



Kwaliteitsverbetering in Europese ziekenhuizen

Resultaten uit de onderzoeksprojecten
QUASER en DUQuE



Verschuif focus van beoordelen naar verbeteren kwaliteit

Op ziekenhuisafdeling is kwaliteit meest te beïnvloeden

Artsen en de bestuurskamer: twee verschillende logica's

Sturen op kwaliteit van zorg

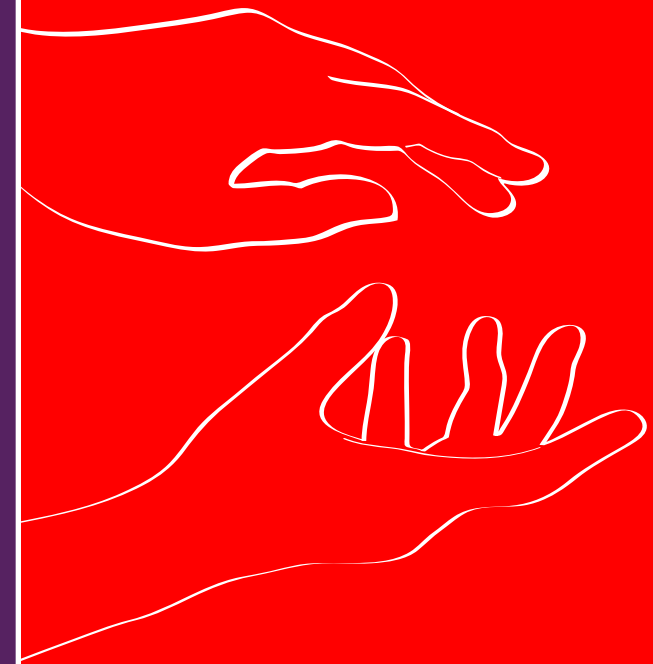
Rol van medisch specialisten bij kwaliteitsbeleid

Grotere betrokkenheid door te luisteren naar patiënt

Ongeschreven regels bepalen primaire proces

Bruggen slaan tussen partijen verbetert kwaliteit zorg

Het doel bepaalt of een indicator geschikt is



Patiënten moeten in Europa overal goede zorg kunnen krijgen.

Twee grote Europese wetenschappelijke studies, QUASER (kwalitatief)

en DUQuE (kwantitatief) onderzochten de kwaliteit en veiligheid in

Europese ziekenhuizen. In dit e-book vindt u een overzicht van de

eerste bevindingen, de lessen, de kansen en hoe zorgprofessionals de

inzichten kunnen gebruiken.



Wat is de relatie tussen hoe ziekenhuizen hun kwaliteitsbeleid organiseren en de geldende cultuur? En in het bijzonder: hoe verhoudt de betrokkenheid van zorgprofessionals en patiënten zich tot de kwaliteit van de zorg?

Met die kernvragen werd het onderzoek QUASER (Quality and Safety in European Hospitals) september 2010 gestart in vijf landen (zie kader p6).

Verschuif focus van beoordelen naar verbeteren kwaliteit

“Bij kwaliteit en veiligheid in ziekenhuizen gaat het niet alleen om technische zaken. Het gaat ook om leiderschap, hoe teams samenwerken, wat de cultuur is van de organisatie en hoe de processen en structuren in een organisatie zijn ingericht”, verduidelijkt Roland Bal, hoogleraar Bestuur en Beleid van de gezondheidszorg aan het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit. “Daarom hanteerden we bij QUASER onderzoeksvragen als: ‘hoe wordt kwaliteitswerk geleid in het ziekenhuis?’, ‘hoe wordt gezamenlijk betekenis gegeven aan kwaliteit?’ en ‘hoe leert de staf over werken aan kwaliteitsverbetering?’.”

Drie niveaus kwaliteitsbeleid

Om inzicht te krijgen in hoe de verschillende Europese landen invulling geven aan kwaliteits- en veiligheidsbeleid, keken de onderzoekers naar drie niveaus. Naar het nationaal gezondheidszorgbeleid (macroniveau), naar de eigenschappen en de cultuur van ziekenhuizen (mesoniveau) en naar hoe afdelingen en teams daadwerkelijk werkten aan kwaliteit (microniveau). Daarbij onderzochten de betrokkenen specifiek de rol en invloed per niveau op de implementatie, verspreiding en borging van het kwaliteitsbeleid. Ook de financiële situatie van een land werd meegenomen in het onderzoek. Zo mocht de ziekenhuiszorg in 2011 in Nederland maximaal tweeënhalf procent groeien, moest Engeland 0,2 procent bezuinigen en Portugal maar liefst dertien procent. Grote financiële druk heeft logischerwijs gevolgen voor (het starten van) kwaliteitsverbeteringen.



[Roland Bal]



Focus ligt op verantwoording

Ondanks de geconstateerde grote verschillen per land in organisatie, financiën en zeggenschap, waren er ook gedeelde kenmerken. Bal: "Om met het slechte nieuws te beginnen; in alle onderzochte landen ligt de focus sterk op kwaliteitsbeoordeling, in plaats van op hoe je kwaliteit daadwerkelijk kunt verbeteren. De huidige aanjagers zijn governance, het nakomen van regelgeving en verantwoording afleggen. Daarom ligt de nadruk in ziekenhuizen vooral op systemen en data in plaats van op verandering van gedrag, houding en cultuur om tot verbeteringen te komen."

Een andere constatering is dat het kwaliteitswerk in veel ziekenhuizen nogal marginaal is. Gezien de dagelijkse financiële druk verliest kwaliteit het vaak vanwege het argument 'geen geld'. Ook is er sprake van, zoals Bal het noemt, 'projectificatie'. Ziekenhuizen werken met name in projecten aan kwaliteitsverbeteringen. Zodra het project is afgelopen, blijkt het lastig om positieve veranderingen vast te houden en verder te verspreiden.

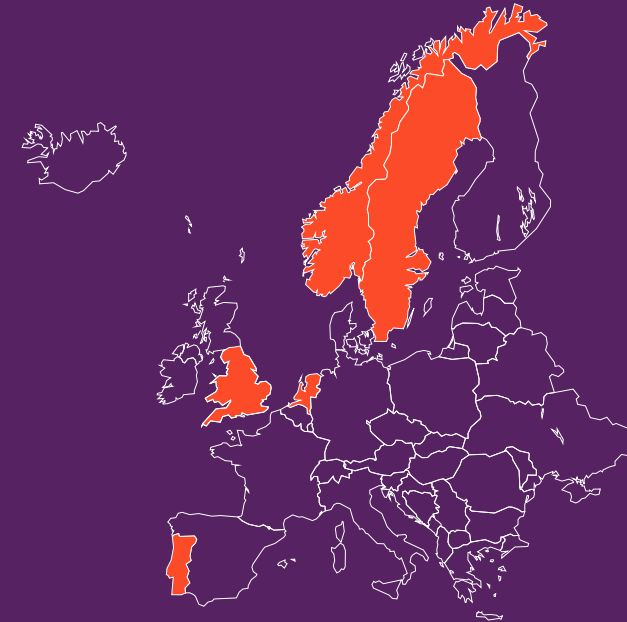
Verbindende kwaliteitsmakelaar

De onderzoekers zagen ook goede voorbeelden waarbij er samenhang was tussen het kwaliteitsbeleid op verschillende niveaus. Macro- en mesoniveau kwamen bij elkaar als het hogere ziekenhuismanagement goede contacten had met andere zorgpartners zoals inspecties, verzekeraars of patiëntenorganisaties. Wensen en druk van buitenaf konden zo worden gemanaged en worden betrokken bij het kwaliteitsbeleid.

Bij een succesvolle verbinding tussen meso- en microniveau spelen issuesellers vaak een rol. Dat zijn betrokken medewerkers die als een soort kwaliteitsmakelaar opereren en de noodzakelijke contacten leggen tussen het management en de werkvloer in een ziekenhuis. Kwaliteitsverbeteringen maken sowieso veel meer kans als ze niet top-down maar vanaf de werkvloer worden geïnitieerd. Vaak sluiten de veranderingen dan veel beter aan bij de dagelijkse praktijk. "In Zweden is er veel ruimte voor bottom up kwaliteitswerk", zegt Bal. "Daar gebruiken ze data in combinatie met ervaringsverhalen van patiënten. Samen met een goede kwaliteitsstaf leidt dat tot kwaliteitsbeleid dat is ingebed in het primaire proces."



Deelnemende landen



Engeland UCL, King's College London, Imperial

Nederland iBMG, Erasmus Universiteit

Norwegen University of Stavanger

Portugal ISCTE

Zweden Jönköping University

Motiveren en zichtbaar maken

De onderzoekers van QUASER benoemen een aantal voorwaarden die bijdragen aan goede resultaten. Voor het uitvoeren van kwaliteitsbeleid is het van belang om de staf te motiveren, bijvoorbeeld door succes te vieren. Ook nadruk op educatie en experiment is belangrijk, zoals door samen te werken met externe partijen zoals universiteiten of kwaliteitsinstituten. En wat kwaliteitswerk oplevert kun je zichtbaar maken met instrumenten zoals dashboards met kwaliteitservaringen of balanced scorecards. Belangrijk is vooral om top down en bottom up processen te combineren, in ieder geval binnen maar liefst ook buiten de organisatie. Om een antwoord te vinden op de financiële druk die initiatieven vaak in de weg staat, is het zaak om bij de langetermijnstrategie van het ziekenhuis kwaliteit een plek te geven als onomstotelijk onderdeel van de ziekenhuiscultuur. En daar dan ook geld voor te reserveren.

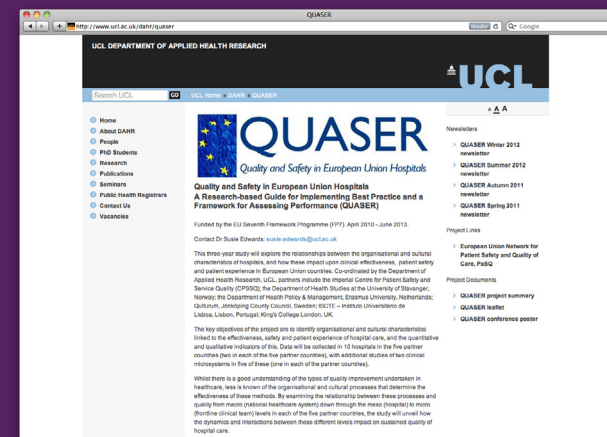
Het eindproduct van Quaser bestaat uit een 'handreiking voor kwaliteit'. Het ziekenhuis kan het instrument gebruiken om het gesprek, zowel intern als extern, over kwaliteit(swerk) in het ziekenhuis te voeren. Het bevat vele concrete voorbeelden over hoe andere Europese ziekenhuizen met specifieke uitdagingen zijn omgegaan.

De (Engelstalige) handreiking is hier te raadplegen:

http://www.bmg.eur.nl/onderzoek/eu_projecten/quaser/

Over QUASER

- Deelnemers: Engeland, Noorwegen, Portugal, Zweden en Nederland Literatuuronderzoek en interviews met centrale actoren in alle landen
- Per land zijn twee ziekenhuizen een jaar lang bestudeerd (780 uur observatie)
- 20-40 interviews met senior management per ziekenhuis
- 387 interviews met ziekenhuispersoneel
- In elke land is een specifiek project – zoals ziekenhuisinfecties – bekeken
- QUASER maakt een handleiding voor zorgprofessionals, zorginkopers en inspecties
- www.ucl.ac.uk/dahr/quaser



Bijna 200 ziekenhuizen in acht Europese landen werkten mee aan het kwantitatieve onderzoek DUQuE. Het doel van dit onderzoek is om de relatie tussen kwaliteitssystemen en patiënt gerelateerde uitkomsten te onderzoeken. En na te gaan welke factoren van invloed zijn op de implementatie van kwaliteitssystemen op ziekenhuis- en afdelingsniveau.

Op ziekenhuisafdeling is kwaliteit meest te beïnvloeden

Wil je weten of kwaliteitssystemen in Europese ziekenhuizen echt bijdragen aan veiligheid? Dan moet je weten hoe het de patiënten is vergaan. Onderdeel van de kwantitatieve studie DUQuE (Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe) was dan ook het analyseren van de uitkomsten van de geleverde zorg in de acht deelnemende landen (zie kader p9).

Om een goed beeld te krijgen, hebben de onderzoekers de resultaten van vier behandelingen bekeken: heupfractuur, hartfalen, CVA (beroerte) en bevallingen. “We hebben meer dan 9.000 patiëntendossiers bekeken”, zegt Cordula Wagner, programmaleider Kwaliteit en organisatie in de cure en care van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en hoogleraar patiëntveiligheid bij het VU medisch centrum. “Daarnaast hebben bijna tienduizend professionals en ruim 6500 patiënten aan het onderzoek meegewerkt.”

Positieve invloed op veiligheidscultuur

De schat aan data werd afgezet tegen de karakteristieken, het kwaliteitsbeleid en de gebruikte kwaliteitssystemen van in totaal dertig ziekenhuizen per land. Alleen in Engeland en Duitsland moesten de onderzoekers met minder klinieken genoegen nemen, deels omdat de procedures voor goedkeuring aan wetenschappelijk onderzoek te tijdrovend waren. Wagner: “De aanwezigheid van kwaliteitssystemen heeft een positieve invloed op de veiligheidscultuur in een ziekenhuis en de kwaliteitsactiviteiten op afdelingsniveau, zo kunnen we met DUQuE cijfermatig onderbouwen.”



[Cordula Wagner]

Om te weten welke factoren van invloed zijn op de uitkomsten van zorg, hebben de wetenschappers tevens in elk land bij twaalf ziekenhuizen onderzoek verricht tot op afdelingsniveau voor de vier behandelingen. Daarbij keken zij naar de afdelingsspecifieke aanpak: is er speciale kennis aanwezig? Hoe is de veiligheid van patiënten gewaarborgd? En krijgt het personeel structureel feedback om ervan te leren?

Grote verschillen tussen afdelingen

De verschillen tussen landen en afdelingen zijn groot. Zo bleek uit het dossieronderzoek dat gemiddeld 45 procent van de patiënten met een heupfractuur binnen 48 uur werd geopereerd, wat van belang is voor het herstel. Het percentage van individuele afdelingen liep echter uiteen van 35 tot 84 procent. Hetzelfde geldt voor de 30 dagen overleving na een beroerte. Daarbij spelen factoren een rol als of binnen drie uur een ct-scan is gemaakt en of de patiënt binnen 24 uur op een stroke unit ligt. “Nederland deed het in 2000 met een sterftepercentage van 9,8 procent niet goed, maar gelukkig is dat in 2011 teruggebracht tot 4,6 procent”, verduidelijkt Niek Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum. “Maar er zijn genoeg landen die het nog beter doen; Denemarken en Noorwegen ‘scoren’ 2,7 procent. Het kan hier dus nog beter.”

Sturen op proces en uitkomsten

Klazinga constateert dat de beste prestaties vragen om een duidelijke verbintenis tussen proces en uitkomsten. Oftewel: het ziekenhuisbrede kwaliteitssysteem moet direct invloed hebben op de uitkomsten op afdelingsniveau. Om dat te bereiken moet er een cascade van sturing zijn van zorgsysteem, ziekenhuis, afdeling tot aan de zorgprofessional. Daarvoor is een samenhangend systeem van registraties en administratieve databases nodig die onderling zijn te linken. Klazinga: “Stuursystemen die geen logische verbintenis hebben met veranderprocessen op afdelingsniveau, zijn op zijn best onschuldig en op zijn slechtst gevaarlijk. Want de daadwerkelijke verbeteringen vinden plaats op de afdeling.”

Volgens de hoogleraar kunnen ziekenhuizen nog de nodige winst boeken. Want de kwaliteitsgegevens die Europese ziekenhuizen nu verzamelen, dienen vooral externe doelen: voldoen aan accreditatie-eisen, invulling geven aan prestatie-eisen voor financiële zorgcontracten en verantwoording aan inspecties. “Governance is van groot belang”, zegt Klazinga. “De raad van toezicht moet zich bemoeien met het thema kwaliteit door het regelmatig op de agenda te zetten. Zij moet de incidenten kennen en de verbeteringen volgen. Dat geldt ook voor de raad van bestuur, de cliëntenraad en de ondernemingsraad. Want de tienduizend professionals gaven al hun betrokkenheid aan bij de onderzochte thema’s.”



[Niek Klazinga]

Doorvertalen kwaliteitssystemen

DUQuE laat ook zien dat goed georganiseerde afdelingen betere resultaten boeken. “Krijgt de patiënt zijn therapie op tijd en wordt de medicatie goed verstrekt, dan zijn de kansen van de patiënt op herstel duidelijk hoger”, legt Wagner van het NIVEL uit. Een van de conclusies van het onderzoek is dan ook dat kwaliteitssystemen op ziekenhuisniveau veel minder van invloed zijn op de zorg dan de kwaliteitsactiviteiten op afdelingsniveau. Wagner: “Nederland kent vooral ziekenhuisbrede accreditatiesystemen en dat vraagt dus om een goede doorvertaling naar de afdelingen.”

Over DUQUE

- Onderzoek in 192 ziekenhuizen in: Duitsland, Engeland, Frankrijk, Polen, Portugal, Spanje, Tsjechië, Turkije
- Verdiepingsstudie op 292 afdelingen naar kwaliteit van zorg voor patiënten met hartinfarct, CVA, heupfractuur en bij bevallingen
- Aan het onderzoek hebben 10.000 professionals en 6.500 patiënten meegedaan
- Naast vragenlijstonderzoek is gebruik gemaakt van dossieronderzoek en bestaande dataregistraties
- Nederlandse partners: AMC, NIVEL
- www.duque.eu

‘Vraagt om
een goede
doorvertaling naar
de afdelingen’



Managementparticipatie van professionals in ziekenhuizen komt niet erg van de grond, laten voorlopige uitkomsten van het DUQuE-onderzoek zien. Artsen en besturen vormen twee verschillende entiteiten, elk met hun eigen logica.

Artsen en de bestuurskamer: twee verschillende logica's

Weinig organisaties zijn zo lastig te besturen als ziekenhuizen. Dat heeft vooral te maken met de duale structuur. Aan de ene kant zijn er besturen die waken over het ziekenhuis als geheel. Aan de andere kant staan de specialisten, professioneel georganiseerd en met de focus op de core business van een ziekenhuis: de medische zorg.

Fricties

“Die dualiteit levert fricties op, en oplossen doe je het nooit”, zegt AMC-onderzoeker Thomas Plochg. “Maar toch zul je beide partijen bij elkaar moeten brengen.” Hier komt managementparticipatie om de hoek kijken. Plochg onderzoekt in hoeverre artsen en verpleegkundigen betrokken zijn bij de besluitvorming in een ziekenhuis. En in het verlengde daarvan: of het er sowieso toe doet of zij bij de besluitvorming zijn betrokken.

Voorlopige conclusie is dat managementparticipatie van zorgprofessionals nog niet heel erg van de grond komt. Over de vraag in hoeverre dat invloed heeft op het kwaliteitssysteem van een ziekenhuis, kan Plochg vooralsnog geen eensluidend antwoord geven. Artsen en verpleegkundigen met leidinggevende taken konden in een schaal van 1 tot 4 aangeven in welke mate ze betrokken zijn bij besluitvorming. De gemiddelde score blijft hangen bij 2. “Dat is dus niet veel.” Plochg benadrukt wel dat veel data nog geanalyseerd moeten worden: “Het maakt nogal wat uit of je als arts meepraat op afdelingsniveau of op ziekenhuisniveau. Dat kunnen we nog analyseren en dat kan heel interessante gegevens opleveren. We hebben nu de contouren geschetst, maar gaan nog volop de diepte in.”



[Thomas Plochg]

Verschillen per land

Een beperking in het onderzoek vormt wat Plochg de 'context' noemt: zeven uiteenlopende landen doen mee en daarbinnen weer verschillende ziekenhuizen. Zo is in Nederland sprake van nevenschikking waarbij artsen en bestuur constant tegen elkaar aanschuren. De gezondheidszorg in Engeland zit veel hiërarchischer in elkaar. Onderzoek in dat land laat zien dat waar artsen deel uitmaken van het bestuur, dit ook leidt tot betere resultaten. Of dat ook voor het DUQuE-onderzoek geldt, weet Plochg nog niet.

Anne Marie Weggelaar, adviseur en onderzoeker aan de Erasmus Universiteit, kijkt tijdens het QUA-SER-onderzoek via participerende observatie letterlijk mee over de schouders van medici en verpleegkundigen. "Ik zie met eigen ogen dat bestuur en professionals vaak twee lastig te verenigen grootheden zijn", vertelt ze. "Terwijl op afdelingsniveau waarschijnlijk meer besluiten worden genomen over kwaliteit dan in de bestuurskamer. En om het nog ingewikkelder te maken: ook binnen afdelingen kunnen er verschillen zijn. Binnen een maatschap kun je iemand aanwijzen die zich met het vraagstuk kwaliteit bezighoudt. Maar het maakt nogal wat uit of je dat overlaat aan iemand met passie die behendig is, of aan de jongste arts, die binnen de maatschap zijn plek nog moet veroveren. Je ziet dat artsen worstelen met de rol die ziekenhuizen hen geeft."

Eigen logica

Een ander probleem is meer structureel van aard: artsen en besturen hebben ieder hun eigen logica. En de aard van het werk bepaalt welke logica je kunt gebruiken, stelt Plochg. "De kunst is nu om die twee logica's bij elkaar te brengen. Wil je kwaliteitsverbetering tot stand brengen, dan heb je elkaar wel nodig. Zo bezien valt er nog een hoop te winnen."



[Anne Marie Weggelaar]

Er is een direct verband tussen de hoeveelheid aandacht die bestuursleden hebben voor kwaliteit en hun grip op kwaliteitssystemen in hun ziekenhuis. Vergaderen over kwaliteit maakt het verschil, blijkt uit het DUQuE-onderzoek.

Sturen op kwaliteit van zorg

Over de vraag wat kwaliteitsbeleid is, valt te twisten: voor de ene bestuurder zijn het de prestatie-indicatoren, voor de ander een ronde maken langs de afdelingen. Maar wat je als ziekenhuisbestuur met kwaliteit doet, is wel in kaart te brengen. Nivel-onderzoeker Daan Botje hield zich hiermee bezig in het kader van het DUQuE-onderzoek. In welke mate zijn besturen betrokken bij kwaliteit? En wat is het effect daarvan op het kwaliteitssysteem in een ziekenhuis?

Kwaliteit op agenda

“Belangrijkste bevinding is dat er een verband bestaat tussen de mate waarop kwaliteit bij een bestuur op de agenda staat en de grip van datzelfde bestuur op het kwaliteitssysteem. Hoe meer, hoe beter”, vat Botje het onderzoeksresultaat samen. “Besturen die over kwaliteit vergaderen, krijgen meer inzicht in hoe processen in hun ziekenhuis verlopen.” Of hiermee ook meteen sprake is van een causaal verband, is niet een-twee-drie te beantwoorden, zegt Botje. “Je kunt evengoed redeneren dat wanneer een ziekenhuis een goed kwaliteitssysteem heeft, de kans groter is dat er over kwaliteit vergaderd zal worden. Je moet er tenslotte wel iets mee doen.” De onderzoeksresultaten laten verder zien dat wanneer er meer sprake is van externe druk, zoals regeringsbeleid dat gericht is op een veilige gezondheidszorg, er ook meer vergaderd wordt over kwaliteit.

Van de 177 bestuursvoorzitters die meewerkten aan het onderzoek zeiden er 47 het thema kwaliteit zelden op de agenda te zetten. Botje: “Dat is toch een opmerkelijk cijfer, want het gaat om ruim een kwart van de gevallen.” Het bleek niet mogelijk om in kaart te brengen hoe verschillend de acht betrokken landen presteren. Daarvoor waren de deelnemende ziekenhuizen geen representatieve afspiegeling.



[Daan Botje]

Missie

Het onderzoek maakt wel duidelijk dat kwaliteit eerder op de agenda staat in ziekenhuizen die in hun mission statement 'kwaliteit' met nadruk noemen. "Ook is er een verband tussen het belang dat bestuurders hechten aan kwaliteit en het aantal vergaderingen hierover", legt Botje uit. "Bestuurders die bijvoorbeeld kwaliteit belangrijker vinden, zullen het ook eerder op de agenda zetten." Volgens Botje speelt ook de professionele achtergrond van de bestuurders mee. Iemand die al enige tijd in de zorgsector werkzaam is, zal meer bij kwaliteit betrokken zijn dan een bestuurder die zijn sporen elders heeft verdiend.

Nederlandse situatie

Nederlandse ziekenhuizen namen geen deel aan het DUQuE-onderzoek, en dus kan Botje op basis van dit onderzoek niet zeggen hoe het hier gesteld is. Wel noemt hij cijfers uit een ander onderzoek uit 2010, waar 41 Nederlandse ziekenhuisbesturen bij betrokken waren. En wat bleek? Bij zeven besturen stond kwaliteit niet of af en toe op de agenda. "Hoewel in dat onderzoek geen verband werd gelegd met het kwaliteitssysteem, is de verleiding groot om dat met het DUQue-onderzoek in de hand wel te doen", zegt Botje.

'Verband tussen belang kwaliteit en aantal vergaderingen'

Goed contact tussen artsen, verpleegkundigen en managers is een belangrijke factor voor de kwaliteit van zorg. Uit het onderzoek QUASER blijkt echter dat de verschillende partijen het concept kwaliteit anders benaderen. Meer begrip voor elkaars situatie en leefwereld maakt het gemakkelijker om samen aan kwaliteitsverbetering te werken.

Rol van medisch specialisten bij kwaliteitsbeleid

“Feedback geven aan collega’s is niet het sterkste punt van artsen”, zegt Kiki Lombarts, hoofd van de onderzoeksgroep Professional Performance bij het AMC. “Terwijl het heel essentieel kan zijn voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.” Lombarts onderzoekt binnen het AMC het functioneren van specialisten in hun rol van arts en die van opleider. Ze richtte zich binnen DUQuE op de professionaliteit van artsen en verpleegkundigen en op de vraag hoe professionaliteit samenhangt met deelname aan kwaliteitszorg.

Primaire zorgtaken

Onderzoeksresultaten van DUQuE laten zien dat ‘kwaliteit’ voor artsen en verpleegkundigen vooral betrekking heeft op primaire zorgtaken, zoals het zoeken van bijscholing. Zo onderschrijven vrijwel alle artsen en verpleegkundigen de stelling dat het goed is om aanvullende educatie te volgen. Waar het gaat om het rapporteren van fouten zijn de scores aanzienlijk lager. “Men vindt het lang niet altijd normaal om mensen aan te spreken”, meent Lombarts. “Dat geldt ook voor het rapporteren over het disfunctioneren van collega’s.”

Verder blijkt er een duidelijk verband tussen houding, gedrag en rapporteren: als professionals participeren in kwaliteitsinitiatieven, dan is de kans ook groter dat ze ingrijpen als sprake is van disfunctioneren. Of dit ook tot een betere zorg leidt, onderzoekt Lombarts nog. Wel zegt ze dat het goed is dat artsenopleidingen nu meer aandacht hebben voor zaken als functioneren en worklife balance. “Al kan het nog wel tien jaar duren voordat dit ook op de werkvloer gemeengoed is.”



[Kiki Lombarts]

Kwaliteitsconcepten

Julia Quartz laat aan de hand van het Quaser-onderzoek zien hoe artsen, verpleegkundigen en managers juist in het hier en nu aan kwaliteitsverbetering kunnen doen. “Dit is geen eenvoudig vraagstuk, omdat elke partij het concept kwaliteit weer anders benadert”, legt ze uit. “Artsen en verpleegkundigen hebben veel vertrouwen in kwaliteit die ‘evidence based’ is. Maar soms wijken ze daar ook vanaf. Daar kunnen goede redenen voor zijn, maar controle wordt dan wel lastig. Managers op hun beurt hechten meer waarde aan een rationeler model waarbij veel zaken worden ‘dichtgetimmerd’, maar dit wordt door anderen niet altijd gewaardeerd.”

Met andere woorden: er is niet één kwaliteitsconcept voor kwaliteit in ziekenhuizen. Er zijn er meer en dus kun je ook op verschillende manieren de kwaliteit op een hoger plan brengen. Brokering kan daarbij een belangrijk middel zijn, zegt Quartz. Ze liet zien hoe Britse verpleegkundigen op die manier het werk van artsen konden beïnvloeden door op dashboards harde gegevens over pijn bij patiënten (dus evidence based) bij te houden. “Als het begrip over en weer er eenmaal is, is de stap naar hoe afdelingen of mensen functioneren niet zo groot meer. Zo kun je de kwaliteit van de zorg op een hoger plan brengen.”



[Julia Quartz]

Voor meer informatie over brokering, zie artikel “Bruggen slaan tussen partijen verbetert kwaliteit zorg”

Pagina 20

De patiënt moet een belangrijke rol spelen bij het verbeteren van kwaliteit, zo zeggen zorgprofessionals. In de praktijk blijkt dat echter zelden het geval te zijn. Terwijl het gebruiken van patiëntervaringen echt het verschil kan maken.

Grotere betrokkenheid door te luisteren naar patiënt

Klachten zijn signalen, of nog mooier, kansen om de dienstverlening te verbeteren. Veel organisaties zien dat echter anders, constateerden de onderzoekers van DUQuE en QUASER. In ziekenhuizen die minder klachten als doel hadden, deden de betrokken medewerkers er alles aan om het klachtencijfer naar beneden te krijgen. “Het leidde soms tot perverse prikkels in plaats van het daadwerkelijk verbeteren van de kwaliteit”, zegt Roland Bal, hoogleraar Bestuur en Beleid van de gezondheidszorg van het iBMG. “In Engeland bijvoorbeeld daalde het aantal klachten doordat ze gewoon het klachtensysteem aanpasten.”

Retorische steun

Volgens Bal krijgt patiëntparticipatie in alle onderzochte landen vooral retorische steun. Het komt vooral terug in beleidsstukken en verpleegkundigen benadrukken het. Artsen zijn vooral geïnteresseerd in klinische resultaten, aldus de hoogleraar. Managers in de zorg geven toe dat patiënten weinig invloed hebben bij het verbeteren van de zorg. Op een soortgelijk vraag in het DUQuE-onderzoek gaven de managers aan dat patiënten amper betrokken worden bij verbeterprojecten of kwaliteitscommissies.

Zelf dialyseren

Patiënten actief betrekken werkt daadwerkelijk, zo blijkt uit goede voorbeelden. Zo kunnen in Zweden dialysepatiënten zelf met een pasje het gebouw in waar ze zichzelf dialyseren. Zij zijn niet langer afhankelijk van openingstijden, gemaakte afspraken of beschikbaar personeel. Het idee kwam uit de patiënten zelf voort. Het ziekenhuis pikte het op en heeft het mogelijk gemaakt. Bal: “In Zweden hebben ze het ook niet over ‘de patiënt’ maar over Emma om de anonieme patiënt direct een gezicht te



[Roland Bal]

geven. Maar als ik eerlijk ben, heb ik in het onderzoek niet nog zo'n mooi voorbeeld gezien als bij de Zweedse dialysepatiënten ([klik op de Youtube link](#))."

Betrokkenheid voelen

Het verbeteren van de kwaliteit begint met simpelweg vragen naar ervaringen van patiënten. Het project Randvoorwaarden voor kwaliteitsverbetering van iBMG, kwaliteitsinstituut CBO en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties keek naar mogelijke verbeteringen in de ziekenhuiszorg door patiëntervaringen. "We zagen dat personeel dat luisterde naar de verhalen van patiënten meer betrokken raakte", vertelt Femke Vennik van IBMG. "Het ging dan om hun ziekenhuis en hun patiënten, wat stimuleerde om met de verbeterpunten aan de slag te gaan." Soms waren de verbeteringen heel simpel te bereiken. Patiënten in de wachtkamer wilden bijvoorbeeld een indicatie van de wachttijd omdat ze in de tussentijd niet naar het toilet durfden, bang de arts mis te lopen. Of omdat ze liever in het restaurant op hun beurt wachtten.

Ervaringen patiënten leidend

In het Diaconessenhuis Utrecht gingen ze aan de slag met de participatiemethode Experience-based co-design. Een projectmedewerker interviewde patiënten die palliatieve zorg kregen bij hen thuis over waar zij zich mee bezig hielden. Uit de diverse interviews kwamen terugkerende thema's naar boven als 'second opinion', 'invloed op je leven', 'levensverwachting' en 'ervaringen'. De verschillende verhalen zijn verwerkt in een film van een uur bestemd voor kwaliteitsverbetering, onderwijs, artsen, verpleegkundigen en toekomstige patiënten. Tevens is er een co-designwerkgroep voor familie en vrienden van de patiënten gevormd, die vaak ook boordenvol vragen zitten. Geboren uit ervaringsverhalen van patiënten.

De goede voorbeelden geven aan dat het daadwerkelijk betrekken van patiënten bij hun eigen zorg een stimulerende werking heeft en professionals kan motiveren om meer patiëntgericht te werken.



Zweedse dialysepatiënten doen alles zelf



[Femke Vennik]

Ongeschreven regels, foute routines en blinde vlekken. Elk ziekenhuis heeft ermee te maken. Door meer aan zelfreflectie te doen, kunnen ziekenhuizen hardnekkige problemen beter onder controle krijgen.

Ongeschreven regels bepalen primaire proces

Wat gebeurt er nou werkelijk op een ziekenhuisafdeling en waarom gaan dingen zoals ze gaan? Over het veranderen van gedrag van professionals weten we eigenlijk nog maar heel weinig. "Vaak krijgen problemen tijdelijk aandacht en gaat het daarom ook beter, maar er wordt onvoldoende gekeken naar wat structureel aan de hand is", zegt iBMG-onderzoeker Anne Marie Weggelaar. De dagelijkse praktijk wordt gevormd door allerlei ongeschreven regels. Werkstructuren en cultuur bepalen het gedrag van professionals. Zo kunnen normen en waarden de basis vormen voor redenties die lang niet altijd kloppen. Maar ze vormen wel een denkraam, het mentale perspectief, waarmee professionals hun taken oppakken. Door hier onderzoek naar te doen, ontstaat meer zicht op waarom dingen soms niet goed gaan.

Meekijken op afdeling

Door te kijken naar het emotionele perspectief (hoe reageren mensen), het motivatieperspectief (wat drijft ze) en het ervaringsperspectief (hoe gaan ze om met fouten) kun je hierover informatie verzamelen. "Je kunt nog zo goed fouten of de werkdruk analyseren, dan nog is dat geen garantie dat dingen zullen verbeteren. De angel van een probleem zit vaak dieper." Weggelaar lichtte haar verhaal toe aan de hand van onderzoek in een Nederlands ziekenhuis, waar men geen grip wist te krijgen op decubitus. Het relatief hoge percentage van bijna 15% doorligwonden was een 'hardnekkig' probleem dat zijn weerslag had op het algemeen vertrouwen in het ziekenhuis. Het management van de afdeling besteedde er veel aandacht aan, de wond- en decubitus verpleegkundigen gaven bij- en nascholing, en de risicoscores werden keurig bijgehouden. Maar het probleem bleef. Gefrustreerde verpleegkundigen wilden -in het kader van de QUASER studie- dat geholpen werd bij het vinden van een oplossing voor dit weerbarstige vraagstuk. De oplossing diende zich aan toen de onderzoekster heel secuur mee ging lopen op de afdeling. Ze



[Anne Marie Weggelaar]

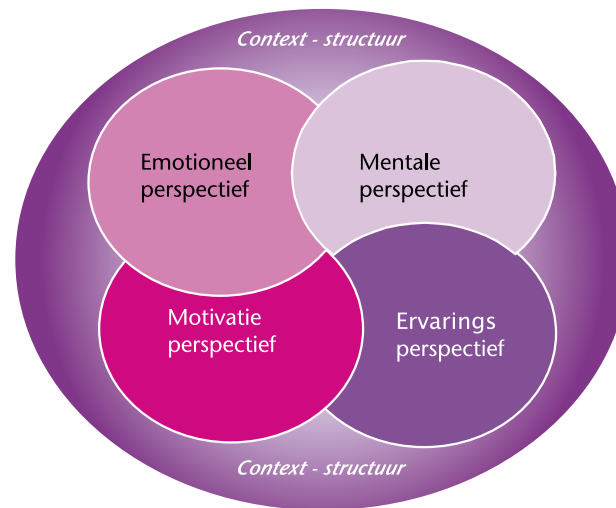
stuitte op foute routines en blinde vlekken die vaak samenhangen met de structuur zoals de ingevoerde patiëntgerichte verpleegmethode van patiënttoewijzing en werkdruk door het halen en brengen naar de OK. Bijvoorbeeld verpleegkundigen vroegen bij het tillen niet om hulp, waardoor de patiënt met zijn lichaam wordt geschuurd over het laken of een ruk wordt gegeven aan een katheter. Eén van de verbeteracties was om meer in tweetallen te gaan werken, zodat verpleegkundigen elkaar tijdens het werk onbewust corrigeren.

Reflectieve momenten

Door vaker een 'reflectief moment' in te bouwen en medewerkers te leren op een andere manier naar problemen te kijken, kunnen 'weerbarstige problemen' worden opgelost, is de conclusie van Weggelaar. "Met name in Portugal zijn die reflectieve momenten gemeengoed en daar kunnen wij in Nederland nog een hoop van leren." Probleem is nu vaak dat er een gat zit tussen wat professionals denken en zeggen wat ze doen en wat ze daadwerkelijk doen. "Zeker (welbespraakte) professionals zijn altijd prima in staat uit te leggen waarom het op dat ene moment net weer even anders ging. Maar daarmee los je het probleem nog niet op. Er is vaak een buitenstaander nodig om dit te onthullen." Door professionals direct te confronteren met dingen die niet goed gaan, kunnen veel problemen meer structureel worden opgelost. "Loop mee en kijk gewoon hoe het gaat. Door je te focussen op zowel cultuur als structuur wordt meer duidelijk over de oorzaken van problemen." In het QUASER onderzoek is daarbij 'ontdekt' dat er een samenhang is tussen vier belangrijke aspecten van cultuur.

Meer informatie: zie animatie over de vraag:
Wat motiveert ons? **(klik op de Youtube link)**

Wrap up: ongeschreven regels



Scott-Morgan, P. (1994).
The unwritten rules of the game: master them, shatter them, and break through the barriers to organizational change. New York: McGraw-H.



Wat motiveert ons?

De Nederlandse gezondheidszorg is sterk gefragmenteerd en gelaagd, zo is een van de conclusies van het onderzoek QUASER. 'Brokering', bruggen slaan tussen alle betrokken partijen, is een probaat middel om hen met elkaar te verbinden. En op die manier de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.

Bruggen slaan tussen partijen verbetert kwaliteit zorg

Overheid, IGZ, verzekeraars, patiëntenorganisaties; alle partijen in de gezondheidszorg hebben intensief met elkaar te maken. Maar intussen hebben ze elk hun eigen wensen en eisen. Ziekenhuizen op hun beurt moeten die zien te vertalen in hun kwaliteits- en veiligheidsbeleid. En die vertaling moet vervolgens zijn weg vinden naar de diverse afdelingen. Een complex geheel met talloze spelers, met ieder zijn eigen denkwijzen en prioriteiten.

'Brokering', ofwel bruggen slaan tussen die veelheid van spelers, kan helpen bij die vertaalslag. "Zeker in Nederland, waar de gezondheidszorg gefragmenteerd is en gelaagd, kan brokering een bijdrage leveren aan de kwaliteit en veiligheid in ziekenhuizen", zegt Julia Quartz, die binnen het Quaser-project het gebruik van een richtlijn voor kwaliteitsverbetering onderzoekt. "In de kern gaat het om het linken van eisen die van buiten worden opgelegd, aan het kwaliteitsbeleid in een ziekenhuis. En dat beleid moet je dan ook weer doorvertalen naar de werkvloer."

1500 richtlijnen

Brokering is voor een deel een technische methode, bijvoorbeeld waar het gaat om het omzetten van landelijke richtlijnen naar het veiligheidsbeleid in een ziekenhuis. Drie jaar geleden besloot het Atrium MC in Heerlen tot een grondige inventarisatie van de in Nederland geldende richtlijnen, nadat daar onverantwoorde zorg aan het licht was gekomen. Het doel van de inventarisatie - voldoen aan de eisen - blijkt echter niet eenvoudig te realiseren. Veel van de richtlijnen spreken elkaar tegen en soms is er sprake van dubbelingen. Daarom koos het Atrium MC voor een systeem waarbij aan de hand van een risicoscore een prioriteitenlijst werd samengesteld. Van de meer dan 1500 richtlijnen - en dat



[Julia Quartz]

aantal groeit nog steeds - worden er nu negen toegepast. Prioriteiten stellen is volgens Quartz een typisch voorbeeld van brokering.

Begrip laten groeien

Ook op andere niveaus blijkt brokering een probaat hulpmiddel bij het borgen en verbeteren van de kwaliteit en veiligheid in ziekenhuizen. Beleidslijnen moeten namelijk hun weg vinden op de afdelingen en die moeten op hun beurt gemotiveerd zijn om mee te doen. Binnen afdelingen zijn vertaalslagen aan de orde van de dag en ook daar kan brokering uitkomst bieden. Brokering kan bijvoorbeeld helpen om artsen, verpleegkundigen en managers dichterbij elkaar te brengen. Quartz: "Er ontstaat dan een 'reflectieve ruimte' waarin diverse partijen elkaar formeel, maar ook informeel weten te vinden en over en weer begrip voor elkaar kunnen krijgen, ook bij strategische vraagstukken." Veel brokering vindt plaats achter de schermen en de afstand tussen strategie, inhoud, emotie en ethiek is vaak heel klein. Door al die aspecten de ruimte te geven, kan het begrip over en weer groeien en ontstaat meer erkenning voor elkaars positie. "De manier waarop brokering wordt toegepast is sterk afhankelijk van de situatie", zegt Quartz. "Vaak is het formeel, maar vaak ook informeel. Samen kun je een hele slag maken. Zonder brokering kan het systeem niet functioneren."

'Zonder
brokering kan
het systeem niet
functioneren'

De gevleugelde uitspraak 'meten is weten' gaat alleen op als een indicator geschikt is voor het doel waar het voor wordt gebruikt. En om de uitkomsten te kunnen gebruiken moet een indicator voor zorg deel uitmaken van een stuurcyclus van het management.

Het doel bepaalt of een indicator geschikt is

Het lijkt zo simpel: een ziekenhuis registreert of patiënten doorligwonden hebben en gebruikt die kennis om maatregelen te nemen. Zo stijgt de kwaliteit van zorg. Klaar is Kees. Maar de praktijk is een stuk weerbarstiger. Want wanneer is een rode plek en wanneer is het een beginnende doorligwond? En hoe vertaal je de uitkomsten daadwerkelijk in beleid?

"We leren dat een indicator betrouwbaar, valide en bruikbaar moet zijn", zegt Niek Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum. "Maar voor kwaliteitsverbetering dient de indicator ook deel uit te maken van de stuurcyclus van een ziekenhuis."

Doel indicator

Of een indicator geschikt is hangt ook af van het uiteindelijke doel. Klazinga noemt als voorbeeld het registreren van heropnames van patiënten, 30 dagen na een opname in het ziekenhuis. In de Verenigde Staten krijgen ziekenhuizen geen vergoeding voor een heropname binnen een maand. Ze zullen er daarom alles aan doen om de beste kwaliteit te leveren. In Nederland is de lengte van het verblijf in het ziekenhuis een kwaliteitsindicator. Aangezien niemand graag in het ziekenhuis ligt en elke 'ligdag' geld kost is het uitgangspunt: hoe korter hoe beter. Klazinga: "Dus proberen ziekenhuizen die duur zo kort mogelijk te houden en nemen ze steeds meer risico's."

Inzicht bieden

Nederlandse ziekenhuizen hebben met honderden indicatoren te maken. Ze geven inzicht in de structuur, het proces, de uitkomsten van de zorg of geven inzicht in effectiviteit en veiligheid. De data komen uit eigen registraties, informatiesystemen, vragenlijsten, elektronische patiënten dossiers of uit



[Niek Klazinga]

administratieve systemen. Bij de nodige indicatoren is er veel discussie over het nut van de vastlegging omdat de data slechts beperkt inzicht geven.

Klazinga: "Veel informatie is bestemd voor het management die moet weten: 'Zijn we in controle of loopt het uit de hand?'. Dan heb je geen 100 procent betrouwbare informatie nodig maar gaat het om de marge van zekerheid die je bereid bent om te accepteren. Het management zal ook afwegen wat het betekent in geld en mankracht om 100 procent zekerheid te bewerkstelligen."

Vertaalslag maken

De beschikbare data vragen vaak ook nog om een vertaalslag. Scores zijn onderdeel van een sociaal proces, stelt Roland Bal, hoogleraar Bestuur en Beleid van de gezondheidszorg aan het iBMG. Verpleegkundigen stellen wel eens de pijnscores van patiënten bij. Patiënten geven met een cijfer aan hoeveel pijn zij hebben op een schaal van 1 tot 10. Daarbij maakt de verpleegkundige echter zelf ook een inschatting; hoe ligt de patiënt er bij en wat voor indruk maakt hij. Er zijn patiënten die bewust een hoog cijfer noemen omdat ze morfine willen.

Maar het werkt ook andersom. Bal: "Ik heb in Zweden gesproken met reumatologen die vertelden dat zij patiënten met ontstoken gewrichten adviseerden een hogere pijnscore in te vullen omdat ze anders niet in aanmerking kwamen voor bepaalde medicatie. En die hadden zij volgens de reumatoloog wel nodig." Volgens Bal zijn er dus interpretatieslagen nodig, zowel naar boven als beneden. Dat beaamt Klazinga. "Zijn bijvoorbeeld de uitkomsten van een registratie direct gekoppeld aan de financiële vergoeding, dan heeft dat gevolgen voor de uitkomsten. Daar moet je rekening mee houden."



Animatie over de inzet van indicatoren



Colofon

Concept, interviews en redactie:

Leene Communicatie

Fotografie:

Michelle Muus

Vormgeving:

Ontwerpstudio D&AS

