

INTERVIEW MET PAUL VAN AKEN:

‘Kwaliteit van patiëntenzorg komt **tot stand aan het bed**’

Paul van Aken, directeur Patiëntenzorg van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), is een van de sprekers op het KIZ-congres op 6 november in Burgers' Zoo in Arnhem. Hij zal daar een verhaal vertellen over de rol van verpleegkundigen en hun leidinggevendenden bij het streven naar excellente patiëntenzorg. Het EFQM-model, de Magnet Hospital filosofie en de lean strategie van Productive Ward spelen daarbij een belangrijke rol. Van Aken is een bevlogen verteller die alle inspanningen om de kwaliteit van zorg te verbeteren kinderlijk eenvoudig doet lijken.

Door: M. Ebbinge

Om iets te begrijpen van Van Aken's verhaal is het belangrijk om te weten dat in België de ziekenhuiszorg anders is georganiseerd. 'In België wordt de zorg geconcentreerd rondom de verpleegkundigen. Daarom hebben we ook – en dat is bij wet verplicht – een verpleegkundige in het directiecomité. Voor het UZA ben ik dat.' In Nederland zou het directiecomité de raad van bestuur heten. In de directie zitten verder de medisch directeur, de directeur

de raad van toezicht. Paul van Aken geeft als directeur Patiëntenzorg leiding aan 1300 medewerkers: verpleegkundigen maar ook bijvoorbeeld maatschappelijk werkers, de pastoor en de dominee. Hij is verantwoordelijk voor de patiëntenzorg vanuit de verpleegkundige invalshoek. 'Samen met de medisch directeur en de hoofdverpleegkundigen bepalen we ons beleid. We streven naar excellente patiëntenzorg. Waarbij ik excellent vertaal als "beter dan goed".'

'Je kunt alleen een accreditatie krijgen als Magnet Hospital, als de verpleegkundigen zijn vertegenwoordigd in het directieteam'

HRM, de CFO, de CIO, de hoofdapotheker en de CEO. Van Aken is ook – niet stemhebbend – lid van de raad van bestuur om met name specifieke zaken rondom patiëntenzorg toe te lichten. Dit orgaan heet in Nederland dan weer

Kwaliteit, kwaliteit, kwaliteit

Van Aken, ooit begonnen als verpleegkundige, heeft carrière gemaakt in het UZA. Hij werkt daar nu bijna 35 jaar: 'Ik ben een trouwe partijsoldaat.' In 2005 werd hij verpleegkundig directeur, wat later werd veranderd in directeur Patiëntenzorg. Het streven naar de beste kwaliteit van zorg loopt als een rode draad door zijn carrière.

'In 2006 zijn we begonnen met de invoering van het EFQM-model. Daar zit namelijk alles in: leiderschap, proces, mensen, middelen, doelstellingen en resultaten. We vonden het belang-

rijk om de kwaliteitscirkel (Plan Do Check Act) in al onze processen terug te laten keren. Zo dat wij in staat waren om te sturen op verbeteringen.’

Het EFQM-model is oorspronkelijk bedoeld voor bedrijven. Het Magnet-model is in de zorg ontstaan. Het UZA heeft daarom in 2007, als aanvulling op het EFQM-model, gekozen voor dit organisatiemodel als basisstrategie. Van Aken: ‘De verbeterstrategie van de Magnet Hospitals spitst zich toe op het werk van de verpleegkundigen. Je kunt een accreditatie krijgen als Magnet Hospital, maar dan alleen als de verpleegkundigen zijn vertegenwoordigd in het directieteam. Sommige ziekenhuizen in Nederland hebben de strategie geadopteerd, maar kunnen nooit een accreditatie krijgen omdat de verpleegkundigen geen zeggenschap hebben in de raad van bestuur.’ Directe aanleiding voor het UZA om met de Magnet Hospital strategie aan de slag te gaan was een tekort aan verpleegkundigen. ‘In de jaren 2006 en 2007 werden van de 900 fte’s er ongeveer 50 door uitzendkrachten opgevuld. Dat werkte niet goed, omdat in België de uitzendkrachten veel invloed hebben op hun werk. Zo konden ze zelf bepalen wanneer zij wilden werken. En dat gaf spanning onder het vaste personeel dat bijvoorbeeld wel gedurende de avonduren moest werken. We zochten naar een manier om ons ziekenhuis aantrekkelijk te maken voor verpleegkundigen. Dat bleek de strategie van Magnet Hospitals te zijn’, aldus Van Aken.

Met het concept van Magnet Hospitals kun je een ziekenhuis creëren dat als een ‘plakijzer’ fungeert, zoals hij het formuleert: het trekt niet alleen verpleegkundigen aan, maar houdt ze ook vast. Het model heeft zijn vruchten afgeworpen: het ziekenhuis heeft alleen nog maar vaste verpleegkundigen in dienst en het verloop onder verpleegkundigen is laag. ‘Een vraag uit ons periodiek onderzoek naar de werkomgeving gaat over hoeveel verpleegkundigen de intentie hebben om elders te gaan werken. In het UZA is dit 4,5 procent, terwijl deze score volgens de bekende NEXT-studie voor België gemiddeld 29 procent is.’

Naast het EFQM-model en de strategie van Magnet Hospital werkt het UZA ook met Productive Ward. Van Aken: ‘In het directieteam werd ik vaak geconfronteerd met de vraag: is de verpleegkundige zorg wel efficiënt georganiseerd? Om een concreet antwoord op die vraag te hebben, wilden we lean gaan invoeren. Maar lean riep reacties op zoals: “Wij zijn Toyota niet”. Dus hebben we iets gezocht wat beter aansloot bij de verpleegkundige praktijk



Paul van Aken

en dat was het Engelse Productive Ward. Een aangepaste lean-aanpak voor de zorgsector.’ In de Productive Ward is er net als in het concept van Magnet Hospital een belangrijke rol weggelegd voor de transformationele leider en worden de verbeteringen vanuit de werkvloer geïnitieerd. Dat betekent dat de verpleegkundigen zelf aan de slag gaan: ‘Zij identificeren knelpunten, optimaliseren processen en houden resultaten bij. En de leider faciliteert daarbij.’

Leiderschap

Het model van Magnet Hospitals legt de focus op professionele ontwikkeling en groeikansen van verpleegkundigen en op aandacht voor kennisontwikkeling, onderzoek en innovatie. Andere elementen zijn een platte organisatiestructuur en een open cultuur. Van Aken ge-

bruikt het begrip ‘shared governance’: het mee invloed uitoefenen door de verpleegkundigen op wat de leidinggevende doet en hoe hij het doet. ‘De leider, meestal de hoofdverpleegkundige, moet aanspreekbaar zijn en zij moet duidelijke structuren creëren waarbinnen de verpleegkundigen zelf beslissingen kunnen nemen met als doel de patiëntenzorg te verbeteren.’ Voor de leidinggevendenden was het soms wettelijk. Ze moesten leren los te laten, maar wel de richting blijven aangeven. Of zoals Van Aken het zegt: ‘Ze moeten mensen de ruimte geven om zelf te beslissen, maar ook “de partijdoctrine” in de gaten houden. Het is een moeilijk evenwicht tussen top-down: duidelijkheid creëren over doelstellingen en middelen die ter beschikking staan, en bottom-up: het zelf invulling geven aan de uitvoering door de professionals.’

‘De leider moet duidelijke structuren creëren waarbinnen de verpleegkundigen zelf beslissingen kunnen nemen’

Van Aken: ‘Vaak kun je als leidinggevende beslissingen van een verpleegkundig team beter begrijpen in de context van de zorg. Zo was er bijvoorbeeld een team dat worstelde met gebruikte naalden. De container bedoeld voor die naalden was altijd vol, met het risico dat iemand zich zou prikken. De verpleegkundigen wilden een indicator hebben om ongelukken met prikken in beeld te brengen en te voorkomen. Daar kun je als leidinggevende van vinden dat het wat overdreven is. Maar als je hoort dat er iemand zich heeft geprikt en besmet is geraakt door het HIV-virus, dan begrijp je hoe belangrijk die indicator voor dit team is.’

Patiëntenzorg

Hoe slechter de verpleegkundige zorg, hoe slechter de patiëntenzorg. Andersom gaat ook op. ‘Magnet Hospitals in de Verenigde Staten zijn bewezen beter. In de top 20 van de allerbeste Amerikaanse ziekenhuizen zijn er minstens 15 ziekenhuizen die Magnet Hospital zijn.

Voor mij bewijst dat wel dat de bijdrage van de verpleegkundigen aan het algemeen resultaat mee doorslaggevend is’, aldus Van Aken. Om goede verpleegkundige zorg te waarborgen, heeft het ziekenhuis een model ontwikkeld; het Professional Practice Model. ‘Dit model kun je je voorstellen als een helix met twee strengen evenwijdig aan elkaar. De ene streng is die van het verpleegkundig team; de ander van de patiënten. De dwarsverbindingen zijn dan zaken als vakkennis, empathie, respect. Zij bepalen wat belangrijk is voor een goede verpleegkundige werkomgeving maar ook hoe de patiënt de kwaliteit van zorg ervaart. Door te sturen op “nurse sensitieve indicatoren” als hiervoor genoemd, verbetert de patiëntenzorg.’ Paul van Aken licht de samenhang tussen verpleegkundige zorg en patiëntenzorg toe: ‘Een tijd geleden heb ik in teamsessies met verpleegkundigen gevraagd: “Als je zelf morgen in een ziekenhuisbed ligt: wat vind jij dan belangrijk met betrekking tot de bejegening?” Daar kwam uit dat zij vonden dat een verpleegkundige zich moest voorstellen en een patiënt moest vertellen wat er met hem of haar ging gebeuren. Maar uit ons onderzoek onder patiënten bleek dat maar dertig procent van de verpleegkundigen dit daadwerkelijk deed. Dus dat zijn we gaan verbeteren.’

Kwaliteitsfunctionaris

In het inspirerende verhaal van Van Aken komt geen kwaliteitsfunctionaris voor. Volgens Van Aken zijn kwaliteitsmanagers eigenlijk kwaliteitsadviseurs. Zij moeten de werkvloer faciliteren met knowhow. ‘Zij zijn bekend met allerlei tools als Value Stream Mapping, Proces Mapping, A3-tjes maken, spaghetti-diagram en dergelijke. Die tools kunnen verpleegkundigen gebruiken om de patiëntenzorg te verbeteren.’ Hij vervolgt: ‘Het is misschien controversieel, maar: het zijn niet de kwaliteitsfunctionarissen die voor het verbeteren van de kwaliteit zorgen. Kent u een kwaliteitsfunctionaris die echt verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de patiëntenzorg? De kwaliteit van de patiëntenzorg komt tot stand aan het bed. Door toedoen van verpleegkundigen, en niet in de werkkamer van de kwaliteitsfunctionaris.’