

Value Based Health Care in de revalidatie: wat is de waarde van onze zorg?

J. Slaman, J. Beerens, J. van der Eijk, M.H. Heijnenbrok-Kal, G.M. Ribbers

Value Based Health Care (VBHC) is geïntroduceerd door gezondheidseconoom Michael Porter en is gericht op het maximaliseren van de waarde van zorg voor de patiënt en het reduceren van zorgkosten.¹ Dit model wint de laatste jaren sterk aan populariteit en het is goed te begrijpen waarom het begrip velen inspireert. Zorgprofessionals zijn enthousiast omdat meerwaarde bieden voor patiënten appelleert aan hun oorspronkelijke motivatie om de zorg in te gaan en patiënten voelen zich gehoord aangezien de waarde van zorg voor de individuele patiënt in VBHC centraal staat.² Het VBHC gedachtegoed weet zich ook gesteund door voormalig minister Schippers die in februari 2017 in een kamerbrief aangaf het toe te juichen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders elkaar opzoeken en afspraken maken waarbij de waarde die de zorgaanbieder toevoegt aan het leven van patiënten steeds meer het uitgangspunt vormt voor de vergoeding. Daarnaast sluit VBHC aan bij hedendaagse maatschappelijke trends als participatie van patiënten, technologische ontwikkelingen op het gebied van data-uitwisseling en het ontstaan van nieuwe organisatievormen.³

Het is te verwachten dat VBHC ook een rol gaat spelen in de bekostiging van revalidatiezorg. In de Rotterdam Stroke Service loopt nu bijvoorbeeld een ketenzorgstudie die ertoe moet gaan leiden dat de budgettoewijzing van de ketenpartners zal geschieden volgens de principes van VBHC. De daadwerkelijke implementatie van het VBHC-model in de gezondheidszorg blijft echter achter. De oorzaak hiervan ligt volgens een marktonderzoek deels in de grootsheid en de abstracte, conceptuele status van de ideale VBHC-situatie die door Porter wordt geschetst.⁴ Hierdoor zouden organisaties de eindbestemming weliswaar willen bereiken, niet goed wetende hoe ze daar precies kunnen komen.

Eén van de uitdagingen voor de implementatie van VBHC in de revalidatie is het definiëren van de toegevoegde waarde van de revalidatie. Uitkomsten in de revalidatie zijn veelal gebaseerd op het niveau van functies en activiteiten van het ICF-model. Voorbeelden hiervan zijn toename van de loopvaardigheid of zelfstandigheid in de zelfverzorging. Het is de vraag of deze benadering voldoende recht doet aan de toegevoegde waarde van een revalidatiebehandeling. Immers, veel aandacht gaat uit naar het voorbereiden van patiënt en het mantelzorgsysteem op thuiskomst na een klinische opname en op het zoveel mogelijk hervatten van het dagelijks leven na de poliklinische revalidatie. Uitkomstmaten die zelfredzaamheid en zelfeffectiviteit van patiënten vastleggen lijken daarom meer geschikt om de gecreëerde meerwaarde van de revalidatiezorg te duiden. Dergelijke uitkomstmaten worden veelal vastgelegd met behulp van *Patient Reported Outcome Measures (PROM's)*. Omdat Rijndam sinds 2009 werkt met meetplannen voor verschillende diagnosegroepen is er een goed fundament om een bijdrage te leveren aan de definiëring van 'waarde-gedreven revalidatiezorg' zodat zowel intern als op nationaal niveau de vereiste knowhow aanwezig is op het moment dat hierover met de branche, de overheid, de zorgverzekeraars en - niet te vergeten - de patiënten gesproken wordt.

Een van de pijlers van VBHC is *Time driven activity based costing*, het nauwkeurig toewijzen van kosten aan een individuele patiënt. In ziekenhuizen is veel te doen over de huidige kostprijsmodellen: grote kostendrijvers als personeel zitten 'verstopt' in verpleegdagen en operatieve verrichtingen, die beperkt met de individuele patiënt meebewegen. In revalidatiecentra is veel meer detail beschikbaar van echte kosten van een patiënt door gedetailleerde minutenregistraties van inzet van behandeling per discipline. Dit stelt de revalidatiesector in staat om de gecreëerde meerwaarde voor de patiënt te koppelen aan de kosten die hiermee gemoeid zijn.

Binnen Rijndam Revalidatie zijn we op de klinische neurorevalidatie een VBHC-project gestart binnen de CVA-zorg. Centraal hierin staat de vraag hoe de toegevoegde waarde van de revalidatiebehandeling

Dr. J. (Jorrit) Slaman, onderzoeker, afdeling Neurorevalidatie, Rijndam Revalidatie, Rotterdam

Ir. J. (Jaap) Beerens, adviseur Vreelandgroep, Bilthoven

Ir. J. (Jan) van der Eijk, directeur X-IS, Delft

Dr. M.H. (Majanka) Heijnenbrok-Kal, onderzoeker, afdeling Neurorevalidatie, Rijndam Revalidatie, Rotterdam

Prof. dr. G.M. (Gerard) Ribbers, revalidatiearts, hoogleraar neurorevalidatie, afdeling Neurorevalidatie, Rijndam Revalidatie, Rotterdam

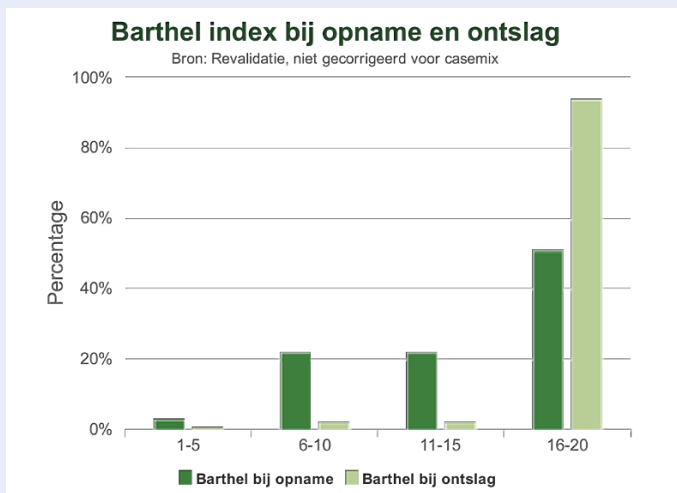
moet worden gedefinieerd. Moeten we ons richten op het niveau van functioneren, op kwaliteit van leven of op de vraag of de patiënt in staat is regie te voeren over zijn leven?

RETROSPECTIEVE ANALYSE KLINIMETRIE

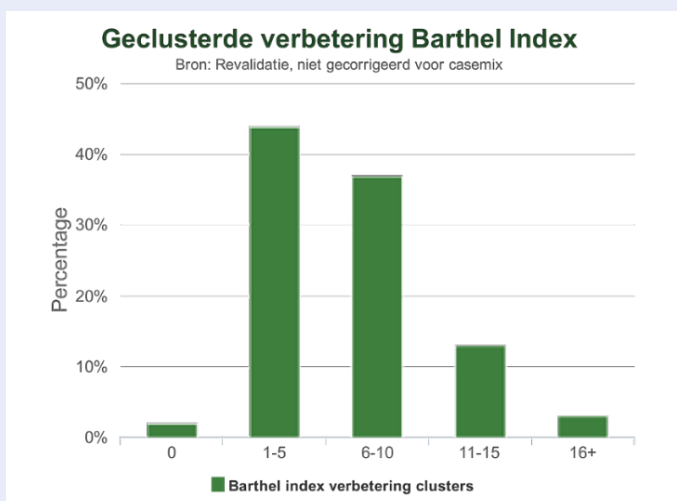
Als proof of concept is gestart met het analyseren van reeds verzamelde data van klinisch opgenomen patiënten met een CVA. Als voorbeeld is in onderstaande uitwerking gekozen voor de Barthel Index als uitkomstmaat. Van 869 patiënten met een CVA die klinisch zijn opgenomen in Rijndam in de periode 2014-2015 heeft 15% missende waardes bij de Barthel Index bij opname, 23% bij de Barthel Index bij ontslag en bij 30% missen de kostengegevens. In totaal wordt hierdoor 49% (427 patiënten) geëxcludeerd. De gemaakte kosten per individu zijn berekend door zowel het aantal verpleegdagen als de toegekende behandeluren per discipline te vermenigvuldigen met de daaraan gekoppelde kostprijzen.

Figuur 1 toont de verdeling van de Barthel Index bij opname en ontslag. Een groot gedeelte van de patiënten behaalt reeds bij opname het hoogste cluster van 16-20 (51%). Bij ontslag behaalt 94% van de patiënten een score in dit cluster en bereikt 74% van de patiënten de plafondindex van 20. Figuur 2 toont het verschil tussen de Barthel Index bij opname en ontslag. De gemiddelde verbetering is 6,1 punten (SD = 4,2). De grootste groep heeft een verbetering tussen 1-5 punten. Dit is te verklaren door het grote percentage patiënten dat het plafond van het instrument bereikt wat het behalen van een grotere verschillscore voor deze patiënten onmogelijk maakt. Figuur 3 laat de geclusterde verandering op de Barthel Index zien ten opzichte van de kosten die hiermee gemoeid zijn. Een grotere verschillscore op de Barthel Index tussen opname en ontslag resulteert in hogere kosten. De klinische revalidatiebehandeling van een patiënt met een CVA kost gemiddeld € 33.236.

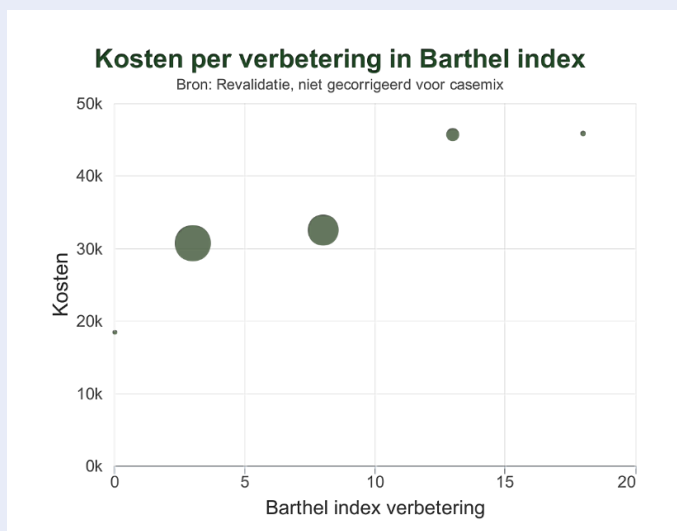
Opvallend is dat wanneer de data op individueel niveau worden bekeken, één punt verbetering op de Barthel Index een factor 10 uiteenlopende investering in kosten kan vragen. Dit fenomeen van extreme verschillen in kosten bij een minimaal verschil in uitkomst is ook zichtbaar als de *Modified Rankin Scale* of de *USER* wordt geanalyseerd. Spontaan herstel kan een verklaring zijn voor de grote spreiding in kosten maar ook over- of onderbehandeling van patiënten. Een andere verklaring kan zijn dat de genoemde uitkomstmaten niet goed aansluiten bij het doel van de behandeling of niet goed worden begrepen/uitgevoerd door communicatieve of cognitieve problematiek. Dit is namelijk niet enkel gericht



Figuur 1. Barthel Index bij opname en ontslag.



Figuur 2. Geclusterde verbetering Barthel Index. Patiënten met een opname-index van 20 (n = 35) zijn niet meegenomen in deze analyse.



Figuur 3. Kosten per geclusterde verandering in Barthel Index. De grootte van de bol geeft het percentage patiënten in het betreffende cluster weer.

> ACTUEEL

op het verbeteren van het functieniveau maar ook op de voorbereiding op ontslag uit de behandeling, een fase waar de patiënt en mantelzorger met minder of zelfs zonder professionele steun hun dagelijkse activiteiten hervatten. De aanwezigheid van een partner of trap in de thuissituatie lijken hierin voorname factoren.

WAARDEGEDREVEN ZORG MET HET CVA-MEETPLAN

De insteek van het project Waardegedreven zorg met het CVA-meetplan is om een compacte meetset op te stellen die aansluit bij het doel van de revalidatiezorg om deze vervolgens met een hoge frequentie (tweewekelijks) af te nemen bij circa 150 klinisch opgenomen patiënten met een CVA binnen Rijndam. Deze meetfrequentie is benodigd om het verloop van de uitkomstmaat over de tijd in kaart te brengen.

SELECTIE VAN UITKOMSTMATEN

Een belangrijke vraag voor de revalidatie is hoe de toegevoegde waarde van de klinische CVA-revalidatie wordt gedefinieerd. Het *International Consortium of Health Outcomes Measurement (ICHOM)* is opgericht om zich, samen met internationale experts, te buigen over het samenstellen van klinimetrische sets die toepasbaar zijn voor het inzichtelijk krijgen van patiëntwaarde. In 2016 heeft het ICHOM een klinimetrische set voorgesteld voor patiënten met een CVA.⁵ Het uitgangspunt van deze set is om zoveel mogelijk gebruik te maken van PROM's voor het meten van patiëntwaarde. De toepasbaarheid van deze set is momenteel echter beperkt aangezien een deel hiervan nog niet in de Nederlandse taal beschikbaar is. Daarnaast ligt de klinische revalidatieopname van een CVA-patiënt, gemiddeld genomen, tussen de meetmomenten van deze set in (acute fase en 90 dagen post onset), wat het definiëren van de meerwaarde van revalidatie in de weg staat. Om bovenstaande redenen is een eigen set samengesteld. Met behulp van PROM's wordt de kwaliteit van leven (EuroQol-5d), zelfredzaamheid op de gebieden mobiliteit, zelfverzorging en cognitie (Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van klinische Revalidatie) en eigen effectiviteit (*General Self Efficacy scale*) gemeten. In aanvulling daarop wordt de patiënt op ieder meetmoment gevraagd om op een 5-puntsschaal aan te geven of hij/zij op het betreffende moment voldoende is voorbereid om naar huis ontslagen te worden.

OPMAAT NAAR FINANCIERING OP BASIS VAN UITKOMSTEN

De analyses binnen dit project zullen zich primair richten op de vraag of kwaliteit van leven (EQ-5D), zelfredzaamheid (USER), regievoering over eigen leven (GSE en voorbereid zijn op ontslag) of een combinatie hiervan goed geschikt is om de waarde van klinische revalidatiezorg te duiden. In aanvulling hierop zal de bereikte winst op de uitkomstmaten worden uitgezet tegen de daarbij gemaakte kosten. Het verkrijgen van inzicht in het tijdsverloop van zowel bereikte winst op uitkomstmaten als gemaakte kosten is hierbij van cruciaal belang om eventuele over- of onderbehandeling in kaart te kunnen brengen. De verwachting is dat medio 2018 de dataverzameling compleet is en de resultaten van het project in het laatste kwartaal van 2018 beschikbaar zijn. Een adequate VBHC-analyse gaat verder dan de klinische revalidatiefase, zoals gemeten in deze pilotstudie, en gaat zelfs over de zorgketen heen. Binnen de eerdergenoemde VBHC-ketenzorgstudie van de Rotterdam Stroke Service zullen de resultaten van het onderhavige project als input dienen als met de zorgverzekeraar wordt gesproken over de wijze waarop de toegevoegde waarde van de revalidatiebehandeling binnen dit project moet worden gedefinieerd.

REFERENTIES

1. Porter M, Elizabeth O. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
2. Kiers B. *Het verblindende geloof in VBHC*. *Zorgvisie* 2017;48.
3. Bassant E. *Zorg als waarde*. *Zorgvisie* 2017;47:7.
4. Klop G. *Value-Based Healthcare: samen aan de slag*. *Vintura* 2017.
5. Salinas J, Sprinkhuizen SM, Ackerson T, Bernhardt J, Davie C, George MG, et al. *An International Standard Set of Patient-Centered Outcome Measures After Stroke* 2016;47:180-6.

Correspondentie

jslaman@rijndam.nl