



JAN VAN ES INSTITUUT

DE 7 STAPPEN OP WEG NAAR TRIPLE AIM

**Een doelmatige aanpak om de zorg toekomstbestendig en betaalbaar te maken.
Met een praktijkvoorbeeld gericht op patiënten met hoge risico's en hoge kosten.**

white paper, juni 2014





Inhoud

| | |
|---|----|
| Voorwoord | 3 |
| Triple Aim | 4 |
| Achtergrond | 4 |
| Wat is Triple Aim? | 5 |
| Waarom Triple Aim? | 6 |
| Met 7 stappen op weg naar een Triple Aim onderneming | 7 |
| Stap 1: Identificeren van risico's in plaats van aandoeningen | 9 |
| Stap 2: Van individuele doelen naar subpopulatie doelen | 10 |
| Stap 3: Zicht op het lokale netwerk | 12 |
| Stap 4: Maatwerk en interventies | 14 |
| Stap 5: Integrale business case | 15 |
| Stap 6: Evalueren implementatie: succes- en faalfactoren | 17 |
| Stap 7: Triple Aim learning | 19 |
| Tot slot | 20 |
| Nadere uitwerking Triple Aim aanpak | 20 |
| Contact | 20 |

Integrale overname van deze white paper is niet toegestaan. Verwijzen naar de white paper op de website van het Jan van Es Instituut is accoord, mits dit is gemeld (vooraf of achteraf) aan het Jan van Es Instituut.



Voorwoord

Voor u ligt een white paper over een Triple Aim aanpak die gericht is op een specifiek gedefinieerde populatie. Wij hebben gemeend dit White Paper te moeten schrijven om u meer handvatten te geven over de wijze waarop de Triple Aim aanpak in praktijk kan worden gebracht. Voor ons was een belangrijke inspiratiebron de presentatie van Rebecca Ramsay die zij tijdens een symposium op 1 november 2013 in Amsterdam heeft gehouden. De resultaten zijn verbluffend, met name voor de mensen die het meeste in nood zijn.

Dit white paper beschrijft een aanpak, met de nadruk op een. Om Triple Aim te bereiken zijn er meerdere wegen die naar Rome leiden: het boek van Maureen Bisognano "Pursuing the Triple Aim" geeft een beschrijving van meerdere aanliegroutes. Met één gemeenschappelijke noemer: namelijk betere ervaren kwaliteit van zorg, betere gezondheid EN lagere kosten. En of u nu vanuit de gemeente, de burgers/patiënten zelf, de financiers van de zorg of de zorgaanbieders vertrekt, vanuit de mindset van de Triple Aim wordt u vanzelf geleid naar innovatieve verrassende uitkomsten die veelal veel dichter bij liggen dan u denkt.

Wij hopen dat u door het lezen en toepassen van de aanpak geïnspireerd raakt om verder te gaan. Don Berwick schreef in zijn klassieker over de Triple Aim over de noodzaak van een integrator: iets of iemand die de verantwoordelijkheid op zich neemt om de Triple Aim ook integraal na te streven. Deze mensen of (netwerk)organisaties hebben we nodig om de stappen te zetten op weg naar een doelmatige en houdbare gezondheidszorg.

Indien u geïnspireerd bent geraakt, aarzel dan niet om contact op te nemen met die organisaties die ook nadrukkelijk deze doelstelling willen nastreven. TNO, CBO en Jan van Es Instituut organiseren samen op 19 juni het eerste Triple Aim congres in Nederland; deze organisaties willen graag in samenhang (en niet gefragmenteerd) dit gedachtengoed voor de Nederlandse situatie toepasbaar maken. Doet u mee?!

Marc Bruijnzeels
Directeur Jan van Es Instituut



Triple Aim

Achtergrond

De meeste westerse landen, waaronder Nederland, hebben te maken met een aantal dezelfde trends en ontwikkelingen, zoals een vergrijzende populatie, toename van de prevalentie van chronische aandoeningen, prijsstijgingen en de vooruitgang van de medische technologie. Mede door deze ontwikkelingen wordt het steeds moeilijker om de stijging van de zorgkosten te beperken. Het is een grote uitdaging om ervoor te zorgen dat de ervaren kwaliteit van zorg beter wordt, evenals de gezondheid van een populatie, waarbij de kosten per hoofd van de bevolking dalen.

In het afgelopen decennium heeft men in Nederland beleidsmatig vooral ingezet op ketenzorg (disease management), waarbij de focus ligt op chronische aandoeningen en het verhogen van de kwaliteit van zorg voor patiënten met een diagnose als, bijvoorbeeld, diabetes mellitus, cardiovasculair risicomanagement (CVRM) en COPD. Men is echter steeds meer tot het besef gekomen dat zorgkosten niet uitsluitend en geheel veroorzaakt en verklaard kunnen worden door de problematiek die met de ziekte te maken heeft: de focus ligt nu ook meer op welzijn en op het bevorderen van gezondheid (en geluk), waarbij het doel is om mensen/patiënten zo lang mogelijk zelfstandig te laten leven.

De meeste kosten worden gemaakt door kwetsbare groepen, dat zijn bijvoorbeeld patiënten met meerdere chronische aandoeningen en problematiek in het sociale- of welzijnsdomein: zij hebben problemen die te maken hebben met wonen, werk, eenzaamheid, leefomgeving et cetera. Mede gezien de transities van kwetsbare ouderen, die vanuit de AWBZ naar de WMO gaan, en de jeugdzorg, die per 1 januari 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeente valt, zal de verantwoordelijkheid van de eerstelijnszorg en het sociale domein (gemeente en welzijn) voor de groeiende kwetsbare groepen groter worden. Het zorgaanbod in Nederland is voornamelijk te gefragmenteerd. De aanwezigheid van schotten tussen 0^e, 1^e, 2^e en 3^e lijn maken het organiseren van volledig geïntegreerde zorg erg ingewikkeld. De huidige versnippering heeft tot gevolg dat kwetsbare mensen zorg en hulp krijgen van veel verschillende instanties, waarbij de afstemming op zowel organisatorisch als professioneel niveau nogal eens ontbreekt. Er liggen weinig natuurlijke verbindingen tussen het ziekenhuis en de zorg in de wijk. Het gevolg hiervan is dat vooral het zorggebruik in de tweede lijn, zoals opnames en bezoeken aan de spoedeisende hulp, toenemen. Een ander voorbeeld is dat er vooral bij kwetsbare groepen onvoldoende afstemming is over medicatiegebruik.

Onder andere in de Verenigde Staten is al veel ervaring opgedaan met het innoveren en verbeteren van de zorg rondom deze mensen/patiënten. Daarbij is het Triple Aim framework gehanteerd.



Triple Aim

Wat is Triple Aim?

Triple Aim staat voor het gelijktijdig realiseren van de volgende drie doelstellingen:

- Het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg.
- Het verbeteren van de gezondheid van een gedefinieerde populatie.
- Het verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking.

Dit is anders dan het nu geldende (epidemiologische) paradigma binnen de gezondheidszorg, waarin deze drie doelstellingen vaak afzonderlijk van elkaar worden nagestreefd en gemonitord. In het huidige paradigma wordt kosteneffectiviteit nagestreefd, terwijl de denkwijze bij Triple Aim is dat door het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg de andere doelstellingen ook gerealiseerd zullen worden.

Daarnaast zijn het vaak de zorgprofessionals die doelen opstellen en innovaties starten. Volgens de Triple Aim werkwijze wordt er juist onderzocht wat de doelen en behoeften van de patiënt zijn en wordt daar een passende interventie bij ingezet.

Om de Triple Aim te kunnen bereiken, moet aan de volgende drie voorwaarden worden voldaan:

- Het identificeren/definiëren van een populatie.
- Rekening houden met beleidsmatige beperkingen, zoals de politieke situatie en de beschikbaarheid van financiële middelen.
- Er is één 'integrator' (voortrekker) die de verantwoordelijkheid voor de drie doelstellingen in samenhang met de populatie neemt. Deze integrator kan allerlei vormen aannemen: een organisatie, een netwerk van organisaties of een paar individuele mensen. Om deze doelstellingen te bereiken is het voor deze voortrekker wel van belang dat hij een gezaghebbende status heeft bij de anderen in het netwerk en een volmacht van hen krijgt.



Triple Aim

Waarom Triple Aim?

Eén van de belangrijkste oorzaken waarom de verschuiving naar de Triple Aim is gemaakt, is dat de hedendaagse zorg zich nog steeds oriënteert op de ziekte. Patiënten met één soort chronische aandoening krijgen allemaal dezelfde interventie, terwijl de doelen, behoeften en mate van zelfredzaamheid van deze patiënten onderling verschillen. De interventies zijn meestal gericht op het omgaan met de ziekte, terwijl er minder aandacht wordt besteed aan de mogelijke onderliggende problematiek bij de patiënt of burger. Als er meer inzicht wordt verkregen in de sociale context van de patiënt wordt die wel zichtbaar. Door alleen naar een oplossing te kijken voor het omgaan met, of bestrijden van, de aandoening, ligt de focus vooral op de ziekte (veelal vanuit het biomedische model). De Triple Aim richt zich niet op de ziektes, maar op de risico's. Niet de huidige situatie is het startpunt, maar een voorspelde situatie in de toekomst. Daarmee ontstaat een totaal ander speelveld: door in plaats van onderscheid te maken naar ziekte, dat te doen naar het risico op, bijvoorbeeld, langdurige (her)opnames in de tweede lijn en overmatig medicatiegebruik, ontstaan er andere populaties waarop ingezet kan worden.

Uit onderzoek weten we dat van patiënten met een chronische aandoening 70-80% zich zelfstandig redt (aan zelfmanagement doet) en 15-20% ketenzorg nodig heeft. De vraag is wat de patiënten uit de hoogste risicogroep (3-5% van de patiëntenpopulatie) nodig hebben. Dit zijn de meest complexe patiënten, met de hoogste risico's en hoogste zorgkosten. Vaak staat hun zorggerelateerde problematiek niet op zichzelf: deze kan heel goed een gevolg zijn van bijvoorbeeld het wonen in een ongeschikt huis, gebrek aan werk of eenzaamheid.

Vanuit de sociale cognitieve theorie wordt het veranderen van gedrag of leefstijl door de patiënt (o.a. zelfmanagement) verklaart vanuit de mate waarin die vertrouwen heeft in het eigen vermogen om bepaald gedrag uit te voeren. Dit wordt ook wel self-efficacy of zelfeffectiviteit genoemd. Een andere gebruikte constructie verwijst naar de bereidheid en motivatie van individuen om gedrag te veranderen. Om hier achter te komen is het voor de zorgverlener van belang om de sociale context, mogelijke belemmeringen en factoren die van invloed zijn op geuite klachten, bloot te leggen. Dit heeft gevolgen voor de communicatie en interactie tussen patiënt en zorgverlener. Die zal meer verschuiven naar een coachende stijl vanuit een partnerschap met de patiënt, waarin er samen aansluiting wordt gezocht bij de wensen en doelen van de patiënt (gedeelde besluitvorming). De zorgverlener neemt een sleutelpositie in bij het faciliteren van deze onderlinge veranderende verhouding. Het centraal plaatsen van de patiënt is namelijk essentieel om tot een herschikking te komen van de taken en verantwoordelijkheden tussen patiënt en zorgverlener.



Met 7 stappen op weg naar een Triple Aim onderneming

Het Jan van Es Instituut heeft op basis van de bestaande (internationale) literatuur en de eigen ontwikkelde instrumenten een Triple Aim aanpak geformuleerd die gebaseerd is op de volgende pijlers:

- De principes van Population Health Management.
- De Triple Aim doelstellingen.
- Het regenboogmodel van geïntegreerde zorg.
- Het Chronic Care Model.

De aanpak, bestaande uit 7 stappen, wordt in dit hoofdstuk verder beschreven en toegelicht.

De risicopiramide van Kaiser Permanente (figuur 1), geeft een beeld van de verdeling van de mate van zorg die nodig is voor delen van de populatie. Het doel is om zoveel mogelijk mensen onderin de piramide te houden door middel van preventie, gezondheidsverbetering en gezondheidspromotie voor de gehele populatie. Een groot gedeelte (70-80%) van de totale populatie met een chronische aandoening kan zichzelf met minimale ondersteuning zelfstandig redden. Deze mensen bezoeken de eerste lijn hoogstens een paar keer per jaar. Ongeveer 15-20% van de mensen met een chronische aandoening heeft meer moeite om de aandoening onder controle te houden en ervaart meer klachten: zij zijn gebaat bij ketenzorg. In de top van de piramide, waar 3-5% van de populatie zich bevindt, is case- of zorgmanagement nodig. Deze laatste groep heeft intensieve(re) professionele zorg nodig, wat in het figuur gerepresenteerd wordt in de 'taartpunt'. Te zien is dat ook ongeveer de helft van de ketenzorgpatiënten en een klein gedeelte van de patiënten in de zelfmanagement groep tot deze groep behoren. De risico's op langdurige opnames in de tweede lijn, bezoeken aan de spoedeisende hulp en gebruik van medicatie is voor deze populatie het hoogst. Bedenk hierbij wel dat de bijdrage van de professionele zorg ook in deze groep slechts beperkt is: zowel qua mogelijkheden als qua effectiviteit.



Figuur 1
De risicopiramide van Kaiser Permanente



Met 7 stappen op weg naar een Triple Aim onderneming

In Oregon (Verenigde Staten) heeft verzekeraar CareOregon de Triple Aim aanpak ingezet bij patiënten met de hoogste risico's en de hoogste kosten. Hun aanpak heeft een positief resultaat opgeleverd op zowel het gebied van zorgvraag en gezondheid, als op ervaren kwaliteit van zorg en vermindering van zorgkosten. De gevolgde Triple Aim aanpak, gericht op de patiënten met de hoogste risico's en kosten in Oregon, dient als input voor de boxen die getoond worden bij alle stappen, behalve stap 5 en 7.



Met 7 stappen op weg naar een Triple Aim onderneming

Stap 1: Identificeren van risico's in plaats van aandoeningen

De eerste stap in de Triple Aim aanpak is het definiëren van een patiëntenpopulatie op basis van de mate van risico's en zorgkosten: de risicostratificatie. Dit houdt in dat er gestratificeerd (gesegmenteerd) wordt op risico's: Hoe groot is het risico bijvoorbeeld dat de patiënt in het komende jaar te maken zal krijgen met (veel) ziekenhuisopnames en bezoeken aan de spoedeisende hulp? De heterogeniteit van de patiënten in deze groep is groot en de achterliggende problematiek kan zeer divers zijn, mede door de uiteenlopende factoren uit de sociale context die de medische problematiek kunnen beïnvloeden.

In het afgelopen decennium zijn er diverse tools ontwikkeld waarmee het risico in beeld kan worden gebracht. Als een patiënt de huisarts bezoekt, kan de huisarts meteen zien met wat voor patiënt hij of zij te maken heeft, waarbij meer inzicht wordt verkregen naar gelang het data- en informatiesysteem vollediger is. Er zijn meer geavanceerde risicofuncties ontwikkeld om risico's in beeld te brengen. Op deze manier kunnen patiënten in een vroeger stadium geïdentificeerd worden waardoor eerder gezocht kan worden naar een juiste interventie. Daarmee neemt de ervaren kwaliteit van zorg toe, zal vooral de gezondheid verbeteren en zullen de kosten afnemen. Tevens kan men in dergelijke data- en informatiesystemen de zorgconsumptiepatronen monitoren, waardoor op patiëntniveau duidelijk wordt of de Triple Aim aanpak vruchten afwerpt of niet.

Kortom, het is van belang om te sturen en te interveniëren bij de patiënten op basis van risico's: in de groep met de hoogste risico's valt de meeste 'Triple Aim' winst te behalen. Door patiënten vroegtijdig te identificeren en daarmee bijvoorbeeld te voorkomen dat a-complexe patiënten (zelfmanagement) complexere problematiek ontwikkelen en daarmee steeds hoger in de piramide belanden. Wat hiervoor in de praktijk moet gebeuren en wat de mogelijke stappen zijn, zal beschreven worden in een white paper over risicostratificatie.

De analyses van Care Oregon toonden aan dat de meeste zorgkosten worden gemaakt door patiënten met een veel voorkomende chronische aandoening, plus GGZ-problematiek en gebruik van drugs en/of alcohol. Vervolgens is gekeken naar de verdeling van aantallen patiënten en zorgkosten gemeten naar zorggebruik: opnames in het ziekenhuis, bezoek aan de spoedeisende hulp en het gebruik van medicatie. Daaruit bleek dat 13% van de verzekerden verantwoordelijk was voor 52% van de zorgkosten en dat 43% van de totale kosten veroorzaakt werd door ziekenhuis- en spoedopnames. Uiteindelijk zijn 222 patiënten geselecteerd met hoge risico's en hoge kosten.



Met 7 stappen op weg naar een Triple Aim onderneming

Stap 2: Van individuele doelen naar subpopulatie doelen

Het huidige zorgsysteem is vooral op zorg gericht, op cure en minder op care en preventie. Vanuit de Triple Aim staat de ervaren kwaliteit, gerelateerd aan de zorgbehoefte van de mens, centraal. Voor de patiënten met de hoogste risico's en zorgkosten is het onvoldoende als men zich alleen richt op cure, geredeneerd vanuit het biomedische model. Het gaat bij deze patiënten voor een groot gedeelte om mensen bij wie de zorgvraag en slechte(re) gezondheid mede wordt veroorzaakt door sociale en financiële problemen. Veel van hen zijn eenzaam, sociaal geïsoleerd en/of hebben geen werk. Dat kan leiden tot, bijvoorbeeld, psychische problematiek en overmatig gebruik van alcohol en/of drugs. Ook heeft deze groep mensen, in zowel Nederland als de Verenigde Staten, te maken met belemmeringen zoals het niet hebben van een geschikte woning, leven in een onveilige woonomgeving, taalbarrières en laaggeletterdheid. Als ze eenmaal binnen in de wereld van de zorg zijn ontstaan er ook allerlei nieuwe problemen voor hen: ze voelen zich onbegrepen, kunnen minder goed voor zichzelf opkomen, ze weten minder over de gezondheidszorg en hebben daardoor te maken met een slechtere toegang tot die gezondheidszorg.

Mensgerichte zorg voor patiënten met de hoogste risico's is maatwerk. De doelen en behoeften die deze patiënten willen realiseren verschillen ook. Het belangrijkste aspect van stap 2 is dat de doelen en behoeften door de patiënten zelf worden geformuleerd in de interactieve productieve relatie met de zorgverlener. Daarbij wordt inzicht in de aandachtspunten en de uitgangspunten van de patiënt verkregen. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat er voldoende tijd en competenties zijn om ook de problematiek uit de sociale context van de patiënt in beeld te brengen, om zodoende de medicalisering van het probleem te voorkomen. Dit is zeker niet gemakkelijk. Mede uit onderzoek van het JVEI blijkt dat de communicatie en interactie tussen patiënten en zorgverleners niet altijd optimaal is. Dit heeft diverse oorzaken: patiënten hebben geen duidelijke verwachtingen, ze vinden het moeilijk om hun eigen doelen te formuleren en hebben hun eigen motieven om wel of geen actieve rol te spelen. Zorgverleners hebben moeite om aan te sluiten bij de doelen en verwachtingen van hun patiënten, hun consultvoering af te stemmen op individuele persoonskenmerken en ze vinden het moeilijk om af te wijken van de normale consultstructuur die sturend werkt. Dit is met name bij zelfmanagement een belangrijke belemmering.

Als het eenmaal is gelukt om de behoeften, doelen, aandachtspunten en uitgangspunten van meerdere patiënten te identificeren, dan is het zaak om het maatwerk zo efficiënt mogelijk in te richten. Dat is mogelijk door te zoeken naar de overeenkomsten tussen de doelen en behoeften van de patiënten. Door de verkregen informatie worden de overeenkomsten en verschillen naast elkaar gelegd en kunnen gemeenschappelijke thema's geïdentificeerd worden. In een multidisciplinair overleg kan besproken worden



Met 7 stappen op weg naar een Triple Aim onderneming

wat de meest geschikte aanpak voor de cliënt is en welke zorgverlener hierin het centrale aanspreekpunt voor de cliënt is. Tijdens het multidisciplinaire overleg staat de behoefte van de geselecteerde groep mensen centraal. De gezamenlijke doelstelling en behoefte van de subpopulatie bepalen in grote mate wie en wat er nodig is om het maatwerk efficiënt uit te voeren. De focus ligt hierbij tegelijkertijd op zowel het verbeteren van de ervaren kwaliteit van de zorg, als op het verbeteren van de gezondheid en het reduceren van de kosten.

Er zijn 15 patiënten met hoge risico's en hoge kosten uit de groep van 222 patiënten gelicht. Van hen is inzicht verkregen in de doelen en barrières die ze hebben of ervaren. Uit de analyse bleek dat de patiënten erg negatieve ervaringen hadden met het gezondheidszorgsysteem. Ook werd duidelijk dat ze te maken hadden met dakloosheid, voedselonzekerheid, gebruik van middelen, GGZ-problematiek, weinig kennis van gezondheidszorg en ontoegankelijkheid van de GGZ-zorg. Ze konden zichzelf niet goed managen vanwege gebrek aan vervoer, gezond eten, medicatie, bewegingsruimte et cetera. Ook uit de doelen en belemmeringen bleek dat deze lang niet allemaal zorggerelateerd waren, maar vooral te maken hadden met de sociale context. Uit onderzoek onder eerstelijns zorgverleners bleek dat deze dachten dat het zorggebruik buiten de eerstelijns vooral veroorzaakt werd door aandoeningen en medicatiegebruik, terwijl problemen rond huisvesting, depressie en sociale ondersteuning het laagst scoorden.

De discrepantie tussen de oorzaken van het zorggebruik en de denkwijze en het gedrag van zorgverleners zorgde ervoor dat de zorg voor de complexe patiënten niet efficiënt en effectief was: men begreep elkaar niet, er werd te weinig aandacht besteed aan de sociale context van de mensen en de coördinatie van zorg was ook verre van optimaal.

Door het verkregen inzicht in de 15 patiënten heeft men opgeschaald naar het bouwen van een programma, gericht op de populatie met hoge risico's en hoge kosten. Waar het om gaat is te leren van het individu, om zodoende te kunnen handelen voor de hele populatie.



Met 7 stappen op weg naar een Triple Aim onderneming

Stap 3: Zicht op het lokale netwerk

Door het formuleren van de hierboven genoemde subpopulatie doelstellingen, op basis van de doelstellingen van de geselecteerde patiënten uit stap 2, wordt duidelijk welke stakeholders er in het netwerk ingezet kunnen worden (zie figuur 2) om een bijdrage te leveren aan het realiseren van de populatiedoelen. Geen enkele zorg- of welzijnsorganisatie is *alleen* in staat de Triple Aim doelstellingen te realiseren. Om ieders bijdrage goed op elkaar af te stemmen is het belangrijk de lokale actoren en hun onderling ambities en belangen in beeld te hebben. Ook andere factoren kunnen van invloed zijn (zie figuur 3).

Om de juiste innovatie te kunnen inzetten en realiseren is het ook noodzakelijk goed inzicht te hebben in de kwaliteit van de samenwerking tussen de betrokken professionals en stakeholders. Want alleen als er voldoende draagvlak en commitment van alle betrokken actoren is kan innovatie werken. Om inzicht te krijgen of het draagvlak goed genoeg is, verdient het aanbeveling een samenwerkingsanalyse uit te voeren. De JVEI aanpak bestaat uit zowel een bovenstroomanalyse (kwantitatief) als een onderstroomanalyse (kwalitatief).

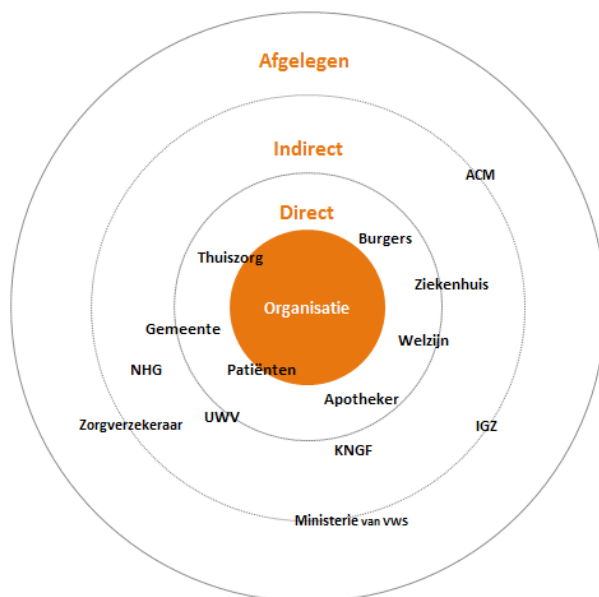
De kernonderwerpen van deze analyse zijn:

- Stakeholdersanalyse: door middel van deze analyse wordt inzicht verkregen in de aanwezige en benodigde actoren binnen het lokale netwerk.
- Bovenstroomanalyse: het verkrijgen van inzicht hoe de actoren de problematiek definiëren ten opzichte van de beoogde oplossingen. Hebben de actoren dezelfde ambitie?
- Onderstroomanalyse: het verkrijgen van inzicht in het draagvlak van de actoren ten aanzien van de beoogde oplossingen.

Op basis van deze analyse kan een uitspraak worden gedaan over de kwaliteit van de samenwerking. Daarmee is de verwachte haalbaarheid van het inzetten van een interventie gericht op de geselecteerde patiëntenpopulatie ook al duidelijk vóórdat de interventie daadwerkelijk gekozen en ingezet gaat worden. Het succes van de Triple Aim wordt mede bepaald door de couleur locale in uw regio!



Met 7 stappen op weg naar een Triple Aim onderneming



Figuur 2 Organisaties die van invloed kunnen zijn op uw organisatie



Figuur 3: Factoren die van invloed kunnen zijn op uw organisatie

In Oregon heeft verzekeraar CareOregon alle onderdelen van het gezondheidszorgsysteem mee gekregen in de Triple Aim beweging: zowel de eerstelijns, als de tweedelijns als de spoedeisende hulp. De basis hiervoor is, onder andere, een geïntegreerd informatiesysteem, waardoor informatie in elk onderdeel van de zorg met elkaar gedeeld kan worden en toegankelijk is om 'veilige' transities te garanderen tussen plekken van zorg.



Met 7 stappen op weg naar een Triple Aim onderneming

Stap 4: Maatwerk en interventies

Als duidelijk is dat er onder de verschillende stakeholders genoeg draagvlak en commitment is en als tevens blijkt dat ze dezelfde ambitie delen om bij te dragen aan een oplossing voor het populatiedoel van de geselecteerde patiënten, dan kan er een interventie ingezet te worden die daar het beste op aansluit. Ook dat is maatwerk.

Voordat er een interventie gekozen wordt, heeft men al inzicht in de patiënten met de hoogste kans van slagen (afgeleid van de risico's), zijn hun doelen en behoeften vertaald naar een populatiedoelstelling én is er draagvlak onder de actoren om zich daadwerkelijk voor deze populatie in te zetten. Deze elementen zijn de voorwaarden om überhaupt aan een interventie te beginnen. De interventies worden bij voorkeur niet zelf bedacht, maar geselecteerd uit de verzameling bestaande interventies. De belangrijkste kenmerken (kosten, baten, proces) van de gekozen interventie worden geïdentificeerd. Vervolgens kan men de interventie aanpassen aan de lokale setting.

Deze interventie beperkt zich zeker niet tot het gezondheids- en zorgdomein. Het is zeker ook mogelijk welzijns-, werkgelegenheids- of omgevingsinterventies te selecteren. Zo kan een gezamenlijke huiselijke huisvesting een zeer goede interventie zijn voor eenzame ouderen.

Het is zaak om de interventie alleen in te zetten voor de geselecteerde patiënten. Het spillover effect kan namelijk groot zijn en dan verwatert het resultaat van de interventies. Indien een interventie voor een grotere populatie ingezet zou worden, waar veel patiënten deel van uitmaken die niet tot de hoge risicogroep horen en die zich in grote mate zelf kunnen managen, is de kans groot dat er teveel kosten worden gemaakt en dat deze niet kunnen worden terugverdiend. De kans is groot dat dan het kind met het badwater wordt weggegooid. Indien de Triple Aim aanpak wordt toegepast wordt een interventie gekozen voor een populatie waar veel te besparen en te winnen valt: een betere kwaliteit van zorg, een verbeterde gezondheid van de populatie en dat alles tegen lagere zorgkosten.

In Oregon is als interventie besloten om zogenaamde 'Health Resilience Specialists' in te zetten voor die patiënten met hoge risico's en hoge kosten waarvoor de eerstelijns zorgleveringsmodellen niet voldoende in staat bleken om aan hun behoeften te voldoen. De geïncludeerde patiënten kregen een vertrouwenspersoon toegewezen. Die konden de tijd nemen voor de patiënten om hen te ondersteunen bij allerlei facetten van het gezondheidszorgsysteem, bijvoorbeeld door hun kennis te vergroten en ze te helpen zichzelf beter te managen. Dit deden ze, onder andere, door voldoende tijd te investeren in de patiënten en daardoor hun vertrouwen te winnen.



Met 7 stappen op weg naar een Triple Aim onderneming

Stap 5: Integrale business case

Voordat de gekozen interventie daadwerkelijk ingezet gaat worden, is het belangrijk inzicht te krijgen in de kosten en baten van die interventie: daartoe stelt men een integrale business case op. De business case is een zakelijke afweging om een investering (lees: innovatie) wel of niet te doen. De toevoeging 'integraal' houdt in dat het resultaat van de investering inzichtelijk wordt gemaakt voor alle stakeholders (uit stap 3). De toegevoegde waarde wordt zeker ook financieel (kosten vs. baten) uitgedrukt, mede op basis van de geformuleerde uitgangspunten, risico's en beslissingscriteria.

Het is van belang dat de business case transparant is voor alle betrokken actoren. De analyse is mogelijk op basis het aantal patiënten (q), de verwachte kosten en baten indien er niets verandert en de kengetallen die bekend zijn over de benodigde inzet en het mogelijke effect van de interventie, uitgedrukt in kosten en baten (p) per stakeholder. Hierin worden de verschuivingen van de kosten en baten voor de verschillende stakeholders van de geïdentificeerde populatie zichtbaar gemaakt. Op populatieniveau is het bovendien wenselijk dat de business case een verlaging van de kosten laat zien.

De voorkeur gaat uit naar projecten die voor alle stakeholders een positieve business case opleveren, en waaruit blijkt dat de interventie daadwerkelijk een positief effect heeft. In dat geval levert het ook voor de BV Nederland een positief resultaat op. Dat is uiteraard niet altijd mogelijk. Indien het project een negatief resultaat oplevert voor één of meer stakeholders maar het overall resultaat is wel positief (zie tabel 1), is de eerstvolgende stap dat transparant te maken en vervolgens met elkaar te bespreken hoe met de verschillende resultaten kan worden omgegaan. Misschien zijn er compensatiemaatregelen nodig. Bijvoorbeeld door van tevoren afspraken met elkaar te maken over shared savings. Ook kan het project in een breder perspectief geplaatst worden: als er bijvoorbeeld vijf projecten zijn waarop alle stakeholders netto een positief resultaat weten te realiseren, is het niet per definitie een probleem als er bij een van die vijf projecten negatief gescoord is. Het gaat dan om het totale plaatje.

Tabel 1: Een fictieve business case (bedragen in euro's)

| Doelgroep | Organisatie 1 | | Organisatie 2 | | Organisatie 3 | | Maatschappelijk |
|-----------|---------------|---------|---------------|----------|---------------|---------|-----------------|
| | Jaar 1 | Jaar 2+ | Jaar 1 | Jaar 2+ | Jaar 1 | Jaar 2+ | Per jaar |
| 1 | -100.000 | -50.000 | -200.000 | -100.000 | 50.000 | -25.000 | 150.000 |
| 2 | 500.000 | 125.000 | 300.000 | 50.000 | 150.000 | 25.000 | 1.000.000 |
| 3 | 200.000 | -25.000 | 125.000 | -25.000 | -75.000 | -25.000 | 350.000 |
| Totaal | 600.000 | 50.000 | 225.000 | -75.000 | 125.000 | -25.000 | 1.500.000 |



Met 7 stappen op weg naar een Triple Aim onderneming

In de praktijk is gebleken dat de business case inzicht kan verschaffen in de kosten en baten op zowel organisatieniveau als op maatschappelijk niveau. Indien de business case is opgesteld voor meerdere doelgroepen kan duidelijk worden voor welke doelgroepen het wel en niet loont (gedeneerd vanuit organisaties) om daadwerkelijk een interventie in te zetten. Er kan uitkomen dat de kosten de baten overstijgen en het niet loont voor organisaties om een interventie in te zetten. Daar tegenover staan de maatschappelijke baten: zelfs als de business case op organisatieniveau niet toereikend is, is het goed mogelijk dat de maatschappelijke baten de kosten van de organisaties overtreffen. Om te zorgen dat de business case voor zowel de organisaties als de maatschappij positief uitpakt is het van belang goed af te wegen welke interventie al dan niet wordt ingezet en hoe er met de financiën wordt omgegaan.

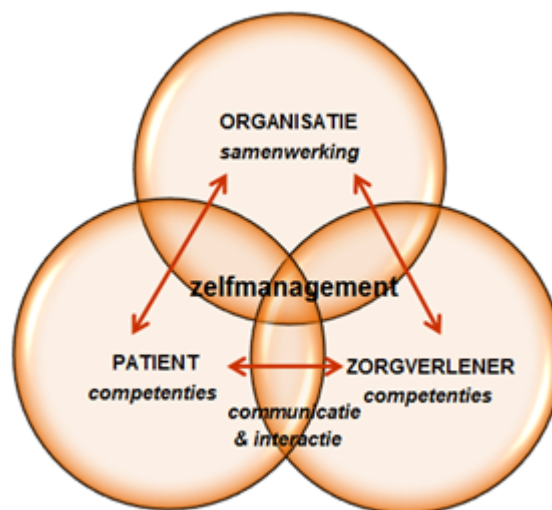
Verder blijkt dat op organisatieniveau de meeste winst vooral in het eerste jaar wordt bereikt. Bekeken vanuit de belangen van de organisaties werkt het langer doorzetten van een innovatie dus alleen indien er voldoende aanwas van nieuwe cliënten is.



Met 7 stappen op weg naar een Triple Aim onderneming

Stap 6: Evalueren implementatie: succes- en faalfactoren

Als de business case een positief resultaat heeft aangetoond en de interventie aansluit op zowel de doelen en ambities van de geselecteerde patiënten als van de andere stakeholders, is aan de voorwaarden voldaan om het project tot een succes te brengen. Dit betekent uiteraard niet dat dit ook het geval zal zijn. De Triple Aim benadering vraagt een veranderslag van professionals, patiënten en zorgprocessen. De professionals moeten worden opgeleid om hun benadering en werkwijze ten opzichte van deze patiënten te veranderen, zodat de interventie kan worden uitgevoerd op de wijze zoals het bedoeld is. Hierin dienen de professionals gefaciliteerd te worden: de diverse stakeholders moeten ingebed zijn in een breder systeem van zorg dat geïntegreerde en gecoördineerde zorg ondersteunt (zie figuur 4).

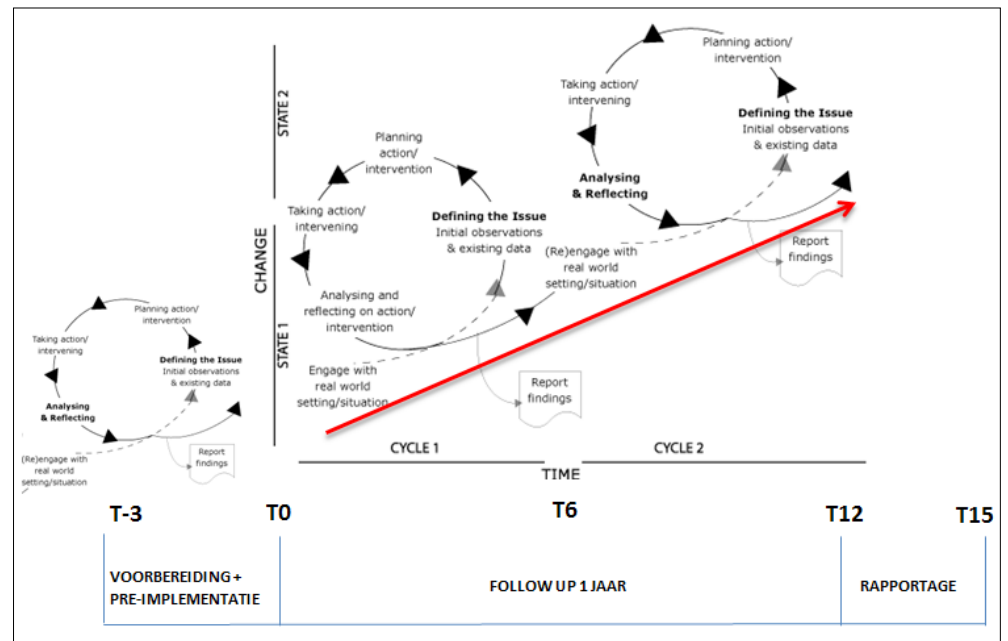


Figuur 4 De relaties tussen organisaties, zorgverleners en patiënten

De implementatie van de interventie zal geëvalueerd en gemonitord moeten worden om inzicht te krijgen in de effectiviteit. Deze dient vooral objectiveerbaar te worden gemeten aan de hand van de Triple Aim doelstellingen: verbetert de ervaren kwaliteit van zorg, verbetert de gezondheid van de geselecteerde patiënten en nemen de kosten per capita af? Maar ook: worden de resultaten behaald zoals die in de business case werden berekend? En hoe verloopt de samenwerking en coördinatie tussen de stakeholders? Om zo nodig vroegtijdig bij te kunnen sturen is het van belang de evaluatie en monitoring kortcyclisch (om de 3 maanden) plaats te laten vinden (zie figuur 5). De resultaten hiervan moeten met alle uitvoerders van de interventie worden besproken. De wijze van evaluatie is veelal een mix van kwantitatieve en kwalitatieve metingen.



Met 7 stappen op weg naar een Triple Aim onderneming

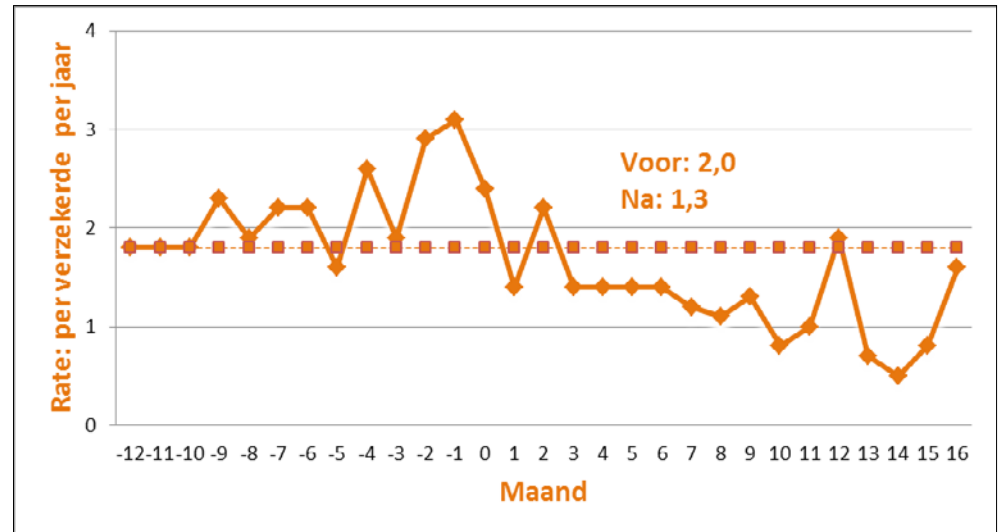


Figuur 5 Kort-cyclisch evalueren

Voor zowel zorgverleners als patiënten heeft de interventie in Oregon tot positieve ervaringen geleid. Doordat daar aangesloten wordt op de doelen en behoeften van de patiënt, verbetert de communicatie tussen zorgverleners en patiënten. Patiënten krijgen daardoor meer vertrouwen in het medische personeel: ze voelen zich gehoord en begrepen. Het blijkt dat, als een passende interventie wordt ingezet en de coördinatie van zorg goed is, er veel bespaard kan worden op verpleegdagen, (langdurige) opnames, heropnames, bezoeken aan de spoedeisende hulp, ongeplande zorg en medicatie. De aanpak heeft op zowel patiënt- als populatieniveau (zie figuur 6) tot aanzienlijke besparingen op het gebied van kosten en zorggebruik geleid. Wel bleek dat de afname van de zorg in de tweede lijn was 'opgevuld' met andere zorg. Dit had tot gevolg dat het netto resultaat negatief was. Dit betekent dus dat er van tevoren goede afspraken moeten worden gemaakt tussen alle stakeholders (zie stap 3).



Met 7 stappen op weg naar een Triple Aim onderneming



Figuur 6 De ontwikkeling van het aantal opnames in het ziekenhuis (voor en na de inzet van de interventie (t=0) in Oregon)

Stap 7: Triple Aim learning

Stap 1 tot en met 6 zijn voor elke context anders: de patiëntenpopulatie en de benodigde stakeholders verschillen, hun respectievelijke doelen zijn anders en daardoor zal de ingezette interventie op veel plekken ook van elkaar verschillen. De effecten hiervan op de integrale business case en de monitoring en evaluatie van de ingezette interventie zijn daarom niet te vergelijken ten opzichte van elkaar en een standaard benchmark.

Wel kunnen patiënten, professionals, organisaties en andere stakeholders uit verschillende contexten van elkaar leren op de uitvoering van het proces: Triple Aim learning. Hoe kan het dat het ene project wel tot resultaat heeft geleid en het andere project niet? Wat zijn de achterliggende redenen hiervan? Wat zijn de kernelementen die deze aanpak succesvol kunnen maken? Wat kan de volgende keer beter? En vooral: wat kan men van elkaar leren?

Door meer inzicht te krijgen in de sterktes, zwaktes, mogelijkheden en onmogelijkheden kan de Triple Aim aanpak, waar nodig, verder uitgewerkt en verbeterd worden. Dit kan alleen als alle organisaties met deze aanpak aan de slag willen.



Tot slot

Het Jan van Es Instituut is ervan overtuigd dat de beschreven aanpak leidt tot een beter ervaren kwaliteit van zorg, verbetering van de gezondheid en afname van de kosten per capita. Het bouwen van een Triple Aim onderneming is geen statische verbetermethode, maar een participatief ontwerpproces dat grote betrokkenheid vraagt van alle deelnemers. Daarbij is de weg naar succes in iedere organisatie en/of regio uniek!

Dit white paper biedt u een handreiking om aan de slag te gaan met het bouwen van uw eigen Triple Aim onderneming. Het Jan van Es Instituut kan u en de u omringende organisaties helpen om deze handreiking te vertalen naar uw eigen specifieke situatie. We leveren in zeer korte tijd een solide diagnose en advies op maat over de stappen die u kunt zetten om de Triple Aim onderneming in uw regio te realiseren. Dit kan zowel door het volgen van een workshop of een incompany traject, of door het laten uitvoeren van een onderzoek waarbij de 7 stappen van de Triple Aim aanpak worden gehanteerd. Daarmee krijgt u onder meer inzicht in het denken en werken vanuit de Triple Aim gedachte, de succes- en faalfactoren van de aanpak, bewijzen uit de praktijk en krijgt u tevens een op maat gesneden advies voor het bouwen van een duurzame Triple Aim onderneming in uw regio.

Mede op basis van ontwikkelingen en onderzoek op het gebied van de Triple Aim aanpak zal een Triple Aim leergang worden ontwikkeld, waarin wetenschap en praktijk met elkaar in verbinding zullen worden gebracht.

Graag willen we samen met u de uitdaging aangaan om de Triple Aim aanpak in Nederland uit te werken en te toetsen. Heeft uw organisatie interesse om met de aanpak aan de slag te gaan? Wilt u graag meer informatie? Of heeft u interesse in een Triple Aim leergang? Neem dan contact op met het Jan van Es Instituut via info@jvei.nl

Nadere uitwerking Triple Aim aanpak

In de komende maanden zullen er white papers verschijnen die dieper ingaan op de 7 stappen die in dit white paper zijn beschreven. In de white papers zal duidelijk worden wat er per stap nodig is om de Triple Aim aanpak succesvol te maken.

Contact

Jan van Es Instituut
Randstad 2 | 45-a
1314 BG Almere
T. 036 – 7670360

E. info@jvei.nl

I. www.jvei.nl

