in de eigen zorg, bijvoorbeeld in Samen Beslissen, of door informatie uit patient reported outcome measures in de spreekkamer met de

dokter te bespreken, (2) de patiënt wordt betrokken bij kwaliteitsverbetering van het zorgproces, bijvoorbeeld in waardegedreven zorginitiatieven. Op het eerste niveau zie ik ontelbare experimenten op dit moment, het tweede niveau krijgt echter nog niet de aandacht die het verdient.

De experimenten op het eerste niveau gaan over Samen Beslissen, waarin de zorgprofessional en de patiënt de volgende vragen stellen (1) Wat zijn de mogelijkheden? (2) Wat zijn de voor- en nadelen van deze mogelijkheden? (3) Wat betekent dat in mijn situatie? Of zoals Stiggelbout et al. (2015) in vier stappen presenteren: (1) informeren dat een keuze moet worden gemaakt en dat de mening van de patiënt belangrijk is, (2) uitleggen van de opties met voor- en nadelen, (3) bespreken van de voorkeuren van de patiënt en ondersteunen van de patiënt in zijn of haar afweging, (4) nemen van het besluit en bespreken van het vervolg. Jannie Oskam (Zweers, 2019a) geeft als metafoor het stapelen van stenen in de vorm van een boog door arts en patiënt. De stenen van de arts gaan over medische mogelijkheden, kansen en risico's, de stenen van de patiënt over kwaliteit van leven en gezondheidsdoelen. Wie de boog sluit is niet belangrijk, de patiënt hoeft dat niet te zijn, de keuze is dikwijls zelfs voor hoogopgeleide mensen lastig, maar arts en patiënt moeten wel zorgen dat de boog gesloten wordt. De resultaten van het multidisciplinair overleg (MDO) zouden daarbij volgens Oskam niet een advies moeten zijn, maar een optie voor de best mogelijke behandeling. Jannie Oskam zou overigens liever spreken over Samen Wikken en Wegen in plaats van Samen Beslissen, door het zo te noemen leg je meer de nadruk op het proces dan op het beslissen. In dat proces van wikken en wegen komen niet alleen opties en voorkeuren aan bod, maar ook de lange termijn gevolgen, hoe de ziekte het dagelijks leven beïnvloedt en wat dit betekent voor de baan en het inkomen.

De experimenten op het eerste niveau gaan daarnaast ook over het bespreken van patient reported outcome measures (PROMs) in de spreekkamer. Dit biedt de arts naast informatie uit diagnostiek ook informatie over hoe de patiënt zich echt voelt, informatie die volgt uit de betreffende PROM (met generieke Kwaliteit van Leven vragen, en met specifieke vragen over wat hoort bij de aandoening, bijvoorbeeld vermoeidheid). Enkele hordes die in de praktijk genomen moet worden zijn de beschikbaarheid van deze data in de spreekkamer via het Electronisch Patiënten Dossier en het gemotiveerd krijgen van de patiënten om de vragenlijsten in te vullen. Om dit aan te moedigen is het essentieel dat de patiënt feedback krijgt op basis van wat door hem of haar is ingediend.

Ik ga nu dieper in op ervaringen en verwachtingen van patiënten, want als we die beter begrijpen dan realiseren we ons ook beter waarom betrokkenheid van patiënten bij kwaliteitsverbetering, bijvoorbeeld in waardegedreven zorginitiatieven, zo essentieel is.

3.2. Ervaringen van ervaringsdeskundigen

Hoe kan het toch zijn, dat actieve, mondige mensen in zorg ineens passief patiënt zijn en in een relatief kleine wereld leven. Gonny ten Haaft (2015) merkt dat op wanneer ze voor haar boek 'Dokter is ziek' drie verpleegkundigen, drie artsen en drie managers uit de zorg interviewt. Ze schrijft dat patiënten als ze ziek zijn minder voor zichzelf opkomen. Zij stelt in de epiloog: 'Op de vraag waarom je eerst ziek moet worden om dit allemaal te beseffen, luidde vaak het antwoord dat 'weten' iets anders is dan 'ervaren'. Wat het betekent om ziek te zijn wordt voor de patiënt ineens akelig concreet. Dit is een begrijpelijke ervaring, je moet eerst een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt om echt te kunnen voelen wat de gevolgen zijn. In deze paragraaf zoom ik in op patiënten die kanker hebben of hebben gehad. Die keuze ligt voor de hand want daarin ben ik zelf ervaringsdeskundige nadat ik in 2017 de diagnose rectumkanker kreeg. Gelukkig volgde een geslaagde operatie, en ben ik extra verheugd dat ik hier nu voor u sta met veel plannen en uitdagingen in mijn werk.

Ziekte maakt, zo heb ik ervaren, onzeker. Berwick stelt in een prachtige YouTube video met de titel "What patient centred care really means": "I fear to be a patient....., it is the loss of influence on what happens to me....no longer myself....". Dat niet meer je zelf zijn, dat niet meer kunnen vertrouwen op je lichaam, dat is een ervaring met veel impact. Ik herken zo goed in het boek van Ten Haaft dat een van de door haar geïnterviewde managers die darmkanker kreeg de ziekte een confrontatie vond met zijn eigen eindigheid, en dat hij het heel moeilijk vond om de diagnose aan zijn kinderen te vertellen. Het is gewoon mentaal zwaar om ziek te zijn. Die onzekerheid blijft overigens, die ene korte vraag 'het is toch niet terug?' is niet meer in je leven weg te denken.

Walter Prevoo is een interventieradioloog die zelf longkanker kreeg, Maaïke Zweers interviewde hem voor KiZ (Zweers, 2019b). Over wachten stelt Prevoo: "In de praktijk moeten patiënten soms langer dan een week wachten op de uitslag. Dat vind ik niet kunnen."....."Pas als je weet hoe zwaar dat wachten is en hoe ondraaglijk de spanning is, wil je er alles aan doen om de wachttijd zo kort mogelijk te houden." Ik herinner mij ook hoe moeilijk het wachten op de operatie was en het wachten op de uitslag van de nacontroles. Er kwamen ook vragen in mij op vanuit mijn eigen vakgebied zoals: waarom wordt mijn hele zorgpad niet in één keer ingepland; waarom plant iedereen hier lokaal, dat wil zeggen dat iedereen alleen zijn eigen agenda beheert; het kan misschien patiëntgericht zijn om de MRI en de CT op één dag te plannen (dit betekent namelijk één efficiënt ziekenhuisbezoek voor de patiënt), maar gaat dat niet ten koste van een langere doorlooptijd tot de operatie; en waarom kan mijn operatiedatum pas worden vastgesteld na een bezoek aan de chirurg na zijn vakantie, terwijl het multidisciplinair overleg al 15 dagen eerder zeker was dat mijn situatie vroeg om behandeling door juist deze chirurg. Over deze chirurg overigens geen kwaad woord, dat begrijpt u, hij heeft mij gered.

Wat mij in het werk van Prevoo en Ten Haaft trof was hoe nauw de communicatie luistert. Empathie is heel belangrijk, dat zagen we al, maar het is niet eenvoudig om te zeggen wat nu de juiste empathie is, en als dat al te leren is, dan zou dat van een ervaringsdeskundige kunnen. Een zorgverlener zou het zinnetje dat begint met "ik kan mij goed voorstellen dat....." beter kunnen vermijden. Prevoo zegt erover: "... als je geen kanker hebt of hebt gehad, zeg dan ook niet dat je snapt hoe het voor iemand is of hoe iemand zich voelt. Zeg 'het is verschrikkelijk, ik kan me niet voorstellen hoe verschrikkelijk. Maar ik ga er alles aan doen om u zo goed mogelijk te behandelen'."

Het klinkt misschien merkwaardig maar er zijn ook mooie momenten, en dan bedoel ik niet alleen het moment dat je zoals in mijn geval wordt geïnformeerd dat de operatie is geslaagd. Kris Vanhaecht (2018, p. 165) spreekt in dit verband van 'mangomomenten' waarmee hij verwijst naar een op de IC wakker geworden patiënt die tegen iemand die haar vroeg "Is er iets dat ik nu kan doen om u gelukkig te maken' zei 'ik zou graag weer een mango willen proeven". Het bracht hem op de gedachte om deze mangomomenten te gaan verzamelen, en verrassend is hoe veel verhalen hij in korte tijd kon verzamelen. Ik geef twee voorbeelden, Jannie Oskam vertelde mij dat ze een hele goede klik had met een AIOS, ik citeer uit haar blog: "Steeds weer komt ze bij me zitten. Als ik een enge ingreep moet ondergaan stapt ze onverwacht binnen. Wil ze straks mijn hand vasthouden? Er staan veel mensen om me heen maar ik voel me alleen. Als ik mijn hand uit steek pakt ze die als vanzelfsprekend. Dit wordt een goede dokter!". Voor mijzelf was zo'n moment toen ik over mijn situatie sprak met Hans Nijman uit het UMCG, met wie ik samenwerk bij het onderzoeken van oncologienetwerken, die mij in de week voor mijn operatie aanmoedigde met drie simpele woorden: "Er doorheen, Kees".

Weten is anders dan ervaren, de zorg bieden of de ziekte behandelen is echt anders dan haar ondervinden. Ik hoop dat de voorbeelden u een inzicht hebben gegeven van wat ervaringsdeskundigen ervaren en denken, en hoe belangrijk het is dat hun verborgen kennis wordt gebruikt. Bovendien, dat de aandacht voor inbreng van patiënten op dat tweede niveau, kwaliteitsverbetering van het zorgproces, belangrijk is en dat de aandacht hiervoor nu nog karig is. Dit gaat in mijn leerstoel veel aandacht krijgen en ik ben heel blij met de projecten in onze afdeling van de promovendi Anoek Braam, Pauline Hulter, Wim Sipma, Pieter Vandekerckhove en Haske van Veenendaal, die met hun werk zeker zullen bijdragen aan waarde voor de patiënt. Ik realiseer mij dat door de inspanningen van Roland Bal en Hester van de Bovenkamp binnen ons instituut een unieke, indrukwekkende collectie van patiëntvervalsverhalen beschikbaar is.

4. De aanpak van waardegedreven zorg

4.1. Vier hoofdonderdelen van waardegedreven zorg

Op dit moment werk ik met Gijs Steinmann, naar wie ik eerder verwees, en twee van zijn promotoren Diana Delnoij en Hester van de Bovenkamp aan een paper dat is gebaseerd op in totaal 30 interviews die plaatsvonden in acht koplopersteams in vijf Nederlandse ziekenhuizen en één Amerikaans ziekenhuis en op een Delphi studie met experts. We zijn geïnteresseerd in hoe de geïnterviewden waardegedreven zorg percipiëren en hoe ze er vorm aan geven in de praktijk. Dat past bij mijn leerstoel waarin ik natuurlijk gefascineerd ben hoe gedreven zorgprofessionals in de dagelijkse praktijk vanuit hun waardeteam vormgeven aan kwaliteitsverbetering. Gebaseerd op de ordening van de data uit de 30 interviews kunnen er vier hoofdonderdelen van waardegedreven zorg worden onderscheiden: (1) waarde voor de patiënt, (2) organisatie van zorg, (3) kosten en (4) sturen op kwaliteit. In de nu volgende paragrafen komen deze vier hoofdonderdelen aan bod. Het geeft een beeld wat er bij waardegedreven zorg komt kijken. Ik zal laten zien waarop waardegedreven zorg voortbouwt en welke richting het volgens mij heen gaat.

4.2. Hoofdonderdeel 1: Waarde voor de patiënt

Met de opkomst van waardegedreven zorg is de focus in kwaliteitsindicatoren verschoven van het meten van procesindicatoren naar uitkomstindicatoren. Procesindicatoren zijn indicatoren die meten of bepaalde activiteiten tijdens een episode van zorg zijn uitgevoerd, wat is bijvoorbeeld het percentage patiënten met een beroerte dat een intraveneuze trombolysie behandeling heeft gehad. Ofschoon het hier niet gaat om uitkomsten, moeten we ons wel realiseren dat dit type indicatoren belangrijke determinanten zijn voor uitkomsten, terwijl activiteiten ook nog eens relatief makkelijk zijn te registreren of reeds worden geregistreerd. Porter et al. (2016) is kritisch over hoe procesindicatoren een goed beeld kunnen geven op wat voor patiënten belangrijk is: uitkomsten. Deze uitkomsten kunnen gaan over de bereikte of behouden gezondheidstoestand (bijvoorbeeld overleving, kwaliteit van leven), het herstelproces en wat in het herstel tegen kan zitten (bijvoorbeeld postoperatieve wondinfectie), en de duurzaamheid van de gezondheid van de patiënt (Porter, 2010). Uitkomsten kunnen worden gemeten als klinische uitkomsten en als patient reported outcome measures (PROMs, denk bij patiënten met een heupvervanging aan vragen naar of men zich kan wassen en drogen). Daarnaast kunnen ervaringen van patiënten of patient reported experience measures (PREMs, denk aan

vragen naar of de arts voldoende tijd aan de patiënt besteed, zorgvuldig luistert, duidelijk uitlegt, Stubbe et al., 2007) worden gemeten. De focus is gericht op klinische uitkomsten, PROMs en PREMs, terwijl het dus ook aan te raden is om een klein aantal relevante procesindicatoren te volgen.

Bij deze focus past het initiatief van ICHOM, het International Consortium for Health Outcomes Measurement, die internationaal komt met gestandaardiseerde sets van indicatoren, waarbij de kleine sets van indicatoren een combinatie bieden van enkele klinische maten (bijvoorbeeld overleving, herhaling bij beroerte) en een aantal door patiënten gerapporteerde maten (bijvoorbeeld over het cognitief, sociaal en motorisch functioneren na een beroerte). Op het moment van schrijven zijn er 28 van deze sets. Het nut van gestandaardiseerde indicatoren is duidelijk, het maakt benchmarken mogelijk. Wat dan essentieel is, is dat het leren van elkaar voorop blijft staan, en het leren kan worden belemmerd als die data als verantwoording wordt gebruikt. Hoe klein de sets ook zijn, en hoe goed ze misschien ook aansluiten bij wat patiënten belangrijk vinden, maar de optelsom van kwaliteitsindicatoren voor al die aandoeningen is toch nog indrukwekkend groot. Ik wil daarom pleiten voor onderzoek naar een generieke PROM (die gebruik maakt van domeinen die bij meerdere aandoeningen spelen, denk aan pijn), naar slimme technologie zoals Computerized Adaptive Testing die het aantal vragen voor patiënten kan reduceren en naar het combineren van bronnen van bestaande gegevens om tot betekenisvolle informatie te komen.

De bedoeling is duidelijk, PROMs leveren waardevolle input op voor het gesprek in de spreekkamer, ze kunnen de input leveren voor Samen Beslissen. Dat bespreken van PROMs is weer de Nederlandse draai die gegeven wordt aan waardegedreven zorg. Uit nu lopend onderzoek van Wim Sipma naar een pilot project om een PROM voor dialysepatiënten te gebruiken in de spreekkamer blijkt de praktijk weerbarstig. Soms gaat dit heel goed en is de PROM onderwerp van gesprek zowel in multidisciplinair overleg (MDO) als in het consult. Ook blijkt de PROM een gelegenheid om het gesprek te kunnen voeren over bijvoorbeeld het slapen van de patiënt of over onderwerpen die niet zo makkelijk worden besproken (seksueel functioneren). Maar er zijn ook belemmeringen. De respons wordt beïnvloed omdat patiënten de lijst liever mee naar huis nemen en moe zijn van vragenlijsten, de patiënten moeten echt worden overtuigd om de vragenlijst in te vullen. De signalen in ons kwalitatieve onderzoek zijn hoopvol over de vraag of het bespreken van de PROM nu eigenlijk wel extra tijd kost voor de arts. In de literatuur (Stacey, 2017) is er voor bijvoorbeeld Samen Beslissen wel enig bewijs dat dit tot een iets langer consult leidt, dit wordt echter genuanceerd in recent onderzoek van Haske van Veenendaal uit onze HSMO-groep. Dat een PROM meenemen in het consult meer tijd kost lijkt eerder een perceptie dan een realiteit.

4.3. Hoofdonderdeel 2: Organisatie van zorg

Porter en Lee (2013, p. 52) hebben een veel geciteerde value agenda gepubliceerd. Als eerste punt op die agenda is opgenomen: 'Organize into Integrated Practice Units (IPUs)'. Zij duiden hiermee op de opgave van een multidisciplinair waardeteam dat elkaar formeel en informeel ontmoet om na te denken over de organisatie van het geïntegreerde zorgpad van de patiënten. De patient's journey is het uitgangspunt voor een dialoog over het verbeteren van de uitkomsten van de zorg, of het verlagen van de kosten daarvan. Het waardeteam neemt ook de verantwoordelijkheid om de prestaties te verbeteren. De participanten voelen zich loyaal naar de eigen organisatie, maar ook naar het netwerk. Het betrekken van patiënten in dat waardeteam ligt voor de hand. Hoe dat betrekken van patiënten vorm kan krijgen zal ik bij de afronding van deze rede uiteenzetten.

Ik maak graag twee kritische kanttekeningen. De eerste kanttekening is dat het woord Units in Integrated Practice Units best ongelukkig is. Porter en Lee (2013) bedoelen namelijk een multidisciplinair waardeteam met vertegenwoordigers van het netwerk van betrokken zorgaanbieders, en dat kun je niet een unit noemen. Wij zouden IPU's daarom liever anders noemen, namelijk Integrated Practice Networks (IPNs). Bohmer (2016, p. 710), spreekt van 'orchestrated teams', dit zijn door zorgprofessionals geleide teams die goed ondersteund met onder meer data support en change support het zorgproces herontwerpen of transformeren. De tweede kanttekening betreft dat we bij dit opzetten van zo'n IPN kunnen voortbouwen op meer dan twee decennia lang onderzoek naar zorgpaden (onderzoekslijn van mijn gewaardeerde Leuvense collega's Sermeus en Vanhaecht) en onderzoek naar geïntegreerde zorg (onderzoekslijn van Isabelle Fabbricotti uit ons team).

Een waardeteam beoogt integratie van zorg. Onder geïntegreerde zorg wordt verstaan: "A coherent and coordinated set of services which are planned, managed and delivered to individual service users across a range of organizations and by a range of co-operating professionals and informal carers" (Minkman, 2012, p. 8, Raak et al., 2003). Valentijn et al. (2013, 2015) beschrijft verschillende vormen van integratie die eigenlijk allemaal van toepassing zijn op hoe een waardeteam idealiter zou kunnen functioneren. Om dit uit te leggen neem ik het Rotterdamse initiatief rond de zorg voor mensen met een beroerte als voorbeeld. Daarbij zijn meerdere zorgaanbieders (eerstelijns-, tweede- en derdelijnszorg) betrokken, maar naast de zorgaanbieders ook de zorginkoper. Het gaat in Rotterdam dan om zeven algemene ziekenhuizen en Erasmus MC, de ambulancedienst, Rijndam and Transmitt revalidatiezorg, Laurens verpleeghuiszorg en thuiszorg, eerstelijns zorggroep Izer, de gemeente Rotterdam en Zilveren Kruis. Het zijn partners binnen de omvattende Rotterdam Stroke Service. Valentijn et al. zouden spreken van respectievelijk organisatie- en systeemintegratie. Het waardeteam is toch vooral ook een samenwerking tussen professionals (professionele integratie) met op micro niveau de behoeften

van de patiënt als uitgangspunt (klinische integratie). Het team wordt goed ondersteund met data en informatie over uitkomsten (functionele integratie). Er is onderling vertrouwen ontstaan vanuit een gezamenlijk visie en zichtbaar betrouwbaar gedrag (normatieve integratie). Zo'n in alle opzichten geïntegreerd waardeteam komt tot betere prestaties van het zorgpad in kwestie.

Zorgpaden zijn complexe interventies. Ze kunnen helpen om evidence uit richtlijnen in de praktijk te brengen. Die evidence komt tot de patiënt via sleutelinterventies. Ze zijn bedoeld om de zorg te standaardiseren voor een specifieke aandoening. Uit de literatuur (denk aan de meta-analyse van Rotter et al., 2012) maken we op dat zorgpaden geassocieerd worden aan minder complicaties en een verbeterde documentatie. Ze dragen aantoonbaar bij aan een betere coördinatie van het zorgproces en aan een betere monitoring van het zorgproces (Vanhaecht et al., 2009). Opmerkelijk is dat in de praktijk de sleutelinterventies niet altijd worden ingezet. Van de 21 door experts belangrijk geachte interventies voor COPD patiënten, waren er 11 die te weinig werden nageleefd (Seys et al, 2017), dat wil zeggen minder dan 80% van de patiënten kreeg die zorg. De underuse zat bij COPD vooral in de preventieve interventies, zoals voorlichting over inhalator therapie, over zuurstoftherapie thuis en over stoppen met roken. Bij colorectale kanker waren er 29 van de 35 aanbevolen interventies die voor te weinig patiënten werden nageleefd (Van Zelm et al., 2017), hetgeen ook een aanzienlijke praktijkvariatie tot gevolg had. Voor mij waren deze onderzoeken eyeopeners, want niet alleen overuse (denk aan onnodige diagnostiek of niet-zinnige behandelingen) is een thema in de zorg, maar underuse is evengoed een aandachtspunt om door een waardeteam te laten aanpakken. Ik kijk uit naar onderzoek met Sylvia Elkhuizen, Lizette Van Veen-Berkx en Kris Vanhaecht rond zorgpaden en waardegedreven zorg, en doe dat vanuit een drive om underuse transparant te maken.

4.4. Hoofdonderdeel 3: Kosten

Hoewel kosten in de breuk 'health outcomes per dollar spent' een voorname rol wordt toegedacht, is de aandacht voor kosten in veel van de huidige waardegedreven zorg initiatieven nog niet groot. Het onderwerp kosten zal binnen waardegedreven zorg in de komende jaren meer aandacht krijgen. In de literatuur zien we in dit verband twee elkaar aanvullende ontwikkelingen: (1) het bepalen van de kosten van het zorgpad, via time-driven activity-based costing, en (2) het verkennen van alternatieven voor de huidige manier van bekostiging die prikkels geven gericht op waarde voor de patiënt in plaats van op volume. Ik zal nu beide ontwikkelingen 'kosten' en 'bekostiging' toelichten en de relatie leggen met toekomstig onderzoek.

Keel et al. (2017) hebben een systematic review gedaan van time-driven activity-based costing, en beschrijven deze methode om de kosten van zorg in het

betreffende zorgpad, op meso niveau dus, vast te stellen. Vanuit mijn leerstoel heeft het de voorkeur om deze eenheid van analyse te kiezen, het transparant maken van de kosten is immers een goede aanleiding om over verbetering van gedachten te wisselen. Hoewel de methode als arbeidsintensief wordt gezien, geeft deze studie aan dat dit na enige verspreiding binnen de organisatie toch wel meevalt. Juist op het punt van kosten komen value-based health care en lean management dicht bij elkaar, bij eerstgenoemde gaat het om streven naar waarde, bij laatstgenoemde om het elimineren van wat niet waarde toevoegt. Er zijn twee sleutelparameters in time-driven activity-based costing: de zogenaamde capacity cost rate en tijd om de activiteiten uit te voeren. Stap 1 in deze methode is om de aandoening vast te stellen, het risico is hier dat te grote granulariteit wordt nagestreefd. In stap 2 wordt de care delivery value chain uitgewerkt, dit betreft de activiteiten, de kwaliteitsindicatoren en de manier om patiënten te betrekken. Deze stap biedt de mogelijkheid om overtolligheden in het zorgpad te identificeren. In de kosten worden ook complicaties meegenomen. In stap 3 kan op basis van interviews, observaties of process mining een process map worden gemaakt. Stap 4 gaat over het vaststellen van de tijd dat elke bron voor de patiënt wordt gebruikt. In stap 5 worden de directe kosten berekend. De indirecte kosten van toeleverende afdelingen zoals de radiodiagnostiek en de overheadkosten worden naar rato van gebruik bepaald. In stap 6 worden de capacity costs rates (CCRs) per bron gecalculleerd. Stap 7 vraagt om de duur van gebruik met de CCRs te vermenigvuldigen.

Voor mijn beschouwing over bekostiging put ik uit mijn werk voor de Linnean werkgroep bekostiging onder voorzitterschap van Mart van de Laar. Samen met Marloes Zuidgeest, Daniëlle Cattel, Frank Eijkenaar en hem werken we aan een white paper en een publicatie waarin zowel internationale als nationale initiatieven over anders bekostigen aan bod komen. De internationale initiatieven hebben dikwijls betrekking op Accountable Care Organizations in de VS en betreffen global payments met prikkels voor geleverde kwaliteit met de mogelijkheid van shared savings. Ook zijn er buitenlandse voorbeelden van bundled payments voor zorgbundels rond specifieke aandoeningen. Uit evaluatie van deze voorbeelden blijkt dikwijls een (flinke) kostenverlaging en in veel gevallen ook kwaliteitsverbetering. In Nederland lopen er, zo blijkt uit de inventarisatie van de werkgroep, op het moment van schrijven 64 initiatieven met betrokkenheid van de meeste zorgverzekeraars. Initiatieven die moeten leiden tot afspraken met zorgaanbieders en die betrekking hebben op een range van aandoeningen. We hebben 16 interviews gedaan met nauw betrokkenen bij 12 experimenten, waarbij is gestreefd naar een variatie in te onderzoeken experimenten. De wens is om de bestaande systematiek met DOT's/DBC's te behouden maar om er iets aan toe te voegen, namelijk prikkels die goede uitkomsten en gerealiseerde kostenverlaging belonen. Eigenlijk komen er in die experimenten drie vormen van betalen bij elkaar: bundled payment, pay-for-performance en shared savings. Het gaat in die experimenten om de inkoop van zorgbundels

waarbij wordt betaald voor de **“bundel van door één of meer zorgaanbieders geleverde electieve of chronische zorg, waarbij op basis van kwaliteitsnormen of uitkomsten afspraken zijn gemaakt over shared savings”** (Van der Hijden, et al., 2019, p. 225). De zorgbundel kent een integrale prijs, die kan worden aangevuld met een extra bedrag, afhankelijk van geleverde prestaties, dat kan worden aangewend voor kwaliteitsverbetering. Jaarlijks wordt vastgesteld op basis van kwaliteitsindicatoren of meer waarde aan de patiënt is geleverd. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar verdelen op basis van gemaakte afspraken de savings. De zorgaanbieder wordt risicodragend, dat risico kan worden beperkt met een zogenaamde stop loss-afpraak. In Nederland lopen deze experimenten parallel aan een ontwikkeling dat contracten met langere looptijd worden afgesloten, dit kan worden gezien als erkenning dat lange termijn samenwerking tussen zorginkoper en zorgaanbieder gebaat is bij afspraken met langere looptijd en dat zie ik als een signaal van toegenomen onderling vertrouwen. Op instellingsniveau is een mooi voorbeeld de Bernhoven case (Van Leersum et al., 2019) dat daadwerkelijk aantoont dat innovatieve contractafspraken (waaronder een shared savings afspraak) kunnen bijdragen aan verplaatsen van zorg naar bijvoorbeeld eerste lijn.

We zijn net gestart met onderzoek naar experimenten met bekostiging in de zorg van verschillende oncologienetwerken samen met Ineke Middelveldt, Hans Nijman en binnen onze groep Thomas Reindersma, Sandra Sülz en Isabelle Fabbricotti.

4.5. Hoofdonderdeel 4: Sturen op kwaliteit

Het laatste onderdeel van waardegedreven zorg gaat over Sturen op kwaliteit. We zagen eerder dat waardegedreven zorg nieuwe kwaliteitsindicatoren met zich meebrengt. Zo komt er waardevolle feedback informatie beschikbaar over zowel uitkomstindicatoren, procesindicatoren die determinanten van uitkomsten monitoren en indicatoren over kosten. In kwaliteitsverbeterstrategieën wordt dan verwacht dat met het toepassen van het zeer bekende model voor verbetering Plan-Do-Study-Act (PDSA) iteratief wordt geleerd en producten/diensten of processen verbeteren. Taylor et al. (2014) laten in een systematic review zien dat de PDSA-cyclus weinig getrouw wordt toegepast. In slechts 2 van de 73 papers wordt voldaan aan de voorwaarden dat de PDSA-cyclus iteratief is (de kennis uit het doorlopen van de cyclus wordt gebruikt in een volgende cyclus), dat er in de plan-fase een voorspelling van een na te streven uitkomst wordt gedaan, dat de verandering op kleine schaal is getest, dat data over tijd wordt gevolgd en dat de PDSA cyclus wordt gedocumenteerd om er lokaal van te kunnen leren. In een recent artikel van de longitudinale studie van McNicholas et al. (2019) blijkt dat het getrouw toepassen van de PDSA-cyclus gedurende een programma wel duidelijk kan verbeteren. Dit

vierde hoofdonderdeel van waardegedreven zorg kan bijdragen aan het meer getrouw gaan toepassen van PDSA. In het onderzoek met Groningse promovendi Lisanne Hut en Lidia van Huizen bestuderen we die kwaliteitsverbeterstrategieën.

In de zorg zien we steeds vaker dat teams of op organisatieniveau de Raad van Bestuur hun uitkomsten volgen in een dashboard. Anne Marie Weggelaar uit onze HSMO-groep en Martine de Bruijne hebben interessant onderzoek naar dashboards en visualisatie van prestaties gedaan (Weggelaar-Jansen et al., 2018). De uitdaging is om naast extern opgelegde data ook intern wenselijke data die deels ook kwalitatief van karakter is te monitoren. Het dashboard moet zo zijn ontworpen dat het makkelijk te begrijpen is voor verschillende gebruikers. Bij afbeeldingen op het dashboard moeten de juiste keuzes worden gemaakt. Opvallend is dat zij de veel gehanteerde stoplichtrapportage afraden. Het dashboard moet in de planning & controlcyclus zijn ingebed, flexibel zijn, en goed op interne en externe managementsystemen aansluiten.

Resumerend mag het duidelijk zijn, ik vind waardegedreven zorg als beweging veelbelovend, en zie wat het (op dit moment nog wel met name intramuraal) in ziekenhuizen heeft losgemaakt. Ik hoop dat de initiatieven van 'orchestrated teams' (Bohmer, 2016) gaan bijdragen aan betere coördinatie in zorgnetwerken en aan het reduceren van de huidige fragmentatie, dat de manier waarop we voor zorg betalen betere financiële prikkels geeft om waarde te realiseren (Porter, 2010), dat we beter de voor patiënten belangrijke uitkomsten kunnen gaan meten met geaccepteerde gestandaardiseerde indicatoren, dat we de balans tussen verantwoorden en verbeteren kunnen herstellen (Meyer et al., 2012; Elg et al., 2013), en zo ook de administratieve last van zorgprofessionals kunnen verminderen. Maar toch vooral hoop ik dat we waardegedreven zorg samen met patiënten vorm kunnen gaan geven. Hierover gaat de afsluiting van deze rede.

5. Co-design en coproductie van zorg

5.1. Patient engagement bij kwaliteitsverbetering

We staan volgens Berwick (2016) voor een nieuw tijdperk, hij noemt als een van de gewenste veranderingen 'hear the voices of the people served'. De patiënt is niet langer de toeschouwer van de zorg die hij of zij ontvangt (Palmer et al., 2018), de patiënt is steeds beter geïnformeerd, de invloed verschuift naar de patiënt. Diens verborgen, slapende kennis moet worden aangeboord. De patiënt is ervaringsdeskundige en zal daarom ook als een expert participeren op grond van zijn of haar eigen ervaring. Er is sprake van een nieuwe Participatory Zeitgeist (Palmer et al., 2018) met coproducerende patiënten. Vooroordelen dat de informatie-asymmetrie tussen behandelaar en patiënt onoverbrugbaar is en dat het de patiënt ontbreekt aan competenties zijn niet meer van deze tijd. Delnoij (2019, p. 29) wijst op het risico van 'epistemic injustice', dit doet zich voor wanneer de ervaringen van patiënten niet op waarde worden geschat, niet goed worden geïnterpreteerd, of niet geloofwaardig worden gevonden. Dat zou onterecht zijn, patiënten en zorgprofessionals kunnen verschillende beelden hebben van wat belangrijk is, patiënten redeneren namelijk vanuit het 'eerste persoonsperspectief', zorgprofessionals vanuit het 'derde persoonsperspectief' (Palumbo, 2016, p. 79), beide perspectieven zijn van belang om een compleet plaatje te creëren.

Bij deze ontwikkelingen past dat waardegedreven zorg samen met de patiënt zal worden vormgegeven, de patiënt weet immers zelf het beste wat belangrijk voor hem of haar is en de kortste route naar waarde is om daar naar te vragen. Hiervoor worden in de literatuur overeenkomstige begrippen gebruikt: patient participation, patient involvement, patient engagement, coproduction, co-design. Patient and family centred care is voor mij net iets anders, bij dat concept staat de patiënt als gebruiker centraal, terwijl bij de eerdere concepten de patiënt juist mee-ontwerpt of meeproduceert. De patiënt wordt dan een zogenaamde prosumer, dat wil zeggen zowel een producent als consument van zorg. Er is sprake van co-creatie, dat is een generatief proces van collectieve creativiteit (Sanders en Stappers, 2008). Clavel et al. (2019) gaan in op patient partnering in kwaliteitsverbetering en stellen dat symbolische participatie moet worden vermeden.

Eerder gaven we aan dat patiëntparticipatie op twee niveaus plaatsvindt: (1) de directe zorg, in het microsysteem van zorgprofessional en patiënt, dit kan verder reiken dan het consult bij de arts, denk ook aan informatie zoeken op internet, praten met de familie over angst etc. (2) de organisatie of kwaliteitsverbetering

van zorg, denk hier aan participatie op meso niveau in de cliëntenraad of in een kwaliteitsverbeteringsinitiatief. Carman et al. (2013) onderscheiden nog een derde niveau namelijk het macro niveau waar het gaat om beleidsontwikkeling van de overheid met inbreng van patiëntenorganisaties. Over het microsysteem hebben we al veel gezegd, in dat microsysteem mogen we participatie van de patiënt verwachten in Samen Beslissen en het bespreken van de PROMs-metingen in de spreekkamer. Hier zijn we geïnteresseerd in wat er op dat tweede niveau speelt. Volgens Carman et al. (2013, p. 223) is het doel van patient engagement om 'actieve betrokkenheid aan te moedigen en de invloed van de patiënten op beslissingen te versterken, zowel op individueel als op collectief niveau'. Zorgaanbieders zien daar een belang in dat door Vennik et al. (2016) wordt verklaard vanuit een quality of care logic of vanuit een market logic. Met een quality of care logic willen ze weten hoe patiënten de zorg ervaren om met die informatie de kwaliteit van zorg te verbeteren, met een market logic willen zij door patient engagement vorm te geven zichzelf positief presenteren naar buiten.

In frameworks (Carman et al., 2013; Bombard et al., 2018, Bate en Robert, 2006) wordt dikwijls een continuüm van laag naar hoog patient engagement gegeven: van terugkoppelen van een klacht of cliëntervaring, naar eenzijdig informatie geven, luisteren en reageren, geconsulteerd worden en advies geven, tot coproductie en co-design van kwaliteitsverbetering. De vorm kan zijn een survey van cliëntervaringen, een focusgroep of een spiegelbijeenkomst of op de hoogste tree van de ladder experienced based co-design waarbij patiënten ervaringen op 'touch points' in de organisatie inventariseren, en deze inbrengen om samen met de zorgprofessionals tot voorstellen voor kwaliteitsverbetering te komen.

Het is nog steeds zo dat participerende patiënten niet altijd makkelijk te vinden zijn om hen mee te laten denken over kwaliteitsverbetering. In die initiatieven heeft het de voorkeur wanneer de patiënt zelf participeert boven dat iemand de patiënt representeert. Je wilt eigenlijk een diversiteit aan betrokken patiënten. Het is niet altijd makkelijk om deze patiënten te vinden, het kan aan tijd ontbreken, maar bedenk ook dat ziek zijn voor patiënten traumatisch kan zijn of grote ongemakken met zich kan meebrengen. Het bieden van financiële compensatie (Bombard et al., 2018) kan patiënten aanmoedigen om te participeren. Het is belangrijk dat organisaties vastberaden zijn in hun drijfveren om naar partnerschappen met patiënten te blijven zoeken, de literatuur (Bombard et al., 2018) concludeert niet eensluitend over de vraag of dat via een topdown aanpak moet gebeuren of juist lokaal bottom-up.

In een realist review kijken Bergerum et al. (2019) wat nu de werkzame mechanismen zijn om patient involvement bij kwaliteitsverbeteringsinitiatieven op het tweede niveau vorm te geven. Zij vinden dat het op maat maken van die betrokkenheid voor kwaliteitsverbeteringsinitiatieven in verschillende contexten leidt tot interactie en

partnerschap. Het vervolgens vanuit de organisatie ondersteunen van die interactie en partnerschap leidt tot de gewenste (gedrags)verandering. Als voorbeeld gaven ze dat de deelname aan de screening bij baarmoederhalskanker 40% meer respons opleverde, nadat in het verbeteringsinitiatief de inbreng was gerealiseerd van zogenaamde doula's met dezelfde achtergrond en moedertaal als de vrouwen die overtuigd moesten worden om deel te nemen.

5.2. De vlucht van Design thinking

Onderzoek van de NEJM Catalyst (Compton-Phillips en Mohta, 2018) laat zien dat Design thinking weliswaar nog weinig wordt toegepast, maar dat het toch wordt gezien als de discipline die de transformatie van de zorg vorm gaat geven. Methoden zoals collective idea generation, rapid prototyping, continuous testing worden in Design thinking toegepast om zorg ondersteund met technologie te laten aansluiten bij behoeften van patiënten en medewerkers. Een mooi voorbeeld waar onze afdeling bij betrokken is, betreft Spreekkamer 2030 waar we met onze kennis van Design thinking en co-design als HSMO en HTA secties hopen bij te dragen in de samenwerking met Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit van Erasmus MC en Richard Goossens van TU Delft. Een uitdagend project waarbij met behulp van nieuwe technologie (onder andere eHealth) in een veranderend zorglandschap de spreekkamer of het consult van de toekomst wordt ontworpen, voor en natuurlijk samen met de patiënt.

Design thinking brengt meerdere betrokken disciplines bij een probleem of een uitdaging bijeen en mobiliseert zo kennis (Langley et al, 2018) om samen oplossingen of interventies te ontwerpen en evalueren. Design thinking is een dialoog van de patiënt, de onderzoeker en de ontwerper. Co-design is zoals Bate en Robert stellen een joint venture. Dit heeft ook gevolgen voor ons als wetenschappers. Natuurlijk mag je in deze benadering relevante achtergrondkennis van de wetenschapper verwachten, maar er wordt meer een beroep op de wetenschapper gedaan als facilitator.

Een tastbaar voorbeeld van co-design van zorg is het voorbeeld van Christian Farman (IHI annual report, 2012). Hij kreeg op 25-jarige leeftijd de diagnose nierfalen en moest worden gedialyseerd. De behandeling en bijwerkingen waren belastend. Na een transplantatie moest hij toch weer terugkeren naar de dialyse. In het Ryhov ziekenhuis te Jönköping uitte hij zijn wens bij hoofdverpleegkundige Britt-Mari Banck om zichzelf te kunnen behandelen en zo de controle over zijn leven weer terug te krijgen. Banck leerde Farman de dialyse machine te gebruiken, de lab resultaten te interpreteren en zijn zorg te registreren. Na vijf weken kon hij zelfstandig met zijn behandeling omgaan. Deze doorgaans heel dure zorg werd goedkoper met betere uitkomsten (minder complicaties). En Farman? Hij wist zijn

ervaringsdeskundigheid te benutten en werd verpleegkundige bij dit ziekenhuis, zijn stelling was: "I have a big advantage, because I see the patient as a resource".

Als het gaat over samen de zorg ontwerpen of zo u wilt herontwerpen, dan zouden we volgens mij ook te rade moeten gaan bij de service management literatuur, en dan in het bijzonder bij literatuur die gaat over het modulair ontwerpen. Hoe lukt het Citroën tientallen personalisatiemogelijkheden te bieden voor nog steeds een schappelijke prijs, hoe kan een aanbieder van reizen vakanties modulair aanbieden, hoe kan Nike met zijn 'by you' programma de schoenen helemaal op maat leveren. Zouden we in de zorg ook op die manier samen met de patiënt kunnen personaliseren. In de industrie en dienstverlening blijkt dat niet duurder te zijn.

5.3. Experience-Based Co-Design als praktische methode

Na de toelichting op patient engagement bij kwaliteitsverbetering en de rol die co-design kan hebben sluiten we hier af met de praktische methode van Experience-Based Co-Design (EBCD, zie Bate en Robert, 2006; Vennik et al., 2016; Castro et al., 2018). Bij het toepassen van deze methode worden eerst ervaringen van de zorgprofessionals door observatie opgehaald. Vervolgens worden verhalen van patiënten en familie gefilmd, die worden samengevoegd tot een film van circa 30 minuten met triggers voor kwaliteitsverbetering. Er vindt een feedback-sessie met de zorgprofessionals plaats om thema's uit de observaties te halen. Dit wordt gevolgd door een feedback-sessie met patiënten en families om uit de film prioriteiten voor kwaliteitsverbetering te halen. Daarna volgt een gezamenlijke bijeenkomst om te komen tot gedeelde prioriteiten. Kwaliteitsverbeteringen worden in co-design werkgroepen samen uitgewerkt gevolgd door een evaluatie-sessie.

In de aanpak zit ook de zogenaamde emotional mapping methode. Daarbij worden sleutelmomenten (touch points) benoemd, dit zijn momenten van interactie, bijvoorbeeld tests ondergaan, maaltijden krijgen, bezoek ontvangen, met dokters en verpleegkundigen praten. Vervolgens wordt gevraagd naar of de ervaring positief of negatief was met simpele emotionele bewoordingen (prima, goed, lastig). Dit leidt tot een diepgaander begrip van de positieve of negatieve ervaringen van de patiënt (Dewar et al., 2010).

De kracht van EBCD is volgens Raats en Van de Steeg (2019) dat je de impact van patiëntverhalen op de zorgprofessionals ziet, en dat maakt dat er een gevoel van connectie en urgentie ontstaat. Wel is het een relatief arbeidsintensieve methode. Vennik et al. (2016) beargumenteren de waarde om samen het proces van EBCD te doorlopen. Daarbij kan, zo stellen zij, de strakke aanpak best wat worden aangepast om het te laten werken.

Waarom werken co-design en coproductie nu zo goed? Palmer et al. (2018) identificeren een aantal mechanismen. Zo zijn observaties en verhalen het uitgangspunt voor kwaliteitsverbetering. Ervaringskennis wordt van waarde, net als andere kennis. Co-design en coproductie vragen om interactie tussen patiënten en zorgprofessionals. Als er intensief wordt er samengewerkt kan een gevoel van partnerschap en van gezamenlijke verantwoordelijkheid ontstaan en dat stimuleert tot actie om doelen van kwaliteitsverbetering te bereiken. Co-design en coproductie doen een beroep op de creativiteit van wie meedoet, en daarmee is het gewoon erg leuk!

6. Dankwoord

Alleen samen kunnen we de uitdagingen zoals het tekort aan personeel in de zorg en het verstopte systeem van zorgaanbieders aan. Dat kan met behulp van nieuwe methodologieën zoals Design thinking. Ik heb daarbij vertrouwen in de collectieve creativiteit in de sector en de maatschappij. Ik voorzie een grote toekomst van wat iemand onlangs in een bijeenkomst rond de contourennota van VWS noemde 'samenzorg', een ander woord voor keten- of netwerkzorg. Mijn wens is dat zorgaanbieders die samen zorg gaan leveren, dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan samenwerken vanuit vertrouwen, dat zorgverzekeraars en gemeenten gezamenlijke opgaven zien. Betrokken partijen zullen dan over hun eigen belangen moeten heen stappen. Co-design en coproductie met de patiënt, cliënt of burger wordt het leidende principe: op micro niveau in de spreekkamer, op meso niveau in het waardeteam dat kwaliteitsverbeteringen aanjaagt in de eigen organisatie of in de regio, op macro niveau vanuit de overheid in haar stewardship rol (Klasa et al., 2018). Veel van waar ik toe oproep is al gaande.

Het is met grote dankbaarheid dat ik hier sta. Ik realiseer mij hoe belangrijk de steun en het vertrouwen is die ik heb ervaren in mijn werk. Ik dank daarom het college van bestuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam en het bestuur van Erasmus School of Health Policy & Management, het is een grote eer en hele verantwoordelijkheid om voor deze prachtige universiteit en dit prachtige instituut te mogen werken.

Mag ik ook met dankbaarheid terugkijken naar 28 jaar ervaring bij TNO-dochterondernemingen (waaronder ook het CBO), waarvan 24 jaar als leidinggevende. Uit die tijd wil ik de naam van mijn commissaris Miel Margherita noemen. Juist het als leidinggevende een steentje bij kunnen dragen aan de loopbaan van talentvolle mensen was een van de redenen om voor Rotterdam te kiezen.

Zeer veel dank ben ik verschuldigd aan de Faculteit Economie en Bedrijfskunde (FEB) van de Rijksuniversiteit Groningen waar ik promoveerde en waaraan ik vanaf 2004 verbonden was, eerst met een leerstoel in deeltijd, en vanaf 2015 voltijds. Ik heb daar zo fijn gewerkt, veel kunnen pionieren, ook via een hecht netwerk waarin het UMCG centraal stond. Ik dank Ton de Leeuw en Hen van de Water als mijn promotor en copromotor, de decanen voor de prima werkrelatie, mijn naaste collega's Manda Broekhuis, Taco van der Vaart, Hans Wortmann, Martin Land, Jochen Mierau, Koert van Ittersum, Marije Bosch en Gera Welker voor het prettige samenwerken in onderwijs en in onderzoek.

Het managementteam van Erasmus School of Health Policy & Management onder leiding van decaan Werner Brouwer dank ik voor de warme ontvangst waarbij ik de gedrevenheid voor innovatief multidisciplinair onderwijs, goede onderzoeksprestaties en impact heb gemerkt. Heel snel heb ik mij volledig thuis gevoeld in ons team Health Services Management & Organisation. Isabelle Fabbriotti en Jeroen van Wijngaarden hebben mij geweldig opgevangen, ik heb een team met bevlogen docenten en gedreven onderzoekers, die bereid zijn bijzonder hard te werken aan onderwijs, onderzoek en projecten, deze groep mogen faciliteren is voor mij elke dag weer bijzonder.

Aan de kring van mijn hechte vrienden en familie zou ik willen zeggen, dank voor jullie voelbare steun door de jaren heen, in het bijzonder toen ik zelf ervaringsdeskundigheid als patiënt aan het opdoen was, nu alweer een aantal jaren geleden.

En dan kom ik bij Francy. Mijn wens om naar Rotterdam te gaan had voor jou grote gevolgen. Een superleuke baan in Groningen heb je inmiddels achtergelaten, nu je recent in Delft kon beginnen. Dank voor je flexibiliteit, en ik beloof hier plechtig: er komt geen nieuw plan. We gaan genieten van de energie die deze stad geeft. En eerlijk gezegd, het is wel uren dichterbij Londen waar mijn twee geweldige dochters Lindsey (samen met Yuri) en Sylvia bouwen aan hun toekomst en volgens mij een unieke tijd beleven. Ik ben heel dankbaar vanwege dit hechte gezin.

Het gevoel vanuit ESHPM impact op de zorg te kunnen hebben bracht mij naar Rotterdam, dat kan alleen in samenwerking met het veld, en het patiëntperspectief is dan voor mij het vertrekpunt.

7. Referenties

Ahaus, C.T.B. (2019), "Patient betrekken bij waardegedreven zorg blijft uitdaging", *KiZ, tijdschrift over kwaliteit en veiligheid in zorg*.

Bastemeijer, C.M., Voogt, L., Ewijk, J.P. van, Hazelzet, J.A. (2017), "What do patient values and preferences mean? A taxonomy based on a systematic review of qualitative papers", *Patient Education and Counseling*, Vol. 100, pp. 871-881.

Bate, P., Robert, G. (2006), "Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient", *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 15, pp. 307-310.

Bergerum, C., Thor, J., Josefsson, K., Wolmesjö, M. (2019), "How might patient involvement in healthcare quality improvement efforts work – A realist literature review", *Health Expectations*, Vol. 22, pp. 952-964.

Berwick, D.M. (2016), "Era 3 for medicine and health care", *JAMA*, Vol. 315, No. 13, pp. 1329-1330.

Bisognano, M., (2019), *What matters to you matters to me*. (Blog 29 May 2019).

Bohmer, R.M.J. (2016), "The hard work of health care transformation", *New England Journal of Medicine*, Vol. 375, No. 8, pp. 709-711.

Bombard, Y., Ross Baker, G., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., Onate, K., Denis, J.L., Pomey, M.P. (2018) "Engaging patients to improve quality of care: a systematic review", *Implementation Science*, Vol. 13, No. 98.

Carman, K.L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., Sweeney, J. (2013), "Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies", *Health Affairs*, Vol. 32, No. 2, pp. 223-231.

Castro, E.M., Malfait, S., Regenmortel, T. van, Hecke, A. van, Sermeus, W., Vanhaecht, K. (2018), "Co-design for implementing patient participation in hospital services: a discussion paper", *Patient Education and Counseling*, Vol. 101, pp. 1302-1305.

Clavel, N., Pomey, M.P., Ghadiri, D.P. (2019), "Partnering with patients in quality improvement: towards renewed practices for healthcare organization managers?", *BMC Health Services Research*, 19: 815.

Compton-Phillips, A., Seth Mohta, N. (2018), "How design thinking can transform health care", *NEJM Catalyst*, Insights Report, June 2018.

Delnoij, D., (2019), *Samen beslissen. Via uitkomstinformatie naar patiëntgerichte zorg?*, Erasmus Universiteit Rotterdam, Erasmus School of Health Policy & Management, Rotterdam (oratie).

Dewar, B., Mackay, R., Smith, S., Pullin, S., Tocher, R. (2009), "Use of emotional touchpoints as a method of tapping into the experience of receiving compassionate care in a hospital setting", *Journal of Research in Nursing*, Vol. 15, No. 1, pp. 29-41.

Elg, M., Palmberg Broryd, K., Kollberg, B. (2013), "Performance measurement to drive improvements in healthcare practice", *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 33, No. 11/12, pp. 1623-1651.

EXPH, Lehtonen, L., Wild, C., Ricciardi, W., Pita Barros, P., Brouwer, W., DeMaeseneer, J., Kringos, D., McKee, M., Murauskiene, L., Nuti, S., Siciliani, L. (2019), *Defining value in value-based healthcare*, European Commission, Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH).

Fredriksson, J.J., Ebbevi, D., Savage, C. (2015), "Pseudo-understanding: an analysis of the dilution of value in healthcare", *BMJ Quality and Safety*, Vol. 24, No. 7, pp. 451-457.

Gray, M. (2017), "Value based healthcare, Reducing unwarranted variation to maximize the value of healthcare for populations", *BMJ*, Vol. 356, No. j437.

Haaft, G. ten (2015), *Dokter is ziek, als patiënt zie je hoe zorg beter kan*, Atlas Contact, Amsterdam.

Hijden, E. van der, Steenhuis, S., Hofstra, G., Wolk, J. van der, Bijlsma, W., Struijs, J., Koolman, X. (2019), "Ontwikkelingen in zorginkoop: van inkoop van verrichtingen naar inkoop van zorgbundels", *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, Vol. 93, No. 7/8, pp. 223-239.

Kaplan, R.S., Witkowski, M., Abbott, M., Barboza Guzman, A., Higgins, L. D., Meara, J.G., Shah, A.S., Waters, P., Weidemeier, M., Wertheimer, S., Feeley, T.W. (2014), "Using time-driven activity-based costing to identify value improvement opportunities in healthcare." *Journal of Healthcare Management*, Vol. 59, No. 6, pp. 399-412.

Kebede, S., (2016), "Ask patients "What matters to you?" rather than "What's the matter?"", *BMJ*, 354:i4045.

Keel, G., Savage, C., Rafiq, M., Mazzocato, P. (2017), "Time-driven activity-based costing in healthcare: A systematic review of the literature", *Health Policy*, Vol. 121, pp. 755-763.

Klasa, K., Greer, S.L., Ginneken, E., (2018), Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries. *Health Policy*, 122(5), pp. 457-472.

Langley, J., Wolstenholme, D., Cooke, J. (2018), "Collective making as knowledge mobilization: the contribution of participatory design in the co-creation of knowledge in healthcare", *BMC Health Services Research*, Vol. 18: 585.

Leersum, N. van, Bennemeer, P., Otten, M., Visser, S., Klink, A., Kremer, J.A.M., "Cure for increasing health care costs: the Bernhoven case as driver of new standards of appropriate care", *Health Policy*, 123, pp. 306-311.

McNicholas, C., Lennox, L., Woodcock, T., Bell, D., Reed, J.E. (2019), "Evolving quality improvement support strategies to improve Plan-Do-Study-Act cycle fidelity: a retrospective mixed-methods study", *BMJ Quality and Safety*, Vol. 28, pp. 356-365.

Meyer, G.S., Nelson, E.C., Pryor, D.B., James, B., Swensen, S.J., Kaplan, G.S., Weissberg, J.I., Bisognano, M., Yates, G.R., Hunt, G.C. (2012), "More quality measures versus measuring what matters: a call for balance and parsimony", *BMJ Quality and Safety*, Vol. 21, pp. 964-968.

Minkman, M.M.N. (2012), *Developing Integrated Care, towards a Development Model for Integrated Care*, Kluwer, Deventer (proefschrift).

OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD indicators*, OECD Publishing, Paris.

Palmer, V.J., Weavell, W., Callander, R., Piper, D., Richard, L., Maher, L., Boyd, H., Herrman, H., Furler, J., Gunn, J., Iedema, R., Robert, G. (2018), "The Participatory Zeitgeist: an explanatory theoretical model of change in an era of coproduction and codesign in healthcare improvement", *BMJ Medical Humanities*, 28 June 2018, pp. 1-11.

Palumbo, R. (2016), "Contextualizing co-production of health care: a systematic review", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 29, No. 1, pp. 72-90.

Ploch, T., Ilinca, S., Noordegraaf, M. (2017), "Beyond integrated care", *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol. 22, No. 3, pp. 195-197.

Porter, M.E. (2010), "What is value in health care?", *New England Journal of Medicine*, Vol. 363, No. 26, pp. 2477-2479.

Porter, M.E., Larsson, S., Lee, T.H. (2016), "Standardizing patient outcomes measurement". *New England Journal of Medicine*, Vol. 374, No. 6, pp. 504-506.

Porter, M.E., Lee, T.H. (2013). "The strategy that will fix health care", *Harvard Business Review*, Vol. 91, October, pp. 50-70.

Porter, M.E., Kaplan, R.S. (2016), "How to pay for health care", *Harvard Business Review*, Vol. 94, July-August, pp. 88-100.

Raak, A., Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., Paulus, A. (2003), *Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries*. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

Raats, I., Steeg, M. van de (2019), "Samen werken aan betere zorg met EBCD", *KiZ, tijdschrift over kwaliteit en veiligheid in zorg*, 7 mei 2019.

Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Willis, J., Snow, P., Kugler, J. (2012), "The effects of clinical pathways on professional practice, patient outcomes, length of stay, and hospital costs: Cochrane systematic review and meta-analysis", *Evaluation & the Health Professions*, Vol. 35, No. 1, pp. 3-27.

Sanders, E.B.N., Stappers, P.J. (2008), "Co-creation and the new landscapes of design", *Co Design*, 4, pp. 5-18.

Seys, D., Bruyneel, L., Decramer, M., Lodewijckx, C., Panella, M., Sermeus, W., Boto, P., Vanhaecht, K. (2017), "An international study of adherence to guidelines for patients hospitalized with a COPD exacerbation", *COPD*, Vol. 14, No. 2, pp.155-163.

Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M.J., Bennett, C.L., Eden, K.B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., Trevena, L. (2017), "Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review)", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD001431.

Stiggebout, A.M., Pieterse, A.H., De Haes, J.C.J.M. (2015), "Shared decision making: Concepts, evidence, and practice", *Patient Education and Counseling*, Vol. 98, No. 10, pp. 1172-1179.

Stubbe, J.H., Gelsema, T., Delnoij, D.M.J. (2007), "The Consumer Quality Index Hip Knee questionnaire measuring patients' experiences with quality of care after a total hip or knee arthroplasty", *BMC Health Services Research*, Vol. 7: 60, pp. 1-12.

Taylor, M.J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., Reed, J.E. (2014), "Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare", *BMJ Quality and Safety*, Vol. 23, pp. 290-298.

Valentijn, P.P., Boesveld, I.C., Klauw, D.M. van der, Ruwaard, D., Struijs, J.N., Molema, J.J.W., Bruijnzeels, M.A., Vrijhoef, H.J.M. (2015), "Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study", *International Journal of Integrated Care*, Vol. 15, 4 March 2015.

Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., Bruijnzeels, M.A. (2013), "Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care", *International Journal of Integrated Care*, Vol. 13, 22 March 2013.

Vanhaecht, K. (2018), "In search of Mangomoments", *The Lancet Oncology*, Vol. 19, No. 2, p. 165.

Vanhaecht, K., Ovretveit, J., Elliott, M.J., Sermeus, W., Ellershaw, J., Panella, M. (2012), "Have we drawn the wrong conclusions about the value of care pathways? Is a Cochrane review appropriate?", *Evaluation & the Health Professions*, Vol. 35, No. 1, pp. 28-42.

Vanhaecht, K., Witte, K. de, Panella, M., Sermeus, W. (2009), "Do pathways lead to better organized care processes?", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 15, pp. 782-788.

Vennik, F.D., Bovenkamp, H.M. van de, Putters, K., Grit, K.J. (2016), "Co-production in healthcare: rhetoric and practice", *International Review of Administrative Sciences*, Vol. 82, No. 1, pp. 150-168.

Weggelaar-Jansen, A.M.J.W.M., Broekharst, D.S.E., Bruijne, M. de (2018), "Developing a hospital-wide quality and safety dashboard: a qualitative research study", *BMJ Quality and Safety*, Vol. 27, pp. 1000-1007.

Zelm, R. van, Coeckelberghs, E., Sermeus, W., De Buck van Overstraeten, A., Weimann, A., Seys, D., Panella, M., Vanhaecht, K. (2017), "Variation in care for surgical patients with colorectal cancer: protocol adherence in 12 European hospitals", *International journal of colorectal disease*, Vol. 32, No. 10, pp. 1471-1478.

Zonneveld, N., Driessen, N., Stüssgen, R.A.J., Minkman, M.M.N. (2018) "Values of integrated care: A systematic review", *International Journal of Integrated Care*, Vol. 18 (4), No. 9, pp. 1-12.

Zweers, M. (2019a), "Patiënt en professional blijven gescheiden werelden", *KiZ, tijdschrift over kwaliteit en veiligheid in zorg*.

Zweers, M. (2019b), "Arts én patiënt Warner Prevoo: Stop met aangeleerde empathie", *KiZ, tijdschrift over kwaliteit en veiligheid in zorg*.



Prof.dr.ir. Kees Ahaus (1960) is hoogleraar Health Services Management & Organisation bij Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Sinds 2004 was hij bijzonder hoogleraar bij de Rijksuniversiteit Groningen, eerst voor de leerstoel Kwaliteitsmanagement en vanaf 2008 voor de leerstoel Healthcare Management. In zijn onderwijs en onderzoek houdt hij zich bezig met verbeteren van de kwaliteit van zorg met behulp van benaderingen zoals lean en waardegedreven zorg.

Vrijwel ieder ziekenhuis in Nederland is inmiddels aan de slag met waardegedreven zorg. Enthousiaste klinisch leiders mobiliseren rond de aandoening die hun aandacht heeft een multidisciplinair team dat met goede ondersteuning streeft naar het verbeteren van uitkomsten van en ervaringen met zorg. Waardegedreven zorg blijkt een veelomvattende aanpak. Het gaat over het meten van uitkomsten van zorg, in het bijzonder die welke voor patiënten belangrijk zijn. Het gaat ook over kosten en over betere prikkels om voor zorg betaald te krijgen. Verder is een goede organisatie van het zorgnetwerk van belang, opdat de patiënt alle voor hem of haar relevante interventies ook echt geleverd krijgt. Ten slotte betreft het hoe verbeteren een tweede natuur kan worden van de zorgprofessionals in dat netwerk.

Het is niet vreemd dat bij zo'n veelomvattende benadering er een debat ontstaat over wat waardegedreven zorg nu eigenlijk is. Moeten we nu spreken van waarde- of waardengedreven zorg, want zijn het niet juist onderliggende waarden van zorgprofessionals die leiden tot betere integratie en uitkomsten van zorg. Gaat het primair om uitkomsten of staat een goed, samen met de arts genomen besluit over behandeling daar niet juist borg voor? Is de focus een goed operationeel proces waarin niet wordt verspild of gaat waardegedreven zorg ook over hoe we geld voor zorg aanwenden of zelfs over de maatschappelijke waarde van het weer kunnen participeren als gevolg van zorg. In deze oratie wordt dit debat geschetst.

Hoe veelbelovend de aanpak van waardegedreven zorg ook is, er zijn zeker een aantal aspecten onderbelicht. Zo zal waardegedreven zorg zich juist verder moeten uitstrekken dan de zorgpaden binnen het ziekenhuis en zullen die via co-design met zorgprofessionals én patiënten moeten worden ontworpen. Uitgewerkt wordt welke essentiële informatie ontbreekt wanneer patiënten onvoldoende betrokken zijn bij het verbeteren van zorg. Zorg bieden en leveren is nu eenmaal echt wat anders dan ondervinden.

Erasmus University Rotterdam
Erasmus School of Health Policy & Management
Bayle Building
Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam, the Netherlands
T +31 10 408 8555
E communicatie@eshpm.eur.nl
W www.eur.nl/eshpm