

Postprint Version	1.0
Journal website	www.zorgmarkt.net
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Kwaliteitsmanagement ziekenhuizen sterk ontwikkeld

MICHEL DÜCKERS, CORDULA WAGNER EN PETER GROENEWEGEN

In de afgelopen tien jaar zijn er in de Nederlandse ziekenhuissector ingrijpende veranderingen doorgevoerd met het doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. De zorg moest efficiënter, transparanter en meer patiëntgeoriënteerd. Vraaggestuurd bovendien in plaats van aanbodgedreven. Inmiddels zijn nog niet alle veranderingen uitgekristalliseerd. Wel ziet het ernaar uit dat het totaal aan overheidsmaatregelen een positief effect heeft gehad op het kwaliteitsmanagement binnen ziekenhuizen.

GOED LEIDERSCHAP BESTURDERS SUCCESFACTOR

Het is zo goed als ondenkbaar dat er zorgprofessionals in Nederlandse ziekenhuizen werken die de afgelopen jaren niet zijn geconfronteerd met initiatieven om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren. Voor een belangrijk deel gebeurt dat onder de noemer van patiëntveiligheid. Er moet worden geleerd van incidenten en bij voorkeur zo systematisch mogelijk. Het is in dat verband een probleem dat er binnen de literatuur sprake is van een gebrek aan kennis over hoe dit systematisch leren effectief moet worden vormgegeven¹. Niettemin laat onderzoek naar vermijdbare schade zien dat de aandacht voor verbetering van de patiëntveiligheid gerechtvaardigd is². Veilige zorg zou vanzelfsprekend moeten zijn, maar is het in de praktijk niet altijd. In de zorg is het gebruikelijk om bij het zoeken naar oplossingsrichtingen voor kwaliteit en veiligheid te denken in systemen en deze systemen vervolgens verplicht te stellen. Zo moeten ziekenhuizen sinds 2008 beschikken over een veiligheidsmanagementsysteem. In een interview in *Zorgvisie* in augustus 2008 concludeerde prof. mr. Pieter van Vollenhoven echter dat dit eigenlijk al een verplichting is sinds de invoering van de Kwaliteitswet in 1996; een wet die mede was gericht op systematische kwaliteitszorg. In een recent rapport van de Algemene rekenkamer wordt geconcludeerd dat dit systematische karakter onvoldoende uit de verf komt³. Die conclusie komt overeen met de uitkomsten van een NIVEL-onderzoek van alweer bijna tien jaar terug⁴. Dat klinkt op het eerste gezicht niet bemoedigend, maar de analyse van nieuwe gegevens laat zien dat er op het vlak van kwaliteitszorg wel degelijk een sterke vooruitgang is gerealiseerd op sectorniveau. Ook al zijn de gevolgen voor de kwaliteit van de geleverde zorg onbekend, de kwaliteitsmanagementsystemen blijken sinds 1995 sterk te zijn ontwikkeld. Het leiderschap van ziekenhuisbestuurders speelt bovendien een voorname rol bij de verspreiding van zorginnovaties. In dit artikel gaan we daar dieper op in. Eerst besteden we kort aandacht aan relevante beleidsmaatregelen binnen de ziekenhuissector in het afgelopen decennium. Vervolgens wordt ingegaan op de mate waarin die beleidsmaatregelen gepaard zijn gegaan met een ontwikkeling binnen de kwaliteitssystemen. Daarnaast willen we benadrukken dat ziekenhuisbestuurders een voorname rol blijken te spelen in de mate waarin de zorg zoals geleverd binnen ziekenhuisafdelingen overeenkomt met landelijke kwaliteitsnormen⁵.

BELEIDSMATREGELEN

Sinds 2000 zijn binnen de ziekenhuissector ingrijpende veranderingen geïnitieerd om meer transparantie en competitie te creëren. Zo zijn in het kader van Sneller Beter landelijke kwaliteitsnormen geformuleerd voor patiëntenlogistiek (reductie toegangstijden poliklinieken, ligduur en doorstroomtijd voor diagnostiek en behandeling, verhoging van productiviteit van operatiekamers), patiëntveiligheid (terugdringen doorligwonden, wondinfecties, medicatiefouten, opzetten decentraal melden) en patiëntenparticipatie (ervaringen patiënt centraal stellen). Bovendien is onder toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

een basisset prestatie-indicatoren voor de ziekenhuiszorg ontwikkeld, aan de hand waarvan ziekenhuisgegevens jaarlijks worden gerapporteerd in openbare publicaties. Daarnaast wordt in toenemende mate kwaliteitsinformatie ontsloten voor zorggebruikers door middel van vergelijkingswebsites zoals www.kiesbeter.nl. Financieel gezien is sprake van een ingrijpende verandering in de wijze waarop de ziekenhuiszorg wordt gefinancierd. Ziekenhuizen voeren onderhandelingen met verzekeraars, gebaseerd op de kwaliteit en kosten van zorg die geleverd wordt via gestandaardiseerde DBC's. De onderhandelbare ruimte wordt geleidelijk uitgebreid en het belang van innovatie om zich te onderscheiden van andere ziekenhuizen neemt toe. Hierdoor is externe druk binnen de sector opgebouwd met gevolgen voor de kwaliteitszorg binnen ziekenhuizen.

ONTWIKKELING KWALITEITSMANAGEMENTSYSTEMEN

In het verleden zijn vanuit het NIVEL metingen verricht met een gevalideerd meetinstrument om de ontwikkelfase van kwaliteitsmanagementsystemen van zorginstellingen vast te stellen. De resultaten daarvan zijn mede gebruikt als input voor de de landelijke kwaliteitsconferenties (Leidschendamconferenties). Bij iedere meting is het ziekenhuismanagement gevraagd naar de mate waarin binnen de eigen instelling specifieke maatregelen worden uitgevoerd op het vlak van strategie en beleid, personeelsbeleid, procedures en protocollen, systematische kwaliteitsverbetering en patiëntenparticipatie. Op basis van de score binnen deze vijf dimensies kunnen instellingen worden ingedeeld in vier ontwikkelfasen. In iedere oplopende fase neemt de ontwikkeling van het kwaliteitsmanagementsysteem toe. De laagste fase, fase 0, is er een van oriëntatie en bewustwording. Fase 1 is een voorbereidende fase. In fase 2 is sprake van experimenten en implementatietrajecten. In de laatste, fase 3, worden kwaliteitsmaatregelen geïntegreerd in de alledaagse organisatorische processen; het systeem is cyclisch. In de gehele ziekenhuissector zijn metingen verricht met behulp van dit instrument in 1995, 2000, 2005 en 2007. Onlangs is voor het eerst gekeken naar de systeemontwikkeling gedurende deze periode. De verwachting op grond van de zojuist genoemde beleidsmaatregelen zou zijn dat ziekenhuizen geprikkeld zijn om de kwaliteit van zorg zoveel mogelijk te beheersen. Dus, dat externe druk op sectorniveau een positieve invloed heeft op de invoering van kwaliteitsmanagementsystemen van ziekenhuizen. Uit analyses blijkt dat er inderdaad sprake is van een significante toename van zowel de ontwikkelfase van het kwaliteitsmanagementsysteem (zie figuur 1) als van de schaalgrootte van Nederlandse ziekenhuizen. De fasen 0 en 1 zijn inmiddels zo goed als verdwenen. Fase 2 heeft een hoogtepunt gehad in 2005. In 2007 heeft een derde van de ziekenhuizen de cyclische fase van kwaliteitsverbetering bereikt. Het kwaliteitsmanagement wordt meer systematisch.

SLEUTELROL ZIEKENHUISBESTUURDERS

Struben e.a. hebben gewezen op de gezamenlijke verantwoordelijkheid van RvB's en medisch specialisten voor de patiëntveiligheid binnen een ziekenhuis. Ingegaan werd op de eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur – deze draagt verantwoordelijk voor iets wat in de handen van de medisch specialist ligt. Inmiddels is duidelijker in welke opzicht ziekenhuisbestuurders deze eindverantwoordelijkheid gestalte kunnen geven. Zij vervullen een sleutelrol in die zin dat hun leiderschap van invloed is op de mate waarin professionals zich in de praktijk conformeren aan landelijke kwaliteitsnormen. Zij blijven hierbij wel afhankelijk van de bereidheid van groepen medisch specialisten om inzicht te geven in de kwaliteit van hun handelen (bijvoorbeeld via inzage in visitatierapporten). Deels komt het leiderschap tot uiting in de mate waarin RvB's binnen het ziekenhuis kwaliteitsnormen vaststellen, afspraken daarover maken met afdelingen en de naleving periodiek controleren. Door regelmatig te controleren of afdelingen aan normen voldoen, worden afdelingen gestimuleerd om goede werkwijzen over te nemen en deze te blijven toepassen. Voor een ander deel komt het tot uiting in de aanwezigheid van een sterk leiderschapsklimaat waarin mensen zich gestimuleerd voelen om mee te doen aan allerlei verbeterprojecten; de deelname van medisch specialisten in verbeterprojecten is het hoogst indien zij ervaren dat ziekenhuisbestuurders verbetering stimuleren en zij in een omgeving werken waarin collega's hetzelfde ervaren. Onderzoek laat bovendien zien dat het ene ziekenhuis aantoonbaar beter is in het ondersteunen van projecten dan het andere.

IMPLICATIES

Samengevat geldt dat de invoering van verschillende beleidsmaatregelen binnen de sector gepaard is gegaan met de ontwikkeling van de kwaliteitsmanagementsystemen van ziekenhuizen. De ziekenhuisleiding speelt daarbinnen een cruciale rol. De trend is dat ziekenhuizen in een fase belanden waarin het ziekenhuismanagement concrete plannen voor verbetering van de kwaliteit, heeft gekoppeld aan activiteiten en passende trainingen. Er vinden audits plaats en er wordt nagegaan in hoeverre aan normen wordt voldaan. Protocollen zijn opgesteld voor patiëntenstromen, behoeften worden gepeild en patiënten participeren in commissies en kwaliteitsverbeterprojecten. Een positief aspect van deze ontwikkeling is dat de kwaliteitszorg meer systematisch wordt. Een reëel gevaar is dat de bureaucratie toeneemt of dat de activiteiten meer op papier bestaan dan dat deze in de dagelijkse praktijk daadwerkelijk worden nageleefd. Dat brengt ons ook weer bij de vraag: wat is de invloed van alle veranderingen op de kwaliteit van zorg? Het eerlijke antwoord is dat we dat niet zeker weten. We weten niet of een kwaliteitssysteem noodzakelijk is om goede uitkomsten voor patiënten te behalen. De verschillende ranglijsten die jaarlijks verschijnen geven geen coherent beeld van de kwaliteitsrangorde binnen de ziekenhuiszorgsector. Daarmee ontstaat het risico van 'schijntransparantie', die – omdat het meer pretendeert dan het kan waarmaken – op termijn schadelijk kan zijn voor de werking van de grote basisaanname: transparantie leidt tot hogere kwaliteit. Dit is overigens een uitgelezen moment om een uitspraak van Donald Berwick aan te halen, de directeur van het Amerikaanse Institute for Healthcare Improvement. Vrij vertaald: 'ik geloof niet dat transparantie werkt omdat het leidt tot weloverwogen keuzen van zorgklanten, ik geloof dat het werkt omdat het de superego's van zorgverleners en management bereikt.' Dit sluit aan bij de door bestuurders (via externe druk ingegeven) gepercipieerde noodzaak de eigen instelling positief voor patiënten en zorgverzekeraars te onderscheiden ten opzichte van concurrerende ziekenhuizen. Het vasthouden van die druk is aan te raden, tenminste, zolang dit bijdraagt aan de verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Er valt, terugkomend op de inleiding van dit artikel, voorlopig nog genoeg te verbeteren en te leren. De slotgedachte van onze bijdrage is niettemin positief. De kwaliteitsmanagementsystemen van ziekenhuizen zijn nog nooit zo ver ontwikkeld geweest dan nu het geval is.

[FIGURE 1]

NOTEN

Dückers M, Faber M, Cruisberg J, Grol R, Schoonhoven L, 1. Wensing M. 'Safety and risk management interventions in hospitals: a systematic review of the literature'. *Medical Care Research and Review*. 2009, 66:90S-119S. 2. Zegers H.W.M. (2009). Adverse events among hospitalised patients: results and methodological aspects of a record review study. NIVEL: Utrecht. 3. Algemene rekenkamer (2009). Implementatie kwaliteitswet zorginstellingen. Sdu Uitgevers: 's-Gravenhage. 4. Sluijs E, Wagner C (2000). Kwaliteitssystemen in de zorg: de stand van zaken in 2000, Utrecht: NIVEL. 5. De gegevens waarop dit artikel is gebaseerd, zijn uitgebreid beschreven in het proefschrift *Changing hospital care: evaluation of a multi-layered organisational development and quality improvement programme*, Dücker M (2009). NIVEL: Utrecht. 6. Struben V, Dücker M, Wagner C. 'Samen verantwoordelijk voor veiligheid: advies Shell-topman botst met ziekenhuispraktijk'. *Medisch Contact*. 2006, 62: 394-395.

Michel Dücker is senior beleidsmedewerker zorg & veiligheid bij Impact, het landelijk kennis- en adviescentrum voor psychosociale zorg na rampen. Cordula Wagner is programmaleider kwaliteit & organisatie bij het NIVEL en bijzonder hoogleraar patiëntveiligheid in de gezondheidszorg. Peter Groenewegen is directeur van het NIVEL en bijzonder hoogleraar ruimtelijke en sociale aspecten van gezondheid en gezondheidszorg.

FIGURES

[FIGURE 1]

