Hoe vier GGZ-instellingen besloten hun zorg waardegedreven te maken

Hoe vier GGZ-instellingen besloten hun zorg waardegedreven te maken

“Begin bij de inhoud van zorg, niet bij de financiering”

Eind 2017 bundelden vier GGZ-instellingen in verschillende uithoeken van Nederland de krachten in de Volante-coalitie. Het doel? Werk maken van de toepassing van Value-Based Healthcare in de geestelijke gezondheidszorg. Samen wisselen zij informatie uit en meten zij ‘betekenisvolle’ uitkomsten om vervolgens van elkaar te leren en tot betere zorg te komen. Leren van elkaar en ervaringen uitwisselen staan voorop. Het financiële vraagstuk komt later. Hoe pakt Volante dat aan, welke lessen hebben zij geleerd? En hoe kijken zij naar de kritiek op VBHC van buitenaf? Een interview met bestuurder Joep Verbugt en kwartiermaker Cassandra Koning: “De resultaatsgerichte en financiële discussie rondom VBHC is illustratief voor het geïnstitutionaliseerde wantrouwen in de zorg.”

Leesduur: 12 minuten

Door: Matthijs van Dam & Judith Nuijens

Wat was de drijfveer om Volante op te richten?

Joep: Wij zochten naar een manier om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Samen gaat dit sneller dan wanneer elke instelling zijn eigen weg kiest. Het helpt dat we niet in elkaars vaarwater zitten. De ggz-instellingen die onderdeel uitmaken van Volante zitten in Noord-Holland, Eindhoven, Overijssel en Groningen. De betrokken organisaties hebben een vergelijkbaar portfolio als het gaat om een accent op complexere problematiek, ook met een forensisch aspect in het zorgpakket. In deze instellingen bestond een intrinsieke wens bij de professionals om van elkaar te leren, en om cliënten daarbij te betrekken.

De Volante-coalitie bestaat uit vier GGZ-instellingen: Lentis, GGZ Noord-Holland-Noord, GGzE en Dimence. Gezamenlijk bieden de vier organisaties geestelijke gezondheidszorg aan 10 procent van de cliënten in Nederland. Er werken in totaal ongeveer 10.000 medewerkers. De coalitie richt zich ons op de

ontwikkeling van betekenisvolle uitkomsten voor de patiënt in de geestelijke gezondheidszorg, met als doel het zorgaanbod beter te laten aansluiten op de zorgvraag en op zoek te gaan naar nieuwe methoden en technieken om resultaten te verbeteren. Dit doen zij door bij elkaar in de keuken te kijken en behandelingen met elkaar te vergelijken om zo meer van elkaar te leren.

Wat was de drijfveer om Volante op te richten?

Joep: Wij zochten naar een manier om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Samen gaat dit sneller dan wanneer elke instelling zijn eigen weg kiest. Het helpt dat we niet in elkaars vaarwater zitten. De ggz-instellingen die onderdeel uitmaken van Volante zitten in Noord-Holland, Eindhoven, Overijssel en Groningen. De betrokken organisaties hebben een vergelijkbaar portfolio als het gaat om een accent op complexere problematiek, ook met een forensisch aspect in het zorgpakket. In deze instellingen bestond een intrinsieke wens bij de professionals om van elkaar te leren, en om cliënten daarbij te betrekken.

We zijn geïnspireerd geraakt door wat Santeon[1.] deed op het gebied van Value Based Healthcare in de ziekenhuiswereld. Professionals komen daar bij elkaar om het met elkaar te hebben over de inrichting en uitkomsten van zorg, zonder allerlei bestuurlijke opsmuk.

Wat kon er bij jullie beter qua zorginhoud?

Joep: Door buitenstaanders wordt het zorgproces binnen de ggz soms gezien als een blackbox, waarvan men de zorguitkomst maar moet afwachten. Ondanks dat er best veel over de uitkomsten bekend is, blijft het beeld van een achterblijvende ggz op het gebied van uitkomsten en profilering hardnekkig. Er was niet per definitie iets mis, maar wel een gedachte dat altijd alles beter kan.

Daarbij gaat het ook vooral om het verbeteren van het maatschappelijke beeld van de GGZ. Een voorbeeld: 95% van de mensen die in Nederland sterft doet dat terwijl hij of zij onder behandeling is van een arts. Er wordt echter zelden de vraag gesteld hoe het kan dat die persoon is gestorven. Er was immers een arts bij. Als het gaat om suïcides wordt die vraag wél gesteld: hoe heeft die persoon zelfmoord kunnen plegen terwijl diegene onder behandeling stond? Bij het ene geval stellen we veel vragen, en bij de andere vinden we de gang van zaken totaal vanzelfsprekend. Als je uit het ziekenhuis wordt ontslagen na een zware operatie en naar een verjaardagsfeestje gaat sta je in het middelpunt van de belangstelling. Als je in de ggz opgenomen bent geweest, is het de vraag of je dit uberhaupt vertelt. Wanneer je met elkaar op zoek wilt gaan naar wat wel en niet werkt, is het belangrijk om psychische problematiek bespreekbaar te maken. Men is nu nog handelingsverlegen als het gaat om psychische problematiek.

We zijn geïnspireerd geraakt door wat Santeon[1] deed op het gebied van Value-Based Healthcare in de ziekenhuiswereld. Professionals komen daar bij elkaar om het met elkaar te hebben over de inrichting en uitkomsten van zorg, zonder allerlei bestuurlijke opsmuk.

Wat kon er bij jullie beter qua zorginhoud?

Joep: Door buitenstaanders wordt het zorgproces binnen de ggz soms gezien als een blackbox, waarvan men de zorguitkomst maar moet afwachten. Ondanks dat er best veel over de uitkomsten bekend is, blijft het beeld van een achterblijvende ggz op het gebied van uitkomsten en profilering hardnekkig. Er was niet per definitie iets mis, maar wel een gedachte dat altijd alles beter kan.

Daarbij gaat het ook vooral om het verbeteren van het maatschappelijke beeld van de GGZ. Een voorbeeld: 95% van de mensen die in Nederland sterft doet dat terwijl hij of zij onder behandeling is van een arts. Er wordt echter zelden de vraag gesteld hoe het kan dat die persoon is gestorven. Er was immers een arts bij. Als het gaat om suïcides wordt die vraag wél gesteld: hoe heeft die persoon zelfmoord kunnen plegen terwijl diegene onder behandeling stond? Bij het ene geval stellen we veel vragen, en bij de andere vinden we de gang van zaken totaal vanzelfsprekend. Als je uit het ziekenhuis wordt ontslagen na een zware operatie en naar een verjaardagsfeestje gaat sta je in het middelpunt van de belangstelling. Als je in de ggz opgenomen bent geweest, is het de vraag of je dit uberhaupt vertelt. Wanneer je met elkaar op zoek wilt gaan naar wat wel en niet werkt, is het belangrijk om psychische problematiek bespreekbaar te maken. Men is nu nog handelingsverlegen als het gaat om psychische problematiek.

Wat hebben jullie geleerd van de manier waarop Santeon VBHC heeft geïmplementeerd?

Joep: We zijn destijds bij Santeon langsgeweest en daar hebben we hun adviezen goed in onze oren geknoopt: zet professionals bij elkaar, zet er niet meteen financiële druk op, zorg dat je een klimaat creëert waarin professionals daadwerkelijk tot een open uitwisseling van ideeën komen en leer meer van je fouten dan van je successen. Om met elkaar te leren en verbeteren op basis van data, moet je een sfeer en ruimte creëren waarin professionals zich daartoe ook uitgenodigd voelen.

Ga daarin niet te snel, neem de tijd om met elkaar problematieke diagnoses goed vast te stellen. Het ontwikkelen van duidelijke begrippenkaders is belangrijk. Vervolgens ga je kijken langs welke weg je wat wilt meten, en welke instrumenten en criteria je daaraan koppelt. Hier hebben wij een hele tijd voor nodig gehad. In de ziekenhuiswereld gaat dat misschien iets makkelijker, maar ook zij hebben er lang over gedaan om dat inzichtelijk te krijgen.

“Als professionals zelf zien wat waarde is, gaan ze er ook naar handelen”

Hoe hebben jullie de adviezen van Santeon in de praktijk gebracht?

Joep: We zijn begonnen met onze professionals te vragen over welke thema’s zij graag met elkaar in gesprek wilden. Vooral angst en depressie kwamen naar voren als een van de belangrijke onderwerpen. Dat is ook een van de belangrijkste onderdelen van de problematiek waar de ggz mee te maken heeft. Maar er was ook behoefte aan een dialoog over autisme en acute psychiatrie. Met deze groepen zijn wij uiteindelijk van start gegaan. We merkten wel dat je niet voor alle diagnosegroepen exact dezelfde aanpak kan hanteren. De projectgroep angst en depressie hanteert een andere aanpak voor het in kaart brengen van betekenisvolle uitkomsten dan de projectgroep Acute psychiatrie of autisme.

Cassandra: We zien VBHC niet als een religie die je koste wat het kost moet volgen. Door het meer als handvat te gebruiken, hebben we een voortschrijdend inzicht verkregen in het begrip ‘kwaliteit’. Het resultaat van Volante is niet gelijk aan cijfers van betekenisvolle uitkomsten. Het resultaat is dat we samen aan het leren en verbeteren zijn en zo vorm geven aan het begrip ‘nieuwe kwaliteit’. Het proces dat we als Volante instellingen met elkaar doorlopen, komt tot stand in de interactie tussen professionals en cliënten en is eigenlijk op zichzelf al het resultaat; door elkaar op te zoeken, mee te lopen, van elkaar te leren, ervaringen uit te wisselen etc verbeteren we met elkaar de zorg. Niet de uitkomst van data zijn hierbij van belang, maar de manier van werken.

Professionals weten elkaar te vinden en kijken bij elkaar in de keuken. Data gebruiken we wel, maar ook de context is heel belangrijk. Er zit een verschil tussen de situatie in Noord-Holland-Noord en Eindhoven. Kun je de uitkomsten dan vergelijken, en zo ja, wat zeggen die data dan? In het hele proces zijn zowel behandelaren als ervaringsdeskundigen betrokken. Op basis van de data worden dan interessante gesprekken gevoerd in de projectgroepen. Voor een behandelaar kan ‘kwaliteit’ immers iets anders betekenen dan voor een cliënt. Als iemand depressief is, zou de behandelaar wellicht denken dat de behandeling een succes is als de depressie zo goed als verdwenen is. Terwijl dit voor de client mogelijk niet haalbaar voelt en het al heel waardevol is als hij/zij de kinderen zelf weer naar school kan brengen.

Joep: Wat we zien is dat professionals ook op het gebied van allerlei andere vraagstukken elkaar opzoeken. Zo hebben we recent het thema leefstijl opgepakt omdat leefstijl een belangrijke rol speelt in de geestelijke gezondheid. De mate van ondersteuning en facilitering die vanuit het thema leefstijl gegeven wordt, heeft een grote meerwaarde.

‘’Na een operatie aan mijn knie moest ik vier vragenlijsten invullen over mijn ervaring. Waarom vroeg het ziekenhuis niet gewoon een gesprek met mij aan? Dan had ik meer kunnen vertellen dan ik nu in 120 vragen heb gedaan”

Joep: Een voorbeeld: ondanks dat het nu op een lager pitje staat door corona, zijn we recent begonnen met laagdrempelige leefstijlprogramma's voor cliënten, bijvoorbeeld rondom eten, meer bewegen en niet roken. Welke leefstijlveranderingen hebben een positieve invloed op gezondheid en welzijn?

De levensverwachting van de cliënten die aan deze programma’s meedoen ligt ongeveer 20 jaar lager dan gemiddeld. Wat we dan hopen is dat cliënten merken dat die programma’s leiden tot een betere levensstijl.

Cassandra: Binnen de vier ggz-instellingen van Volante veschillen de invullingen van het leefstijlprogramma van elkaar. Zo heeft Lentis het Centrum Integrale Psychiatrie (CIP) waarbij de focus niet alleen ligt op de klachten, maar ook gewerkt wordt aan het vergroten van de (draag)kracht. De andere Volante instellingen zijn ook bezig met leefstijl, maar daar zijn dit over het algemeen nog wat meer losse initiatieven . De leefstijlprogramma’s van de verschillende instellingen willen we dit jaar wel samenbrengen. Zo kunnen we van elkaar leren en kijken wat dit doet met de kwaliteit van zorg voor de client maar ook wat dit doet voor de medewerker.

We zijn pragmatisch en met een duidelijke focus gestart: een aantal thema’s die in projectmatige vorm worden uitgewerkt in plaats van een ‘meerjarig’ masterplan. Wanneer een thema eenmaal goed loopt, kan er gekeken worden of het tijd is voor uitbreiding met een nieuw thema. Dit jaar starten we met leefstijl, maar ook persoonlijkheidsstoornissen of complexe doelgroepen staan nog in de planning. De vraag ‘wat draagt dit bij aan kwaliteitsverbetering?’ staat altijd centraal en is een toetssteen voor nieuwe initiatieven binnen Volante.

Wanneer vinden jullie dat de implementatie van het VBHC-gedachtegoed goed loopt?

Joep: Daar kun je heel ingewikkeld over doen, maar uiteindelijk loopt in onze visie iets goed als professionals zeggen dat ze er iets aan hebben. We moeten niet vergeten dat VBHC vooral draait om betekenisvolle zorg voor de cliënt.. We zijn gewend om kwaliteit sterk uit te drukken in cijfers en data, die ons weer perspectieven geven. Wanneer je het over resultaten hebt, spreken wij liever van ‘merkbaar’ dan ‘meetbaar’. Het draait daarin vooral om de ‘wat’-vraag. Wat vinden cliënten en wat vinden professionals?

Wat zijn onderdelen die in het proces ondersteunend zijn? De vraag wat VBHC oplevert, ligt bij veel mensen als eerste op de lippen. Maar daar kunnen we nog helemaal geen antwoord op geven, we zijn nog in de ontdekkingsfase. Als je te snel gaat met VBHC loop je het risico dat je het gras snijdt voordat het goed en wel opgekomen is. Om in die termen te blijven zien we nu dat het gras groener doorkomt, maar dat we nog niet moeten gaan maaien.

Professionals en cliënten hebben vaak verschillende ideeën over de betekenis en invulling van 'waarde'. Hoe breng je dat samen?

Cassandra: Bij Volante zitten in elke projectgroep ervaringsdeskundigen. Zij denken samen met de professionals mee in wat betekenisvolle uitkomsten zijn voor clienten en hoe we dit kunnen operationaliseren. Zo is er voor Acute psychiatrie een vragenlijst ontwikkeld met het zogeheten Positive Perception Program. Op het moment dat een client de HIC (High Intensive Care) verlaat, wordt deze korte vragenlijst afgenomen. De vragenlijst is opgesteld op basis van input uit zgn 'spiegelgesprekken'

die we hebben georganiseerd op Volante dagen. Met die vragenlijst krijgen wij in kaart hoe de cliënt de zorg ervaart. Worden zij naar hun mening genoeg betrokken, krijgen zij het gevoel dat er naar hen geluisterd wordt? De uitkomsten van de vragenlijst worden met elkaar vergeleken en ook in de behandelteams zelf besproken. Zo kunnen instellingen en hun teams zien hoe de zorg en het verblijf ervaren is door een cliënt. Op basis daarvan kun je al direct verbeterslagen maken.

"De honger en behoefte om meteen te weten of iets werkt is onstilbaar, maar dat is een een heilloze weg"

Joep: Die vragenlijst is een flexibele manier om cliënten letterlijk en figuurlijk te bevragen over hun ervaringen. Als bestuur heb je vaak de neiging om direct te vragen naar de uitkomsten. Zo voorzie je dat proces te snel van teveel druk, waardoor je uiteindelijk niet het antwoord krijgt waarmee je verder komt. Laat professionals eerst zelf tot een goed gedragen en gemeenschappelijke conclusie komen, en ga als bestuurder even op je handen zitten. Dat geldt overigens ook voor verzekeraars en voor de samenleving in zijn geheel. Het in kaart brengen van 'betekenisvolle' uitkomsten moet je eerst voorzien van goede randvoorwaarden. Dat is geen kwestie van alleen wat data verzamelen.

Vier jaar geleden kreeg ik een nieuwe knie. Vanuit het ziekenhuis heb ik inmiddels vier vragenlijsten gekregen van elk 30 vragen, met tussenperiodes. Vanuit het ziekenhuis heb ik echter nooit reactie gehad, behalve wanneer zij mij weer een nieuwe vragenlijst stuurde. Waarom hebben ze niet gewoon een gesprek aangevraagd? Dan had ik hen meer kunnen vertellen dan ik nu in 120 vragen heb gedaan. Dataverzameling suggereert wetenschap, maar betrekt vaak slechts een deel van het verhaal.

Kwaliteit van zorg is dus niet altijd meetbaar?

Cassandra: Bij de lijn voor angst en depressie was er een ervaringsdeskundige die zei: 'ik wil best langer wachten als ik een goede klik heb met een behandelaar. Die wachttijd is voor mij niet persé een indicator voor kwaliteit." Als de klik met een behandelaar voor een client waardevol is, dan ga je met elkaar verkennen hoe je die 'klik' kan operationaliseren. Daarom is de input van ervaringsdeskundigen zo belangrijk. Zaten er alleen behandelaren aan tafel, dan was dit punt mogelijk niet eens aan de orde gekomen en hadden we wellicht alleen 'korte wachttijd' als een indicator gezien van kwaliteit.

Er is ook veel kritiek op de toepassing van VBHC in de GGZ. Zo noemde Jim van Os het eerder een 'boterzacht managementconcept' en zette hij vraagtekens bij het gebruik van resultaatgerichte

financiering bij VBHC. Hoe kijken jullie naar die kritiek?

Joep: Jim van Os heeft verder doorgeleerd dan ik, maar ik denk dat je een verschil moet maken tussen het nut om betekenisvolle uitkomsten boven te krijgen en de vraag of je dat kunt en wilt gebruiken voor het financieren van zorg. Dat zijn twee totaal verschillende dingen. Die willen wij niet aan elkaar koppelen en die discussie willen wij voorlopig ook even buiten de deur houden. Waarom de ROM-discussie[2] in de GGZ is misgegaan ligt vooral aan het feit dat al die data direct gekoppeld werd aan allerlei initiatieven die verder niks met de inhoud van zorg te maken hadden. Veel professionals stonden toen voor verplichtingen waarvan ze zich afvroegen waarom ze dat überhaupt moesten doen. Als professionals zelf zien wat de waarde is, gaan ze er ook naar handelen. Of je dan ook resultaatsgerichte financiering moet hanteren, is een heel andere vraag.

Voorlopig maken jullie de koppeling met financiering niet. In de toekomst wel?

Joep: Vooralsnog niet, maar begin sowieso niet met die koppelingsvraag. Ook de medische wereld heeft laten zien dat die koppeling heel tricky is, want onnodige vervolgdiagnostiek kan financieel aantrekkelijk zijn omdat je er simpelweg voor betaald wordt. In een kankerziekenhuis sterven meer mensen aan kanker, dat is op zich logisch. Onder mensen met de meest complexe problematiek komen meer suïcides voor. Maar kun je die mensen allemaal in een doosje stoppen? Die financieringsgedachte veronderstelt een soort instrumentele mogelijkheid om dat te doen. Daarmee willen wij ons nog helemaal niet bezighouden. Santeon had pas na een jaar of acht het idee dat ze bepaalde medisch-specialistische handelingen goed met elkaar konden vergelijken. Je moet er gewoon een paar jaar voor uittrekken. De honger en de behoefte om meteen te weten of iets werkt is echter onstilbaar, maar dat is een een heilloze weg. Het is niet ‘boterzacht’ als cliënten en professionals het idee hebben dat zij echt op een goede manier op weg zijn.

Cassandra: Door de financiering te snel te koppelen aan dergelijke initiatieven haal je alle energie eruit en raak je de professionals kwijt. Laat mensen eerst in een proeftuin met elkaar de dialoog aangaan over de inhoud. Als de ene organisatie bijvoorbeeld worstelt met het terugdringen van separaties, wat kunnen zij dan leren van de andere organisatie, die op dat vlak misschien veel succes boekt? Als toepassing van die methodiek er dan voor zorgt dat de separaties in de andere organisatie worden teruggedrongen, heeft dat vast ook financiële consequenties maar die koppeling maken we nog niet. We starten echt met de inhoud.

Joep: De resultaatgerichte en financiële discussie rondom VBHC is illustratief voor het geïnstitutionaliseerde wantrouwen in de zorg. Er is geen enkele sector waar de administratieve lastendruk hoger is dan in de GGZ. Als behandelaars een kwart tot een derde van de tijd aan administratie besteden, zijn dat constante uitingen van wantrouwen. Als ik met mijn hand wat zand van de grond pak en mijn hand openhoud, dan blijft dat zand gewoon liggen. Wanneer ik mijn hand dichtknijp, zoekt het zand tussen mijn vingers een uitweg. Dat is die rusteloze drang om maar resultaten te forceren en je niet tevreden te stellen met de kwaliteitseisen in de GGZ waar die zorg aan moet voldoen. We hebben in de coronatijd kunnen zien dat er meer gepresteerd werd ondanks dat er minder om verantwoording werd gevraagd. Een volstrekt tegenovergestelde richting.

De samenwerking binnen Volante werkt dus omdat de instellingen niet elkaars buren zijn, maar in de jeugdzorg wordt wel op regionaal vlak veel samengewerkt. Heeft dat gevolgen voor de opschaalpotentie van VBHC naar andere zorgsectoren, zoals de jeugdzorg?

Joep: Ik heb achttien jaar in de jeugdzorg gewerkt. Daar mochten we eerst niets van de gemeente, want alles was concurrentie ten opzichte van elkaar. Ik denk dat voor welke andere sector ook het letterlijk en figuurlijk met elkaar in kaart brengen van betekenisvolle uitkomsten altijd zinvol is. Belangrijk is dat elke sector bekijkt wat de betekenisvolle uitkomsten voor hen zijn, want die uitkomsten verschillen in de jeugdzorg van de ouderenzorg.

Alleen moet je daarvoor wel dat idee van concurrentie en marktwerking laten varen?

Joep: Maar dat is nu toch langzamerhand ook wel gemeengoed geworden? Op eenvoudige, niet-complexe aandoeningen zoals knieën, heupen, enkelvoudige depressies en andere sectoren waar zorgaanbieders zich behoorlijk hebben uitgebreid kan je prima concurreren. Voor complexe zorg geldt dat niet. Daar is concurrentie eerder een belemmering dan een stimulans. Kijk naar de coronacrisis. Of het nou gaat om vaccins of om het gebruik van IC-capaciteit, het zijn allemaal voorbeelden waarbij je toch meer gebaat bent bij samenwerking dan concurrentie.

Wat is jullie tip voor zorginstellingen die er nu over denken om met VBHC te gaan werken?

Joep: Zoek elkaar meer op, faciliteer uitwisseling op niveau van professionals en houd de bestuurlijke drukte weg. De ROM-discussie werd overheerst door financiële en bestuurlijke drukte. Laat de professionals en cliënten doen wat ze moeten doen, want waardevolle zorg is uiteindelijk een co-creatie tussen hen.

Cassandra: Begin vanuit de inhoud en klein. Wees als bestuur daarin faciliterend. Laat waardevolle zorg van onderop ontstaan. Wat vinden de professionals en de cliënten belangrijk? Als je eenmaal die samenwerkingsenergie hebt waarbij mensen het leuk vinden om elkaar op te zoeken en te spreken, dan begint het te lopen.

Joep Verbugt is voorzitter van Volante, Voorzitter Raad van Bestuur van GGzE, Voorzitter van Planetree Nederland, boardmember Planetree International en medeauteur van het boek Mentale Vooruitgang.

Cassandra Koning is kwartiermaker bij Volante en tevens oprichter van en adviseur bij Bureau Helder.