

*Nederlands Hart Netwerk maakt
netwerkgeneeskunde concreet*

‘GEWOON AAN DE SLAG MET MENSEN DIE ERIN GELOVEN’

Vier ziekenhuizen – waaronder een hartcentrum – en drie eerstelijns zorgkoepels in Zuidoost-Brabant vormen sinds 2015 het Nederlands Hart Netwerk. Mede-initiatiefnemers Lukas Dekker, cardioloog in het Catharinaziekenhuis en hoogleraar aan de Technische Universiteit Eindhoven en Luc Theunissen, cardioloog in het Máxima Medisch Centrum en voorzitter van het Nederlands Hart Netwerk maken de voorlopige balans op: lagere kosten, betere uitkomsten en zicht op betere financiering.

TEKST: FRED HERMSEN FOTO: ARNOLD REYNEVELD

Het Nederlands Hart Netwerk vertaalt Value Based Healthcare in grootschalige netwerkgeneeskunde. In 2018 kreeg het initiatief erkenning van Michael Porter himself in de vorm van de VBHC Prize. Hij roemde het netwerk als de meest vooruitstrevende en concrete vorm van uitkomstgerichte netwerkgeneeskunde.

Die voorsprong zorgt er ook voor dat voorziene obstakels heel concreet zijn geworden. ‘Dat was de bedoeling’, zegt Luc Theunissen. ‘In 2015 waren veel regio’s al bezig met de Juiste zorg op de juiste plek. De initiatieven kwamen zelden voorbij de pilotfase, en we konden al snel conclusies trekken over de knelpunten. Bijvoorbeeld dat de guidelines van de eerste en tweede lijn niet goed op elkaar aansloten. Zo hanteerden we -om maar iets te noemen- verschillende waarden voor LDL-cholesterolgehalten. Ook zagen we dat de weerstand al snel ging over geld. Begrijpelijk, want

met de verplaatsing van eenvoudiger zorg naar de eerste lijn lever je immers in op je verdienmodel, terwijl je als ziekenhuis wel de peperdure gecompliceerde operaties voor je rekening moet blijven nemen. Die discussie stokte, en dus de initiatieven.’

Vanuit resultaat redeneren

Lukas: ‘Wij waren van mening dat je het beste maar gewoon aan de slag kon gaan met de mensen die geloven in netwerkgeneeskunde. Onderweg bekijk je dan hoe je de dilemma’s samen kunt oplossen.’ Luc: ‘Het doel van het netwerk was niet om de structuur of processen aan te pakken, maar vanuit het gewenste resultaat voor de patiënt te redeneren, en dan samen de vraag te stellen: wat is daarvoor nodig in de operationele sfeer? Dat er dan structuurveranderingen komen is prima, maar het was geen doel.’ Vier ziektebeelden zijn sinds 2015 onder de loep genomen door evenveel werkgroepen, waarbij cardiologen



Cardiologen Luc Theunissen (links) en Lukas Dekker

en huisartsen uit de regio hun inbreng geven: Atriumfibrilleren, Hartfalen, Coronairlijden en Kleplijden. Voor alle vier zijn subnetwerken ontstaan. In zes jaar tijd is het netwerk langzaam tot bloei gekomen, in een doorlopend proces van draagvlak vergroten, zoekwerk, experimenteren en afstemmen. Slimmer gebruik van data, hogere kwaliteit van de diagnosestelling en standaardisering van protocollen in de drie zorglijnen hebben de volle aandacht gehad om de partijen binnen het netwerk op elkaar aan te sluiten.

Zwaan kleef aan

Lukas: 'We zijn dus klein begonnen, vanuit de inhoud en niet vanuit de bestuurlijke arena. Ook zijn steeds meer zorgverleners aangehaakt bij de werkgroepen: zwaan kleef aan dus. Denk aan huisartsen en paramedische beroepen. Inmiddels zijn we een serieuze speler met een eigen wetenschappelijke staf. Ook de bestuurders van de zieken-

Lukas: 'Iedereen besefte gaandeweg: als we nu niet over onze angst heenstappen, gaan op termijn anderen voor ons beslissen, en verliezen we invloed op proces en kwaliteit'

huizen, huisartsenzorggroepen en msb's in de regio Zuidoost Brabant hebben zich achter de doelstellingen geschaard. Dat was ook nodig om een gesprekspartner voor de politiek te zijn.' Luc voegt toe: 'Met Dennis van Veghel, directeur van Nederlandse Hart Registratie, hebben we de guidelines van Value Based Healthcare vertaald in praktische richtlijnen voor het Nederlands Hart Netwerk. Centraal heeft daarbij altijd het perspectief van de patiënt gestaan. Wat dat betreft is het mooi dat we nu een focusgroep hebben voor de vier ziektebeelden, en dat er een eigen patiëntenadviesraad is.'

Gevraagd naar een paar praktische verbeteringen, zegt Luc: 'We testen of mensen met een klein hartinfarct al in de ambulance kunnen worden getest op het risico dat ze lopen. Is dat een groot risico, dan worden ze direct naar een dottercentrum gereden. En bij de boezemfibrillatie bekijken we of we op de spoedeisende hulp in plaats van drie uur, ook acht uur kunnen wachten of de anti-aritmische medicatie aanslaat, zodat we minder snel tot verdere ingrepen hoeven over te gaan.' Lukas zegt dat ze voor dergelijke vernieuwingen niet afhankelijk zijn van goedkeuring door de Nederlandse Zorgautoriteit. 'Het gaat niet om experimentele zorg, het is een betere toepassing van wat we al kennen.'

Consultants van de eerste lijn

De hartpatiënten in de regio bewandelen nu steeds effectiever transparante zorgpaden, langs de ketenpartners waar hun behandeling om vraagt. Gevolg: significante verbeteringen in zowel de patiënt-relevante uitkomsten als in de kosten. Zo daalden de kosten voor hartfaalbehandeling per saldo 25 procent. Transmurale zorg en betere ketensamenwerking hebben de toekomst, concludeert Lukas dan ook na zes jaar. 'Hartproblemen zijn in opmars, instellingen kunnen de groei van de vraag niet bijhouden en de kosten worden te hoog. En voor huisartsen is het lastig om



zelfstandig op de hoogte te blijven van de nieuwe ontwikkelingen.’ Luc: ‘Maar ze moeten wel adequaat kunnen diagnosticeren om aan te sluiten op de tweedelij. Het is onze taak hen daarbij te helpen; medisch specialisten beschouw ik als consultants voor de eerstelij. Als dat goed gaat, kunnen ze meer zelf oplossen en weten ze sneller wanneer doorverwijzing nodig is.’ Een andere ontwikkeling is de toenemende specialisatie binnen de hartzorg. ‘Die leidt steeds vaker tot doorverwijzing in de tweede en derdelijnszorg zelf, zegt Luc, ‘Daardoor hangen mortaliteitscijfers in het ene ziekenhuis steeds nauwer samen met behandelingen in andere instellingen. Verbeteren van de kwaliteit betekent dus automatisch samenwerken.’ En de vrees om er financieel op achteruit te gaan? ‘Die is verdwenen’, benadrukt Lukas. Iedereen beseftte gaandeweg: als we nu niet over onze angst heenstappen, gaan op termijn anderen voor ons beslissen, en verliezen we invloed

Luc: ‘Hoe kunnen we elkaar in de regio helpen? Dat is een hele andere mindset dan: hoe hou ik mijn eigen tent in de lucht?’

op proces en kwaliteit.’ Er liggen nog wel grote vraagstukken op tafel. ‘Ik heb geleerd dat we nooit goed zicht hebben gehad op wat huisartsen zelf al oplossen. Dat is heel veel. Volgende stappen vragen om innovatie. Ik denk in termen van het gericht verzamelen en delen van data, zodat er voor iedereen in de zorgketen zinnige informatie ontstaat en we afkomen van de silo’s van informatie. Dat is een taak voor alle ketenpartners, waarbij voor elke partij nieuwe uitdagingen ontstaan.’

Waanzin natuurlijk

Ook de financiering blijft een zware dobber. Luc: ‘Ziekenhuizen worden betaald per volume. Met het netwerk hebben we gezegd: dat levert geen kwaliteitsimpuls. Een medisch specialist zou allereerst moeten worden afgerekend op kwaliteit, niet op de hoeveelheid ingrepen die hij verricht. Dat geldt ook voor de samenwerking in het netwerk. Als wij door hoge zorgkwaliteit en efficiënte werkverdeling in het netwerk minder hartpatiënten krijgen in ons ziekenhuis, zadelen we het ziekenhuis automatisch op met een financieel probleem, dan halen ze de afgesproken productiecijfers niet. Waanzin natuurlijk. Zorgverzekeraars als VGZ en CZ zien dat ook in, en samen denken we nu na over een andere financieringsmethodiek.’ Hij blikt vooruit: ‘Ik ben zelf gecharmeerd van bundle payments, waarbij een heel behandeltraject wordt bekostigd, en samenwerkende partners onderling een verdeelsleutel afspreken. In die aanpak staat de kwaliteit voorop. Ik hoop dat we die gedachte verder kunnen uitwerken.’ Inmiddels is er een intentieverklaring getekend tussen de partners in het netwerk en de ziektekostenverzekeraars om grote innovaties en verdere standaardisering te vertalen in kwaliteitsverbetering en kostenreductie. Luc: ‘Het Nederlands Hart Netwerk adviseert en faciliteert daarin, maar uiteindelijk nemen de bestuurders de beslissingen.’ De voortgang vraagt nog om veel uitzoekwerk: ‘Stel dat een ziekenhuis een zorgbudget heeft van 350 miljoen euro, dan is het een hele klus om vast te stellen hoeveel daarvan precies gaat naar cardiologie; het budget is niet geormerkt. Hiervoor moeten we dus een oplossing ontwikkelen.’

Regionale helicopterview

Ziekenhuisbestuurders hebben geleerd naar de regio te kijken -wat draagt hun instelling bij aan de zorg in de regio?- in plaats van primair naar hun eigen instelling. Lukas: ‘Die regionale helicopterview geeft ook iets terug, ze krijgen meer houvast bij de positionering en innovatie van hun ziekenhuis.’ Luc zegt dat de positieve effecten van de bereikte openheid al merkbaar zijn in het netwerk: ‘Vroeger spraken zorghoofden van ziekenhuizen elkaar nauwelijks, nu eens per kwartaal, altijd met de vraag: wat kunnen we verbeteren, en hoe kunnen we elkaar in de regio helpen? Dat is een hele andere mindset dan: hoe hou ik mijn eigen tent in de lucht?’