

KWALITEITSKADER COMPLEXE OUDERENZORG

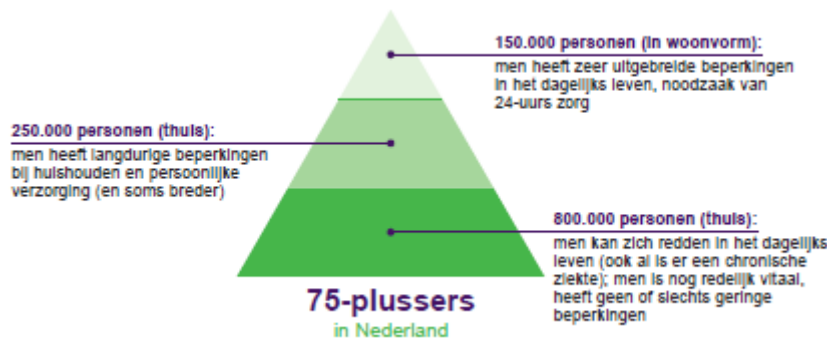
Stijn van Beurden en Harry Woldendorp

1. Inleiding

Vanaf 2017 wordt gestart met een nieuw, verstrijkend, kwaliteitskader voor de complexe ouderenzorg. Doel van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg:

- Bijdrage aan beweging van ‘systemen naar mensen’
- Doet recht aan complexe en relationele karakter van zorg
- Behulpzaam als gespreksmiddel in relevante verantwoordingsrelaties

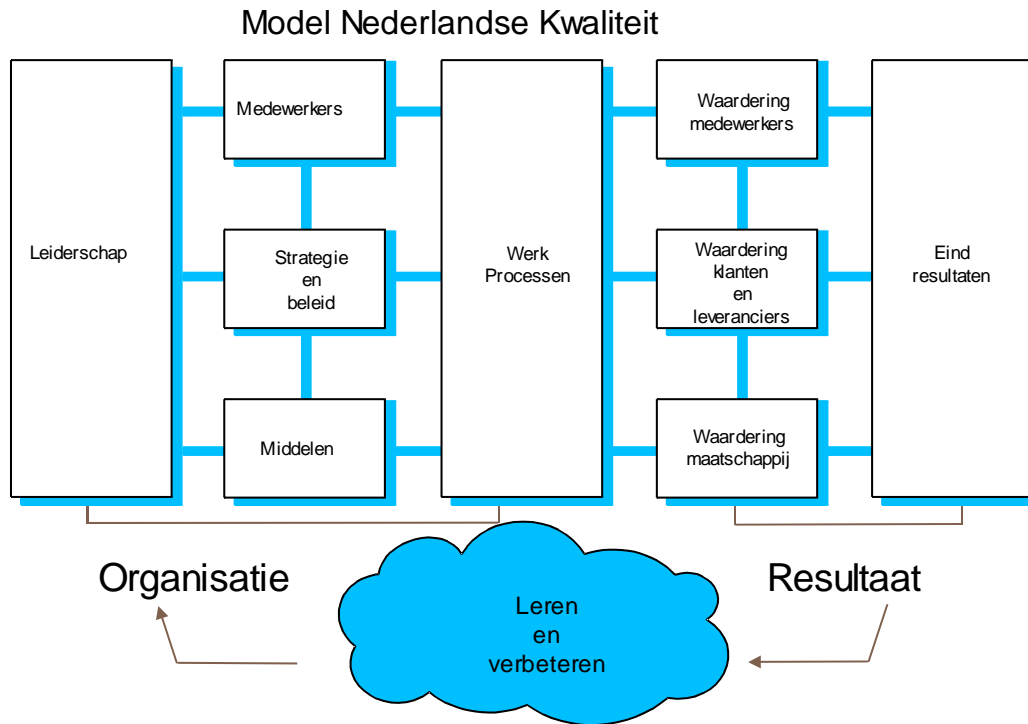
In het rapport ‘Ouderen in zorghuizen’ is een overzicht gegeven van de omvang van de complexe ouderenzorg:



Kwaliteit kent vijf belangrijke dimensies (Kievit):

- Veiligheid
- Effectiviteit
- Doelmatigheid
- Cliëntgerichtheid
- Tijdigheid

Kwaliteit in de gezondheidszorg gaat niet alleen om individuele patiënten, maar ook om systemen (Oldham, p. 15). Bij de inrichting van het systeem gaat het dan wel om ‘de cliënt staat voorop’ (Berry). Een eerdere poging om te komen tot organisatie aanpak gericht op het kwaliteitssysteem is het INK model:



Het INK-management model bestaat uit de delen 'organisatie' en 'resultaat'. Het deel organisatie heeft betrekking op interne (beheersbare) factoren: leiderschap, strategie en beleid, medewerkers, middelen en processen. Processen tenslotte hebben te maken met de mate van efficiency en effectiviteit. Hoe worden verbetering en vernieuwing gerealiseerd?

Het deel resultaat heeft betrekking op outputfactoren: waardering door medewerkers, klanten en leveranciers en de maatschappij. Uiteindelijk leiden al deze factoren tot het eindresultaat: de mate waarin de realisatie van de organisatiedoelstellingen wordt bereikt.

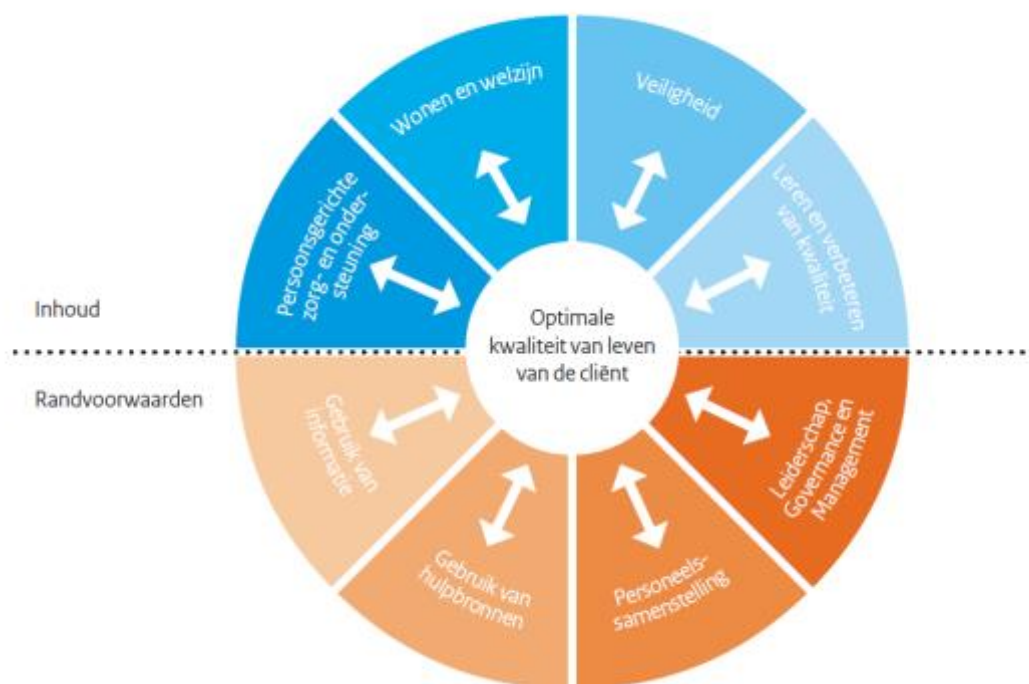
Het uiteindelijke doel van het INK-model is het realiseren van leren excelleren. Daarbij wordt uitgegaan dat een organisatie een vijftal fasen doorloopt voordat dit bereikt wordt: activiteitgeoriënteerd (medewerkers streven ernaar het eigen werk zo goed mogelijk uit te voeren); procesgeoriënteerd (beheersing van het primaire proces: ontwikkeling van prestatie-indicatoren); systeemgeoriënteerd (op alle niveaus systematisch werken aan verbetering van de organisatie: toepassing van de PLAN DO CHECK ACT-cirkel); ketengeoriënteerd (samen met partners wordt in de gehele zorgketen gestreefd naar maximale toegevoegde waarde); excelleren en

transformeren (proces van continu verbeteren is in de organisatiestructuur en – cultuur verankerd).

Een belangrijk nadeel van het model was het integrale karakter. Het werken in 9 velden en 5 ontwikkelingsfasen leidt tot een grote complexiteit met betrekking tot het opstellen van verbeteracties. De vertaling van algemene termen naar de specifieke situatie van de organisatie bleek lastig te zijn.

2. Integraal model kwaliteitskader

In het kwaliteitskader zien we een verschuiving naar het perspectief van de cliënt. Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is gebaseerd op (ook weer) een integraal model:



De vraag is ook hier weer of de geschetste integraliteit een effectieve uitvoeringspraktijk mogelijk maakt. Uit het onderzoek van Van der Scheer naar zorgbestuurders blijkt dat veranderen en verbinden samen moet gaan:

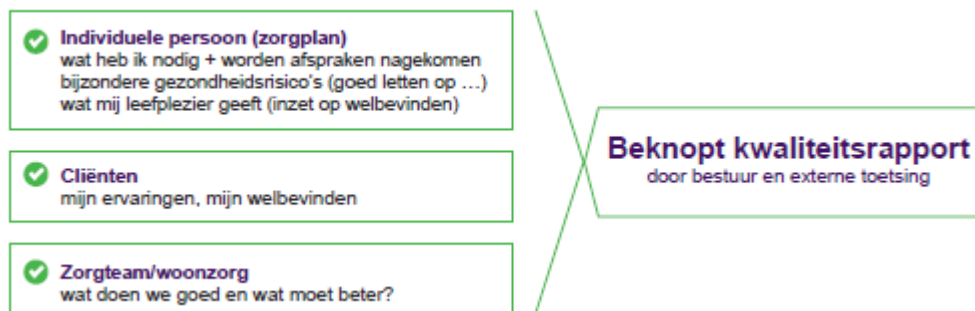
‘zorgbestuurders geven aan een van de belangrijkste maatstaven voor hun effectiviteit het realiseren van veranderingen is samen het vermogen een verbindende visie te formuleren’ (p. 173).

Bedoeling van het nieuwe kwaliteitskader is om het onderdeel uit te maken van de dagelijkse zorgpraktijk: interactie tussen cliënten, professionals en hun organisatie. Het perspectief van de cliënt en de primaire zorg is leidend. De verantwoording over de zorg gebeurt in samenspraak met cliënten en professionals.

Het kwaliteitskader kent de volgende leidende principes:

- Kwaliteitsbeleid wordt geformuleerd door Verenso en V & VN
- Gevraagde informatie staat ten dienste van het primair proces
- ICT systemen genereren stuurinformatie voor het dagelijks handelen van professionals
- Jaarlijks overleg met Raad van Bestuur, VAR en vakgroep specialisten ouderengeneeskunde over beleid en randvoorwaarden
- Periodiek overleg de relevante koepels en belangenverenigingen over de indicatoren t.b.v. de basisveiligheid

De vernieuwde opzet van het kwaliteitskader is als volgt samen te vatten:



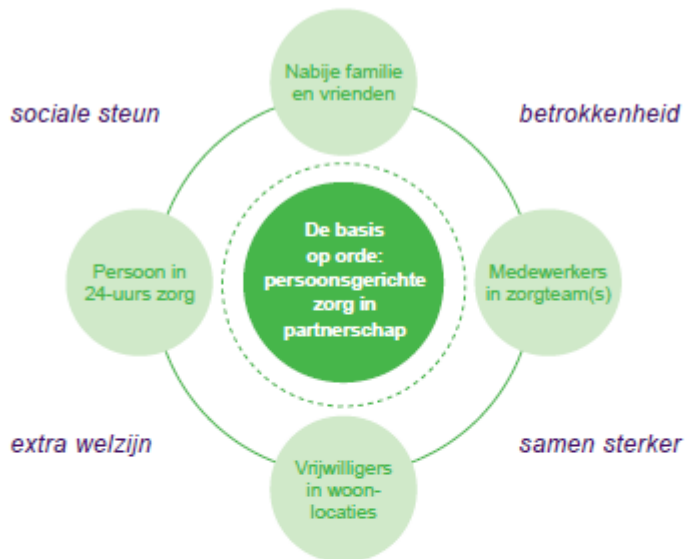
Het kwaliteitskader kent een tiental uitgangspunten;

- Cliënt als mens
- Nadruk op leren
- Toezicht en verantwoording gericht op kwaliteitsverbetering
- Versterken vertrouwen in professionals
- Samen leren
- Verminderen bureaucratie
- Veilig voor cliënten
- Extra aandacht aan de personeelssamenstelling
- Uitgangspunt kwaliteit WLZ
- Meer en beter kwaliteit

Uit onderzoek blijkt dat transparantie met betrekking tot outcome (zowel cliënt gerelateerd als professioneel gerelateerd) kan leiden tot kwaliteitsverbetering. Kwaliteitsverbetering gericht op cliënt gerelateerde onderwerpen lijkt gebaat te zijn bij een gecentraliseerde aanpak; professionele kwaliteitsverbetering heeft meer baat bij lokale initiatieven (Winters: 146). Leergedrag zou ook betrekking moeten hebben op de eigen uitgangspunten die bij de zorgverlening worden gebruikt (Homa). Relevante sectorpartijen gaan in 2017 samen met IGZ een methode ontwikkelen waarmee het lerend vermogen van organisaties zichtbaar kan worden gemaakt.

3. Persoonsgerichte zorg

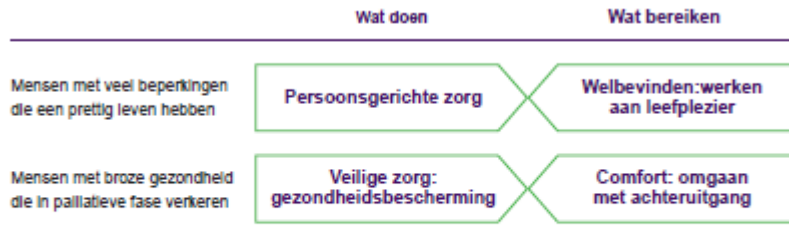
Vertrekpunt voor de complexe ouderenzorg is persoonsgerichte zorg:



Toelichting uitgangspunten voor persoonsgerichte zorg:

- ✔ vanuit **CLIENT**:
 1. mijn zelfredzaamheid + beperkingen en de bijzondere gezondheidsrisico's
 2. mijn afspraken over de zorg, en hoe de zorg past bij mijn leven
 3. wat mij levensplezier geeft, en wat bijdraagt aan welbevinden
- ✔ vanuit **FAMILIE**:
 1. betrokken blijven (ook feitelijke inzet)
 2. meedenken over keuzes in zorg (wat geeft welbevinden)
 3. acceptatie van fysieke, mentale achteruitgang
- ✔ vanuit **ZORGTEAMS** (medewerkers, vrijwilligers):
 1. betrokken en luisterend
 2. vakbekwaam (professionaliteit)
 3. goed samenspel (= cliënt, familie, zorgmedewerkers, vrijwilligers)

In 'Ouderen in zorghuizen' is een matrix uitgewerkt m.b.t. de (zorg)activiteiten en de te realiseren doelen:



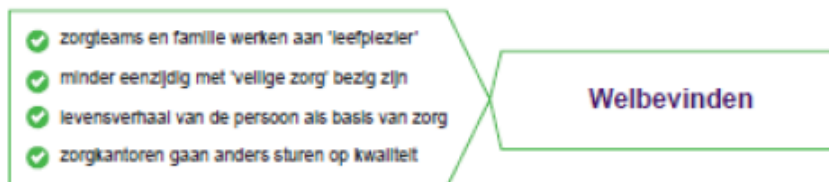
Persoonsgerichte zorg kent de volgende aspecten:



Veilige zorg kent de volgende aspecten:



Welbevinden is gericht op:



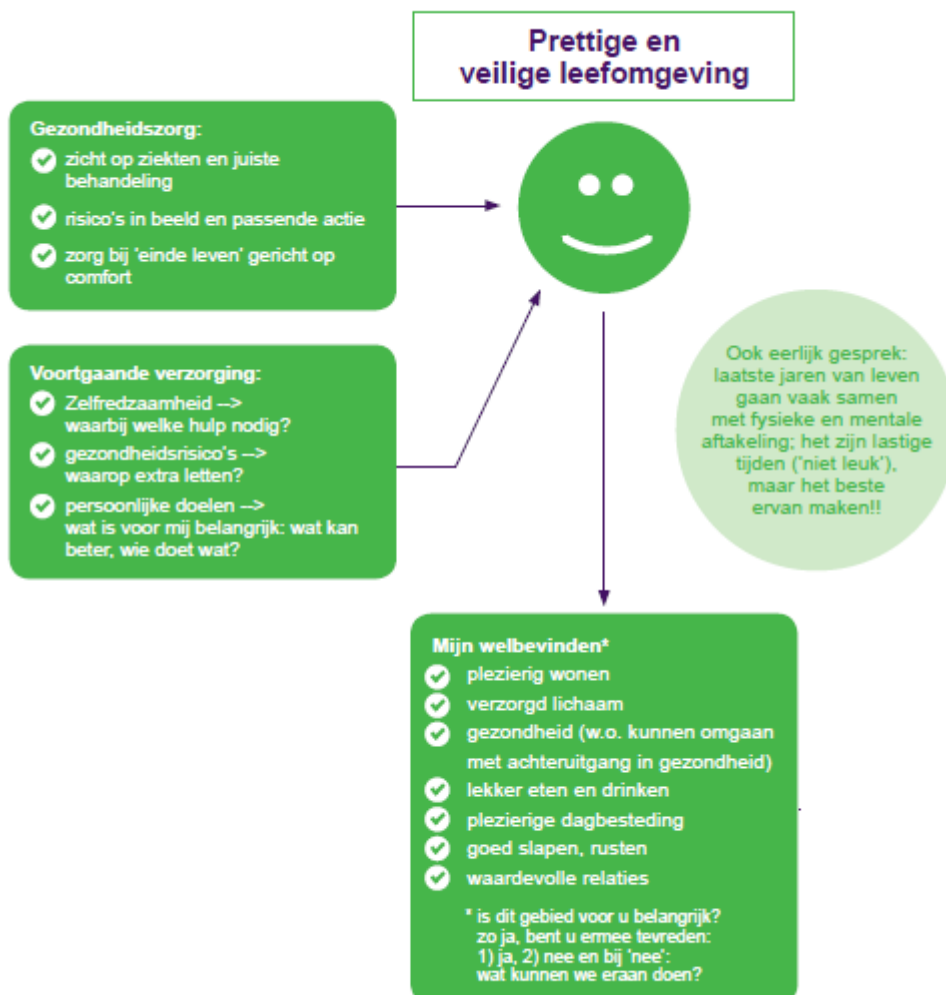
Comfort is gericht op:



4. Relatie cliënt (familie) en professional

Het primair proces geldt als de dagelijkse werkplaats van de professional. Voor cliënten worden ervaringen steeds belangrijker bij hun waardering van zorgaanbieders: bejegening, geen wachttijden, duidelijke informatie etc. Ervaringen worden vooral gewaardeerd als sprake van een authentieke (identiteitsgebonden) dienstverlening.

‘Ouderen in zorghuizen’ schetst het volgende model voor een prettige leefomgeving:



De beoordelingen van cliënten worden goeddeels bepaald door eigen ervaringen. Hoe congruenter de relatie tussen de eigen profilering en positionering en de mate waarin cliënten dit herkennen hoe sterker de positie van de zorginstelling. Tijd en aandacht voor ervaringen en inzichten van professionals en voor uitkomsten en evaluatie van zorgactiviteiten komen centraal te staan.

Binnen de zorgverlening is zelden een professional of een organisatie als op zichzelf staand te zien. Hoewel de cliënt de relatie met een professional (verzorgende, verpleegkundige, arts etc.) als centraal ervaart, is de professional afhankelijk van de inbreng van anderen. Denken in relaties is denken in systemen en wat daaruit tevoorschijn kan komen.

Binnen het kwaliteitskader ligt de nadruk op leren: samenvattend gaat het om een stimulerende benadering, met vertrouwen in de betrokkenheid, trots en kracht van zorgverleners.

5. Consequenties kwaliteitskader

Actiz constateerde december 2016 dat het kwaliteitskader een (groot) aantal nieuwe verplichtingen kent;

- Zorgbeleidsplan
- Kwaliteitsverslag
- Jaarlijks verbeterplan
- Deelname aan een permanent lerend netwerk
- Vijfjaarlijkse kwaliteitsvisitatie
- Inzichtelijk maken personeelsbestand en doelgroepen

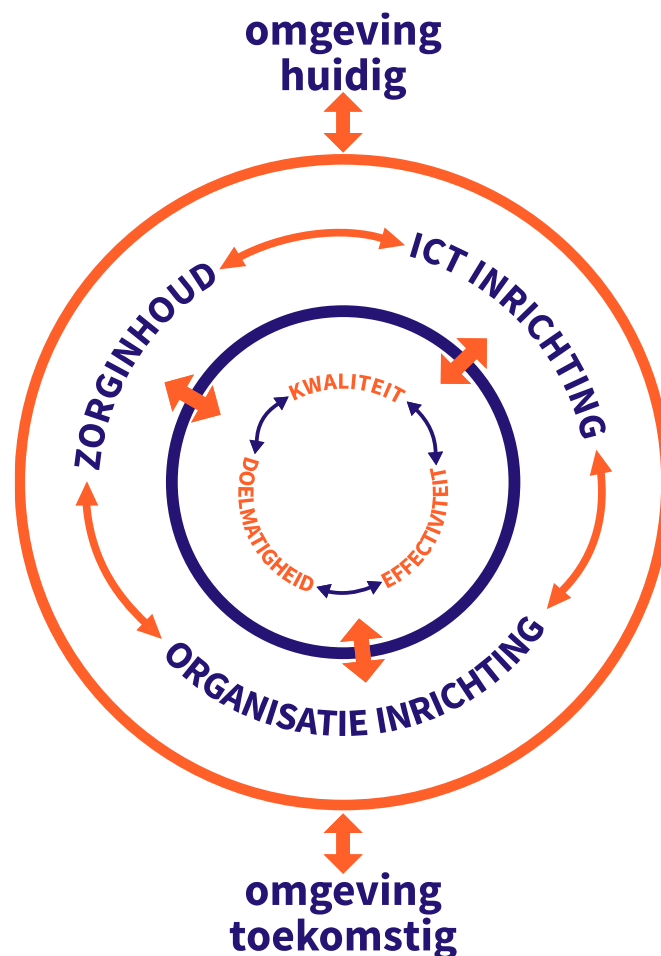
Ook werd aangegeven dat een sterke verschuiving waarneembaar is naar een medische invalshoek en kennisverzameling.

Een aantal maatregelen voortvloeiend uit het kwaliteitskader zijn:

- Iedere cliënt beschikt binnen 24 uur over voorlopig zorgleefplan (binnen 6 weken definitief)
- Er wordt gewerkt met set indicatoren voor basisveiligheid (komende periode uitbreiding van de indicatorenset)
- Er is een incidentencommissie
- Gegevens naar IGZ
- Vier veiligheidsindicatoren (medicatie, decubitus, vrijheidsbeperkende maatregelen, preventie acute ziekenhuisopname) moeten PDCA cyclus doorlopen op teamniveau

De verplichtingen en maatregelen kennen een ‘formalistisch’ karakter.

In onze adviespraktijk hanteren wij het volgende model:



Vertrekpunt is dat ICT ondersteunend is aan het primair proces en ten dienste staat van het ‘in control’ zijn van zorgorganisaties. De valkuil van performance management moet daarbij vermeden worden: te meten wat gemeten kan worden, los van het feit of de meetresultaten iets bijdragen aan het primaire proces (Kazandjian).

Wat betekent het nieuwe kwaliteitskader voor de ICT inrichting van de complexe ouderenzorg? Cliënten hebben invloed op planning van zorg. Booz: kwaliteitsverbetering en kostenverlaging kan bereikt worden door cliënten meer te betrekken bij professionele besluiten.

Zorgverleners hebben affiniteit met informatisering als er daadwerkelijk sprake is van nut in de eigen beroepspraktijk. Hoe zorg je voor incentives en praktische oplossingen om professionals aan te moedigen technologische mogelijkheden in hun werkpraktijk toe te passen. Vandaar dat het gewenst is professionals bij experimentele introductie te betrekken bij vragen als: hoe vaak wordt het systeem gebruikt, wat zijn de kosten van het systeem, wat is het effect van het systeem op de kwaliteit van de medische/verpleegkundige zorg. Relevante partijen krijgen de opdracht om een informatiestandaard te maken behorende bij het kwaliteitskader.

De kernvraag is relatief simpel: hoe goed gebeurt het ('Management by making someone better'). Waardetoevoeging gaat om: hoe wordt personeel ingezet, wat wordt ze gevraagd te doen, hoe zijn ze georganiseerd en hoe besteden ze in werkelijkheid hun tijd. Binnen persoonsgerichte zorg werken gaat zoveel mogelijk geld naar directe zorgactiviteiten. Steeds gaat het om de vraag: hoe draagt deze beslissing bij aan waardevermeerdering voor een cliënt (in bed of thuis)

Het perspectief van cliënten en professionals vormt de basis voor de ordening van de organisatie. Het management zorgt voor een werkomgeving waarin vanuit gemeenschappelijke normen en waarden wordt gewerkt. Vertrekpunt is een sterk gemeenschappelijk belang. De organisatie kiest voor professioneel overleg (VAR, PAR); ondersteuning vindt plaats via platformtechnologie.

Zorgorganisaties ondersteunen het proces van leren en verbeteren door verantwoordelijkheid te nemen voor de randvoorwaarden. Daarbij is behoefte aan een duidelijke innovatieagenda (Putters). Laat zien welke uitgangspunten onder het kwaliteitskader hangen.

Bij de balans tussen zorgverlening en doelmatigheid gaat het niet alleen om organisatiemodellen, maar ook om de manier van denken. Het kwaliteitskader biedt een mix van oud denken en nieuw denken. Het lijkt ons goed de discussie over de invoering niet alleen vanuit regie en planvorming te doen, maar ruimte te geven aan experimenten die de lokale context centraal stellen.

Literatuur

Arthur, J. (2011). *Lean six sigma for hospitals. Simple steps to fast, affordable, flawless healthcare*. New York: McGrawHill

Beroep op kwaliteit. Eindrapportage programma kwaliteitsontwikkeling beroepsgroepen V & V.

- Berry, L.L. en K.D. Seltman. (2008). *Management lessons from Mayo clinic*. New York: McGrawHill
- Boer en Croon, *Een goed gesprek over vernieuwen van de zorg*. September, 2011
- Booz & Co. (2012). *Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten*.
- Coolen, J. (2015). *Ouderen in zorghuizen: broze mensen en leefplezier*. Waardigheid en trots
- Crossing the quality chasm. A new health system for the 21^{ste} century*. (2001). Committee on quality of health care in America. Washington, D.C.:National Academy Press
- Homa, K. (2006). *Evaluating the sustainability of a quality improvement initiative*. Hanover, Dartmouth College, Thesis
- Kazandjian, V.A. en T.R. Lied. (1999). *Healthcare performance measurement. Systems design and evaluation*. Milwaukee: ASQ Quality Press
- Kievit, J. (2012). *Meten van kwaliteit*. Presentatie. Leids medisch Universitair Medisch Centrum
- Kwaliteit in dialoog. Kwaliteitskader ouderenzorg*. Covernotitie. (2016) Actiz, BTN, Patiëntenfederatie Nederland, Verenso , V &VN.
- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren*.(2017) Zorginstituut Nederland.
- Oldham, J. (2004). *The small book about large system change*. Chichester, UK, Kingsham Press, 2004
- Putters, K. e.a. (2009). *De winst van zorgvernieuwing*. Assen: Koninklijke Van Gorcum
- Scheer, W. van der. (2013). *Onder zorgbestuurders. Omgaan met bestuurlijke ambiguïteit in de zorg*. Amsterdam: Reed Business Education
- Vissers, J. en R. Beech, ed. (2005). *Health operations management. Patient flow logistics in health care*. London: Routledge
- WeCare Health. *Kwaliteitskader*. TÜV Rheinland Quality
- Winters, S. (2014). *Trinity of quality improvement. Studies on structure, process and outcome related to quality improvement in long-term care in the Netherlands between 2007 and 2011*. Erasmus Universiteit Rotterdam: dissertatie

