

De **kwaliteitskalender** in het Jeroen Bosch Ziekenhuis

EENVOUDIG HULPMIDDEL OM CONTINU KWALITEIT VAN ZORG TE VERBETEREN

Het continu verbeteren van kwaliteit van zorg blijkt in de praktijk erg lastig. Meten, analyseren en verbeteren van resultaten van de zorgverlening kreeg op de verpleegafdelingen in het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) onvoldoende prioriteit omdat het als extra activiteit naast de dagelijkse zorg werd gezien. Bovendien werden de kwaliteitsactiviteiten vaak ad hoc ingezet, omdat een systeem ontbrak waarin continu verbeteren verankerd was. Hierdoor was er geen goed zicht op de geleverde kwaliteit en kon er onvoldoende worden gestuurd op continue verbetering van kwaliteit. Desondanks zijn er veel succesvolle verbeterprojecten in het JBZ gerealiseerd. Helaas zien we daarbij dat het vasthouden en blijvend verbeteren van resultaten moeilijk is. Een succesvol project in het verleden blijkt geen garantie voor de toekomst te bieden. Het JBZ heeft naar aanleiding daarvan de Kwaliteitskalender ontwikkeld, die moet bijdragen aan betere monitoring, zodat meten en continu verbeteren integraal onderdeel worden van de dagelijkse zorg.

Door: M. Casarotto, A. van Haaren en K. Smulders

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis werkt al jaren actief aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Zo deed het ziekenhuis mee in de 1e tranche van 'Sneller Beter' en zijn meerdere succesvolle 'Doorbraakprojecten' doorlopen. Een goed voorbeeld daarvan is het Decubitusproject. Hiermee zijn uitstekende resultaten behaald. Het JBZ presteert al vanaf 2005 een decubituspercentage lager dan 5 (inclusief graad 1) en is daarmee landelijk één van de betere ziekenhuizen (2008 AD 2e plaats). Maar niet alle verbetertrajecten verliepen zo succesvol. Het JBZ was prima in staat om in de projectfase goede resultaten neer te zetten. Na afsluiting van de projectfase bleek het voor verpleegafdelingen moeilijk om de tijdens het pro-

ject behaalde resultaten vast te houden. Het heersende systeem en de cultuur op afdelingen boden onvoldoende randvoorwaarden om voortdurend de patiëntenzorg te monitoren en te verbeteren. De kwaliteit van de zorg was sterk afhankelijk van de individuele werknemer en het leiderschap op de afdeling.

Het JBZ heeft hoge ambities. Zo wil het ziekenhuis het meest patiëntveilige en patiëntgerichte ziekenhuis van Nederland worden. Ook wil het ziekenhuis transparant zijn over de geleverde prestaties. Werk aan de winkel dus.

'Het zit niet in mijn systeem'

Het verzamelen van betrouwbare gegevens is een vereiste om de kwaliteit van zorg te kunnen beoordelen, te monitoren, te verbeteren en structureel bij te sturen. Daarnaast zijn meetresultaten nodig om geleverde kwaliteit van zorg jaarlijks extern te verantwoorden.

Met regelmaat werden in het JBZ interne en externe prestatie-indicatoren gemeten, zoals: decubitis, ondervoeding, pijn, delier, valincidenten en patiënttevredenheid. De wijze waarop verpleegafdelingen deze indicatoren registreerden, varieerde enorm. Door drukte op de afdeling, individuele invulling en onnauwkeurigheid, waren de resultaten regelmatig niet beschikbaar of niet betrouwbaar. Verpleegkundigen wilden wel werken aan continue verbetering van de kwaliteit van zorg maar voor hen was het lastig om dit in te bedden in de afdelingsorganisatie en -cultuur. Een verpleegkundige zei letterlijk: 'Het zit niet in mijn systeem'. Ook in beleid, beheer en werkmethoden zaten verschillen per afdeling. De normen waren niet altijd helder of ze werden niet opgevolgd. Bovendien waren niet voor alle indicatoren standaarden beschikbaar.

Ook de wijze waarop afdelingshoofden de resultaten bewaakten was verschillend. De focus lag meestal op het monitoren van productie en kosten. Structureel sturen op de resultaten van de kwaliteit van zorg was onvoldoende veranderd in de planning- en controlcyclus op afdelings-, cluster- en instellingsniveau.

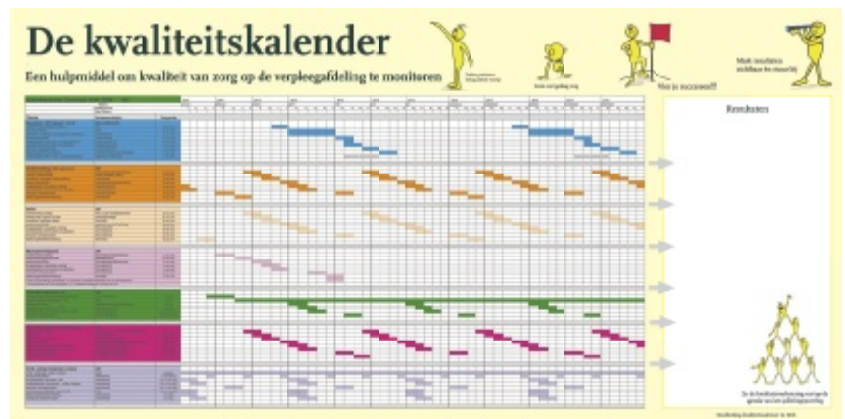
Gesprekken met afdelingshoofden en verpleegkundigen toonden aan dat zij behoefte hadden aan een instrument dat hen hielp om continu en betrouwbaar te werken aan kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid. Het cluster kwaliteit & organisatie is samen met hen op zoek gegaan naar een hulpmiddel. Voor en mét de verpleegafdelingen is de Kwaliteitskalender ontwikkeld.

Methode kwaliteitskalender

De kwaliteitskalender is een visueel stuurmiddel. Het verenigt alle stappen van de Plan-Do-Check-Actcyclus op tactisch niveau. Simpelweg door per indicator te beschrijven wie op welk moment wat moet doen om de kwaliteit van zorg te registreren, te analyseren, en op basis daarvan continu te verbeteren, met daarbij per indicator de norm die het JBZ wil bereiken. De kalenders hangen fysiek op de afdelingen en zijn zo zichtbaar voor medewerkers, patiënten en bezoekers.

De kwaliteitskalender is een jaarkalender waarin per week is beschreven welke acties moeten worden uitgevoerd en wie daarvoor verantwoordelijk is. De leidinggevende beheert de kalender en monitort de resultaten. De verpleegkundigen registreren de JBZ-brede kwaliteitsindicatoren pijn, decubitus, ondervoeding, delier en patiënttevredenheid, en analyseren, samen met de kwaliteits- en aandachtfunctionaris, de resultaten. Per verpleegafdeling is er de mogelijkheid om meer afdelingsspecifieke indicatoren, zoals medicatieveiligheid, toe te voegen. De resultaten worden per kwartaal besproken met het afdelingsteam, en er worden verbeteracties opgesteld en uitgevoerd. Ieder heeft een duidelijke rol in het continu verbeteren van de patiëntenzorg en weet wanneer wat door wie gedaan moet worden. Dit geeft de afdeling overzicht, structuur en rust. De kalender is eenvoudig opgezet en uit de pilot is gebleken dat de kalender makkelijk en eenvoudig te gebruiken is.

Leiderschap is een voorwaarde voor werkelijke verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt. Het afdelingshoofd bestuurt op afdelingsniveau per kwartaal de resultaten van de kwaliteitsindicatoren en bespreekt deze met de clustermanager. De clustermanager bespreekt deze indicatoren op zijn beurt weer met de di-



Kwaliteitskalender Cardiologie A5/A6 2010 JBZ			2010				2010	
Maand			januari				februari	
Weeknummer			1	2	3	4	5	6
Dag / Datum								
Thema	Verantwoordelijke	Frequentie						
Decubitus <5% (graad 1 t/m4)	UH (junithoef)							
	voortbrenging meting decubitus	2 x per jaar						
	decubitus meting	2 x per jaar						
	verwerken metingen in programma 'decubitus'	2 x per jaar						
	analyse resultaten	2 x per jaar						
	begevoelen resultaten meting decubitus	2 x per jaar						
	verwerken resultaten en uitslagen	2 x per jaar						
	evaluatie verbeteracties	2 x per jaar						
Ondervoeding 100% gescreend	UH							
	voortbrenging meting	4 x per jaar						
	meting ondervoeding	4 x per jaar						
	verwerken metingen ondervoeding	4 x per jaar						
	analyse resultaten	4 x per jaar						
	begevoelen resultaten meting	4 x per jaar						
	verwerken resultaten en uitslagen	4 x per jaar						
	evaluatie verbeteracties	4 x per jaar						
dekkendheidsbevordering	Jose/Mandy/Jaantchewidder	2 x per jaar						
	JBZ omzet verslag	2 x per jaar						

recteur patiëntenzorg. Op cluster- en instellingsniveau wordt hiervoor een dashboard gebruikt. De kalender heeft de ontwikkeling van dit instellingsbrede dashboard gestimuleerd. Met het ontwikkelde dashboard worden de resultaten nu ook op cluster- en instellingsniveau bewaakt.

Alle ziekenhuisbrede indicatoren worden visueel weergegeven met de verkeerslichtkleuren groen, rood en oranje en per kwartaal besproken door de directie, clustermanagers en afdelingshoofden. Deze cyclische benadering, monitoring op afdelingsniveau en vervolgens op cluster- en instellingsniveau, zorgt ervoor dat de prestaties kwaliteit van zorg instellingsbreed gemonitord kunnen worden.

Uiteindelijk is het de bedoeling dat met de invoering van een elektronisch patiëntendossier in het JBZ (2011), de kwaliteitsindicatoren continu gemonitord worden. De nu nog per kwartaal uitgezette metingen moeten worden gezien als een overgang naar het continu meten. Voor het monitoren en verbeteren blijft een cyclische werkwijze (per kwartaal) gehandhaafd.

Resultaten pilot

De kwaliteitskalender is getest met een pilot in 2008. Op vier verpleegafdelingen van het JBZ werd een proefproject van zes maanden geor-



ganiseerd. Voor deze pilot werden de indicatoren decubitus, pijn, ondervoeding en patiënttevredenheid gedefinieerd in de kalender. Het proefproject is na zes maanden middels kwantitatieve en kwalitatieve analyses geëvalueerd. Verpleegkundigen, managers en kwaliteitsmentoren zijn geïnterviewd over het werken met de kwaliteitskalender. De resultaten van de prestatie-indicatoren decubitus, pijn, ondervoeding en patiënttevredenheid zijn geanalyseerd. Afdelingen waren zeer tevreden over het gebruik van de kwaliteitskalender als instrument, omdat het grip geeft op de geleverde kwaliteit van zorg. Het biedt de afdelingen een duidelijke structuur in het meten, analyseren en continu verbeteren van kwaliteit van zorg omdat de kwaliteitskalender helder maakt wie welke rol op zich neemt: het afdelingshoofd, de verpleegkundige en de kwaliteitsmentor. De kalender maakt de stappen van het continue verbeterproces planbaar. Iedereen is zich bewust van zijn verantwoordelijkheid en taken. De pilot duurde te kort om verbetering in de resultaten van de kwaliteitsindicatoren vast te stellen. Met behulp van de kwaliteitskalender en het instellingsbrede dashboard wordt na de pilot wel structureel gestuurd op deze indicatoren en verbetering van resultaten.

Spin-off

In 2009 is de kalender geïmplementeerd op alle verpleegafdelingen van het JBZ. Dit heeft geresulteerd in een toename van het kwaliteitsbewustzijn bij de verpleegkundigen van het JBZ en hun leidinggevenden. Het vaste patroon van meten, analyseren, bespreken en

verbeteren heeft de 'waan van de dag' weggenomen en helpt om continu te werken aan verbetering van patiëntenzorg. Er is bijvoorbeeld een duidelijke verbetering te zien in de screening van pijn en ondervoeding en ook de behandeling van ondervoeding is verbeterd. De kalender heeft er ook toe bijgedragen dat anno 2010 op verschillende afdelingen zogenaamde 'kwaliteitsmuren' zijn ingericht. Op deze muren worden de resultaten kwaliteit van zorg transparant gepresenteerd aan patiënten en bezoekers. Zeer binnenkort worden de resultaten ook zichtbaar gemaakt op het intranet van het JBZ.

Naast de voordelen die de kalender als hulpmiddel op de verpleegafdeling biedt, heeft deze het continu verbeteren op meerdere fronten gestimuleerd. De resultaten en verbeteringen worden gedeeld en besproken op alle niveaus van het management. Zo komen per cluster de afdelingshoofden, kwaliteitsmentor en clustermanager per kwartaal bij elkaar om de resultaten van de kwaliteitsindicatoren te bespreken, te leren van elkaar en afdelingsoverstijgend te kijken naar oplossingen om te verbeteren.

Informatie over de auteurs

Drs. Miriam Casarotto en **Anita van Haaren** zijn beiden adviseur Kwaliteit en Organisatie. **Dr. K. Smulders** is clustermanager Kwaliteit en Organisatie. Alle drie zijn werkzaam in het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

Met dank aan Saskia Walbeek, kwaliteitsmentor van het cluster Hart-Long-Neurologie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis en mede-initiator van de kwaliteitskalender.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Anita van Haaren, e-mail: a.v.haaren@jbz.nl

Wat is bekend?

Bekend is dat het uitvoeren van een succesvol kwaliteitsverbeterproject geen garantie is voor blijvende resultaten.

Wat is nieuw?

Het monitoren van kwaliteit van zorg is alleen effectief door een cyclische aanpak op afdelings-, cluster- en instellingsniveau. De kwaliteitskalender is een eenvoudige oplossing en helpt om het continue verbeterproces en het kwaliteitsbewustzijn op de verpleegafdeling te stimuleren.

Wat kun je hiermee?

De kwaliteitskalender ondersteunt het leiderschap en de betrokkenheid. Leiderschap en betrokkenheid van managers en professionals zijn voorwaarden voor daadwerkelijke verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt.