

Kwaliteitszorg: Quo Vadis?

NAAST STRUCTUUR OOK CULTUUR

Zo'n dertig jaar wordt in Nederland gericht gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. ZonMw en het CBO vonden het tijd om de tussenbalans op te maken en zij verzochten prof.dr. A.F. Casparie en prof.dr.ir. C.T.B. Ahaus om een kwaliteitsagenda op te stellen. Middels vragenlijsten en 20 interviews met deskundigen uit de care, cure en preventie werd een vijftal thema's over de toekomst van kwaliteitszorg voorgelegd. Hieruit bleek dat de toekomstige kwaliteitszorg een duidelijke accentverschuiving vraagt. Meer dan voorheen moet het primaire proces uitgangspunt zijn. De behoeften en de waardering van de patiënt staan voorop bij het voortdurend verbeteren van dit primaire proces. De aandacht moet daarbij nog meer uitgaan naar uitkomstverbetering van (preventieve) interventies en behandelingen en het positief beïnvloeden van gedrag van professionals. In dit kader gaven sommigen aan dat het de komende jaren gaat om een 'gedragsagenda'.

Door: T. Casparie en H. van Veenendaal

In de afgelopen drie decennia is een heel scala aan methoden en instrumenten zoals richtlijnen, visitatie, indicatoren en accreditatie/certificatie ontwikkeld om de kwaliteit van zorg te meten en te verbeteren. Tegenover de positieve resultaten staat het gegeven dat het werken daarmee vaak veel tijd kost en bureaucratisch blijkt uit te pakken. De vraag rijst dan ook of de aanpak van kwaliteitsverbetering nog wel de juiste is en of het huidige kwaliteitsbeleid en de veelheid aan ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten wel voldoende aansluiten op de actuele noodzaak aan effectieve en efficiënte kwaliteitszorg.

Aanleiding

ZonMw en het CBO wilden graag weten in hoeverre mensen uit het veld en organisaties die zich

vanuit verschillende perspectieven met kwaliteit van zorg bezighouden, tegen deze ontwikkelingen aankijken en welk beeld zij van de toekomst hebben. Allereerst is er een achtergrondstuk gemaakt waarin de stand van zaken is geschetst en waarbij een aantal kanttekeningen is geplaatst bij de huidige aanpak van kwaliteitszorg. Dit achtergrondstuk met de kanttekeningen is voorgelegd aan diverse partijen. Daartoe hebben 20 interviews met kwaliteitscoördinatoren, 'kwaliteitsgoeroes', professionals en een enkele koepelorganisatie plaatsgevonden. Daarnaast zijn ongeveer 30 koepel- en brancheorganisaties benaderd met een vragenlijst. Ter afsluiting van de raadpleging vond medio 2007 een invitational conference plaats.

Hoewel de notitie inmiddels twee jaar oud is, lijken de conclusies nog steeds van kracht te zijn. In dit artikel worden de belangrijkste bevindingen van het onderzoek beschreven.

Is door de instrumentele aanpak de persoonlijke factor ondergesneeuwd?

Het uitgangspunt van kwaliteitszorg moet veel meer het primaire proces zijn, de relatie tussen zorgverlener en cliënt. In dit contact wordt de kwaliteit van zorg bepaald en verbetering van deze kwaliteit moet hier plaatsvinden. De attitude en het gedrag van individuele zorgverleners en van teams zijn de uiteindelijke kritische succesfactoren voor het realiseren van goede kwaliteit van zorg. Intrinsieke motivatie, ambitie, verantwoordelijkheidsbesef en kritische zelfreflectie zijn hierin essentiële kenmerken, die appelleren aan het gedrag van professionals. Ondanks alle op zichzelf zinvolle instrumenten binnen kwaliteitszorg is de aandacht voor gedragsverandering onvoldoende ingebed in het instrumentarium, zodat in plaats van een kwaliteitsagenda mis-

"De huidige manier van het organiseren in de gezondheidszorg leidt tot onbeheersbare kosten, een destructief klimaat voor professionals en een omgeving die innovatie remt"

"Hoe langer je in de gezondheidszorg werkt, hoe moeilijker het is om je in de patiënt te verplaatsen"

"Als kwaliteitsmedewerker sta je steeds meer met je rug naar de werkvloer"

"Vanaf het moment dat we kwaliteitszorg eind jaren 80 hebben geïntroduceerd is de directe tijd voor patiënten afgenomen"

"Marktwerving is een verkeerd begrepen woord. Men denkt dat dit over de prijs gaat, maar dat is niet zo. Ik ga mijn ogen niet laten laseren bij wie het goedkoopste is. Ik doe dat bij de beste. En ik wil zo min mogelijk betalen."

schien beter van een gedragsagenda gesproken kon worden. Daarbij kan het beïnvloeden van het functioneren van teams nog belangrijker blijken te zijn dan dat van individuen.

Kwaliteitsfunctionarissen kunnen zich meer richten op het primaire proces door zorgverleners te ondersteunen en te motiveren en door de patiënt/cliënt (vooraf) zijn verwachtingen en behoeften te laten expliciteren: minder procesbeheersing, het maken van handboeken en systeemdenken en meer verplaatsing in de gedachtewereld van de zorgverlener om deze in positieve zin te kunnen beïnvloeden.

Inzicht in de mogelijkheden voor continue verbetering in het primaire proces kan worden verkregen door vastleggen, analyseren en terugkoppelen van gegevens, onderlinge vergelijking en door feedback van andere zorgverleners en van cliënten over zowel de technische als relationele aspecten van de geleverde zorg. Er is dus een verschuiving nodig van beheersing en verbetering van processen naar het vergroten van betrokkenheid van de zorgverleners bij hun cliënten. Kwaliteitsfunctionarissen hebben kennis en vaardigheden nodig om het gedrag van zorgverleners met betrekking tot kwaliteit te beïnvloeden. Aandachtspunten voor kwaliteitsverbetering zijn het ontwikkelen van betere samenwerking tussen professionals en het ontwikkelen van leiderschap dat een cultuur creëert van vertrouwen en het nemen van verantwoordelijkheid. Betrokkenheid moet naast beheersing en verbetering een plaats krijgen in het kwaliteitsdenken.

Het belang van uitkomstmeting

Algemeen wordt de overtuiging uitgesproken dat er een verdere verschuiving moet optreden van procesbeheersing naar uitkomstmeting. Maar uitkomstmeting moet geen doel op zich worden, bij de huidige aandacht voor prestatie-indicatoren lijkt dit nogal eens uit

het oog te zijn verloren. Voor het verbeteren van uitkomsten moet inzicht in de processen bestaan die tot de betreffende uitkomsten leiden. Feedback over uitkomsten moet de zorgverlener aanzetten tot het kritisch kijken naar de zorgprocessen.

Een van de uitkomsten van zorg is de ervaring van cliënten. Men was van mening dat er voldoende instrumenten voorhanden zijn om de ervaringen van de cliënten in beeld te brengen. Als probleem wordt aangegeven dat vervolgens met de uitkomsten te weinig wordt gedaan. Naast de kwantitatieve benadering door bijvoorbeeld de methodiek van de CQ-index is er ook plaats voor meer kwalitatieve methoden zoals exit-interviews en focusgroepen die meer specifieke informatie opleveren voor gerichte kwaliteitsverbetering.

Is er onvoldoende samenhang en overlap tussen methoden en technieken?

De mening is dat de vele methoden en technieken binnen kwaliteitszorg beter op elkaar afgestemd dienen te worden. Deze afstemming kan vorm krijgen vanuit het perspectief van het primaire proces: vullen de gebruikte instrumenten elkaar aan in het verbeteren van de kwaliteit van dat proces? Er hoeven dus geen nieuwe instrumenten te worden ontwikkeld en er is nog veel winst te halen uit een beter gebruik en afstemming van de huidige methoden en technieken. Veiligheid wordt beschouwd als een aspect van kwaliteit. Daarvoor hoeft geen apart veiligheidsmanagementsysteem te komen, het moet worden ingebouwd in het bestaande kwaliteitsstelsel. Het gevaar is dat het zorgen voor veiligheid een systeembenadering wordt met eenzijdige aandacht voor het voorkómen van incidenten en waarin onvoldoende aandacht is voor bredere kwaliteitsverbetering en voor het gewenste gedrag van de zorgverleners. Een verder afstemmen van de diverse methoden van het afleggen van verantwoording en externe beoordeling wordt door een aantal respondenten noodzakelijk geacht. Zeker het aantal keurmerken moet drastisch worden ingeperkt. Bij gebleken onvoldoende kwaliteit moet het in eerste instantie niet om uitbreiding van het toezicht maar om een verbetering van de zorgverlening gaan.

Houden instrumenten onvoldoende rekening met de complexiteit van de zorgvraag?

Respondenten vinden niet dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met de complexiteit van de zorgvraag. Over het algemeen wordt het organiseren van ketenzorg niet principieel anders beschouwd dan het toepassen van zorg-

processen binnen één instelling. Er zijn wel accentverschillen; binnen een instelling zal de nadruk liggen op capaciteitsbenutting terwijl in de keten de samenwerking en het serviceniveau centraal staan. Bij ketenzorg moet daarom extra aandacht zijn voor wie de regie voert en waar de verantwoordelijkheden liggen. Hierbij moet nog meer dan bij processen binnen één instelling worden uitgegaan van de verwachtingen en behoeften van de cliënt.

Waarom leiden methoden en technieken niet tot (blijvende) prestatieverbetering?

Kwaliteitsfunctionarissen en zorgverleners lijken in verschillende werelden te leven. Het moet veel meer gaan om de vraag: wat drijft een professional, hoe kunnen de prestaties van het primaire proces worden verbeterd, wat zijn de belangrijkste determinanten van het gedrag van de verschillende professionals, hoe kan dat gedrag worden beïnvloed? Hoe kunnen vertrouwen en controle met elkaar in balans worden gebracht?

Volgens veel respondenten kan de kwaliteitszorg profiteren van meer aandacht voor innovatie. Het onderscheid tussen kwaliteitsverbetering in kleine stapjes (incrementeel) en innovatie door een fundamentele verandering van het systeem (een herontwerp van het proces vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt) wordt niet door iedereen herkend. Volgens sommigen betekent een herontwerp een radicale koerswijziging, volgens anderen maken kleine stapjes samen ook één grote.

Is er te weinig 'evidence based kwaliteitszorg'?

Respondenten geven aan dat er meer inzicht moet komen in de meerwaarde van de gebruikte methoden en technieken zoals certificatie, visitatie, indicatoren en het beoordelen van het individueel handelen. Leiden kwaliteitsmodellen zoals INK, HKZ, NIAZ en Verantwoorde Zorg tot betere resultaten zoals gezondheidsuitkomsten, cliënt/patiëntwaardering en medewerkerswaardering? De vraag daarbij is dan niet of iets werkt maar meer wat werkt onder welke omstandigheden en waarom, en hoe dat is te beïnvloeden. Men had daarbij niet zozeer behoefte aan fundamenteel theoretisch onderzoek maar meer aan praktijkgericht onderzoek om zo van elkaar te leren. Onderzoek moet ook gebeuren naar de factoren die het gedrag van zorgverleners bepalen. Daarnaast is meer praktijkgericht onderzoek gewenst naar het toepasbaar maken van nieuwe bedrijfskundige concepten in de zorg, naar implementatie van innovatieve zorgconcepten en naar verspreiding van best practices. Zo kan onderzoek worden gedaan naar het toepasbaar zijn van bedrijfskundige kwaliteitszorgconcepten

zoals focused factory, lean management en six sigma in de zorg.

Sommige respondenten onderschrijven de stelling dat er weer een landelijk onderzoeksprogramma moet komen. Het belangrijkste argument is dat er nu door al de huidige losse programma's een versnippering van deskundigheid, kennis en resultaten optreedt. Er is volgens hen te weinig kruisbestuiving.

De kwaliteitsagenda

De resultaten uit de interviews en de vragenlijsten zijn samengevat en besproken met deskundigen op een invitation conference. Daarin werd gediscussieerd over en steun gegeven aan de volgende kwaliteitsagenda.

1. *Voortdurend verbeteren.* Hoe kan bij de individuele professional en bij teams een cultuur worden bevorderd die gericht is op de ambitie om het elke dag weer een beetje beter te doen, die uitgaat van de performance van de professional en toegevoegde waarde voor de patiënt?
2. *Vooraf veiligheid.* Hoe zorgen we er met elkaar voor dat grotendeels door het systeem veroorzaakte fouten systematisch worden uitgebannen?
3. *Denk vanuit de patiënt/cliënt.* Hoe komt de focus op wat de cliënt wil in plaats van wat handig en gemakkelijk is voor de professional, de verzekeraar en anderen.
4. *Ideale innovatie.* Durven we in de zorg ook een aantal fundamentele zaken te veranderen door kwaliteitszorg te organiseren vanuit maximalisatie van het effect van de interactie tussen professional en patiënt.

Informatie over de auteurs

Ton Casparie is emeritus hoogleraar aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij zit in tal van commissies en maakt zich op die manier sterk voor kwaliteit en kwaliteitsverbeteringen in de zorg.

Haske van Veenendaal is secretaris Raad van Bestuur bij het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.



Ton Casparie



Haske van Veenendaal

Samenvatting

- Er wordt een sense of urgency ervaren om tot een bijstelling van de kijk op kwaliteitszorg te komen.
- Het resultaat van het primaire proces, het effect van de interactie tussen professional en patiënt moet centraal komen te staan in kwaliteitszorg.
- Met het beter en meer in samenhang toepassen van het huidige instrumentarium kan al een grote winst worden behaald.
- Er moet in het kwaliteitsinstrumentarium meer aandacht komen voor gedragsverandering van individuen én van teams.
- Deze aanzet van de nieuwe kwaliteitsagenda biedt zowel voor CBO als ZonMw voldoende aanknopingspunten om tot concrete vervolgstappen te komen.