

Trends in het kwaliteitsdenken in de zorg

EEN ANALYSE VAN LITERATUUR OVER KWALITEIT EN VEILIGHEID

25 jaar het tijdschrift *Kwaliteit in Zorg* betekent zo'n kleine 1.000 artikelen over kwaliteit en veiligheid. De afgelopen maanden hebben we teruggeblikt en het immense bestand aan artikelen in kaart gebracht. Een boeiende klus die een antwoord moet geven op vragen als: hoe evolueert het kwaliteitsdenken, welke thema's groeien, welke zijn misschien wat over de top en wat zijn toekomsttrends?.

Kees Ahaus en Fabian Schurink

De Leidschendamconferenties die werden georganiseerd door patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de inspectie voor de gezondheidszorg en het ministerie gaven begin jaren negentig voor het eerst vorm aan landelijk kwaliteitsbeleid in de zorg en betekenen een definitieve doorbraak van kwaliteitsmanagement in de zorg. Het tijdschrift *Kwaliteit in Zorg* (KiZ, voorheen *Kwaliteit in Beeld*) is geboren en 25 jaar lang zien we een enorme, en tot op de dag van vandaag groeiende, belangstelling voor het thema kwaliteit en veiligheid van zorg.

Die belangstelling bestond al veel langer in de industrie en sinds de special in 1994 van de prestigieuze *Academy of Management Review* kreeg kwaliteitsmanagement ook een plaats in de managementtheorie. Recent brachten Dahlgaard-Park et al. (2013) 25 jaar wetenschappelijke kwaliteitsliteratuur in kaart, van 1987 tot en met 2011. De trends worden mooi zichtbaar. Op het terrein van Total Quality Management is er een toenemende belangstelling tot 1995, maar die neemt daarna behoorlijk af. Business Excellence modellen (zoals het EFQM Excellence Model) verspreiden zich geografisch en het aantal artikelen neemt weliswaar licht toe, maar in wetenschappelijke literatuur blijft de aandacht toch redelijk bescheiden. De literatuur over kwaliteitsmanagement blijkt toch

vooral aantrekkelijk vanwege zijn tools en technieken; Dahlgaard-Park et al. (2013) laten zien dat de aandacht voor Lean, Toyota Production System en continuous improvement tot zeer recent in de wetenschappelijke literatuur groeit en nog steeds niet op zijn hoogtepunt lijkt te zijn. De aandacht voor de Balanced Scorecard en Six Sigma lijkt wel wat af te vlakken. Ook is er een toename in de bijdragen over kwaliteitsscultuur, en over daartoe horende waarden en principes zoals customer delight, management by fact, continuous improvement en people-based management.

Geïnspireerd door Dahlgaard-Park et al. (2013) en het congres thema Back to the future, dat het 25-jarig jubileum van het tijdschrift KiZ markeert, hebben we een analyse gemaakt die inzicht moet geven in vragen als: Dekken de publicaties in KiZ kwaliteitsdoelen als effectiviteit, efficiëntie, toegankelijkheid, patiëntgerichtheid, gelijkheid en veiligheid evenwichtig af? En hoe hebben ze betrekking op de domeinen van kwaliteitsinterventies: leiderschap, informatievoorziening, betrokkenheid van patiënten, regulering en standaarden, vergroten organisatiecapaciteit en modellen van zorg? Hoe ontwikkelt de aandacht voor modellen als NIAZ, HKZ, INK/EFQM en Chronic Care Mode zich? En welke tools zijn toenemend en welke zijn afnemend populair?

Eerst lichten we de gebruikte invalshoeken bij deze analyse toe en gaan we in op hoe we de artikelen hebben beoordeeld. Vervolgens reflecteren we op de trendgrafieken die de evolutie van het kwaliteitsdenken in de Nederlandse gezondheidszorg weergeven. Ten slotte nemen we een kijkje in de toekomst.

Invalshoeken en methode

Bij het uitvoeren van de analyse van in totaal 978 artikelen hebben we een aantal invalshoe-

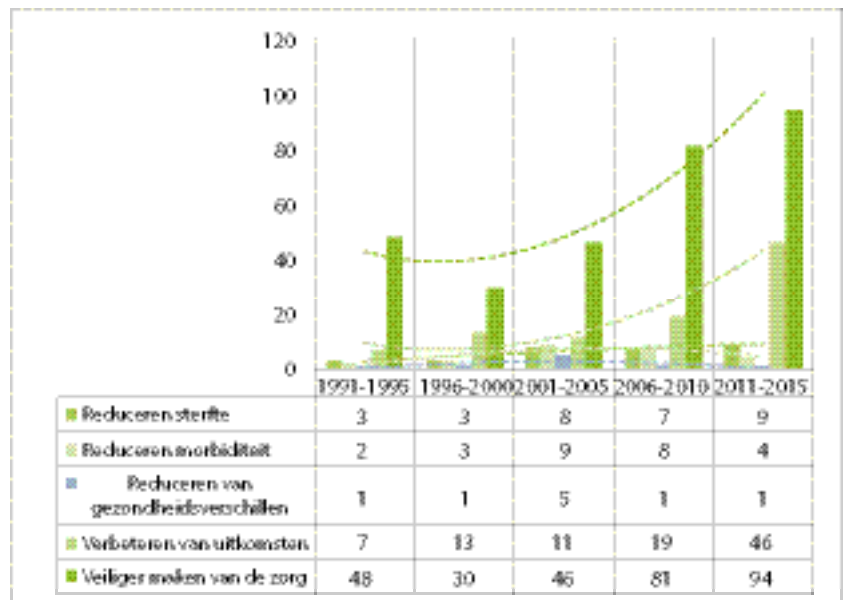
Jaartal	Totaal aantal artikelen (Missende boekjes)	Trends
1991-1995	152 (11)	Met de Leidschendamconferenties is er een start gemaakt met de ontwikkeling en implementatie van de kwaliteitswet, -beleid en -systemen in de gezondheidszorg.
1996-2000	182 (4)	Dit is de periode van de introductie van het INK-managementmodel en de verdere ontwikkeling van de kwaliteitswet, -beleid en -systemen. Plan-do-check-act wordt al veel gebruikt voor kwaliteitsverbetering. Patiëntveiligheidstools krijgen meer aandacht. De eerste publicaties verschijnen over ketenkwaliteit.
2001-2005	204 (3)	Kwaliteitsmanagement, certificatie en accreditatie worden steeds breder toegepast bij verschillende soorten gezondheidsinstellingen. Six Sigma wordt geïntroduceerd in het management van kwaliteitsverbetering. Prestatie-indicatoren, patiëntveiligheid en ketenzorg zijn populaire onderwerpen.
2006-2010	205 (4)	Meer aandacht voor chronische zorg. In 2007 is het 1500e HKZ certificaat uitgegeven (op moment van schrijven meer dan 3500). Toenemende bureaucratie. Flinke aandacht voor de ontwikkeling van indicatoren.
2011-2015	235 (0)	Kostenbesparing is een thema dat meer aandacht krijgt, net als Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen. Preventie en een visie op gezondheid worden belangrijker. Transitie in zorg kondigen zich aan.

Tabel 1. Aantal artikelen per tijdvak en trends

ken geselecteerd. Elk artikel is op elke invalshoek gecodeerd. De resultaten zijn steeds in perioden van 5 jaar weergegeven. Het coderen was aanvankelijk teamwork (KA en FS), nadat voldoende onderlinge overeenstemming was bereikt is de overige codering door FS gedaan. In tabel 1 worden het totaal aantal artikelen per periode en enkele highlights uit het tijdvak weergegeven.

Duidelijk is dat in ieder tijdvak van vijf jaar het aantal artikelen licht is toegenomen. Het gros van de artikelen richt zich op ziekenhuiszorg of de langdurende zorg. De aandacht voor preventie en eerste lijn in het tijdschrift is weliswaar geringer (circa 10% van de artikelen), maar is wel groeiende. De artikelen zijn beoordeeld vanuit verschillende met elkaar verband houdende invalshoeken (zie afbeelding 1). De eerste invalshoek betreft gezondheidsdoelen. Reduceren van mortaliteit betekent het vergroten van de levensverwachting van (groepen binnen) de populatie. Reduceren van morbiditeit leidt tot het reduceren van de incidentie van ziekten. Reduceren van gezondheidsverschillen gaat over het verkleinen van het verschil in levensverwachting tussen verschillende sociale groepen binnen de populatie. Verbeteren van ziektegerelateerde uitkomsten betekent bijvoorbeeld het vergroten van een overlevingskans bij sommige ziekten. Het veiliger maken van de zorg kan door bijvoorbeeld het verminderen van de incidentie en impact van in het ziekenhuis verkregen infecties (WHO, 2006, p. 18).

De tweede invalshoek zijn de kwaliteitsdoelen, deze zijn afgeleid van het bekende rapport *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st century* (Institute of Medicine,



Afbeelding 1. Invalshoeken voor de beoordeling van artikelen uit KiZ

2001). Effectiviteit betekent zorg wetenschappelijk onderbouwd leveren volgens de best beschikbare technieken. Efficiëntie betekent zorg leveren waarbij verspilling wordt vermeden en kosten worden gereduceerd. Toegankelijke zorg houdt in niet onnodig wachten, en is zorg die tijdig geleverd kan worden en geografisch acceptabel is. Patiëntgerichte zorg past bij de behoeften en voorkeuren van de patiënt en geeft patiënten een actieve rol in de beslissingen over de eigen zorg. Gelijkheid impliceert dat de patiënt de best denkbare zorg ontvangt, ongeacht persoonlijke kenmerken zoals leeftijd, geslacht, ras, etniciteit, sociaaleconomische status. De derde invalshoek betreft waar de kwaliteitsinterventies zich op richten. Het rapport *Quality of Care, a process for making strategic*

choices in healthcare systems van de WHO (2006, p. 22-25) noemt zes domeinen. Leiderschap betreft de vaardigheden om beleid uit te zetten en het tonen van persoonlijke betrokkenheid en voorbeeldgedrag. Informatie moet bijvoorbeeld in de vorm van richtlijnen aanwezig zijn voor de zorgverlener om goede zorg te kunnen leveren en de informatie-uitwisseling met patiënten of cliënten moet helpen om zelf hun gezondheid te kunnen managen en stimuleert kwaliteitsverbetering. Patiëntbetrokkenheid betekent de gezondheidsvaardigheden versterken hetgeen zelfmanagement door de patiënt mogelijk maakt. Regulering en extern ontwikkelde standaarden faciliteren het naleven van de best beschikbare kennis. Organisatiecapaciteit gaat over het vermogen om een kwaliteitsmanagementsysteem te ontwikkelen en om een op kwaliteit gerichte cultuur te creëren.

In KiZ zijn natuurlijk door de jaren heen ook veel artikelen verschenen over instrumenten, hierbij maken we voor onze analyse onderscheid in modellen en tools die worden gebruikt bij de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in instellingen. Bij modellen onderscheiden we het INK-managementmodel (of de Europese variant EFQM Excellence model), NIAZ (of de voorloper PACE), HKZ (of ISO waarmee HKZ compatibel is) en het Chronic Care Model (of gelijkwaardige modellen voor ketenzorg). Bij de tools onderscheiden we Benchmarking, Dashboards van key performance indicators (of de Balanced Scorecard), Lean (of het daarmee verbonden Toyota Production System en Six Sigma), Patiëntveiligheidstools en Patiënttevredenheidstools.

Ten slotte, modellen en tools dienen bepaalde functies (zie Ahaus en Broekhuis, 2007). Func-

ties van kwaliteitsmodellen of tools zijn: het verantwoorden over resultaten, het sturen en benchmarken van resultaten met behulp van prestatie-indicatoren, het verbeteren van processen en de organisatie, het beheersen van risico's in de processen en het inspireren tot een zingevende dialoog over de professional zijn kern van het werk.

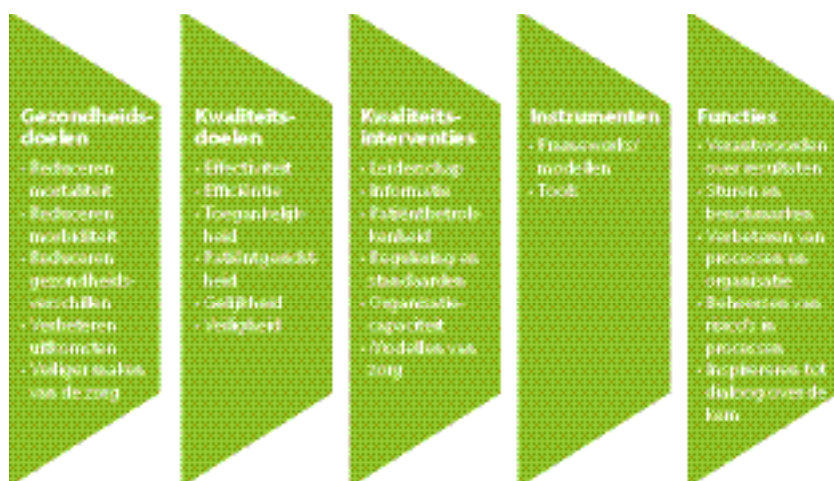
Recent is er veel druk vanuit de zorg om de verantwoordingsdruk en de beheersingsdrift te verminderen, om zo ruimte te krijgen voor het verbeteren van de kwaliteit in de processen en voor het inspireren tot een dialoog die de zorgverlener bij de kern van het werk brengt of, zoals Buiting en Hart zo mooi zeggen, bij de bedoeling van de zorg.

Resultaten en trends

De resultaten en trends zijn weergegeven in zes histogrammen. Deze histogrammen laten het aantal publicaties zien met een bijbehorende trendlijn per tijdvak. De trendlijnen zijn in de histogrammen weergegeven met een stippe lijn en onder elke figuur staat een tabel per tijdvak met het aantal artikelen.

In afbeelding 2 is te zien dat over het doel 'veiliger maken van de zorg' beduidend meer gepubliceerd is dan de overige gezondheidsdoelen, en dat de aandacht voor veiligheid ook is blijven toenemen. Verder laat de aandacht voor het 'verbeteren van uitkomsten voor een ziekte' een stijgende trend zien. De gezondheidsdoelen 'reducen sterfte', 'reducen morbiditeit' en 'reducen gezondheidsverschillen' krijgen weinig aandacht in KiZ.

In afbeelding 3 is te zien dat de trendlijnen voor 'effectiviteit/doeltreffendheid', 'patiëntgerichtheid' en 'veiligheid' convex zijn, dus naarmate de tijd vordert neemt de aandacht voor deze kwaliteitsdoelen steeds meer toe. De aandacht voor 'efficiëntie/doelmatigheid' stijgt zo goed als lineair. Het kwaliteitsdoel 'toegankelijkheid' (bijvoorbeeld reductie van wachtlijsten en -tijden) heeft een concave lijn, dus naarmate de tijd vordert neemt dit enigszins af. De aandacht voor 'gelijkheid' is constant en gering. Afbeelding 4 laat zien dat de trendlijn voor 'patiëntbetrokkenheid' convex is, de aandacht hiervoor neemt dus steeds meer toe. 'Leiderschap' heeft een bijna lineair stijgende trend. Voor het interventiedomein 'organisatiecapaciteit' is de aandacht constant, maar dit is wel het domein dat de meeste aandacht in KiZ krijgt; dit domein bevat namelijk artikelen over het werken aan het kwaliteitsmanagementsysteem in de organisatie. De aandacht voor 'regulering en standaarden' is aanvankelijk hoog (denk aan de ontwikkeling van richtlijnen in de zorg), en



Afbeelding 2. Histogram van het aantal artikelen gepubliceerd over gezondheidsdoelen (1991-2015)

daarna constant op een wat lager niveau. ‘Modellen van zorg’ kennen een concave trend, de aandacht ervoor neemt wat af.

In afbeelding 5 zijn de trends in het aantal artikelen over modellen te zien. Opvallend is dat alle trendlijnen concaaf zijn. Dat houdt in dat de aandacht voor modellen eerst snel toeneemt, maar nadat zij hun piek bereikt hebben neemt deze af. Over HKZ/ISO wordt tot 2010 het meest gepubliceerd, daarna neemt de aandacht hiervoor in KiZ wat af. INK/EFQM heeft een piek in 2001-2005 en NIAZ en Chronic Care Model/Ketenzorg in 2006-2010.

Afbeelding 6 geeft de trends in de aandacht voor de tools weer. De aandacht voor ‘patiëntveiligheidstools’ en ‘Lean/Total Production System/Six sigma’ neemt toe. ‘Benchmarking’ en ‘Dashboard/KPI/Balanced Scorecard’ kennen een dalende trend.

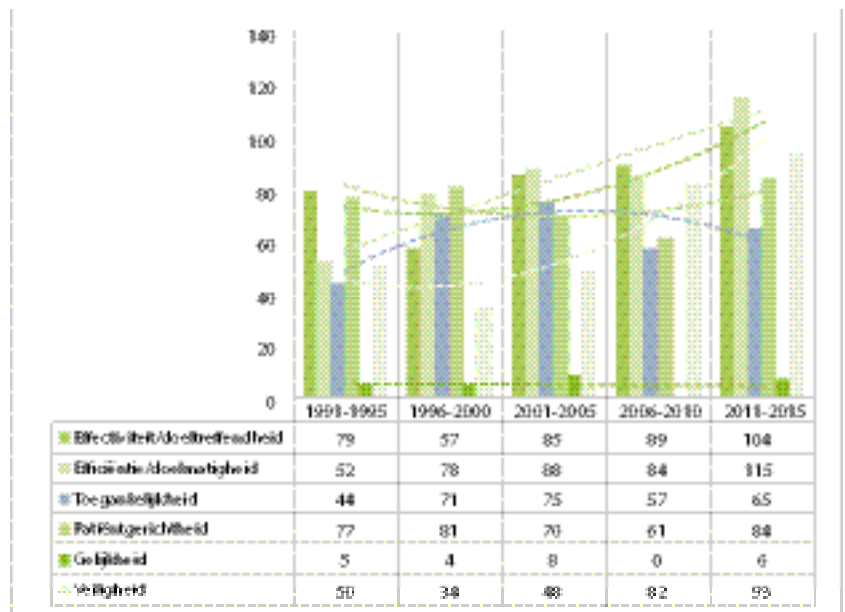
Als er gekeken wordt naar de functies van kwaliteitsmodellen en -tools, dan blijkt de aandacht voor het ‘verantwoorden over resultaten’ een concave trend te hebben, deze aandacht neemt na een piek duidelijk af. Ook de aandacht voor het ‘beheersen van risico’s in de processen’ neemt af. Over het ‘verbeteren van processen en de organisatie’ wordt het meest gepubliceerd. De aandacht voor het ‘inspireren tot een zingevende dialoog over de kern van het werk’ neemt duidelijk toe.

Discussie en verwachtingen

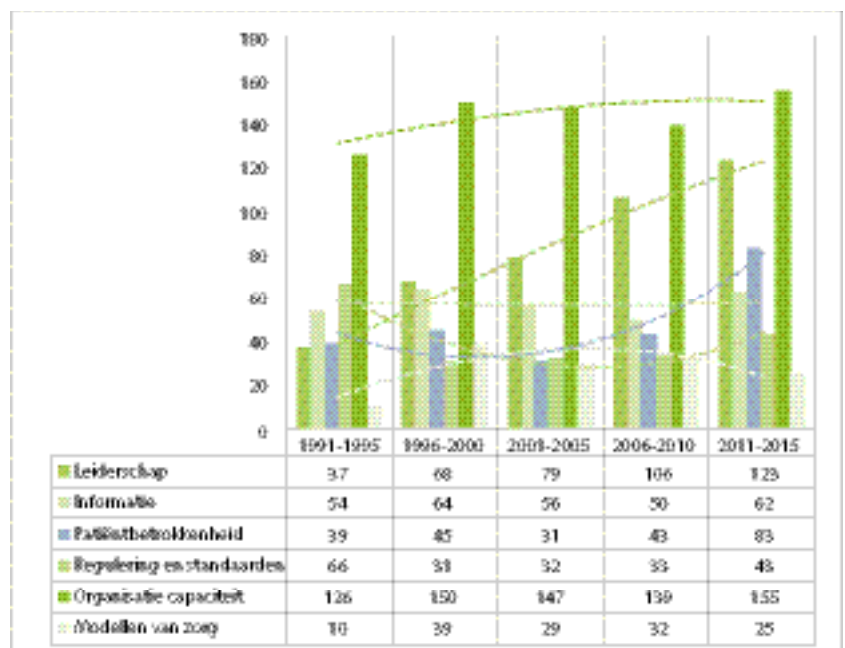
Sinds de in 1989 en 1990 georganiseerde Leidendamconferenties is er een start gemaakt met de ontwikkeling en implementatie van de kwaliteitswet, kwaliteitsbeleid en kwaliteitsmanagementsystemen in de gezondheidszorg. De kwaliteitswet is in 1996 in werking getreden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit heeft geleid tot de introductie en invoering van modellen die bedoeld waren om gezondheidsinstellingen te certificeren, accrediteren en managen – denk aan HKZ, NIAZ en van buiten de zorg het INK-managementmodel. In de beginperiode is de aandacht voor regulering met behulp van bijvoorbeeld richtlijnen ook het grootst. Het ‘beheersen van risico’s in de processen’ staat centraal. De aandacht voor het werken met en het invoeren van kwaliteitsmodellen en richtlijnen is door de jaren heen groot gebleven maar neemt de laatste vijf jaar wel af.

Trend 1: minder aandacht voor kwaliteitsmodellen, minder nadruk op procesbeheersing

Ook valt op dat de aandacht voor dashboards en prestatie-indicatoren afneemt na het Zicht-



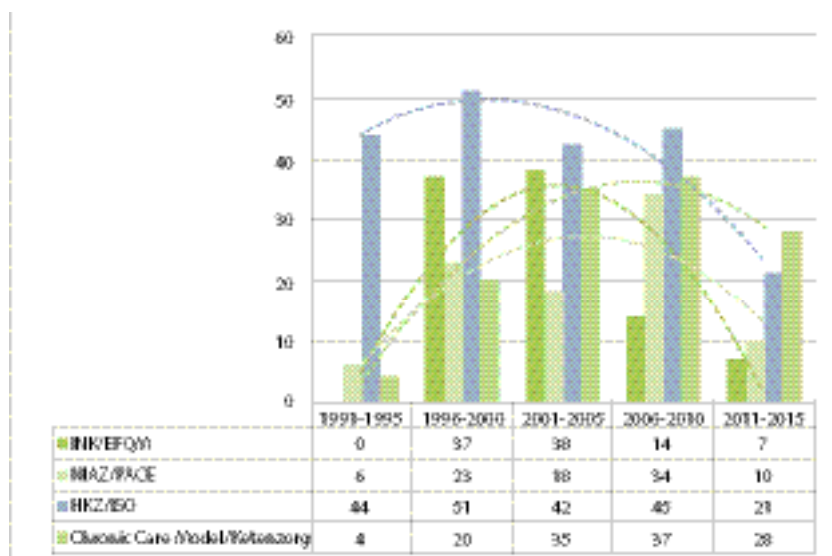
Afbeelding 3. Histogram van het aantal artikelen over kwaliteitsdoelen (1991-2015)



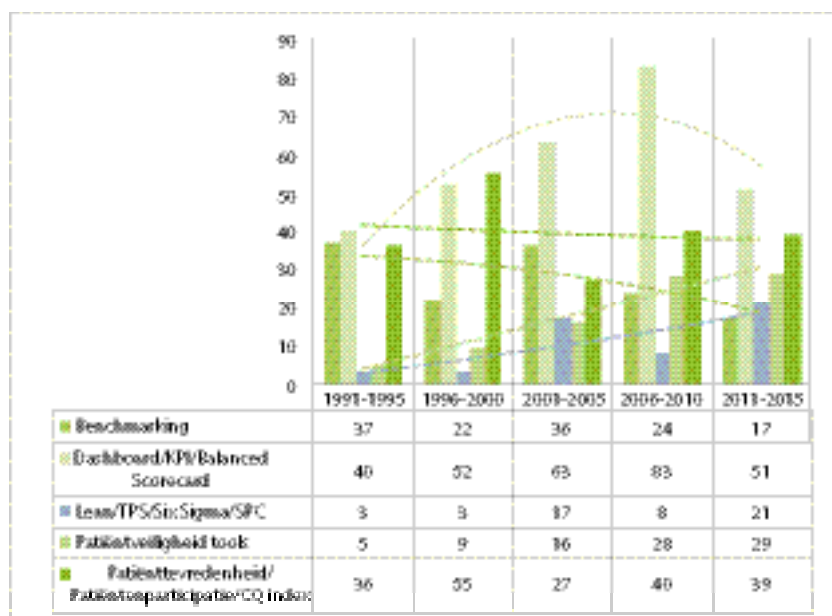
Afbeelding 4. Histogram van het aantal artikelen over kwaliteitsinterventies (1991-2015)

bare Zorg programma. Inmiddels werken natuurlijk al veel organisaties met een eigen dashboard van indicatoren, en bovendien bestaat de wens om de druk op het verantwoorden over resultaten te verminderen.

Daarentegen publiceren we wel steeds meer artikelen over het verbeteren van gezondheidsuitkomsten, er lijkt dus een accentverschuiving in het werken met indicatoren: van structuur- en procesindicatoren naar uitkomstindicatoren. Het ‘verbeteren van processen en de organisatie’ is en blijft een centraal domein van KiZ.



Afbeelding 5. Histogram van het aantal artikelen over modellen (1991-2015)



Afbeelding 6. Histogram van het aantal artikelen over tools (1991-2015)

Trend 2: minder verantwoord (maar dan wel met echte uitkomstindicatoren), meer verbeteren

Het werken met kwaliteitsmodellen en indicatoren hebben onbedoeld de verantwoordingsdruk en beheersingsdrift laten toenemen. Het werken met kwaliteitsmodellen en met een stroom aan indicatoren (eerst vanuit de inspectie en Zichtbare Zorg en later vanuit zorgverzekeraars en recent de DICA) leidt weliswaar tot meer transparantie, maar ook tot meer registratie (ook wel eens vinken genoemd) en bureaucratie. De laatste 10 jaar zien we daarom meer aandacht voor het 'inspireren tot een zingevende dialoog over de

kern van het werk'. Geïnspireerd door Buiting en Hart's publicatie over *Verdraaide Organisaties* en Van Rijn's brief Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen verwachten we een toenemende stroom van publicaties vanuit bijvoorbeeld de ouderenzorg over kwaliteitsverbetering met name in de interactie tussen zorgprofessional en cliënt (ook wel vonken genoemd).

Trend 3: meer inspiratie, beroepstrots voor de professional en meer waardigheid voor de cliënt

Als we kijken naar gezondheidsdoelen, dan verwachten we dat de komende vijf jaar nog veel gepubliceerd zal worden over het 'veilig maken van de gezondheidszorg'. De aandacht voor patiëntveiligheid is in ons tijdschrift van alle jaren. Dat heeft ons overigens in de analyse enigszins verrast, we waren in de veronderstelling dat met het VMS-programma (vanaf 2005) en de introductie van de NTA 8009 patiëntveiligheid pas echt op de kaart zou komen. In ons tijdschrift is er echter in alle jaren aandacht voor dit onderwerp.

Trend 4: 'first, do no harm': patiëntveiligheid door de jaren heen voorop

Boeiend is de toenemende aandacht voor efficiëntie in de zorg en voor patiëntgerichtheid, kwaliteitsdoelen die elkaar niet uitsluiten. Efficiëntie kan worden bereikt door substitutie van zorg, meer nadruk op preventie (bewegen, leefstijl) en zelfmanagement (omgaan met de uitdagingen die een ziekte biedt), een gerichte aanpak van onacceptabele gezondheidsverschillen in Nederland en verbeteren van het werk op de werkvloer (dichtbij de professional) met aanpakken als lean. De verwachting is dat al sterk toegenomen aandacht voor lean en patiëntveiligheidstools de komende jaren nog zal aanhouden.

Trend 5: focus op efficiënt en patiëntgericht, bijvoorbeeld met lean

Patiëntbetrokkenheid, dat inspeelt op zelfmanagement en co-creatie met de patiënt of cliënt door shared decision making, moet ervoor zorgen dat individuen de regie over hun eigen gezondheid nemen.

Trend 6: regie bij de patiënt of cliënt

We verwachten een kwaliteitsbeweging die wordt geleid door professionals en onder-

steund door kwaliteitsfunctionarissen die toegang hebben tot een verzameling van goed toe te passen tools. Uit de toenemende stroom van publicaties over leiderschap maken we op dat kwaliteit het thema van de zorgprofessional is geworden. Denk aan Clinical Governance, een onderwerp dat door Erik Heineman in Nederland opnieuw geladen is en nu gaat over een kwaliteitscultuur gevormd door professionals die in leidende coalities organisatorische veranderingen doorvoeren.

Trend 7: een kwaliteitsbeweging geleid door de professional, ondersteund door de kwaliteitsfunctionaris en gefaciliteerd door het management

Die kwaliteitsbeweging zal zich niet meer zoals voorheen door topdown geïnitieerde verbeterprogramma's laten sturen, maar gelooft vooral in bottom-up kwaliteitsverbetering.

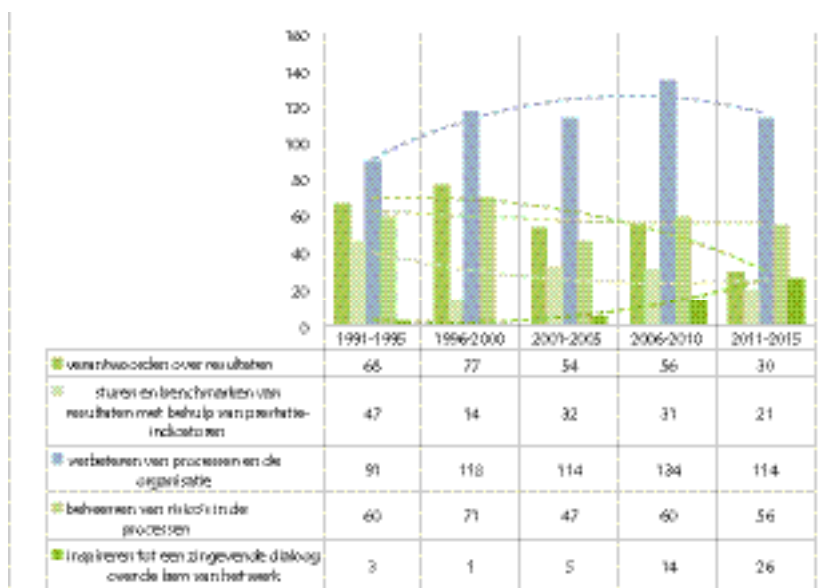
Trend 8: Kwaliteitsverbetering voorheen top-down gestuurd, nu en in de toekomst bottom-up geïnitieerd

Natuurlijk kent deze analyse beperkingen. We hebben artikelen gecodeerd en daarna geteld. Niet elk artikel is even invloedrijk en het is mogelijk lastiger iets toe te voegen als er al veel over is gepubliceerd. Ook hebben de thema's die jaarlijks worden gecommuniceerd een invloed op wat er als kopij binnenkomt. Toch geeft een veelomvattende analyse als deze wel een interessant beeld van de evolutie van het kwaliteitsdenken.

De opbrengst is acht trends, als redactie zien we daarin een inspirerende agenda voor de komende jaren. De zorg zal er echt anders uit gaan zien; KiZ, tijdschrift over kwaliteit en veiligheid blijft dit volgen én aanjagen!

Literatuur

Ahaus, C. T. B., & Broekhuis, H., Bruikbaarheid en effectiviteit van kwaliteitsmodellen in de gezondheidszorg.



Afbeelding 7. Histogram van het aantal artikelen gerelateerd aan functies van modellen of tools (1991-2015)

‘De acht trends vormen een inspirerende agenda voor de komende jaren’

ME&O, Tijdschrift voor Management en Organisatie, 2007, 2, 87 - 107.

Dahlgaard-Park, S.M., Chen, C-K., Jang, J-Y., and J.J. Dahlgaard, Diagnosing and prognosticating the quality movement – a review on the 25 years quality literature (1987–2011), *Total Quality Management & Business Excellence*, 2013, volume 24, issue 1-2, 1-18.

Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st century*, 2001.

WHO, *Quality of Care, a process for making strategic choices in healthcare systems*, 2006. 4

Informatie over de auteurs

Kees Ahaus is hoogleraar UMCG-leerstoel Healthcare Management, Rijksuniversiteit Groningen, faculteit Economie en Bedrijfskunde, tevens directeur van center of expertise Healthwise.

Fabian Schurink is student in het MSc programma Change Management van de faculteit Economie en Bedrijfskunde, Rijksuniversiteit Groningen.