

Trends in kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg

BREDER, VAN INTERN NAAR EXTERN EN OP WEG NAAR HOUDBAARHEID...

In de jaren tachtig van de vorige eeuw ontstond expliciet belangstelling voor de kwaliteit van de gezondheidszorg in het licht van een enorme kostenexplosie in de gezondheidszorg. Vanwege de grote kostenstijging ten opzichte van het bruto nationaal product werden toenemend vragen gesteld bij de toegevoegde waarde voor de maatschappij. Tevens bleek uit met name het werk van Wennberg en anderen, dat er grote verschillen in medische consumptie tussen regio's en landen bestonden, zonder dat dit een relatie had met gemeten behandelresultaat of gemiddelde levensduur. In een aantal stappen – soms worden die ook als generaties aangeduid – is vervolgens de weg van kwaliteitsmanagement ingeslagen.

Door: W.H. van Harten

Dat begon met medisch specialisten die zich aangesproken voelden en vormen van 'medical audit' startten, een projectgewijze verbeteraanpak die in Nederland met name door de oprichting van het CBO in 1979 werd geformaliseerd. Omdat specialisten van mening waren dat kwaliteit overwegend hun domein betrof waren zij ook de dominante en drijvende kracht achter deze ontwikkeling.

Geïnspireerd door de internationale literatuur van kwaliteitsmanagementgoeroes zoals Deming, Juran en Donabedian werden voor deze projectmatige continue verbetering geleidelijk steeds meer organisatorische onderwerpen opgepakt; het betrof bijvoorbeeld de verbetering van de toegang tot poliklinieken, de organisatie van de diagnostiek, het beleid rond bloedtransfusies en organisatieproblemen op de intensive care.



Wim van Harten

Systematische aanpak

Mede voortkomend uit deze ontwikkeling en op geleide van de maatschappelijke en politieke discussie, die ten aanzien van de meerwaarde van de gezondheidszorg verder was gegaan én de publieke belangstelling voor kwaliteits- en veiligheidsissues, ontstond het besef dat een meer structurele, systematische aanpak van kwaliteitsmanagement een volgende stap moest zijn. In Nederland is dat zelfs in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) vastgelegd. In een periode van 15 jaar zijn vrijwel alle instellingen overgegaan tot implementatie van een vorm van kwaliteitsmanagement, veelal gebaseerd op het model van het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) waarin een organisatiebrede, Total Quality Management benadering centraal staat. Datzelfde model heeft ook de basis geleverd voor het accreditatiesysteem voor de Nederlandse ziekenhuizen. In deze fase heeft de overgang plaatsgevonden van een veelheid van uiteenlopende verbeterprojecten naar systematische bewaking en verbetering van allerlei kwaliteitsaspecten met regie op instellingsniveau. Bovendien hebben in het licht van de vraag om afleggen van externe verantwoording, vooral borging en documentatie veel aandacht gekregen. Dat blijkt ook de achilleshiel met betrekking tot draagvlak bij de professionals. Het is wel nodig gebleken het kwaliteitsbegrip af te bakenen en voor dezelfde professionals toegankelijk te houden; de officiële definitie van kwaliteit volgens het Amerikaanse Institute of Medicine is dat het gaat om: effectiviteit, efficiency, veiligheid, toegankelijkheid, patiëntgerichtheid en gelijke toegang. Kwaliteitsmanagement is momenteel niet inno-

vatief meer. Het continu levend houden van de principes in de organisatie en het borgen van deze systemen blijven echter onverminderd aandacht vragen.

Volgende fase

Als volgende fase in de ontwikkeling van kwaliteitsmanagement zijn twee hoofddomeinen zichtbaar. Voor de ziekenhuissector geldt dat allereerst voor het aspect veiligheid. Als gevolg daarvan is in Nederland een speciaal veiligheidsmanagementsysteem met bijbehorende accreditatie/certificatie opgesteld (een Nederlandse Technische Afspraak, NTA, 2007). Aanleiding voor de enorme aandacht voor dit aspect, waren publicaties met indrukwekkende cijfers over vermijdbare incidenten en sterfte in met name de ziekenhuissector. Naast evidente redenen als de kwaliteit van het individueel professioneel handelen en de onderlinge communicatie, komt dit door het feit dat zich steeds kwetsbaardere ouderen voor behandeling aandienen, de technologie steeds complexer wordt en de hoeveelheid kennis en afstemming tussen professionals steeds ingewikkelder. Met deze factoren als achtergrond wordt daardoor zichtbaar dat veiligheid als inherent aspect van de steeds complexere zorgomgeving een eerder in belang toenemend punt van aandacht zal blijven.

Een ander steeds belangrijker ontwikkelingsdomein is dat van het gebied van procesverbetering en efficiency. Toenemend ontstaat het inzicht dat technieken vanuit operations management en operations research hier zeer behulpzaam kunnen zijn. Veel ziekenhuizen investeren specifiek op dit gebied door het inzetten van bijvoorbeeld lean management projecten, gebruik van bedrijfskundig intern advies en mathematische simulatietechnieken zoals gebruikelijk in de operations research. Uit een inventariserende studie van Van Lent et al. (2012) blijkt echter dat er nog steeds sprake is van een weinig gestructureerde aanpak; tot recent lijken raden van bestuur hier weinig sturing op uit te oefenen, hoewel de roep om efficiency alleen maar toeneemt. Voor de komende jaren mag daarom verwacht worden dat veel met deze technieken geëxperimenteerd wordt en dat dit uiteindelijk in een meer gestandaardiseerde aanpak, of bepaalde operations management 'formats', voor zorginstellingen zal resulteren. Deze beide deelontwikkelingen spelen zich vooral intern in organisaties af.

Interactie met stakeholders

Een belangrijk ander terrein is de interactie met stakeholders. Zorginstellingen zullen er naast deelname aan verplichte registraties

steeds meer toe overgaan uit eigen beweging data over kwaliteit en veiligheid aan het publiek of anderen bekend te maken. Informatie over kwaliteit en veiligheid wordt daarnaast een toenemend onderdeel van het onderhandelingsproces om tot zorgcontracten te komen. Probleem daarbij is wel dat elke partij zijn eigen criteria- of indicatorenset lijkt te hanteren. Naast de tot nu toe overwegende interne gerichtheid (het huis op orde) komt er nu een transactioneel (onderhandelings)aspect bij en kunnen gegevens over deze activiteiten gebruikt worden in stakeholder management (relatiebeheer en omgang met toezichthouders). Omdat de impact op de financiën toeneemt, verschuift het accent van kwaliteitsmanagement daarmee van de binnenkant naar de buitenkant van de organisatie.

Houdbaar zorgsysteem?

Aan de horizon dient zich de volgende trend aan. Steeds bestond al de neiging om naast de specifieke door het IOM gedefinieerde kwaliteitsaspecten, weliswaar zonder veel succes, andere domeinen aan kwaliteitsmanagement toe te voegen. Het kost al veel inspanning om kwaliteitsmanagement, zoals een INK-model, fatsoenlijk te borgen; het, overigens politiek zeer correcte, toevoegen van bijvoorbeeld arboaspecten, duurzaamheid (in termen van milieubelasting) of andere actuele thema's is niet erg succesvol gebleken. Dit lijkt vooral in verband te staan met het feit dat dit tot een voor niet direct betrokkenen, onnavolgbare verwatering van het kwaliteitsbegrip leidt. Er is altijd een zekere mate van focus in organisatiefuncties nodig.

Er zal echter beslist een discussie ontstaan over wat een houdbaar ('sustainable') zorgsysteem is in termen van beslag op het bruto nationaal product. Het Centraal Cultureel Planbureau heeft uitgerekend dat in Nederland bij ongewijzigd beleid, het percentage van het bruto nationaal product tussen 2030 en 2040 boven de 20% zal liggen. Dat is waarschijnlijk onhoudbaar. In de Verenigde Staten zit men rond de 17,5% in 2011. Zeker met overheidsfinanciën als de onze, is het aannemelijk dat ter voorkoming van verdringing van andere maatschappelijke sectoren, zoals de sociale zekerheid, een absolute grens van 18 à 20% van het bruto nationaal product gesteld gaat worden.

In aanvulling op excellente prestaties die van zorginstellingen worden verwacht op de boven beschreven kwaliteitsaspecten zal de sector de komende 10 à 15 jaar een transitie moeten maken naar stabiliteit in dat percentage. Voorlopig zal men nog kunnen groeien als percentage

Instellingen die voldoende actief zijn in de huidige fase van kwaliteitsmanagement en bijtijds anticiperen op de toekomst van combineren van excellentie en houdbaarheid, hebben de meeste

- blijvend borgen en bestendigen van het kwaliteitsmanagementsysteem;
- veel energie steken in veiligheid en veiligheidsmanagement;
- ontwikkelen van transparantie op kwaliteit als onderdeel van onderhandeling;
- kennisontwikkeling en implementatie op het gebied van operations management binnen de zorgorganisatie;
- anticiperen op de pijnlijke transitie naar een houdbaar zorgsysteem: efficiency en kosten-effectiviteit zullen scherper en op innovatieve wijze met andere kwaliteitsaspecten in balans gebracht worden.

Lent, W.A.M. van, Sanders, E.M. en W.H. van Harten (2012). Exploring improvements in patient logistics in Dutch Hospitals with a survey. *BMC Health Services Research*, 12, 232.

Prof.dr. Wim H. van Harten is hoogleraar Kwaliteitsmanagement en Zorgtechnologie, Universiteit Twente en lid Raad van Bestuur van Antoni van Leeuwenhoek.

**DAT SMAAKT
NAAR MEER!**
Nu een Nespresso-
machine GRATIS bij
Kluwer Opleidingen*



NIEUW

*Zie actievoorwaarden www.kluwer.nl/koffie



www.kluwermanagement.nl/opleidingen