

Landelijk programma ontwikkelt sturingsmodel

De boardroom krijgt kwaliteitsinstrumenten

De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid in zijn organisatie. Maar welke informatie kunnen ze daar het beste voor gebruiken? Zorgprofessionals in een ziekenhuis registreren samen honderden kwaliteitsindicatoren. Veelal zijn het externe partijen die deze informatie opvragen en is het niet duidelijk wat daarvan voor de ziekenhuisleiding van belang is. Bestuurders sturen wel in toenemende mate óók op kwaliteit, maar zijn nog zoekende naar de goede manier om dat te doen.

R. Trooster, N. van Weert

In het programma Sturen op Kwaliteit ontwikkelen de acht Universitaire Medische Centra (umc's) samen met zorgpartners een model waarmee de Raad van Bestuur optimaal kan sturen op kwaliteit. Welke informatie nodig is, waaruit deze te ontleen, en hoe deze te gebruiken, zijn vragen waar de umc's zich in het programma Sturen op kwaliteit samen op richten. Eind volgend jaar zal het programma een dynamisch model opleveren. Met dit model is het mogelijk om de kwaliteit van zorg te verbeteren, door het hebben en gebruiken van adequate kwaliteitsinformatie door de Raad van Bestuur. In de volgende paragrafen beschrijven we de uitgangspunten van het model en de wijze waarop de deelnemende zorginstellingen er aan werken. Ook de eerste resultaten van het programma komen aan bod.

Verbeteren vs. Transparantie

Het programma Sturen op Kwaliteit staat in het teken van de eigen verantwoordelijkheid en intrinsieke motivatie van umc's en ziekenhuizen om de kwaliteit te verbeteren. Belangrijk uit-

gangspunt daarbij is dat informatie om te verbeteren een fundamenteel andere functie heeft dan informatie voor transparantie en verantwoordingsdoeleinden. Kwaliteitsinformatie wordt zo een verbetertool, waarvan niet zozeer de inhoud, maar wel het gebruik uiteindelijk kan dienen voor de verantwoordingseisen die externe partijen opleggen.

Ontwikkeling van een model voor Sturen op Kwaliteit in de praktijk

Het model is bedoeld voor interne kwaliteitsverbetering en bestaat uit meerdere modules, die deels bottom-up ontwikkeld worden. Daarbij gaan de deelnemers aan het programma in principe uit van bestaande informatie, zodat de registratielast niet verder toeneemt.

Tot nu toe wordt gewerkt aan twintig modules, die zijn onderverdeeld in drie typen (zie figuur 1). Ieder type geeft een ander niveau van kwaliteitsinformatie aan:

1. Ziekenhuisbrede stuurinformatie, waarbij filteren, interpreteren en sturen op ziekenhuisbrede kwaliteitsinformatie centraal staat;
2. Stuurinformatie voor afdelingen/patiëntengroepen, met als doel: filteren, interpreteren en sturen op aandoeningsspecifieke kwaliteitsinformatie;
3. Stuurinformatie in (keten)netwerken van zorg. Daarnaast vinden 'dialoogsessies' plaats, met als doel visieontwikkeling en het verkennen van praktijkervaringen en expertise.

De ontwikkeling van modules voor het model voor Sturen op kwaliteit gebeurt in projecten. De keuze van onderwerpen in de projecten voor afdelingen/patiëntengroepen en voor netwerken van zorg (type 2 en 3) is bottom-up tot stand ge-

komen. Ieder project ontwikkelt en test de modules in de praktijk. Dit geldt ook voor het meenemen van de bevindingen van de andere projecten in de eigen ontwikkeling en praktijk. Hierdoor ontstaat een voortdurende wisselwerking tussen het model en de praktijk. Er is sprake van een dynamisch model, dat in een staat verkeert van 'permanent bèta' (Asman&Witteveen, 2015). Dit concept van Asman en Witteveen van bèta-versies die zich permanent blijven ontwikkelen en aanpassen, passen in de realiteit van veel en snelle (interne en externe) veranderingen. Er is geen tijd meer voor de oude werkwijze om na lange voorbereiding te werken aan een perfect eindmodel. Het programma werkt niet toe naar een blijvend en compleet eindresultaat voor sturen op kwaliteit, maar werkt aan een model voor Sturen op Kwaliteit. Dit model bevat methoden, voorbeelden van kernsets en handreikingen voor gebruik. Het model is op onderdelen direct toe te passen en wordt tegelijkertijd aangepast en verbeterd. Dit is één dimensie van het programma (zie figuur 2).

Een andere dimensie in het programma is de afstemming tussen de beoogde gebruikers van het model, namelijk de Raden van Bestuur, en de belangrijkste partijen in de zorg, de zorgprofessionals en de patiënten. In de ontwikkelprojecten type 2 en type 3 zijn de klinische en verpleegkundige leiders en de Raad van Bestuur in de lead. De ontwikkelde kernsets worden feitelijk direct in het betreffende ziekenhuis geïmplementeerd. Zodoende sluiten de resultaten van het programma goed aan bij prioriteiten van de professionals, die de kwaliteitsinformatie kunnen gebruiken voor lokale verbeterdoeleinden.

Eerste resultaten

Het programma Sturen op kwaliteit loopt nog tot eind 2018, maar heeft reeds een aantal modules en interessante bevindingen opgeleverd. Bijvoorbeeld over het gebruik van dashboards, de betrekkelijkheid van cijfers, het selecteren en toepassen van informatie op de IC en de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit in de zorgketen. Deze zullen we kort bespreken.

Dashboard

Een dashboard voor de Raad van Bestuur is een middel om te sturen. Met dashboard wordt het geheel aan actuele kwaliteitsinformatie bedoeld (Kaptein & Zannoni, 2016; NVTZ, 2016). De meerderheid van de ziekenhuizen en umc's heeft een kwaliteitsdashboard in enigerlei vorm in gebruik. Binnen het programma zijn de ervaringen met het gebruik van deze dashboards onderzocht in 12 ziekenhuizen (Weggelaar,



Broekharst & de Bruijne, 2017, zie ook het artikel elders in deze KiZ). Het programma Sturen op kwaliteit richt zich op de optimale inhoud en het meest effectieve gebruik van het dashboard, maar niet op de (ICT-)technische realisatie daarvan.

Bestuurders zoeken naar de goede manier om op kwaliteit te sturen.

Sturen op kwaliteit is thema
KiZ-congres op 2 november – mis het niet!

Niet alleen kwantitatief

Niet alle belangrijke kwaliteitsthema's zijn te vangen in cijfers. Op welke wijze kan je als bestuurder bijvoorbeeld vaststellen of de samenwerking in de multidisciplinaire teams niet goed en daardoor risicovol is? Hoe is te bepalen of de participatie van de patiënt op verschillende niveaus niet alleen in woord, maar ook in daad de ruimte krijgt? Zijn verbeteracties na calamiteiten wel voldoende aangepakt en effectief? Dit zijn vaak juist de thema's waar de bestuurders verantwoordelijk voor worden gesteld als het mis gaat (IGZ, 2017). Ook op deze vragen probeert het programma een antwoord te vinden.

Informatie over het Citrien-programma Sturen op Kwaliteit

Het doel van het programma Sturen op Kwaliteit is het verbeteren van de kwaliteit van zorg, door het hebben en gebruiken van adequate kwaliteitsinformatie door de Raad van Bestuur. Het programma wordt uitgevoerd onder leiding van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg. Het programma wordt gefinancierd door het Citrienfonds. Dit fonds helpt duurzame en breed inzetbare oplossingen in de gezondheidszorg te ontwikkelen en is mogelijk gemaakt door ZonMw.

Voorbeeld Intensive Care

In een van de projecten heeft de intensive care in twee umc's een methode ontwikkeld om samen met bestuurders, professionals én patiënten uit alle beschikbare informatie tot een kernset van tien kwaliteitsparameters voor de Raad van Bestuur te komen. De bruikbaarheid van deze kernset is ook geëvalueerd in een kwartaalgesprek tussen de afdelingsleiding en Raad van Bestuur. In beide ziekenhuizen bleek het gesprek aan de hand van de kernset daadwerkelijk te gaan over knelpunten in de zorg en de rol die beide partijen kunnen nemen in de verbetering daarvan (Oerlemans et al, 2017; zie artikel Oerlemans en Zegers elders in deze KiZ).

Kwaliteit in zorgketens en regio's

Het programma is een pilot gestart over de

mogelijkheden voor het monitoren van kwaliteit en veiligheid in de keten, met specifieke aandacht voor de rol en verantwoordelijkheden van de bestuurders. De kwaliteit van de ketenzorg is veelal nog een 'black box'. Uit meerdere onderzoeken (ZonMw, 2014) is bekend dat daar waar de zorg gefragmenteerd is, meerdere disciplines betrokken zijn, overdracht naar diverse sectoren in de zorg plaatsvindt of de bestuurder niet actief betrokken is, sturen op veiligheid in de hele keten nog een verbeterpunt is.

In de pilot ontwikkelen drie ziekenhuizen samen handvatten voor bestuurders om de risico's van regionale en ketensamenwerking in kaart te brengen en de veiligheid te verbeteren met reactieve en proactieve sturingsmogelijkheden.



Figuur 1

Dialogo

Het programma werkt naast de modules voor verschillende types van stuurinformatie, ook aan de ontwikkeling van een visie op de rol van de bestuurder in het nastreven van een proactieve benadering van kwaliteit en veiligheid. De dialoog over kwaliteit van zorg tussen zorgprofessionals en ziekenhuisleiding heeft daarin een belangrijke plaats, aldus de visie in wording. Deze visie gaat verder vooral over de wijze waarop informatievoorziening dat het beste kan faciliteren.

De visie bevat een framework voor informatievoorziening voor de raad van bestuur, mede gestoeld op internationale ervaring en expertise (Meijer et al, 2012; Bohmer, 2006). Het framework ordent de functies van de informatie en structureert de keuzes die ieder individueel ziekenhuis te maken heeft. Het framework gaat ervan uit dat de informatievoorziening niet op zichzelf staat, maar dat richting en inrichting van de organisatie toegesneden moeten zijn op goed gebruik daarvan.

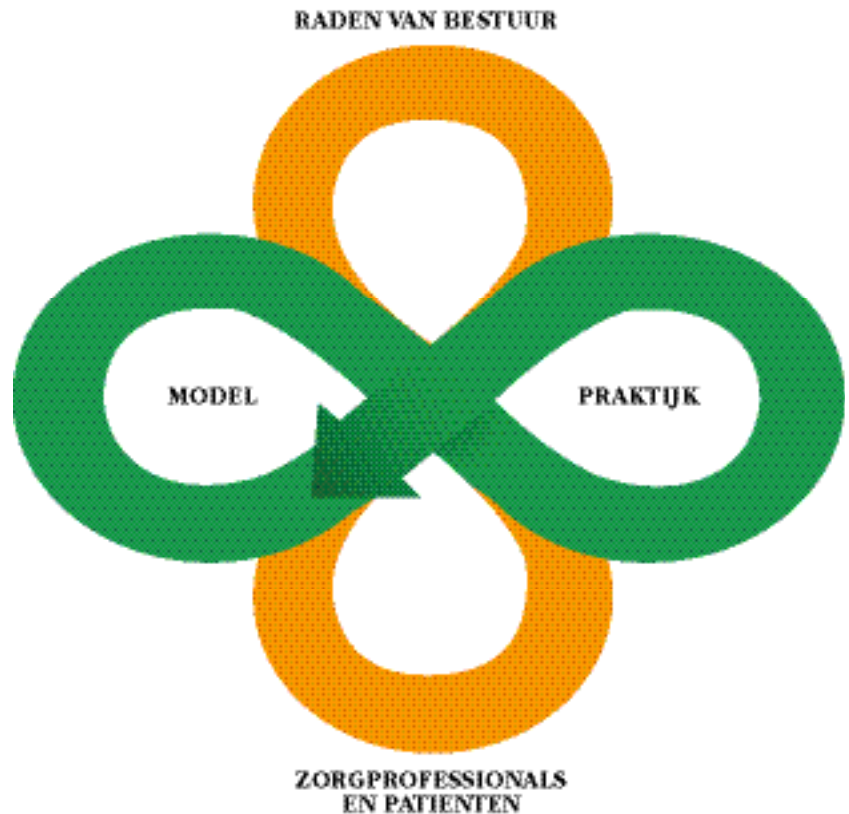
Het door het programma ontwikkelde framework gaat enerzijds uit van een ziekenhuisbreed kwaliteitsdashboard met generieke indicatoren. Anderzijds veronderstelt het framework dat de RvB teams faciliteert om te werken en aan de RvB te rapporteren op basis van een ziekte-specifiek dashboard. Dit dashboard bevat PROMs, PREMs, procesmaten, soft signals gebaseerd op teamcultuur maten, financiële en medische uitkomsten. Een aansluiting op de systematiek van ICHOM, waarin meerdere niveaus van patiëntuitkomsten en kosten worden gemeten, ligt hier voor de hand. In enkele projecten van het programma zijn ICHOM sets ook aan de orde. Een selectie uit het ziektespecifiek dashboard vormt een kernset waarvan ook de RvB stuurinformatie ontleent. (Ahaus . et.al., Beschouwing en framework voor kwaliteitsinformatie, concept, 2017).

Praktijktoets 2018

Vanaf 2018 zullen de activiteiten in het teken staan van het toepassen van het ontwikkelde framework en de inhoudelijke modules in ziekenhuizen en in regio's. In de praktijk wordt onderzocht onder welke voorwaarden het gebruik succesvol is. Het programma is nog op zoek naar (niet universitaire) ziekenhuizen die het model willen toetsen in de praktijk.

Literatuur

Aslander, M., E. Witteveen, Nooit Af - Een nieuwe kijk op de fundamentele van ons leven: werk, school, zorg, overheid en management, Business Contact, Amsterdam, 2015.
Kaptein, N., M. Zannoni, M., Het bestuurlijk dashboard veiligheid in de zorg: sturen op veiligheid in de zorgpraktijk. COT In-



Figuur 2

stituut voor Veiligheids- en Crisismanagement
<https://www.linkedin.com/pulse/het-bestuurlijk-dashboard-veiligheid-de-zorg-sturen-op-nico-kaptein?trk=prof-post>, 2016
Nederlandse Vereniging voor Toezichhouders in Zorg en Welzijn NvTZ. *Zienderogen Beter II - Veiligheid in perspectief*, 2016
Weggelaar AM, Broekharst D, M. de Bruijne, *Governance rond Kwaliteitsverbetering: Lessen uit lokale Dashboard Ontwikkeling*. Eindrapportage, NFU Sturen op kwaliteit, 2017.
Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Goed bestuur en veilige cultuur; vereisten voor goede zorg. Raad van bestuur UMC Utrecht teveel op afstand*, rapport 2017 <https://www.igz.nl/actueel/nieuws/veilige-en-open-cultuur-een-vereiste-voor-goe.aspx>
Oerlemans A., Zegers M., de Jonge E., J. van der Hoeven, *Stuurinformatie destilleren: van volle breedte naar beperkte, betekenisvolle informatie voor bestuurders* Eindrapportage, NFU Sturen op kwaliteit, 2017.
ZonMw. *Veiligheid begint bij goed bestuur*, 2014.
Meyer G.S., Nelson E.C, Pryor D.B., James B., Swensen S.J., Kaplan G.S., Weissberg J.I., Bisognano M., Yates G.R., G.C. Hunt (2012). More quality measures versus measuring what matters: a call for balance and parsimony, *BMJ Quality and Safety*, 21, 964-968.
Bohmer R. Clinical change at Intermountain healthcare. *Harvard Business School* 2006; 1-25.
Ahaus, C., J Kievit, N Klazinga, J Hazelzet, N van Weert en H Wollersheim, *Beschouwing en framework voor Kwaliteitsinformatie, conceptrapportage*, NFU Sturen op kwaliteit, 2017.

Informatie over de auteurs

Drs Roos Trooster is programmamanager van het Citrien-programma Sturen op kwaliteit en werkzaam bij het NFU consortium kwaliteit van zorg. **Dr Nico van Weert** is coördinator van het NFU consortium kwaliteit van zorg.
roos.trooster@nfukwaliteit.nl
<http://www.nfukwaliteit.nl/programmas/sturen-op-kwaliteit>