

ZNetwerk nodigt vakmensen uit om over
een bepaald thema te praten...



Marianne Eussen
Managementcoach Palet coaching



Diana Monissen
Voorzitter RvB Friesland Verzekeringen



Cor Calis
Directeur Flevoziekenhuis



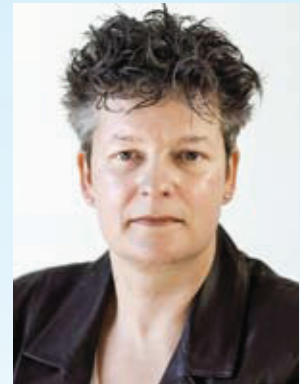
Freek Lapré
Partner at Movinex BV



Peter Paul Doodkorte
Partner BMC



Jasper Tolhuijs
Interim at Kroek & Partners



Yvette Koense
Managing Consultant QNote



TAFELGESPREK 7 FEBRUARI 2011

Kwaliteit van Zorg

Kwaliteit is waarschijnlijk het meest gehoorde begrip in de zorg op dit moment. Maar wat is eigenlijk precies de definitie van dit beladen begrip? En wordt bij het invullen van het kwaliteitsdenken wel voldoende rekening gehouden met het patiëntenperspectief? De gesprekspartners komen een heel eind, maar worden het niet helemaal eens met elkaar.

Frank: 'Het woord kwaliteit ligt tegenwoordig op ieders lip. Al dan niet gevolgd door zorg, systeem, beheersing, enzovoort. En hoewel iedereen hetzelfde woord kwaliteit gebruikt, is het maar de vraag of ook iedereen er hetzelfde mee bedoelt. Wat is überhaupt de definitie van kwaliteit? Voldoen aan de verwachtingen van de patiënt? Kan de patiënt dat ook altijd beoordelen? Er zijn, in de loop van de jaren, heel veel definities van het begrip kwaliteit gegeven. Is kwaliteit niet een beetje een hol begrip geworden?'

Peter Paul: 'Wat mij vaak opvalt als het over kwaliteit gaat, is dat niemand het heeft over het perspectief van de klant.'

Diana: 'Daar ben ik het volstrekt niet mee eens. Ik heb van onze organisatie een beleidsstuk meegenomen met als titel: De klant als kompas. Wij nemen de klant dus serieus.'

Peter Paul: 'Dat geloof ik graag, maar op het moment dat we erover praten, praten we heel vaak vanuit functies.'

Marianne: 'Dat is eigenlijk de crux, als je de patiënt als uitgangspunt neemt en kijkt hoe die eigenlijk door je organisatie loopt... Ik heb bij gesprekken met mensen die werkten in een revalidatiekliniek gehoord, dat zij erachter kwamen dat de parkeerplaats eigenlijk geheel ongeschikt was voor mensen met een bepaalde handicap. Daar kwamen ze pas achter toen ze keken hoe een patiënt door het grint naar hun instelling moest lopen.'

Yvette: 'Kwaliteit is inderdaad een containerbegrip, maar ik ben daar eigenlijk ook niet zo op tegen. Het gaat er meer om, hoe je al die verschillende onderdelen aan elkaar koppelt. Deels zit dat in systemen, deels zit dat in bejegening en bijvoorbeeld in contact met de zorgverzekeraar.'

Diana: 'Wij hebben een piramide gemaakt. Het vertrekpunt is de klant, wat jij (kijkend naar Peter Paul) terecht opmerkt. Als wij gaan contracteren, maken we ook gebruik van verschillende contractvormen. Je kunt een basiscontract krijgen of een wat uitgebreider contract. We onderscheiden vier verschillende vormen van kwaliteit; de bodemkwaliteit, dat zijn de eisen die de inspectie voor de Gezondheidszorg stelt. Het tweede is dat we zeggen: daar waar indicatoren landelijk worden ontwikkeld die gebruiken, zoals door de vereniging van heerkunde en ZiZo.

En ook de CQ-index die vastlegt of je bijvoorbeeld je injectie op tijd hebt gehad, die vraagt naar de ervaring en niet naar de tevredenheid, het gaat er dan niet over of je eten lekker was.

Dit is de derde meting vanuit het perspectief van de klant en tevens de vraag naar output vanuit de klant bezien. Als je bijvoorbeeld diabetes hebt, dan wil je niet dat je blind wordt of dat je benen eraf moeten. Dan heb je nog een vierde niveau, dat noemen we het serviceniveau. Die vier lagen onderscheiden we, en op basis daarvan contracteren we.'

Freek: 'Ik onderschrijf dat kwaliteit een hol begrip is...'

Diana: 'Behalve als je het goed invult.'

Freek: 'Vanuit de rol als zorgverzekeraar begrijp ik je verhaal. Maar als ik als patiënt in een ziekenhuis kom met een acuut hartinfarct, dan wil ik zodanig behandeld worden dat ik niet dood ga. Dus voor mij is het uitermate belangrijk dat de behandeling goed is. Vanuit de zorgverzekeraar, maar ook vanuit de inspectie bezien, moet die technische kwaliteit op orde zijn.

In de langdurige zorg, bijvoorbeeld in verpleeghuizen, vind ik de behandeling veel minder van belang. Dan gaat het erover: hoe verblijf ik daar?'



Cor: 'Wij hebben de afgelopen jaren een behoorlijke kwaliteitsslag gemaakt. Kwaliteit heeft te maken met bedrijfsvoering in al haar facetten. Het gaat om de organisatorische kwaliteit: hoe bied je het aan? Of die parkeerplaats, waar Marianne het net over had. En als laatste de relationele kwaliteit. Daarop word je uiteindelijk in die spreekkamer afgerekend. Je gaat er vanuit dat de professionele kwaliteit op orde is: de arts heeft zijn of haar bul et cetera. Dat zit wel snor over het algemeen. Voel je jezelf als patiënt welkom in de wachtkamer, dat doet ook heel veel. Vervolgens gaat het over het contact tussen de dokter en de patiënt.'

TOEGEVOEGDE WAARDE

Peter Paul: 'Het gaat steeds over de toegevoegde waarde. De kans is groot dat er een patiënt bij de huisarts komt met de mededeling: dit is mijn kwaal en u moet me dat voorschrijven. Dan is de toegevoegde waarde dat die arts daar iets naast kan zetten in de vorm van kijken of er andere opties zijn. Dat geldt dus ook voor de manier waarop je organisatie is georganiseerd, dat dit iets toevoegt.'

Marianne: 'Het is heel belangrijk, dat je een gelijkwaardige relatie hebt tussen arts en patiënt, maar ook tussen werkgever en werknemer. We moeten onze mensen meekrijgen. Die willen met bezieling aan het werk. Door alle bureaucratie is dat behoorlijk weggeëbd.'

Cor: 'Wij zijn bezig met de invoering van het Planetree model. De basis daarvan is dat je organisatie organisatorisch goed draait, dat je financieel gezond bent, dat je de patiënt uitdaagt zelf de regie te nemen en dat je die ook door de stappen van het behandelproces meeneemt. Dat is een heel andere manier van denken. Ik denk dat dat de grootste uitdaging is, de komende jaren.'

Freek: 'Planetree is oorspronkelijk bedacht voor de cure sector, het wordt nu ook uitgebreid naar de care. In Amerika, waar Planetree vandaan komt, zijn er maar drie verpleeghuizen mee bezig. Het is een ziekenhuismodel, het is dus een zorgmodel. Terwijl de langdurige zorg veel meer zoekt naar een leefmodel. Die zijn er wel, maar die worden in Nederland niet gebruikt.'

VERSCHILLEN EN BENCHMARK

Yvette: 'Ik heb in Nederland veel oncologische verbetertrajecten gedaan. De patiënttevredenheid kan dan heel hoog zijn, maar het aantal heroperaties bij voorbeeld borstkanker verschilt in Nederland nog enorm. Daar ben ik wel van geschrokken. Er zijn ziekenhuizen met gemiddeld 1,3 operaties per patiënt maar ook van 1,9. De vraag is dus of je als patiënt het hele spectrum overziet.'

Diana: 'Wij vinden de kwaliteit van leven heel erg belangrijk, dus dan moet je naar nieuwe instrumenten gaan kijken. Wat ik me



daarnaast afvraag, hoe komen we aan instrumenten die ook voldoende kunnen benchmarken, zodat mijn klanten beter kunnen vergelijken.'

Frank: 'Als twee ziekenhuizen worden vergeleken en de uitkomsten verschillen sterk, kan dat net zo goed liggen aan toeval en aan de patiëntenpopulatie die ze behandelen.'

De Rotterdamse onderzoekster Hester Lingsma vindt bovendien dat uitkomsten van kwaliteitsonderzoeken niet openbaar moeten worden gemaakt, zolang deze geen rekening houden met statistische onzekerheid en verschillen in patiëntenpopulaties. Zij vindt anders de uitkomsten misleidend. Zijn jullie het hiermee eens?'

Yvette: 'Ieder ziekenhuis kan zeggen: mijn dokters en patiënten zijn anders. En aan de andere kant zijn veel ziekenhuizen op hoofdlijnen gewoon prima met elkaar te vergelijken.'

Diana: 'Er zijn gewoon dingen te vergelijken. Als je als patiënt in een ziekenhuis komt, heb je bijvoorbeeld recht op voorlichting over de medicijnen die je gebruikt. Dat kun je in beeld brengen, dat kan je benchmarken. Er is absoluut veel te vergelijken. Als je zegt, we zijn zo verschillend, komen we nooit ergens.'

Marianne: 'Wat ik wel mooi vind, is dat de Volkskrant verpleeg-

huisranglijst de CQ-index (consumer quality index – red.) in haar eindoordeel net zo zwaar heeft laten wegen als de technische kwaliteit.'

Freek: 'In november is een rapport uitgekomen van de Europese Commissie over verzorgingshuizen. Tijdens de presentatie daarvan in Brussel, zat ik naast Joke de Vries (hoofdinspecteur verpleging en langdurige zorg bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg – red.) en ik had het er met iemand over dat wanneer je wilt normaliseren, je ook moet accepteren dat er ook normale risico's plaatsvinden. Ik zei: ik zit naast een hoofdinspecteur uit Nederland, die zal het wel niet met me eens zijn. Toen zei Joke: ik ben het wél met je eens, waarop ik zei: dan moet je nu opstaan en dat zeggen. Dat gebeurt dan weer niet.'

Peter Paul: 'Door het streven naar beheersing is het onbeheersbaar geworden. Je ziet dat de protocollen leidend zijn. Vergelijk het eens met opvoeden van kinderen. Dat is ook de hele dag een vorm van gecalculeerd risico lopen. Daar moeten we mee leren leven.'

Diana: 'Wat mij opvalt, is dat de manier van werken van bestuurders vaak heel technocratisch is.'

Marianne: 'Wat ik niet begrijp, is waarom de diverse instellingen

niet meer de handen in elkaar slaan en als een Gideonsbende een aantal dingen gaan doen.'

Diana: 'Welke dingen gaan doen?'

Marianne: 'Om het meer vanuit de cliënt te organiseren.'

Diana: 'Waarom moet je de handen in elkaar slaan? Dat kan je als instelling toch ook zelf doen?'

Freek: 'In mijn vooronderzoek (in de ouderenzorg – red.) voor mijn promotie zijn drie dingen naar voren gekomen. Dat is ten eerste de systeemdominantie. Twee is dat je waardig kunt leven. En drie is dat je ook zekerheid krijgt over bijvoorbeeld dat mensen hun vak goed uitoefenen.'

KWALITEITSWET

Frank: 'Even wat anders, de Kwaliteitswet Zorginstellingen bepaalt dat de zorgaanbieder verantwoorde zorg moet aanbieden, dat wil zeggen: zorgvragergericht, doelmatig en efficiënt. Daarnaast moet de zorgaanbieder ook zorgen voor een constant niveau van zorg. Hoe is jullie ervaring met de Kwaliteitswet Zorginstellingen?'

Diana: 'Er ligt nu een nieuwe Kwaliteitswet zorg en cliënt klaar. De rekenkamer heeft de bestaande Kwaliteitswet al eens bestudeerd en die vond het een goed instrument. Maar het is maar net vanuit welke optiek je die wet bekijkt, zorginstellingen denken er waarschijnlijk heel anders over.'

Cor: 'De kwaliteitswet is het kader waar vanuit je als instelling werkt. Uiteindelijk doen we maar twee dingen. We moeten goede zorg leveren en de continuïteit van de organisatie overeind houden.'

Frank: 'We hebben allerlei kwaliteitssystemen: HKZ, NIAZ, ISO. Deze worden verplicht door de zorgverzekeraars en het zorgkantoor, maar helpt het ook? Gaat de kwaliteit daadwerkelijk omhoog?'

Jasper*: 'Het is een model waarbij je aan de verzekeraars zegt: ik ben gecertificeerd, aan mij kun je betalen. Ik vind niet dat je echt kunt speken over kwaliteitsmanagement. Het is een verdienmodel. We willen kwaliteit organiseren. Dat is een beetje als de bioloog die zegt: wat maakt deze bloem nou zo mooi? Laat ik het eens uit elkaar gaan trekken en vervolgens is de bloem dood.'

Diana: 'Daar ben ik het niet mee eens. Want of je nou fietsenmaker bent of broodbakker, iedereen moet zich kunnen verantwoorden over de kwaliteit die geleverd wordt.'

Peter Paul: 'Die HKZ is op zich een goed instrument, maar het is alleen losgezongen van de werkelijkheid.'

Marianne: 'Als je een systeem hebt voor kwaliteit, zakt de hele boel niet ineen op het moment dat bepaalde mensen je organisatie verlaten.'

Jasper: 'Kwaliteit is responsiviteit. Begrijp je waar de behoeftes liggen? Een arts moet van het gezicht van zijn patiënt kunnen aflezen wanneer de informatie niet overkomt.'

Cor: 'In veel spreekkamers krijgen mensen een verhaal te horen, maar krijgen de helft van dat verhaal niet mee. Onze intensivisten hebben een nazorgpoli opgericht. Daarbij worden de gesprekken van de professionals gefilmd. De patiënten worden niet gefilmd, want dat mag niet. Als mensen de ICU nazorgpoli verlaten krijgen ze een cd mee met die filmpjes.'

Marianne: 'Een heel goed initiatief. Alleen blijkt dat het vaak vijftien jaar duurt voordat goede initiatieven worden overgenomen door andere instellingen. Hoe komt dat?'

Frank: 'Dat kan ik je zo vertellen, door het not invented here syndroom. Men zegt vaak: bij de burens kan dit prima maar om allerlei redenen kan het bij ons niet.'

TIPS AND TRICKS

Cor: 'Het belangrijkste is dat je eigenaarschap van kwaliteit zo dicht mogelijk tegen het werkproces neerlegt.'

Peter Paul: 'Durf meer te vertrouwen op de ethiek van het gezond verstand.'

Yvette: 'Combineer kwaliteitsbeleid met een businesscase.'

Diana: 'Richt de kwaliteit van je zorg met name op je klanten. Het is van enorm belang dat je vanaf het begin de optiek van de patiënt erbij betreft.'

Freek: 'Wet- en regelgeving volgt ontwikkelingen. Dit is een oproep om lef te tonen en te innoveren zonder je te verschuilen achter wet- en regelgeving.'

Jasper: 'Het gebeurt allemaal in de maatschappij, hou die in de gaten. Daar haal je de legitimiteit vandaan. Kwaliteit is responsiviteit.'

Marianne: 'Ik zou instellingen willen oproepen om niet te wachten, bijvoorbeeld op verzekeraars of VWS. Je eigen visie volgen en van daaruit je organisatie verbeteren.'

** Jasper Tolhuijs schoof later aan.*